



Inspeções aos manicômios

RELATÓRIO BRASIL

2015



Conselho
Federal de
Psicologia

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Inspeções aos manicômios

1ª Edição

RELATÓRIO BRASIL 2015

Brasília - DF
2015



XVI PLENÁRIO Gestão 2013/2016

DIRETORIA

Mariza Monteiro Borges
Presidente

Rogério de Oliveira Silva
Vice-Presidente

Maria da Graça
Corrêa Jacques
Secretária

Sergio Luis Braghini
Tesoureiro

CONSELHEIROS EFETIVOS

Dorotéa Albuquerque
de Cristo
Secretária Região Norte

Vera Lucia Morselli
Centro-Oeste

João Baptista Fortes
de Oliveira
Secretário Região Sul

Meire Nunes Viana
Secretária Região Nordeste

PSICÓLOGOS CONVIDADOS

Nádia Maria Dourado Rocha

Rosano Freire Carualho

CONSELHEIROS SUPLENTES

Eliandro Rômulo Cruz Araújo

Jacqueline de
Oliveira Moreira

Silvana Carneiro Maciel

Viviane Moura de
Azevedo Ribeiro

João Carlos Alchieri
Suplente Região Nordeste

Madge Porto Cruz
Suplente Região Norte

Roberto Moraes Cruz
Suplente Região Sul

Sandra Luzia de Souza Alencar
Suplente Região Sudeste

PSICÓLOGOS CONVIDADOS

SUPLENTES

Maria Augusta
Rondas Speller

Jefferson de Souza
Bernardes

COLETIVO AMPLIADO

Ana Maria Jacó-Vilela
Memórias da Psicologia

Bárbara de Souza Conte
Psicoterapia

Carla Andréa Ribeiro
Assistência Social

Loiua Maria De Boni
Álcool e Outras Drogas

Luciana Ferreira Ângelo
*Psicologia do Esporte
e da Atividade Física*

Marco Aurélio Máximo Prado
Direitos Humanos

Raquel Guzzo
Educação e Assistência Social

Rodrigo Torres Oliveira
Psicologia Jurídica

Silvia Koller
Relações com a BVS-PSI

Tânia Grigolo
Saúde Mental

Vera Paiva
Direitos Humanos

COORDENADOR GERAL

José Carlos de Paula

**COMISSÃO DE DIREITOS
HUMANOS DO CFP – CDH/CFP**

**COMISSÃO DE PSICOLOGIA
JURÍDICA DO CFP**

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

Disponível também em: www.cfp.org.br

1ª edição - 2015

PROJETO GRÁFICO: Agência Mouimento

DIAGRAMAÇÃO: Agência Mouimento

REVISÃO: Conselho Federal de Psicologia

TIRAGEM: 1.500

COORDENAÇÃO GERAL/CFP

José Carlos de Paula

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Maria Goes de Mello

André Martins de Almeida (*Editoração*)

GERÊNCIA TÉCNICA

Lislly Telles de Barros

GERÊNCIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

Adriana Oliveira Mendes

EQUIPE TÉCNICA

Rafael Menegassi Taniguchi (*Analista Técnico*)

- *Gerência de Relações Institucionais*)

Vinicius Sena Lima (*Analista Técnico - Gerência Técnica*)

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR
Direitos para esta edição - Conselho Federal de
Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via
Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF
(61) 2109-0107

E-mail: eventos@cfp.org.br

www.cfp.org.br

Impresso no Brasil - Setembro de 2015

Catálogo na publicação
Biblioteca Miguel Cervantes
Fundação Biblioteca Nacional

Conselho Federal de Psicologia

Inspeções aos manicômios

Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015.

172p.

ISBN: 978-85-89208-72-7

1. Manicômios 2. Psicologia 3. Saúde pública 4. Justiça

ORGANIZADORES

Maria Aparecida Diniz
Rodrigo Tôrres Oliveira
Virgílio de Mattos
Vladimir Stempliuk



1ª Edição
Brasília-DF
2015

I *Palavras do CFP*

Mariza Monteiro Borges¹

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HC-TPs), no Brasil, são o produto da convergência entre duas das maiores instituições de controle do sujeito na nossa sociedade: a Psiquiatria e Direito Penal.

Resultante da fusão entre as técnicas de intervenção asilares psiquiátricas e a execução penal do Estado aos autores de crimes considerados portadores de transtornos mentais, o manicômio judiciário, como é também chamado, consegue representar, a um só tempo, a radicalização da instituição manicomial e das prisões. Uma instituição para os considerados loucos cujo estatuto se vale do aprisionamento para ser ainda pior que um manicômio. Por outro lado, uma prisão que se reveste do discurso da tutela sanitária para ser ainda mais eficaz na perpetuação do isolamento e da mortificação do sujeito em conflito com a lei – muito além do que hoje a Lei permite a uma prisão.

No cumprimento das chamadas medidas de segurança, o sujeito considerado louco e o autor de crime se encontram em uma só pessoa. Se, na Justiça penal, a imensa maioria dos alvos preferenciais das agências de controle punitivo são emudecidos na condição de criminosos, na medida de segurança dessa mesma Justiça penal, os direitos e a trajetória do sujeito acusado como criminoso e louco são suprimidos de forma ainda mais atroz, com fundamento na indissociabilidade preconceituosa e institucionalizada quase indissociável entre sofrimento mental e perigo.

É sob o argumento do perigo – ou da *periculosidade social*, como dizem os operadores do Direito – que o Estado e nossa sociedade se permitem trancafiar, muitas vezes perpetuamente, o sujeito considerado louco que se depara com as instituições de controle penal, seja por meio das condutas de conflito mais graves, seja por meio das simples e mais banais contravenções à lei penal. Ele é sequestrado pelo Estado e pode nunca mais retornar à liberdade, para tentar um dia voltar perseguir os seus projetos de vida e felicidade em sociedade.

¹ *Mariza Monteiro Borges* - Conselheira-Presidente do Conselho Federal de Psicologia

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), por meio deste relatório, vem denunciar a cruel realidade das instituições de cumprimento de medida de segurança no país, que contribuem para a preservação de crenças que, noutros tempos, já foram denunciadas nos versos de Chico Buarque e Milton Nascimento: *O que não tem vergonha, nem nunca terá; o que não tem governo, nem nunca terá; o que não tem juízo.*



Fotos feitas durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco

II *Palavras do Conselho Federal da OAB*

Marcus Vinicius Furtado Coelho²

O processo democrático proclamado pela Constituição da República é contrariado pelo histórico de desrespeito aos direitos humanos nos manicômios judiciários brasileiros. Essas instituições de tratamento, cujo propósito é zelar pela saúde dos doentes mentais que cometeram crimes, acabam se desvirtuando de sua função e submetendo-os a uma espécie de prisão perpétua: após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade.

Os principais fatores que contribuem para o quadro desolador dos manicômios judiciários são a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas.

As inspeções, portanto, surgem como ferramenta fundamental para a verificação de irregularidades nos estabelecimentos, a fim de que seja resguardada a dignidade dos seres humanos que sofrem por transtornos mentais e são submetidos a tratamento em razão da prática de infração penal.

O sistema manicomial, assim como o sistema carcerário brasileiro em geral, é institucionalmente frágil, e o controle por meio de fiscalização e vistorias auxilia o seu processo de aperfeiçoamento. O Relatório Nacional desenvolvido por meio do trabalho do Conselho Federal de Psicologia, portanto, contribui para a reafirmação dos valores constitucionais de solidariedade e auxilia na promoção de alternativas humanitárias à situação degradante dos manicômios judiciários.

A Ordem dos Advogados do Brasil partilha desses ideais e também procura o aprimoramento das instituições, ao batalhar por

² *Marcus Vinicius Furtado Coelho* - Advogado e Presidente Nacional da OAB.

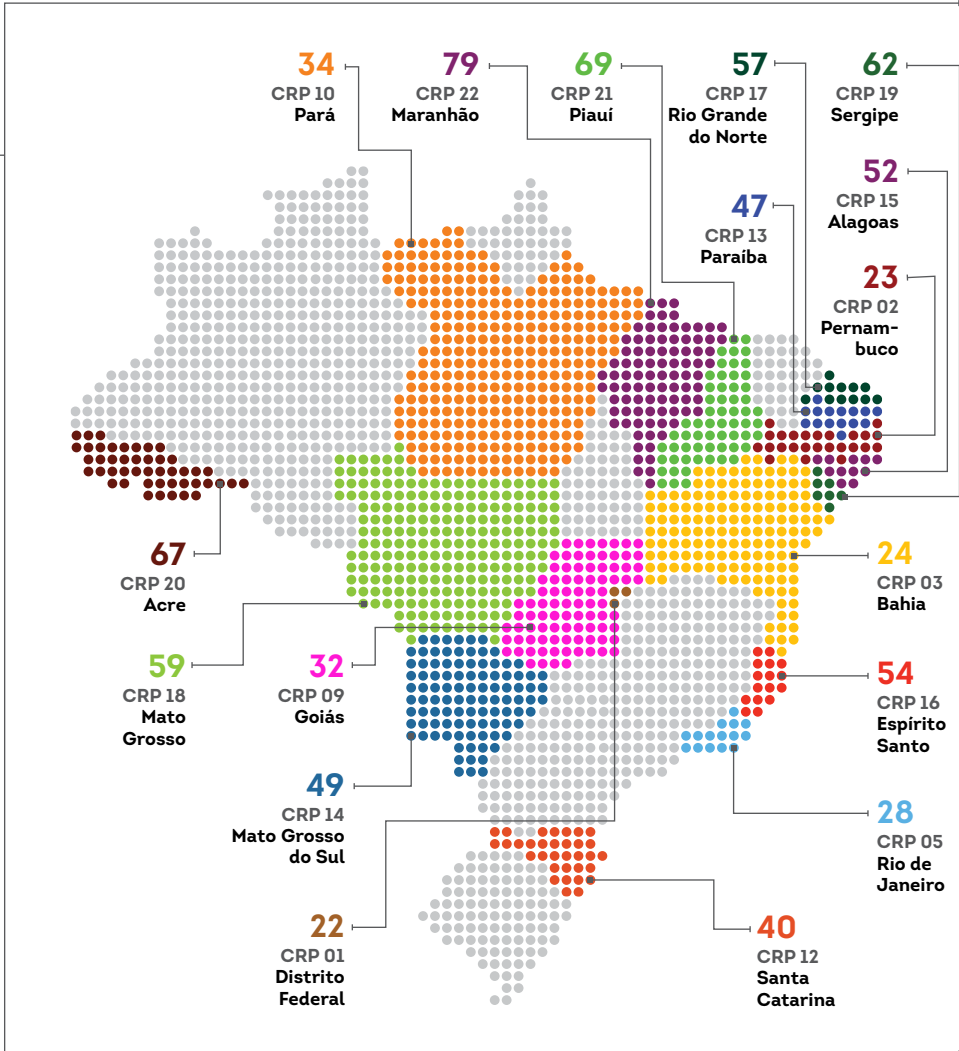
medidas como a transferência da gestão dos hospitais de tratamento para as secretarias de saúde, pois essa é uma questão que foge da competência da Justiça Criminal.

Juntos, advogados e psicólogos se fortalecem na luta por condições dignas às pessoas com transtornos mentais. Os direitos humanos só serão observados no sistema manicomial de uma sociedade autenticamente democrática, onde se afirmem como valores fundamentais o respeito à dignidade da pessoa humana e a garantia de liberdade, justiça e fraternidade entre os cidadãos.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP do Maranhão

12	SEÇÃO 1 APRESENTAÇÃO Ausência do direito de ter direitos
20	SEÇÃO 2 OS RELATOS POR REGIONAIS
84	SEÇÃO 3 RESUMO DAS INSPEÇÕES EM NÚMEROS E DISCUSSÃO
86	1 Resumo das inspeções
126	2 Discussão
152	SEÇÃO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS
159	ANEXO I ROTEIRO E ORIENTAÇÕES PARA OS MEMBROS DAS EQUIPES
160	Apresentação
161	Parte I Informações sobre a inspeção nacional
164	Instrumento/Ficha documental



SEÇÃO 1

APRESENTAÇÃO

Ausência do direito de ter direitos

Virgílio de Mattos ⁴
Rodrigo Tôrres Oliveira ⁵

4 Virgílio de Mattos - Graduado em Direito (1985), especialista em Ciências Penais (1998) e mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (2000), doutor em Evolução dos Direitos e Novos Direitos - Università degli Studi di Lecce - IT - (2006). Professor e Coordenador do Curso de Direito do Centro de Ensino Superior de São Gotardo - CESC. Advogado criminalista.

5 Rodrigo Tôrres Oliveira - Psicólogo; Psicanalista; Mestre Psicologia PUC-MG; Professor e supervisor de estágios no curso de Psicologia UNIPAC- Barbacena, nas áreas de Saúde Mental e Psicologia Jurídica; Coletivo ampliado -Psicologia Jurídica (CFP).



O Conselho Federal de Psicologia uniu-se ao Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e à Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) para a realização de inspeção nacional aos Manicômios Judiciários, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e similares. A partir desta articulação nacional feita pelo CFP, as Comissões de Psicologia Jurídica e de Direitos Humanos do CFP reuniram-se com inúmeros Conselhos Regionais de Psicologia, que através de suas comissões regionais de Direitos Humanos, Psicologia Jurídica e Orientação e Fiscalização, deram início às articulações nos estados, realizando, com os parceiros indicados pela OAB, e AMPASA e, também conselhos regionais, as inspeções em todas as regiões do país, entre os meses de abril e junho de 2015.

As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais em 17 estados do país e no Distrito Federal, em instituições (definido pelos próprios regionais no mínimo um estabelecimento representativo para cada estado) onde havia cumprimento/execução de Medida de Segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.

Buscou-se, nesta ampla articulação e definição dos objetivos, evidenciar os impasses encontradas nestas instituições, o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial (um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”), o instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e outras legislações, portarias, etc.; e também em novos modelos assistenciais exitosos, PAI-PJ (MG), ligado ao Tribunal de Justiça do Estado e PAILI (GO), ligado à Secretaria de Estado da Saúde.

Dos Conselhos Regionais que não realizaram o trabalho, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP 08) justificou a impossibilidade devido ao Complexo Médico Penal (CMP), de Curitiba, estar custodiando presos da “Operação Lava Jato”.

O Conselho Regional do Distrito Federal (CRP 01) fez a inspeção, mas não foi possível reunir os dados enviados, pois o encaminhamento do material ocorreu em 21 de agosto, após o prazo final estabelecido. Assim, destacaremos apenas o relato enviado pelo Regional.

O Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP 04) não fez as inspeções e nem apresentou justificativas. Por sua vez, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-06) não realizou as inspeções e não apresentou justificativa. Porém, em comunicado extemporâneo (24 de agosto de 2015), informou ao CFP a realização de uma inspeção no Estado de São Paulo no ano 2014.

O Conselho Regional de Tocantins (CRP-23) não fez a inspeção por não haver naquele estado manicômio judicial ou similar.

O Conselho Regional do Ceará (CRP-11) não realizou a inspeção.

O CRP - 07 realizou as inspeções e enviou relato e os dados dentro do prazo estipulado. Contudo, após o lançamento da primeira edição desta publicação, encaminhou ofício ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) solicitando a retirada de seu relato sob alegação de que este expunha pacientes e profissionais psicólogos da instituição visitada – o que foi atendido por esta autarquia na presente edição. Os dados reunidos pelo referido regional, todavia, foram mantidos quando da compilação que resultou nos gráficos e resultados gerais.

Destaca-se que as fontes dos dados dispostos em gráficos (Seção 3), quando, da realização das inspeções nas instituições nos diversos estados, basearam-se nas informações fornecidas pela instituição, direção e funcionários, coligidos sob a forma de questionário (Anexo I). Impressões, notas e outras informações relevantes foram feitas a partir das observações reunidas no momento da inspeção, bem como oriundas do contato e de entrevista com pacientes/presos. Material muito rico que poderá, muito bem, servir a novos estudos.

**Foto feita
durante
inspeção a uma
instituição
visitada**



O hercúleo trabalho realizado pelos Conselhos Regionais ao inspecionar os manicômios judiciais de 17 (dezesete) Unidades da Federação e do Distrito Federal, chama-nos a atenção, dentre os diversos quadros trágicos, por alguns pontos que passam rotineiramente despercebidos pela maioria da população.

Talvez o mais angustiante deles seja o da inexistência de advogados nas mais variadas regiões. Chama-se a combativa Ordem dos Advogados do Brasil para tentar colocar um ponto final a isso. Se é verdade, e é, que o advogado é indispensável à administração da Justiça (Constituição da República Federativa do Brasil, art. 133), podemos dizer que na segregação manicomial inexista justiça, à míngua de advogados que possam zelar pelos presos/pacientes judiciários.

Em um equipamento no qual se reúnem o pior da segregação, com o pior do estigma, de todo o universo pesquisado, em apenas três deles (Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul) temos a presença de um advogado no universo das 18 (dezoito) unidades inspecionadas nos estados. Logo, torna-se ainda mais difícil para o chamado louco infrator o vetor de saída do sistema prisional/manicomial se não se pode contar com o acesso à justiça.

Pouquíssimos são os psicólogos, tanto em números absolutos (45 no total, contabilizando-se as 18 unidades inspecionadas), quanto em percentual frente ao total de trabalhadores, o que deve fazer acender uma luz de alerta no Conselho Federal e sua Comissão de Orientação e Fiscalização, uma vez que na unidade em que há a menor relação psicólogo/paciente, temos um profissional da psicologia para cada 21 presos/pacientes e, na maior relação temos, inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da psicologia. Esse fato inviabiliza uma escuta e um cuidado minimamente decentes.

Há casos de psicólogos trabalhando por meio do “sintomático” contrato verbal, nada por escrito (CRP-15) e, noutros (CRP-16), o cargo de psicólogo é comissionado – livre nomeação e exoneração – em todas as unidades prisionais do Estado. A Secretaria de Justiça nunca promoveu concurso para essa função. Até mesmo psicóloga concursada como agente penitenciária, com desvio de função.

Encontrou-se um total, nas 18 unidades pesquisadas, de 2.864 presos/pacientes, sendo que 61,11% destes estão em celas.

Em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%. Foi-se o tempo em que, nos manicômios, não havia superlotação. Seguem não havendo motins ou rebeliões, sinal de que a medicação de contenção tem funcionado...

O número total de trabalhadores, nas unidades pesquisadas, é igual a 1.131, sendo a eles acrescidos 611 agentes de segurança, ou mais da metade de todos os demais trabalhadores. Pode-se inferir, pois, não se tratar de unidades de saúde, mas de contenção prisional onde se fornece uma ou outra droga medicamentosa.

Há casos (CRP-16) em que uma perícia para determinação de sanidade mental demora mais de dois anos para ser realizada, em desacordo com todas as normas processuais penais atinentes, sem falar nos princípios constitucionais do devido processo legal e da defesa ampla.

Apenas duas unidades, nas áreas do CRP-12 e CRP-14 permitem o contato entre gêneros.

Regra geral: as acomodações/celas são coletivas, existindo (CRP-5) acomodações individuais, que, segundo informações da administração, são utilizadas em *casos de tentativa de autoexterminio, brigas ou crises/surtos (sic)*. Foi apurado durante a inspeção que podem estar sendo usadas também como celas de “castigo”.

O CRP-10 relata casos de isolamento para pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV +) e também para pedófilos em uma espécie de “seguro”, muito comum nas unidades prisionais que não cuidam de loucos infratores.

O CRP-19 aponta ainda para a existência de celas individuais nos casos que envolvem ex-policiais ou “elementos de alta periculosidade”, o que diabos lá seja isso, vez que a periculosidade é um conceito indefinido e indefinível.

Quanto à estrutura física podemos fazer um resumo em apenas uma palavra: precariedade. Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros

As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica.

Em 70,59% dos manicômios inspecionados não há espaço para convivência íntima e, em 100% deles, não há visita íntima. O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida.

Constatou-se que os registros em prontuário são praticamente inexistentes, excetuando-se fatos pontuais. A prática diária é registrada em livro ata de passagem de plantão. Muitos prontuários sequer têm os dados completos dos usuários. Os presos/pacientes são atendidos através da grade, com pouquíssima ou nenhuma frequência. Não têm conhecimento de seu plano terapêutico, nem tampouco qual a previsão de saída da unidade.

Causa espanto a grande quantidade de pacientes/presos com laudo de periculosidade positivo para sua cessação, mesmo diante de ausência de informação em número significativo (sete, em dezessete, ou mais de 41%). É que o laudo que aponta a cessação de periculosidade deveria imantar, necessariamente, o “alvará de soltura” da alta asilar.

Considera-se grave ainda que os psicólogos apareçam apenas em cinco juntas periciais. Mesmo se se considera que a ausência de informação a este respeito é significativa (nove em 17, ou mais de 52% dos casos); é preocupante a ausência de psicólogos nas juntas periciais, igualmente, a inexistência, em 100% dos casos dos exames, de um advogado.

Apenas a inspeção do CRP-12 informa que os psicólogos e demais membros da equipe de saúde participam do processo de elaboração de laudos de cessação da periculosidade.

Importante ressaltar que em apenas 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para os exames de cessação de periculosidade, que é anual, segundo os artigos 97, §§ 1º e 2º do Código Penal e artigos 175 e 176 da Lei de Execução Penal. Em 35,29%, ou em mais de um a cada três casos, não é cumprida a periodicidade estabelecida em lei.

Ao contrário do que diz a lei e a ética, verifica-se que “Nos atendimentos individuais os internos chegam algemados, ficando o agente de segurança em ‘QAP’ com a porta aberta (sic), sendo uma das exigências da instituição para o atendimento, com raras exceções o técnico solicita a retirada das algemas, como encontrado” (CRP-10).

Que tipo de qualidade no atendimento espera-se de um vínculo laboral nestes termos:

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são feitas pelos mesmos. As mesmas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde as mesmas executam seu trabalho salas pouco arejadas e com estrutura visual bastante deteriorada. Acesso nenhum à rede de computa-

dores, tendo que muitas vezes fazer todo o trabalho de pesquisa sobre a rede daqueles usuários de suas casas, bem como realizam contatos com estes fora do ambiente de trabalho, uma vez que além de não possuírem acesso a computadores, também não tem acesso à rede de internet. Para realizarem uma ligação precisam solicitar créditos e o limite destes é muito baixo, sendo totalmente insuficiente para as articulações necessárias, principalmente as extramuros. Quanto ao material psicológico, informam que os testes psicológicos estão em condições precárias e até mesmo deteriorados. Relatam que quanto às condições físicas, objetivando melhor adequação do espaço físico de trabalho, providenciaram por recursos próprios um ar-condicionado e uma cafeteira. Os psicólogos informam que trazem de fora a alimentação, pois a situação da cozinha e da elaboração das refeições no IPF é deficitária. Relatam existir apenas um funcionário na cozinha, auxiliado pelos internos. As condições de higiene e manutenção dos alimentos são preocupantes, sendo que os psicólogos almoçam na própria sala de trabalho. (CRP-07)

Esgarçados todos os laços com o cometimento do injusto penal, muitas vezes, motivado pela loucura e praticado contra familiares, em geral muito próximos, o destino do preso/paciente parecia ser o do esquecimento em tempos de ampliação máxima das hipóteses de alcance do Direito Penal.

A forma adotada para organização deste Relatório dispôs as informações recolhidas pelos 18 regionais em texto (Seção 2), preservando-se o relato feito pelos Conselhos de Psicologia, adequando-os a uma estrutura narrativa. Na Seção 3, Resumo das Inspeções em Números e Discussão, todos os dados reunidos foram quantificados, totalizados e organizados em gráficos. Estes foram analisados, possibilitando algumas reflexões importantes sobre o contexto.

Buscou-se a melhor forma de organização, levando-se em consideração a profusão de dados e informações, as dificuldades encontradas, aspectos relativo às fontes institucionais, dentre outros. Espera-se que a existência de eventuais erros na feitura deste Relatório não desvirtue seu objetivo maior: evidenciar, problematizar e indicar alternativas para a realidade observada.

Espera-se que a inspeção que se vai ler e refletir neste “Relatório Brasil” possa representar uma ruptura com a lógica manicomial e, indicando outra saída para a vida do louco infrator, fora da ideia de segregação para sempre.

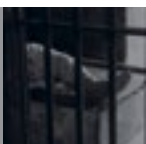


SEÇÃO 2

OS RELATOS POR REGIONAIS



No presente capítulo é apresentado, sob a forma de narrativa o conteúdo, das inspeções realizadas pelas regiões:

- Distrito Federal – CRP 01;
 - Pernambuco – CRP 02;
 - Bahia – CRP 03;
 - Rio de Janeiro – CRP 05;
 - Goiás – CRP 09;
 - Pará e Amapá – CRP 10;
 - Santa Catarina – CRP 12;
 - Paraíba – CRP 13;
 - Mato Grosso do Sul – CRP 14;
 - Alagoas – CRP 15;
 - Espírito Santo – CRP 16;
 - Rio Grande do Norte – CRP 17;
 - Mato Grosso – CRP 18;
 - Sergipe – CRP 19;
 - Acre – CRP 20;
 - Piauí – CRP 21;
 - Maranhão – CRP 22.
- 

As diferentes narrativas visam guardar a fidedignidade com a inspeção e os diferentes níveis acesso à informação a que tal investigação, por sua própria natureza, está submetida.

As informações prestadas pelos Regionais se deram segundo o formulário de inspeção (Anexo I) e relatórios complementares.





Ala de tratamento psiquiátrico do Distrito Federal

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

No Distrito Federal (DF), a inspeção ocorreu no dia 11 de maio de 2015. A instituição inspecionada foi a Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP, espaço anexo ao Presídio Feminino do DF, popularmente conhecido como “Colmeia”, que se localiza na Região Administrativa – RA do Gama, no Setor de Chácaras Luiz Fernandes, Área Especial 02. O local é de difícil acesso, a 1,5km do ponto de ônibus mais próximo. A atual diretora, tanto da ATP quanto do Presídio Feminino, uma delegada de polícia, está neste cargo há aproximadamente seis anos.

Participaram dessa diligência: Carolina Fernandes (CRP), Carolina Guidi Gentil (CDH/CRP), Vanessa Bastos (CDH/CRP), Ana Izabel Gonçalves de Alencar (OAB/DF), Glacy Diana Barbosa Calassa (Movimento Pró-Saúde Mental do DF), Isabel Cristina Augusto de Jesus (Promotora de Justiça do MPDFT), Tania Maria Nava Marchewka (Procuradora da 2ª Vara Cível do MPDFT) e Dr. Rogério Veras Batista (Assessor do MPDFT).

A diretora relatou não existir registro histórico que detalhe a constituição da Ala e atribui essa não memória institucional às constantes mudanças de Secretarias, as quais a ATP foi vinculada desde a sua criação, estimada em meados de 1988. Tal aspecto corrobora o fato deste dispositivo ter sido sempre tratado de “anexo”, como a própria nomenclatura de “ala” explícita, não tendo uma inauguração para seu objetivo específico. Esta característica destaca a confusão histórica e política em meio a qual a ATP foi estabelecida entre espaço prisional e também de estabelecimento terapêutico de saúde mental. Atualmente, a Ala se encontra vinculada à Subsecretaria do Sistema Prisional - SESIP, da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do DF.

A ATP tem capacidade para 101 internos do sexo masculino. Há 10 celas com capacidade para acomodar 10 pessoas cada. Há também uma cela, recém-construída, adaptada para pessoa com deficiência que atualmente não é ocupada, sendo utilizada quando algum interno precisa ficar sozinho por alguma razão, tais como brigas ou eventuais “surto”, segundo relato da direção. Há de se destacar que não há um espaço específico construído para as mulheres na instituição, que acabam por compartilhar o espaço com as mulheres detidas no regime comum semiaberto.



Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco

ENDEREÇO: Engenho São João s/n - Ilha de Itamaracá/Itamaracá - PE

PARTICIPANTES: ANPEVISA; COREN; CREFITO; CREMEPE; MPPA; Luta Antimanicomial e CRP-02

DATA: 30 de maio de 2015 (6h30 às 15h)

Inicialmente a Dra. Irene Cardozo do MPPE reuniu todos e informou alguns dados relevantes para serem observados durante a inspeção como a cozinha; o pavilhão São Francisco e a farmácia.

Em seguida, a Diretora do HCTP reuniu a equipe de psicólogos num espaço do administrativo e começou a responder o Instrumento de Inspeção encaminhado pelo CFP.

Segundo informações dos profissionais - realizam atendimentos individual aos usuários e familiares; avaliação psicológica para os usuários que já estão cumprindo medida de segurança (quantitativo de 209); grupo de convivência para os familiares; avaliação e acompanhamento para encontro conjugal e de alta progressiva - medida de segurança; encaminhamento para a rede e monitoramento; levantamento de dados de vulnerabilidade para classificação dos usuários (medida de segurança).

A estrutura física dificulta a operacionalização da dinâmica do serviço, que, além de precária, não tem manutenção. O quantitativo de usuários (584) é incompatível com o quantitativo de cinco psicólogos, bem como de toda equipe interdisciplinar para desenvolver o trabalho condizente com a necessidade da instituição. Não existem estagiários de Psicologia; não existe sala para os atendimentos da Psicologia; o registro documental específico da Psicologia não é frequente, a forma de evoluir no prontuário coletivo não caracteriza a especificidade da Psicologia; não existe armário/arquivo com chave.

Os profissionais foram orientados com base nas resoluções do CFP nº 07/2003, 01/2009 e o Código de Ética. Foi definido um prazo de 30 dias para a regularização da situação encontrada e um prazo de 48h para a regularização das profissionais cancelada por falta de diploma e inadimplente.

Pontos Relevantes destacados no conjunto da inspeção:

- A Assistente Técnica Valéria Correia e a Presidente da COF - Cristiana Almeida ficaram com a responsabilidade de entender a dinâmica do serviço de Psicologia e obter as respostas do

- instrumento de inspeção. No entanto, os demais integrantes do CRP-02 participaram da visita aos pavilhões e demais espaços do HCTP, como cozinha, escola, refeitório, dentre outros;
- Segundo informações da equipe de Psicologia todo HCTP é comprometido quando chove, inviabilizando o funcionamento de qualquer serviço;
 - A Diretora do HCTP apontou inúmeras dificuldades que enfrenta no dia a dia desde que assumiu o hospital em dezembro de 2015. No entanto, tem se esforçado muito em conjunto com a SERES (Secretaria Executiva de Ressocialização) para melhorar a equipe de funcionários e a estrutura física do hospital;
 - A Diretora acrescentou que tem grande interesse na Psicologia, no sentido de viabilizar condições para que a equipe possa desenvolver um bom trabalho e tem propriedade da necessidade dos usuários de receberem um serviço sistemático e integrado com a equipe interdisciplinar, que também é insuficiente.

Diante do exposto, é evidente a necessidade de uma Psicologia que possa atender as reais necessidades dos usuários dos serviços, que minimamente alivie a dor psíquica e contribua para o processo de ressocialização. No entanto, não foi a realidade encontrada no HCTP de PE, no momento da inspeção, além da imensa demanda de usuários, a falta de uma equipe multidisciplinar num quantitativo correspondente, bem como a falta de uma estrutura física adequada, compromete significativamente a efetividade dos serviços profissionais oferecidos. Acredita-se que a inspeção nacional possibilite uma mudança radical da realidade encontrada.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco

CRP 03 **BAHIA**

CRP 03; Comissão de Direitos Humanos e da Saúde da OAB-BA; Defensoria Pública; COREN; Conselho Regional de Farmácia; Representante do Ministério Público indicado pela AMPASA.

***RELATÓRIO DA INSPEÇÃO REALIZADA
PELO CONSELHO REGIONAL DE
PSICOLOGIA DA BAHIA E PARCEIROS***

O Conselho Regional de Psicologia 3º Região – CRP 03 se articulou com membros da Comissão de Direitos Humanos e da Comissão de Direito à Saúde da OAB-BA, membros da Defensoria Pública, e dos Conselhos Regionais de Assistência Social, Enfermagem e Farmácia para apoio nas discussões da melhor forma de execução e participação nessa tarefa. Nessa reunião ficou acordada a data da inspeção da única instituição desse tipo do Estado da Bahia, o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), marcada para 16 de abril. Essa ação contou com a presença de membros do CRP-03, COREN, Defensoria Pública, OAB e um representante do Ministério Público indicado pela AMPASA.

A inspeção ocorreu sem grandes intercorrências e foi possível verificar e coletar boa parte das informações solicitadas. De modo geral, podemos afirmar que a situação do HCT é catastrófica, já tendo sido alvo de outras inspeções e mobilizações, e, mesmo assim, os graves problemas persistem.

A partir da inspeção realizada conjuntamente com os parceiros acima referidos, foi possível elencar as seguintes constatações:

1. O HCT permanece localizado na região limítrofe do subúrbio ferroviário da cidade de Salvador, ocupando um prédio construído no início do Século XX em que funcionou a penitenciária do Estado da Bahia até os anos 1950, cujas instalações permanecem com as características de uma prisão e em nada lembra um estabelecimento hospitalar.
2. As instalações de circulação dos internos são guarnecidas com grades de ferro, no feitiço dos estabelecimentos penitenciários.
3. A inadequação das instalações, bem como a ausência de ações e serviços terapêuticos estabelecidos na legislação específica denotavam a submissão compulsória dos internos a condições impróprias aos tratamentos de saúde.

4. As condições estruturais do prédio e o insuficiente quadro de recursos humanos evidenciam que não existe proteção aos internos de riscos de adoecimentos e agravos de várias naturezas.
5. Não são desenvolvidas atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, reinserção na família, no trabalho e no meio comunitário, consoante determina a legislação vigente.
6. O fluxo burocrático de lenta operacionalidade mantém os internos, sob restrição de liberdade por tempo sempre muito superior aos prazos legalmente estabelecidos.
7. 85% dos internos são originários de municípios do interior do Estado e o longo tempo de internação, distante de familiares, amigos e do seu meio social resulta no esgarçamento dos laços afetivos e, não raro, em situação de abandono sociofamiliar.

OHCT é a única instituição do Estado da Bahia destinada ao cumprimento de Medida de Segurança e à realização de exames de sanidade mental em pessoas que estejam submetidas a Incidentes Processuais de Insanidade Mental. Sob ordem judicial os suspeitos e/ou acusados de prática de delitos são retirados da comunidade em que vivem, mesmo em municípios distantes da Capital e conduzidos ao Hospital de Custódia e Tratamento, onde são internados à espera da realização do exame pericial e sua apreciação pelo Poder Judiciário.

É possível afirmar que o que Foucault retratou na sua obra “História da Loucura” em referência ao tratamento dispensado aos doentes mentais da Europa na Idade Clássica, ocorre no Brasil nos dias atuais, nas dependências dos Hospitais de Custódia e Tratamento, outrora denominados Manicômios Judiciais.

Na Bahia - como em todo o Brasil - onde há mais de 26 anos a saúde é direito de todos e dever do Estado as pessoas em sofrimento psíquico estão entregues à própria sorte, até o dia em que, sob os efeitos das alucinações e delírios dos transtornos jamais tratados, praticam uma conduta que o poder representativo caracterizou como delito e o Estado os encontra a partir de ordem judicial, por vezes sem ter sequer um documento que lhe atribua a identidade. Uma ordem judicial o arranca do meio em que vivera na invisibilidade e o atira em masmorras, por tempo indeterminado, quiçá perpétuo, sob argumento da segurança da sociedade que não mais deverá ficar exposta à periculosidade.

As condições a que estão submetidas as pessoas internadas no HCT somente são visíveis aos profissionais que ali exercem suas atividades e aos representantes dos órgãos que têm o dever legal de fiscalizar as prisões.

Adentrar nas dependências do HCT provoca indignação de quantos, cotidiana ou episodicamente, presenciam as condições aviltantes impostas pelo Estado aos que ali são mantidos sob custódia. Impõe-se a adoção de urgentes providências pelas Instituições responsáveis por velar pelo respeito aos direitos dos cidadãos, principalmente ante a sua vulnerabilidade e hipossuficiência, no sentido de resgatá-los das condições degradantes a que estão constrangidos.

A prioridade legal do benefício à saúde e aos direitos fundamentais que assistem os cidadãos brasileiros obrigam a revisão do modelo de resposta do Estado às situações jurídicas as quais têm ensejado o cumprimento de Medida de Segurança e Exames de Sanidade Mental que encarcera pessoas doentes e as submete a tratamento desumano.



DIÁRIO DE BORDO SOBRE A INSPEÇÃO NACIONAL DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

EQUIPE DE INSPEÇÃO:

Pelo **Conselho Regional de Psicologia do RJ**, participaram: a Psicóloga, Conselheira e Presidente da Comissão Regional de Direitos Humanos (CRDH), **Janne Calhau Mourão**; a Fiscal e Psicóloga **Tatiana Targino**, da Comissão de Orientação e Fiscalização (COF); o Psicólogo e Conselheiro **Alexandre Trzan Ávila**, Representante no Conselho Estadual de Defesa dos Direitos Humanos - RJ (CEDDH-RJ); e a Psicóloga **Graziela Sereno**, Colaboradora da Comissão de Psicologia e Políticas Públicas (CRPPP) no Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura - ALERJ.

Representando a **OAB**, previamente indicada, a Dra. **Maira Costa Fernandes** indicou dois substitutos para acompanharem a inspeção: o Dr. **Rodrigo de Oliveira Ribeiro**, representante da OABRJ no Conselho Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro e a Dra. **Túlasi Krüger Fontoura Nascimento**, como sua substituta e representante na Coordenação de Acompanhamento do Sistema Carcerário do Conselho Federal da OAB (COASC/CFOAB);

Representando a **Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde** - AMPASA, a Dra. **Michelle Bruno Ribeiro**, da Promotoria de Saúde da Região Metropolitana II, foi a pessoa indicada para acompanhar a inspeção (e levou também uma assessora);

Demais parceiros escolhidos: **Conselho Regional de Serviço Social RJ** - Representante: A.S. **Débora Rodrigues de Araújo**; **Coordenação Estadual de Saúde Mental-GSM RJ** - Representante: Psic. **Maria Luiza S. de Andrade**; **Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura - ALERJ** - Representante: Advogada **Vera Lúcia Alves**; **Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro**, enviando como representante a Fiscal e Enfermeira **Elaine da Costa Guimarães**;

Entidades Representando Movimentos Sociais: **Fórum Permanente de Saúde no Sistema Prisional-RJ**; Psicóloga **Paula Melo**; **Movimento Luta Antimanicomial - Núcleo RJ**; Psicóloga **Fabiana Valadares**.

Com pouquíssimo prazo para preparação necessária à realização desse trabalho de inspeção, recorri às informações valiosas prestadas por telefone por Márcia Badaró (ex-representante do CRP-05 no Fórum Permanente de Saúde no Sistema Prisional) e Tania Kolker (histórica colaboradora dos Conselhos de Psicologia e consultora do Ministério da Saúde para o projeto de desinstitucionalização dos aprisionados nos Manicômios Judiciários).

Esses dois apoios iniciais foram fundamentais, não só para que pudesse participar da primeira teleconferência (29/01/2015), como

também muito auxiliou o desenho inicial da inspeção no Rio de Janeiro junto à Diretoria Executiva, bem como na prévia preparação dos psicólogos de organizações parceiras e setores do CRP-RJ envolvidos na inspeção – com a marcação de uma reunião, na sede do CRP-05, com consultoria de Tania Kolker e com a participação de Márcia Badaró, no dia 25 de fevereiro. Sem isso, dificilmente poderíamos ter realizado a inspeção no nosso estado.

A unidade escolhida foi a porta de entrada do sistema prisional para cumprimento de Medida de Segurança para portadores de transtorno mental em conflito com a lei. Contudo, atualmente (e há algum tempo), atende só homens e, supostamente, estaria dependendo de obras internas para atendimento também das mulheres. As mulheres se encontram internadas no Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros, a princípio provisoriamente, porque o Roberto Medeiros não possui perfil para atendimento das várias demandas que as Medidas de Segurança requerem. Contudo, soube-se posteriormente que a unidade teria sido transformada em HCTP, o que pode vir a facilitar a permanência das mulheres naquela unidade. Esta é apenas uma das graves situações que pudemos constatar ao analisarmos o sistema prisional do estado e que nos inquieta bastante.

Convém destacar que o Roberto Medeiros, além de atender as emergências psiquiátricas do sistema, custodia os dependentes químicos. Nesta unidade, há pacientes com dependência química submetidos ao novo tipo de internação compulsória, criada a partir de alteração no Código de Processo Penal e que introduziu a internação provisória, o que está produzindo o aumento do encarceramento de dependentes químicos, independentemente de aplicação da medida de segurança. Por essas especificidades, que fugiam ao objetivo da inspeção, o Hospital Roberto Medeiros não foi o escolhido para a inspeção – embora a situação de aumento das internações compulsórias por uso de drogas consideradas ilegais seja extremamente preocupante. Ainda não sabemos quantos casos de internação compulsória existem no Brasil, mas sabemos que são muitos e que aumentam a cada dia.

Outra situação inquietante que viemos a tomar conhecimento é a persistência de cerca de 50 internos no atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho e que anteriormente funcionava como Manicômio Judiciário. Os pacientes remanescentes estão alocados em uma parte do Instituto transformada em uma espécie de ‘abrigo’. O projeto do Ministério da Saúde de desinstitucionalização que Tania

Kolker coordenava no local foi interrompido unilateralmente pela direção da unidade, antes do término do contrato. Posteriormente, tomamos conhecimento pela Apoiadora do Eixo Desinstitucionalização, da Gerência de Saúde Mental/SES, que as pessoas ainda lá remanescentes já se encontram totalmente liberadas para serem desinstitucionalizadas, mas permanecem na unidade à espera de inserção em residências terapêuticas. Esta é outra situação bastante grave: os graves problemas existentes na Porta de Saída, na desinstitucionalização, por carência de residências terapêuticas, de acolhimento por parte dos familiares e até de dificuldades para a continuidade do tratamento em alguns CAPS do estado do Rio de Janeiro.

Destaque-se também como extremamente preocupante a demora na realização das perícias e a lentidão do processo de assistência jurídica prestado pela Defensoria Pública – explanadas detalhadamente nos itens do instrumento norteador da inspeção.

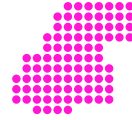
Apontamos a seguir algumas peculiaridades por parte de alguns parceiros que vieram a repercutir, em termos de tempo demandado, no andamento da sistematização: a representante do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS RJ), a representante do Conselho Regional de Enfermagem (COREN RJ), o representante da Seccional Regional da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB RJ) no Conselho Penitenciário do RJ, a Promotora de Saúde da Região Metropolitana II, indicada pela AMPASA, a Apoiadora do Eixo Desinstitucionalização da Gerência de Saúde Mental/SES, nenhum seguiu o documento orientador produzido pelo CFP especialmente para a inspeção, preferindo fazer um relatório único, alguns especificamente dirigidos às suas próprias chefias e como seguimento de uma inspeção anteriormente realizada pela entidade. Mesmo assim, todas as observações consignadas foram registradas nos itens pertinentes do instrumento no processo de sistematização.

Após a inspeção, o CRP RJ – associado a outras entidades que vierem a desejar o mesmo – pretende avançar nos contatos com o Núcleo da Defensoria Pública do Sistema Prisional - NUSPEN, especificamente com a Dra. Patrícia Magno, para debater sobre as possibilidades de diminuir a lentidão do acompanhamento jurídico aos pacientes internados e também para conhecimento da situação jurídica das mulheres internadas no Hospital Roberto Medeiros, principalmente as consideradas presas provisórias.

Por fim, observam-se indícios visíveis de falência de todo o Sistema Prisional para Cumprimento de Medida de Segurança para Portadores de Transtorno Mental em Conflito com a Lei do esta-

do do Rio de Janeiro, quer pela precarização das estruturas físicas, quer pelo grande e crescente número de internos por decisões judiciais e que cometeram crimes de baixo (ou nenhum) potencial agressivo (ou relacionados ao uso de drogas, não acompanhados de morbidades psiquiátricas), quer pela falta de pessoal técnico em número compatível com o obrigatoriamente estipulado pela legislação e por órgãos profissionais fiscalizadores, quer pelo número reduzido de equipamentos do estado, como abrigos, residências terapêuticas e até mesmo pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nos CAPS. Na inspeção, muitas vezes ouvimos que os CAPS não desejam receber os internos do HR (ou de outras unidades), devido a esses serem oriundos do sistema penal. Porém, antes de culpabilizar unicamente os profissionais dos CAPS, devemos refletir sobre a falta de estrutura de alguns municípios, a deficiência crônica de pessoal técnico e a multiplicidade de vínculos trabalhistas nos equipamentos estaduais, produzindo os conhecidos efeitos nefastos.

Finda a jornada regional da inspeção nacional, esperamos que o Sistema Conselhos possa ser mais contemplado nas etapas seguintes do processo, pois, pela amostragem que tivemos no Rio de Janeiro, existem muitas questões importantes e graves, regionais e nacionais, que precisam ser discutidas com os psicólogos em seus territórios.



Presídio Regional Antônio Garrote, zona rural de Itumbiara, GO. Ligado à Secretaria de Segurança Pública e tem parceria com a Secretaria de Saúde

No que diz respeito ao número de presos/pacientes, há superlotação.

Em relação ao respeito ou à existência de práticas abusivas na relação entre usuários e profissionais, a interação mostra momentos de tensão. Essa se dá com frequência em decorrência das rotinas próprias da instituição, como, por exemplo, nos momentos em que o Diretor delibera pela realização de inspeção nas celas, momentos em que as drogas são apreendidas e os presos ficam irritados. No momento da inspeção, os detentos pareciam irritados em função da instalação de bloqueador de celular na instituição. Mas ainda assim, o Diretor destacou que a relação é respeitosa, entretanto naquele momento a aplicação do limite irritou os detentos.

Nas celas visitadas havia entre seis e 10 detentos e apenas três camas. Conforme informado pelo Diretor, os detentos escolhem a cela que querem ficar por afinidade de convivência. Ressalta que existem grupos rivais na instituição. Foi relatado pelos detentos que muitas vezes alguns dormem no chão do banheiro.

A estrutura física do prédio é diferenciada, pois as celas não estão no térreo, sendo localizadas no primeiro andar. Dessa forma há iluminação e ventilação abundante. As celas visitadas possuem três camas, uma acima da outra, um banheiro sem porta. Não há armários individuais para guarda de pertences. Alguns detentos são autorizados a preparar alimentos nas celas, como cozinhar batatas. O espaço para dormir é insuficiente devido à superlotação das celas. Os detentos realizam a limpeza de seus pertences na pia do banheiro. As roupas são colocadas para secar em varais improvisados na frente das celas. A circulação dos pacientes/presos é restrita, obedecendo à escala de trabalho.

Existe área para banho de sol, local para trabalho, espaço improvisado para sala de aula, a qual funciona em parceria com a Secretaria Estadual de Educação. Foi informado pelo Diretor que existe uma biblioteca, mas os inspetores não chegaram a verificar esse espaço.

Não há convivência entre homens e mulheres. Contudo, nas celas há muitos casos de relacionamento homossexual. E há também detentos da ala masculina que possuem parceira na

ala feminina. Assim, no dia da visita íntima, eles têm contato.

Existem apenas três pessoas em cumprimento de medida de segurança.

1. E. de O. relata que está no Presídio há quatro anos e meio, ajuda na carpina, recolhe lixo, toma Gardenal todos os dias. Não tem contato com familiares, pois esses não o visitam. Não recebe benefícios penitenciários. Faz quatro refeições diárias. Perfil para Residência Terapêutica. Gosta do pessoal do presídio.

2. J.C. tem 65 anos. Está em medida de segurança desde 2006. O PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) conseguiu localizar o irmão no Paraná e está trabalhando no processo de reconduzi-lo. Toma medicamento todos os dias para pressão e para transtorno mental. Nunca recebeu visita. Não há relatos de agressão a outros detentos no presídio. Gostaria de morar em uma chácara para criar galinha.

3. M. de O. F. está no presídio há mais ou menos cinco anos. Vivía isolado por motivo de briga na cadeia. Atualmente voltou para o presídio. Está tomando vários medicamentos. Segundo o relato do detento, não é atendido pelo médico e recebeu apenas uma visita. Alega que nunca mais usou droga, que fuma e que recebe “cobal” do governo. Quer morar com o pai em Itumbiara.

Os pacientes que cumprem medida de segurança na unidade quando apresentam alguma intercorrência recorrem ao CAPS para avaliação psiquiátrica e medicação quando indicado. Utilizam também os leitos do Hospital Municipal. Após passar pelo CAPS, eles retornam a Unidade prisional. Os pacientes que cumprem M.S. vão para o CAPS para participar de terapia ocupacional.

Não há assistente jurídico na instituição.

Não há psicólogo na instituição.

A Junta Pericial do Estado de Goiás está subordinada ao Tribunal de Justiça de Goiás (TJ-GO). Não há junta pericial no sistema penitenciário. A equipe do complexo não participa do processo de elaboração do laudo ou relatório psicológico.

Nenhum paciente/preso em medida de segurança mantém contato com familiares ou amigos.

A equipe multiprofissional do PAILI tem buscado resgatar os vínculos familiares dos pacientes em medida de segurança que se encontram presos. Tal equipe pertence à Secretaria de Estado da Saúde.

CRP 10 PARÁ



Os membros da Comissão Luiz Romano da Motta Araújo Neto – Conselho Regional de Psicologia 10ª região/Pará e Amapá - CRP10-PA/AP, Ivanilda Barbosa Pontes – Ordem dos Advogados do Brasil Seção Pará - OAB/PA, Artur Couto – Conselho Regional de Psicologia 10ª região/Pará e Amapá - CRP10-PA/AP, Giane Silva Santos Souza – Conselho Regional de Psicologia 10ª região/Pará e Amapá - CRP10-PA/AP, Luanna Tomáz – OAB/PA, Fernanda Souza de Jesus – OAB/PA, Eliana Vasconcelos – Defensoria Pública do Estado do Pará, Elizabeth Maria Pereira Ferreira – Conselho Penitenciário, Vanessa Menezes - Conselho Penitenciário, Landoaldo Matos - Conselho Penitenciário, Pedro Nazareno Barbosa Júnior – Movimento da Luta Antimanicomial, Rosiane Costa de Souza – Conselho Regional de Serviço Social- CRESS-1ª Região. Apoio: Anna Beatriz Alves Lopes, Yan Fernandes e o fotógrafo Artur Couto, foram inicialmente recebidos pela Direção e outros funcionários que responderam aos questionamentos feitos de acordo com o Roteiro de Orientações, previamente elaborado pela Comissão Nacional, após o que puderam conhecer as dependências do hospital, percorrendo os corredores onde estão dispostas as alas e celas, através das quais os membros da Comissão puderam dialogar com os internos.

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP, em que pese a grande distância dos centros urbanos, o HCTP tem o acesso facilitado por se localizar às margens de uma estrada federal com grande circulação de veículos, no trecho entre as cidades de Belém e Castanhal.

Instituição ligada à Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará – SUSIPE, integrante da área de Segurança Pública.

O HCTP tem capacidade máxima prevista para 120 pessoas, acolhendo no dia da inspeção 197 internos, sendo 180 Homens e 17 Mulheres. De acordo com a direção o tempo médio de internação situa-se entre dois a três anos.

Por meio dos dados fornecidos pela instituição, pode-se calcular que o tempo médio de internação dos pacientes em Medida de Segurança é de 5,08 anos. Dentre estas, sete pessoas estão internadas há mais de 10 anos (entre 12 e 18 anos). Em cumprimento de prisão/internamento provisório, observa-se uma média de 1,74 anos de internação, sendo identificadas cinco pessoas próximas ou com mais de cinco anos nesta condição.

O hospital é administrado por um Diretor Geral, um Vice-Diretor e um Chefe de Segurança. Contando atualmente com 143 Agentes de Segurança, distribuídos em três equipes, atuando em um regime de trabalho de plantão de 24 horas, intercalado por 48 horas de descanso. De acordo com a direção, durante o processo de admissão todos realizam um curso de capacitação/treinamento na Escola de Administração Penitenciária do Pará – EAP, quando “se trata da Medida de Segurança”.

Observa-se que alguns usuários, que realizam atividades nas áreas externas às “alas”, interagem com os profissionais de segurança e técnicos, sendo que a maior parte permanece adstrita às celas, de onde saem apenas para “banho de sol” diário.

Os casos jurídicos de pessoas submetidas à Medida de Segurança ou à Pena Privativa de Liberdade com sintomatologia de transtornos mentais e que aguardam resolução para as suas situações são acompanhados por uma Defensora Pública.

Os internados são acomodados em celas, em geral coletivas, onde permanecem em média cinco ou seis pessoas. As alas e celas são escuras, quentes, úmidas e pouco ventiladas. As paredes são sujas, com roupas e objetos pessoais dependurados nas grades. Em algumas alas são dispostos colchões pelo chão e, em outras, identificam-se camas.

Algumas celas individuais são reservadas para pacientes portadores de HIV e pessoas consideradas “prêmio” pela prática de delitos relacionados à pedofilia.

Foram observados alguns banheiros sem portas em algumas celas e banheiros coletivos, não sendo razoável falar-se em privacidade.

De acordo com a direção existem celas especiais destinadas à triagem, não constituindo “isolamento”, à observação da Comissão verificou-se tratar-se de espaço em situação mais precária ainda que a situação geral.

Outros internos mencionaram a existência de uma cela “especial”, onde são colocados pacientes “que reclamam”, chamada DML⁷, que não foi identificada pela Comissão de Inspeção.

O acesso aos corredores nos quais se dispõem os alojamentos – “alas”, é guardado por vários portões de ferros, fechados com cadeados, de onde os internos “saem” monitorados pelos agentes penitenciários, quando para o banho de sol, as atividades na escola e de trabalho (em torno de 45).

7 DML na estrutura organizacional de outros hospitais significa Depósito de Material de Limpeza.

Observou-se na área do hospital a existência de vários espaços (ambientes) que podem ser utilizados para o fim de convivência fora dos alojamentos, como quadra esportiva, refeitório, sala de visitas e horta.

Consoante informação da direção do Hospital, não existe espaço destinado à convivência íntima, permanecendo homens e mulheres em alas separadas.

Das 197 pessoas internadas, 67 (34%) estão em cumprimento de Medida de Segurança, os demais são presos em cumprimento de pena que apresentam sintomas de transtorno mental ou presos provisórios aguardando decisão declaratória de inimputabilidade, sendo que, no último mês, foram realizados três exames de insanidade mental/responsabilidade penal, os quais não contaram como exame toxicológico⁸ e nenhum exame de cessação de periculosidade. Nos cinco meses de 2015, são contabilizados 22 exames de insanidade/responsabilidade penal e três exames de cessação de periculosidade.

As perícias são agendadas no Instituto Médico Legal e 87 pacientes aguardam a sua realização, sendo que 35 têm exames agendados para 2015, 24 estão marcados para 2016 e 28 foram solicitados e aguardam agendamento.

De acordo com a direção, no último mês não ocorreu transferência administrativa de paciente para o HCTP, a não ser por decisão judicial, dado que foi contrariado pela Defensora Pública presente na inspeção, que afirmou a ocorrência de transferência administrativa de pessoas para o HCTP, independente de decisão judicial. Tal dado, foi corroborado por informação alhures de que internos de outras unidades são transferidos para o HCTP, por possuírem dependência química ou transtorno de personalidade, sem possuírem ordem judicial, como foi relatado na seguinte frase: *“para entrar eles não precisam de ordem judicial, mas para sair sim”*.

Atualmente, encontram-se internadas sob Medida de Segurança uma pessoa considerada imputável, cinco pessoas declaradas semi-imputáveis e 61 declaradas inimputáveis. E, de acordo com a médica legista do Instituto Médico Legal do Pará (IML-PA), presente na inspeção, “toda a população internada”, de algum modo, está aguardando os exames previstos na legislação penal e penitenciária.

Além das 99 pessoas internadas ou presos provisórios, encon-

⁸ De acordo com a médica do Instituto Médico Legal, que acompanhava a inspeção pelo Conselho Penitenciário, o exame toxicológico deveria ser realizado como elemento do exame de insanidade.

tram-se na instituição cinco pessoas com sentença/decisão de desinternação, mas que permanecem em razão da “inexistência de vínculos familiares ou sociais”, evidenciando a omissão do Estado na implantação de residências terapêuticas, estabelecidas por lei.

Do total de 197 pessoas internadas, 67 cumprem medida de segurança (63 homens e quatro mulheres), 21 são condenados (20 homens e uma mulher) e 99 são presos provisórios (89 homens e 10 mulheres).

A análise processual dos casos de internação provisória poderia identificar a existência de violações de direitos jurídicos, sendo suficiente informar que, excluindo as pessoas com decisão de Medida de Segurança (34%) e condenadas à Pena Privativa de Liberdade, que são assistidos juridicamente pela Defensoria Pública, os demais (presos provisórios) não têm recebido atendimento da defesa e informações processuais, denotando omissão e desigualdade por parte do sistema justiça.

A direção se refere entre as “queixas comuns” dos internos à falta ou inadequação dos medicamentos e à qualidade da comida. Sendo informado que “as pessoas internadas recebem visitas”, não sendo questionado se todos recebem visitas ou quantos são aqueles que não as recebem.

Atuam junto ao setor de saúde: os internos que são utilizados como auxiliares de serviços gerais, quatro agentes administrativos, 14 auxiliares ou técnicos de enfermagem, três psicólogos, um médico clínico⁹, um médico psiquiatra¹⁰, um terapeuta ocupacional, sendo prevista a contratação de mais um sociólogo, uma enfermeira, dois assistentes sociais e um pedagogo. Não sendo a equipe dividida para o acompanhamento individual dos internos.

De acordo com a direção, atualmente os medicamentos estão disponíveis e que “quando falta é-se obrigado a comprar” (sic), entretanto, foi observado pela Defensoria Pública presente na inspeção, que é comum a queixa dos internos relatando a falta medicamentos.

A equipe de assistentes sociais e terapeutas ocupacionais atende diariamente em salas privativas. Há queixas dos profissionais de que nos atendimentos individualizados os Agentes ficam no ambiente de atendimento, mantém os internos algemados, quebrando, assim, os preceitos éticos previstos nos Códigos de Ética destas profissões. Foi identificado na sala do Serviço Social, que há guarda segura dos re-

⁹ Atendimento três vezes por semana, alcançando entre 10 a 15 pessoas.

¹⁰ Médico da SUSIPE, que atende dois pacientes, três vezes por semana em consultório localizado em outra cidade.

gistros de acompanhamentos dos internos. A Assistente Social, que se encontrava no momento da inspeção, relatou que faz atendimento somente na ala feminina considerando a segurança; que acompanha o cadastro de visitantes em sistema, sob controle da SUSIPE (Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará); que faz acompanhamento de situações bancárias para recebimento de benefícios dos internos; que articula com a família a desinternação acompanhando os internos ao convívio familiar; que há necessidade de mais dois profissionais assistentes sociais para acompanhamento; que não participam de capacitação promovida pela SUSIPE, que trate da questão específica da saúde mental ou rede de serviços.

A direção se refere à frequência média de pacientes que são encaminhados para emergência psiquiátrica é de 10 a 15 pacientes/mês. Não sendo computado óbito no último mês, tendo falecido apenas um paciente em janeiro devido doença crônica – câncer.

Atualmente dispõe-se de uma Defensora Pública responsável pelo acompanhamento da situação jurídica dos internos em cumprimento de Medida de Segurança, e dos condenados à pena Privativa de Liberdade com transtornos mentais, a qual atende pessoalmente em torno de oito a dez pessoas por semana, existindo ainda poucos casos assistidos por advogado particular. Os prontuários são guardados em sala própria.

No hospital, é formada uma equipe constituída por um psicólogo, um assistente social, a direção (com formação em administração) e vice-direção, que cooperam na elaboração de estudos e laudos, sendo que não se vêm cumprindo a periodicidade mínima de um ano para a realização dos exames de cessação de periculosidade, os quais são realizados no Instituto Médico Legal.

Três psicólogos atuam no HCTP, em regime de trabalho de 40 horas semanais, sendo um concursado e os demais celetistas. Cada psicólogo é responsável em média pelo atendimento de 66 internos.

São realizados, em média, três atendimentos individuais diários por cada psicólogo. Seus atendimentos são embasados na teoria cognitivo comportamental, com técnicas da psicoterapia breve como atendimento participativo, interativo e psicodiagnóstico.

Em alguns momentos, são realizados estudo de caso, não havendo uma maior periodicidade nestes estudos pela falta de psiquiatra na equipe multidisciplinar, haja vista, que este profissional realiza seus atendimentos em outro município a 60 km da instituição. Outro fato alegado é que o corpo técnico de enfermagem fica alocado em outro bloco.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP do Pará

Os atendimentos individuais são realizados em salas próprias e com registros nos prontuários dos pacientes, sendo que o acesso a esses prontuários não são norteados pela Resolução CFP-007/2003.

As dinâmicas de grupo e oficinas são impossibilitadas em virtude do número elevado de relatórios que são solici-

tados pelo sistema de justiça. Outro fator é o quadro reduzido de agentes prisionais que dificulta a segurança do corpo técnico.

Nos atendimentos individuais os internos chegam algemados, ficando o agente de segurança em “Q.A.P.” com a porta aberta (sic), sendo uma das exigências da instituição para o atendimento, com raras exceções o técnico solicita a retirada das algemas.

Os internos são encaminhados com frequência à rede pública de saúde do município de Santa Isabel, notadamente para realização de exames e consultas em clínica médica e não em saúde mental. Os internos somente são enviados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no momento da desinternação ou de posse do Alvará.

Os psicólogos da instituição estão cientes dos princípios norteadores da reforma psiquiátrica, mas relatam que o espaço por ser “segregador e torturador”, torna-se praticamente impossível seguir estes princípios. Sobretudo por não encontrarem na rede de atendimento suporte para tanto, haja vista, que o Estado do Pará possui apenas três CAPS AD, um na capital Belém e dois espalhados entre os 144 municípios do Estado.

Os profissionais de Psicologia referem ter conhecimento dos Programas PAILI (GO) e PAI-PJ (MG), contribuindo com os laudos periciais encaminhando os seus relatórios ao IML e Poder Judiciário. Informam, também, que tentaram implantar o programa no Pará, mas não houve um consenso entre o Poder Judiciário, Secretaria Saúde do Pará (SESPA) e Ministério Público (MP).

As visitas são realizadas duas vezes por semana, sendo vetado ao paciente o uso direto do telefone, “em virtude da lei federal que proíbe” (SIC) e quando o interno necessita ou a unidade precisa de contato com a família, é feito pela assistência social, não existindo, por outro lado, qualquer programa/projeto ou tipo de acompanhamento especificamente voltado a família dos internos.



Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Florianópolis, SC, instituição ligada à Secretaria de Justiça e Cidadania, responsável pela gestão dos estabelecimentos prisionais

A inspeção no Estado de Santa Catarina teve participação do Conselho Regional de Psicologia (representado pelos psicólogos Yara Maria Moreira de Faria Hornke/Comissão de Direitos Humanos, Anderson Luis Schuck/Comissão de Orientação e Fiscalização), da Ordem dos Advogados do Brasil (representada pelos advogados Victor José de Oliveira da Luz Fontes e Fábio André Sabota Baretta), Conselho Regional de Enfermagem (representado pela enfermeira Míssia Mesquita Páscoa), Vigilância Sanitária Estadual (representada pela servidora Maika Arno Roeder), Núcleo de Direitos Humanos da Corregedoria-Geral da Justiça (representado pela servidora Adriana Teres Moresco) e Centro de Referência em Direitos Humanos “Estamira Gomes de Souza” (representado pela psicóloga Gabriela Rabello).

Após a primeira reunião realizada no CRP-12 em 17 de março de 2015, acordou-se uma ação especial de fiscalização por meio de entrevistas com os pacientes que se encontram em medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Localizado em Florianópolis, Santa Catarina, é o único estabelecimento do Estado destinado ao cumprimento das medidas de segurança.

Nas reuniões subsequentes, houve concordância unânime quanto aos objetivos do trabalho, inclusive porque em Santa Catarina existe um movimento em curso pela criação de residências terapêuticas condição sine qua non para abrigar cerca de 30 pacientes que se encontram no Hospital de Custódia já com alta médica, porém sem destino. Estes são pacientes antigos que vivem no estabelecimento há diversos anos, razão pela qual perderam os vínculos familiares e não têm para onde ir.

Esta ação vem sendo desenvolvida pelo Ministério Público Estadual e já foi exaustivamente discutida pelos serviços e entidades do Estado. No último dia 09/06/2015, a Defensora Pública Ana Carolina Dihl Cavalin, titular do 21º Ofício da Capital, propôs uma Ação Civil Pública com pedido de liminar para obrigar o Estado de Santa Catarina e o Município de Florianópolis a implantarem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para atender pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Questionada, a Secretária Estadual da Saúde alega que já tem um estudo pronto, estipulando onde deveriam ser instaladas as residências e como seriam custeadas, faltando na verdade estabelecer verbas no orçamento do Estado, cujos recursos estariam, no momento, destinado às comunidades terapêuticas.

A partir de uma análise sobre o instrumento sugerido para a Inspeção, foi identificado excesso de detalhes. De todo modo, foi utilizado para orientar na coleta de informações para atingir os objetivos e possibilitar o confronto de informações entre os diversos Estados inspecionados. Na verdade, tanto a Vigilância Sanitária como a Corregedoria-Geral da Justiça consideraram que a maioria das informações já são conhecidas. Cotejando o anexo com a relação das pessoas institucionalizadas, que acompanha o instrumento, foi observado que não se tem notícias da existência de internos além dos que estão Hospital de Custódia. Dado relevante foi a ausência de informações sobre a existência de mulheres cumprindo medida de segurança, e a necessidade de se obter uma relação oficial de pessoas sentenciadas à medida de segurança no Estado.

Atendendo um pedido da Comissão, a Corregedoria-Geral da Justiça encaminhou informação que apontam a existência de 388 processos de medidas de segurança em tramitação, sendo 313 de homens e de 35 mulheres. A maioria dos pacientes está cumprindo a medida no HCTP.

Os dados fornecidos foram contraditórios (alguns pacientes estão registrados em dois processos simultaneamente, um de internação e outro de tratamento ambulatorial), porém, dados preliminares apontam que 48% dos pacientes estão cumprindo a medida em tratamento ambulatorial.

Durante as visitas ao Hospital de Custódia, a equipe técnica expôs o seu projeto de trabalho ao qual priorizam o PAE – Programa de Acompanhamento do Egresso. O objetivo da instituição com o Programa é acompanhar o egresso, dando-lhe todo subsídio possível na reinserção social, atuando junto aos familiares visando resolver pendências e conflitos eventuais. Foi possível verificar que a maior dificuldade é a ausência de equipamentos e políticas públicas para atendê-los.

No Estado existem só duas unidades de residência terapêutica: em Joinville e em Monte Castelo – que obviamente não atendem as necessidades de uma política de desinstitucionalização. A equipe do Hospital de Custódia visivelmente se desdobra para cobrir as deficiências inclusive trabalhando na melhoria e humanização das instalações do equipamento.

A rede de acompanhamento psicológico e social do Estado é precária, limitada aos CAPS. Em Florianópolis existe um acordo entre o CAPS PONTA CORAL e o Hospital de Custódia – 10 internos são liberados para frequentarem as atividades do CAPS. Há uma política de permitir que os internos visitem suas famílias nas datas comemorativas – nas quais as famílias contam como respaldo do hospital para qualquer intercorrência.

A equipe afirma realizar atendimentos associados ao cotidiano de cada interno, desenvolvendo capacidades que auxiliam o retorno à vida social. Exemplo disso é o profissional de barbearia, antes atendia integralmente cada interno, no presente momento ele atua como orientador. Cada paciente possui seu próprio aparelho de barbear. Segundo relato da equipe esta conduta tem permitido redução drástica da reincidência. Solicitamos o plano de atendimento individual que explicitasse esta política, mas a equipe disse não contar com documento escrito, embora tenha afirmado seguir um procedimento específico.

Pudemos verificar, a partir das observações na instituição e das entrevistas, pedido insistente dos presos pela presença da defensoria pública. Principalmente daqueles eventuais, que estão em tratamento, oriundos do sistema prisional por acesso à assistência jurídica. Foi constatado, também, desconhecimento da existência de defensoria pública.

Para atender a necessidade dos internos na aquisição de itens pessoais, verificou-se que as compras são feitas coletivamente. Como consequência, percebemos que nenhum paciente tem objetos próprios (além daqueles de higiene pessoal) que poderiam marcar sua individualidade e identidade, como fotos, recordações, quadros, etc.

Findo os trabalhos, como desdobramentos da inspeção, sugerimos a junção de esforços com o Grupo de Trabalho de Saúde do Conselho Regional de Psicologia e demais entidades interessadas no tema da saúde pública, a organização de uma audiência pública sobre saúde mental no Estado.

Embora toda a política de desativação dos estabelecimentos de regime fechado para execução de medidas de segurança esteja devidamente normatizada, não temos como consequência uma rede pública minimamente construída para lhes dar cumprimento. O atendimento ambulatorial é precário, sendo o número de CAPS no Estado reduzidíssimo, podendo-se afirmar a existência de enorme demanda reprimida.

As residências terapêuticas são praticamente inexistentes, comprometendo de maneira significativa toda a política antimanicomial vigente.

Considerando informações que temos da existência do plano de construção de residências terapêuticas, é urgente a sua efetivação para a mitigação das deficiências encontradas, sendo necessária vontade política dos governantes.

- Eis o relato: 36 de um total de 116 pacientes/presos já estão prontos para a desinstitucionalização, embora ainda não existam dispositivos para abrigar esta população no Estado; 12 pacientes são provenientes das unidades prisionais e tiveram problemas de ordem psicológica e se encontram em tratamento no Hospital até receberem alta e voltarem para a sua unidade de origem e os demais, cerca de 68 pacientes ainda estão internados em medida de segurança e sem previsão de alta). Deste total de pacientes, 10 deles frequentam o CAPS Ponta do Coral em Florianópolis.
- Verificou-se a existência de enfermarias com até 20 pacientes.
- Trata-se de uma edificação antiga, com presença de pisos de madeira nos corredores, algumas celas possuem forte odor de urina, banheiros com revestimento de pisos e paredes danificado, não existem barreiras para assegurar a privacidade dos pacientes nos banheiros, pois não dispõem de porta. Observou-se ainda, presença de alguns vidros quebrados nas janelas, lavanderia improvisada, onde roupas sujas possuem contato direto com roupas processadas. Alguns colchões estão com a sua densidade comprometida, embora grande parte deles disponha de revestimento lavável, impermeável e de fácil higienização e limpeza. Por outro lado, dispõem de sala de informática, salas para atendimento individual e coletivo, quadras de esporte e academia ao ar livre, espaço para deambulação, contam com consultórios de atendimento médico e psicológico, consultório odontológico e área de lazer coberta.
- O acesso às áreas externas ao alojamento dá-se com horário previamente combinado. Geralmente todos os pacientes saem do alojamento ou das celas às 08 horas e vão para o pátio interno. Retornam no horário do almoço e no período vespertino também são liberados.
- As pessoas internadas podem receber visita às terças-feiras, quintas-feiras e domingos, por duas horas.
- A Instituição disse que não há revista íntima das pessoas que fazem visitas aos presos da Instituição.

- São os trinta e seis pacientes que cometeram crimes “menores” (de menor potencial ofensivo, sem violência) presos há anos, que não tiveram sua periculosidade cessada.
- Não exige algemas, segurança ou porta aberta. Porta tem visor de vidro, possibilitando que seja acompanhado de fora a interação do psicólogo-paciente. Campanha na mesa.
- Serviço social ativo no aspecto de reintegração a família; Pacientes chegam com histórico de tratamento na rede de saúde, facilitando o contato e encaminhamentos, devido à grande rotatividade; Exigência de família do paciente no processo de acolhimento e/ou avaliação.
- Inclusão da família em várias etapas do acompanhamento; Possibilidade dos pacientes transitarem livremente pelos espaços externos; Visitas domiciliares para conhecer a rede de serviços nos municípios e famílias para posterior acolhimento dos pacientes.
- Constituição de estratégias para encontrar moradias para pacientes com condições para atender suas particularidades; Dificuldade em lidar com a falta de Residenciais Terapêuticos no Estado.
- No aspecto do contato do paciente com a família não há caráter de fiscalização da comunicação (presença na conversa e escuta telefônica).
- As pessoas internadas dispõem de contato com amigos e familiares nas terças, quintas e domingos por duas horas. Muitos recebem permissão para visitas domiciliares e saídas terapêuticas nas datas comemorativas. Alguns possuem acesso ao telefone para contato com familiares e amigos.
- A visita para as entrevistas se realizou no dia 28 de abril de 2015 no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no Bairro Agrônoma, na Cidade de Florianópolis/SC, com a presença da Sra. Missia Mesquita Páscoa (COREN-SC), Sra. Yara Maria Moreira de Faria Hornke (CRP-12) e Sr. Victor José de Oliveira da Luz Fontes (OAB-SC), cabendo a primeira a redação do presente relato.

Tivemos a oportunidade de conversar com três internos. Responsáveis pelas entrevistas: Yara Hornke (CRP), Missia Mesquita Pessoa (COREN) e Vitor Jose de Oliveira da Luz Fontes (OAB)

O primeiro, “D.”, masculino, 51 anos, natural de Ouro Verde/MG, relatou que desempenhava suas atividades como metalúrgi-

co e depois de alguns anos começou a trabalhar como vigilante. Contou que estava ali há um ano e 3 meses. Fora casado resultando três filhos. Teve outra namorada após o fim do casamento. Explicou que estava ali devido ao homicídio contra sua ex-namorada, ocorrido em 2013, pois não aceitou o término do relacionamento.

Explicou que já havia tentado suicídio no ano de 2002 por arrependimento de ter deixado seu casamento e filhos, e quem o resgatou foi seu irmão. Refere-se a abuso no consumo de álcool. Relatou que recebe visita dos filhos, tem atendimento uma vez por mês com médico, assistente social e psicólogo. Não possui contato com a defensoria pública. Relatou receber bons cuidados e medicações. Desejo: ter liberdade para ficar com os filhos.

O segundo, “N.”, masculino, 52 anos, natural de São Francisco do Sul/SC, relatou que desempenhava suas atividades como entregador de gás e depois de alguns anos começou a trabalhar com oficina mecânica. Contou que estava ali há seis anos, mas depois se contradisse, explicando que estava no Sistema Prisional há mais tempo. Nunca fora casado. Teve um filho, do qual não sabe notícias, não existe vínculo desde sua entrada no Hospital. Explicou que estava ali devido a um latrocínio que participou, mas não soube dizer exatamente como ocorreu nem o ano do fato. Em determinado momento, nos relatou que escutava vozes.

Explicou que já morou em São Paulo e que fora denunciado por vizinho devido a um “gato” que ele fez na TV a cabo. Refere -se a abuso no consumo de álcool. Relatou que recebe visita apenas da irmã, que tem atendimento uma vez por mês com o médico, mas que se precisar dele neste intervalo consegue consulta, tem acesso a assistente social e a psicólogo. Não possui contato com defensoria pública. Relatou receber bons cuidados e medicações. Desejo: Ficar livre, pois acha que já está muito tempo dentro do Sistema Carcerário e trabalha com tipografia.

O terceiro, “S.”, masculino, 43 anos, natural de Alfredo Wagner/SC, relatou que desempenhava suas atividades como servente e depois de alguns anos começou a trabalhar como vidraceiro. Contou que era a segunda vez que estava no Hospital, pois não conseguiu se manter são fora dos cuidados da Instituição. Frequenta o CAPS. Contou que nunca fora casado nem teve filhos, morava com a mãe. Explicou que estava ali devido ao homicídio contra um homem em um bar da região, devido a uma discussão.

Explicou que tentou matar mais um homem e por isso voltou, que se sentia muito envergonhado. Relatou abuso no consumo

de álcool e cocaína. Relatou que recebe a visita da família, tem atendimento uma vez por mês com o médico, assistente social e psicólogo. Não possui contato com a defensoria pública. Relatou receber bons cuidados e medicações. Desejo: ter liberdade e voltar a morar com a mãe.

Em análise preliminar das entrevistas, verificamos que todos os pacientes estavam aparentemente orientados, lúcidos, bem comunicativos, sem sinais físicos de traumas ou lesões, limpos, com uniforme da Instituição, cabelos e barba cortados e calçados nos pés, em geral, mantendo boas impressões em relação ao atendimento.

Entretanto, observamos que o segundo paciente demonstrou períodos de confusão quanto ao tempo e espaço.

A percepção confusa da realidade se evidencia na desproporção dos delitos que ele acredita que o levaram a retornar para o sistema: “fazer um gato de TV à cabo”... Há lacunas na sua história de vida e uma sequência temporal confusa em sua narrativa.

Para qualquer pessoa, as lembranças sempre são marcadas pela emoção. Esquecemos ou lembramos com maior ou menor clareza, daquilo que nos é agradável ou que pode trazer sofrimento, de qualquer forma há sempre uma marca afetiva e emocional.

Nos casos dos pacientes com sofrimento mental, a percepção do tempo é caracteristicamente peculiar... o tempo parece cristalizado. Parece que as cenas não terminam.

No caso do último entrevistado, esta dificuldade de percepção aparece quando ele relata a agressão que cometeu contra uma pessoa, onde aparece uma ausência de críticas sobre seus atos.

Quando atribui a ação à falta de medicamento (teria deixado de usar por ter deixado de morar com a mãe que era quem ministrava seus remédios), revela sua imaturidade e dificuldade em assumir sua autonomia. Não parece ter dimensão do que faz. Não consegue avaliar os laços afetivos, não percebendo que a mãe estaria mais interessada em manter sua internação, conforme relato da equipe.

Este dado reforça a necessidade de que os pacientes sejam acompanhados no seu cotidiano, principalmente quando têm alta.

Em que pese as observações acima, podemos concluir que, no geral, os internos entrevistados apresentam bom aspecto de higiene e tratamento. Nenhum deles tinha qualquer coisa para reclamar sobre o atendimento quando perguntados. Todos eles exerciam funções laborais e de estudo, dentro de suas condições, na Instituição. Relatam um bom entendimento da rotina institucional referindo-se as assembleias gerais onde fazem os seus pedidos.



Penitenciária Psiquiátrica Forense Unidade ligada à Secretaria de Estado da Administração Penitenciária

EQUIPE DE INSPEÇÃO:

Fabiano Moura de Moura – OAB/PB, **Iva Izabel Barros** – Secretária CRP13, **Katiuka Araújo Duarte** – CRP13, **Luis de França P. da Silva** – Vice-presidente CRP13, **Paulo C. Freite** – OAB/PB, **Ricardo Jorge Costa Faria** – COF/CRP13, **Silvia Diangelis de Lima Tavares** – Assistente Social da Área Técnica de Saúde Mental, **Silvana Barbosa Mendes Lacerda** – Membro da Comissão Psicologia Jurídica CRP13, **Thatyanna Karla de Britto Poggi Lins** – Presidente da Comissão Psicologia Jurídica CRP13, **Valdineri Nunes Ferreira** – CRESS/PB.

Os pisos, apesar de lavados durante a nossa visita, possuem aspectos sujos e malcheirosos. São antigos. Eles alegam que não há verba suficiente e que chega a faltar material de higiene pessoal, limpeza, bem como medicamentos para o bom funcionamento da instituição. O local é aparentemente arejado, com janelas (gradeadas) em todos os ambientes. Iluminado. Há camas para todos, algumas sem lençóis. No dia da visita todos os ambientes estavam lavados e organizados o que nos fez pensar em um possível anúncio anterior à inspeção, mas o diretor disse que é prática comum da instituição e nos convidou a voltar lá qualquer outro dia e no mesmo horário (pela manhã) para que pudéssemos nos certificar que sempre é da forma como encontramos. A limpeza das enfermarias é feita pelos próprios usuários e estava sendo feita no momento da inspeção. Quanto as paredes foi observado que está faltando pintura. São feias e acaba deixando o ambiente com aspecto de sujo.

Todas as informações acima são anotadas manualmente. Não há sistema informatizado. É a única instituição de Saúde Mental que realiza exame criminológico. Atende todo o Estado da Paraíba.

Dentro do setor de ambulatório há um livro de ordem de ocorrências do setor de Enfermagem, onde são anotadas todas as admissões, encaminhamentos e entrega de Medicação. As condições do fichário são precárias, as paredes do setor apresentam mofo e infiltrações. Há atendimentos aos militares, e estes são acompanhados fora da Instituição pelos CAPS e pelo AA.

Há casos de pacientes com a periculosidade cessada (“exame conclusivo”) que permanecem internados na Instituição, quatro internos se encontram nessa situação. Os casos já foram devidamente

comunicados ao juízo competente e medidas práticas já estão em andamento junto a Coordenação de Saúde Mental do Estado da Paraíba.

As pessoas internadas dispõem de contato com amigos e familiares semanalmente, nas quintas-feiras e domingos (o dia todo), para quem reside na zona metropolitana, abrindo-se exceção aos visitantes do interior do Estado. O contato telefônico é feito pela assistente social, por meio de linha pessoal, uma vez que o aparelho telefônico disponível encontra-se na sala da direção, e muitos dos atendimentos acabam sendo feitos à distância.

Os alojamentos todos dão de frente para a área comum onde circulam livremente durante o dia. Após o almoço eles ficam trancados em seus alojamentos para que possam repousar, mas às 14h voltam a circular no pátio novamente. Eles observaram que após algum tempo fechando as enfermarias para que houvesse o repouso, os usuários, mesmo sem que os agentes os chamassem, já se dirigiam aos alojamentos, como condicionados a isso.

O diretor relatou também que falta uma continuidade de medicação para os pacientes, fazendo com que eles recorram ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, os médicos tentam conseguir amostras com representantes e solicitam também ajuda na Secretaria de Saúde, CAPS e CAIS. O diretor alegou também que há um problema de fornecimento de água no bairro e com isso eles armazenam água em grandes caixas d'água, o que dificulta demais a limpeza do ambiente, devido aos pacientes sujarem demais, urinando e cuspidando em locais impróprios. Foi observada uma organização na parte administrativa e uma organização no arquivamento de documentos deles. Na sala do diretor há um computador com câmeras digitais onde ele observa quase todos os compartimentos do local e acompanha os pacientes. Tal equipamento foi conseguido por meio de campanhas, brechós e ajuda de empresários e voluntários. Não há auxiliares de Serviços Gerais, a limpeza é feita pelos usuários. Estão tentando fazer uma parceria com uma faculdade da capital para tentar criar o Instituto Escola pra receber apoio dos estudantes de Medicina, Psicologia, Serviço Social.



CRP 14

MATO GROSSO DO SUL

Estabelecimento Penal Feminino Irmã Irma Zorzi

Conforme orientações encaminhadas para os membros das equipes responsáveis pelas visitas da Inspeção Nacional de Manicômios Judiciários, Hospitais de Custódia, Alas de Tratamento Psiquiátrico e Similares, foram inicialmente convidados para discutir a atividade: representantes da OAB/MS, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Serviço Social, Vigilância Sanitária, Assembleia Legislativa e Ministério Público.

Visto que, em contato com o Dr. Oswaldo Barbosa (AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde) não obtivemos a indicação do Promotor que acompanharia as inspeções no estado (AMPASA não dispunha de Promotor associado para indicar); fizemos articulação com o Ministério Público Estadual e obtivemos o retorno da Dr.^a Jiskia Sandri Trentin (50^a Promotoria de Justiça).

No dia 14/04/2015, a Conselheira Irma e a colaboradora Sandra Amorim reuniram-se com a promotora, expondo todo o processo até aquele momento, e saíram da reunião com a total adesão da 50^a Promotoria de Justiça. Ela informou que já possuía agendas de visitas definidas para os locais elencados e informou que o grupo poderia acompanhá-la (garantindo essa a requisição de segurança extra para acompanhá-los). A única ressalva era que o grupo deveria ser composto por, no máximo, três pessoas a fim de garantir a segurança de todos.

De acordo com a agenda da Dr.^a Jiskia, o estabelecimento Penal Jair Ferreira de Carvalho seria visitado no dia 16/04/2015 e o Estabelecimento Penal Feminino Irmã Irma Zorzi no dia 28/04/2015. Em virtude da proximidade do dia 16/04/2015 e apesar das articulações via telefone e e-mail, o grupo não conseguiu retirar representantes para conciliar com a visita ao Jair Ferreira de Carvalho. Com isso, o único local inspecionado foi o Irmã Irma Zorzi, conforme relato que segue.

Atualmente, o estabelecimento penal acomoda 384 internas, dispostas em 13 celas (sendo três de isolamento). A estrutura da penitenciária tem capacidade para 231 presas. O tempo de permanência dessas varia de acordo com suas condenações. 50% sendo processadas, aguardando a sentença, enquanto as 50% restantes estão condenadas.

Quando as internas chegam ao Estabelecimento Penal são acolhidas pelas agentes penitenciárias, que lhes cedem uniformes, informações de disciplina e viabilizam a visita de um advogado. As internas também tem acesso aos serviços de atendimento

psicólogo, de assistência social e ambulatorial, no qual as enfermeiras elaboram um prontuário para acompanhamento do estado de saúde das presas. Após realizados os processos de entrada das internas, elas ficam alojadas em uma cela de observação para depois serem encaminhadas às suas celas.

O presídio dispõe de medicações apenas de contenção. Em casos de atenção psiquiátrica e dependência química, as internas são encaminhadas ao Hospital Nosso Lar. Em 2014 houve o caso de uma interna diagnosticada com Transtorno Bipolar e essa foi removida até o município de Jateí, pois se alegou que o Estabelecimento Penal Feminino Luiz Pereira da Silva – Jateí - MS acomodaria melhor o caso. Em casos moderados de crise de abstinência, a interna é encaminhada à cela de isolamento.

As assistentes sociais relataram que algumas internas são muito agressivas e o trabalho é limitado em decorrência do espaço físico e falta de estrutura que a penitenciária apresenta. Acidentes de trabalhos já foram registrados quando algumas agentes intervieram para separar as internas de brigas e motins. Houve afastamento de uma agente após diagnosticada com síndrome do pânico, a causa do transtorno foi associada a um episódio em que essa funcionária sofreu violência física por parte de duas internas, ao separá-las de uma briga.

Os profissionais que atuam dentro do estabelecimento penal, se reúnem a cada 40 dias, a fim de analisar a rotina e expor as problemáticas que estão envolvendo o trabalho. Não há capacitação periódica aos funcionários.

O corpo de bombeiros auxilia com o transporte em alguns casos, disponibilizando ambulâncias para a movimentação das internas.

O estabelecimento também possui escola de alfabetização até o 2º ano do ensino médio além de cursos profissionalizantes como manicure, cabeleireiro, maquiagem, porteira predial (junto ao Conselho da Comunidade), cozinha e confecção através do Pronatec, programa criado pelo Governo Federal que oferece cursos de educação profissional e tecnológica.

A prioridade nos tratamentos é por meio da medicação. No cuidado com dependentes químicos, o trabalho é feito através de grupos realizados pelas psicólogas da instituição e atendimento psiquiátrico no local três vezes por semana. Quando a reclusão é motivada pela dependência, pode ocorrer o encaminhamento ao hospital psiquiátrico Nosso Lar.

As visitas são liberadas todos os finais de semana, a instituição dispõe de uma creche para crianças de até seis meses de idade

para o período de amamentação, após essa idade, a criança é destinada à família ou a casas de acolhimento no caso de não haver cuidadores com grau de parentesco.

Observa-se que a mulher é mais desamparada em comparação aos homens. A família, em sua maioria, não está disposta a acompanhar a interna no processo de ressocialização e o estabelecimento penal também não possui um trabalho junto às famílias.

CONCLUSÃO

- Em decorrência da visita ao Estabelecimento Penal Feminino Irmã Irma Zorzi, pode-se verificar um ambiente que aparenta ser harmonioso e tranquilo, esta impressão pode ser associada a liberdade que as internas possuem ao se locomoverem no interior do presídio, sem a companhia constante de agentes penitenciários e aos espaços de convivência, cursos profissionalizantes, setores de confecção e serviço de cozinha industrial que são disponibilizados.
- O espaço que o estabelecimento penal ocupa não foi construído com base em um planejamento de sistema prisional feminino, portanto o local passou por adaptações que acarretaram em limitações estruturais, sendo ineficiente para o correto funcionamento do presídio, bem como para o acolhimento de pacientes psiquiátricos.



Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy Ligado à Secretaria de Segurança Pública

Existe um total de 10 alas, sendo que, nove delas possuem 14 quartos individuais, e uma ala possui nove quartos; devido a manutenção precária de todo o centro, existe uma ala que está completamente interdita e as que funcionam não estão ocupadas em sua totalidade por problemas na rede elétrica (faltam lâmpadas), banheiros quebrados, sinais de incêndio nas paredes, portas quebradas por exemplo. Segundo o diretor do centro, por possuírem apenas quatro internas do sexo feminino, estas serão remanejadas para um outro espaço dentro do centro, e a ala que essas ocupam será destinada ao público masculino, que por questões anteriormente citadas estão ocupando temporariamente os quartos de forma coletiva por quarto. As camas dos quartos são de alvenaria.

A distribuição de medicação não é feita de forma satisfatória, existem reclamações por parte da direção e técnicos que a medicação é repassada pela Diretoria de Saúde do Sistema; há atrasos devido ao processo licitatório. Existe uma parceria com a SMS Maceió, mas nem sempre existe a medicação nos moldes da necessidade da clientela do centro.

O acesso às áreas externas ao alojamento é livre, pois cada ala tem portas que dão entrada a um grande pátio e outros espaços; o acesso dos usuários a parte administrativa da instituição é controlado por um portão, e agentes.

Existem áreas de convivência comum fora os alojamentos, um jardim e um anfiteatro. Encontramos duas salas equipadas com recursos do DEPEN: uma para praxiterapia e outra para fisioterapia ou práticas de educação física com esteiras ergométricas, bolas, ar condicionado, aguardando a contratação de pelo menos um Terapeuta Ocupacional e/ou um educador físico para que estes trabalhos sejam desenvolvidos.

Existe a convivência entre presos/pacientes homens e mulheres.

Os internos com uma condição melhor são contratados pela secretaria para fazer a limpeza do centro e recebem a hora de trabalho calculado em cima do salário mínimo. O valor é repassado em uma conta que é aberta pra eles em um banco.

No que diz respeito a auxiliares de serviços gerais e auxiliares administrativos, nos foi informado que não existe uma separação por nomenclatura destes servidores, tendo os auxiliares de serviços gerais sendo colocados na função administrativa e de recreação por exemplo.

Há apenas uma psicóloga, cujo Contrato é verbal, nada por escrito. Quando dos atendimentos não há uso de algemas.

Existem 27 internos com “direito” a fazer o exame de cessação de periculosidade, em um total de 43 presos/pacientes.

Dessa forma entende-se que a reavaliação da cessação de periculosidade seja anual ou até mesmo de dois a três anos. Existe um interno com 27 anos no CPJ.

Fica clara a omissão do Estado em relação ao manicômio judiciário. Apesar da disposição do diretor e dos poucos profissionais do quadro no sentido de aprimorar os trabalhos desenvolvidos no mesmo, esbarram com a quase completa falta de estrutura dessa instituição.

CRP 16 **ESPÍRITO SANTO****EQUIPE DE INSPEÇÃO:**

Walter Lowal Braz Vieira, Vice-presidente do CRP 16; **Maria Teresa Ruas Nogueira Pizetto**, Coordenadora Técnica de Orientação, Fiscalização e Ética do CRP 16; **Thais Alves Vieira**, Psicóloga Técnica de Orientação, Fiscalização e Ética do CRP 16; **Gilvan Vitorino da Cunha Santos**, Conselheiro da OAB; **Cézar Augusto Ramaldes da Cunha Santos**, Promotor de Justiça; **Gentil André Lima Rodrigues**, Fiscal Farmacêutico - Conselho Regional de Farmácia; **Gilmar Ferreira de Oliveira**, Presidente do Conselho Estadual dos Direitos Humanos - CEDH/ES; **Kesya de Souza Silva**, Representante do Comitê Estadual de Prevenção e Erradicação da Tortura no Espírito Santo (CEPET/ES); **Fernanda Pinto de Tassis**, Representante do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Durante a inspeção realizada pelo CRP 16 e parceiros, no dia 29-04-2015, foi visível o descaso com que a instituição visitada vem tratando os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial, ao infringir, de forma recorrente, os direitos conquistados e previstos na lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doença mental.

Sem desconsiderar o árduo trabalho dos profissionais que se dedicam diariamente a esta instituição, assim como os avanços e melhorias conquistados nos últimos anos, o fato é que ainda há muitos desafios a serem enfrentados para atender as normativas previstas, desde 2001, na referida lei.

Antes de apontarmos algumas das violações percebidas neste espaço, é preciso refletir sobre um problema estrutural, que se refere ao fato de que o público atendido por essa instituição, pessoas portadoras de doença mental e que cometeram algum delito, está sendo assistido pela Secretaria Estadual de Justiça (SEJUS), a partir da lógica prisional, sendo ignorados os direitos preconizados na lei 10.216/2001 e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a desinstitucionalização, privilegiando a convivência familiar e o tratamento em serviços de base comunitária. É preciso repensar as ações de saúde no sistema penitenciário, em destaque para a situação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A realidade “manicomial” brasileira tem sido, infelizmente, palco de grandes violações de direitos. Com o argumento da disciplina, a total submissão e obediência, a crença de que o outro é

um ser “perigoso” e “incapaz” têm produzido muitos torturadores nas instituições. Percebe-se que a ausência de fugas tem sido o argumento utilizado para justificar e manter tais práticas.

Destaca-se a lei nº 10.216/2001, nos respectivos artigos, para refletir sobre algumas deficiências que precisam ser trabalhadas por essas instituições: “Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; (Art. 2º, § Único, I da lei 10.216/2001).

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. (Art. 4º, § 2º, da lei 10.216/2001).

Fica a questão: Qual o limite entre cuidado e tutela? Não há incentivo na construção da autonomia e/ou independência do sujeito. Não se trabalha na perspectiva do tratamento e da alta médica, e sim para a manutenção do mesmo cada dia mais dependente desse sistema perverso, que é o sistema prisional.

Limpam-se os espaços, limpam-se as pessoas. Limpam-se também as histórias.

Percebe-se que as instalações e acomodações são extremamente adoecedoras, cheias de grades e sem nenhuma expressão das individualidades dos sujeitos. Os únicos pertences presentes nas celas são: um colchão, uma colcha, um lençol, uma toalha de banho e um rolo de papel higiênico. E todas as pessoas estavam uniformizadas.

Vale destacar que os métodos tendentes a anular a personalidade da pessoa humana, ou diminuir a sua capacidade física ou mental, também podem ser considerados como tortura.

Outro ponto a ser destacado foi a falta de cor e de cheiro do local. Onde estão os cheiros característicos do sistema prisional, que antes dos olhos verem, já nos denuncia que ali há vida?! Por onde a vida se expressa e se afirma nesse espaço? Mas não foi possível encontrar essa resposta, ainda.

Assim, diante dos fatos observados neste documento, a equipe de inspeção propõe alguns encaminhamentos. Destaca-se que a finalidade dessas propostas é a extinção do HCTP. Contudo, algumas ações se fazem necessárias para o alcance dessa finalidade.

- Envolver a Secretaria de Estado da Saúde no acompanhamento dos internos do HCTP e, especialmente, daqueles cuja periculosidade já foi cessada, garantindo que esses possam ter acesso aos serviços da rede de saúde mental do território, propiciando autonomia;

- Envolver os operadores da Justiça na construção de medidas que facilitem a inserção dos internos do HCTP nos serviços que compõem a rede de saúde mental;
- Traçar estratégias que busquem a extinção do HCTP, adequando o modelo assistencial à Lei nº 10.216;
- Fomentar a discussão nos movimentos sociais sobre a situação do HCTP e sua inserção no contexto da saúde;
- Retirar a guarda interna e externa da SEJUS e suprimir o ambiente com características de local de punição e sim de tratamento;
- Adotar práticas de acolhimento, tratamento e supressão de práticas tutelares;
- Verificar os casos de pacientes com muito tempo no hospital e sua reinserção em programas adequados de tratamento e inserção social;
- Levantar e acompanhar junto à Defensoria Pública, MP e ao Poder Judiciário os casos de pacientes que ficam muito tempo sem sentença definitiva;
- Discutir a aplicação do BPC – Benefício de Prestação Continuada prevista na LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), especialmente como forma de possibilitar a saída das pessoas que já tiveram a periculosidade cessada e permanecem internadas;
- Implementar equipe encarregada de orientação, aprimoramento, reciclagem e adequação das atividades e habilidades que o ambiente necessita;
- Contratação de integrantes da equipe técnica através de concurso público.



Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento Ligada à Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania – SEJUC

O hospital de custódia tem uma parte mais externa, com salas de administração, do serviço social, biblioteca, campo de terra para futebol, lavanderia, refeitório, consultórios para os atendimentos de saúde, bem como dois pavilhões (novo e velho) onde estão as celas das pessoas que lá cumprem medidas de segurança.

Mesmo sendo uma unidade masculina, faz o repasse de medicamento a seis internas na unidade feminina que fica no prédio ao lado. Pelo menos uma dessas internas é inimputável.

O tratamento ambulatorial não é feito só para os internos, outras pessoas que receberam algum tipo de pena, considerada branda, fazem acompanhamento com o médico psiquiatra da unidade, atualmente seis pessoas estão fazendo o tratamento regularmente.

- Os agentes de segurança não possuem capacitação específica para lidar com o público da instituição, mas consideram-se uma equipe de agentes humanizados. Recebem capacitação esporádica da Escola de Governo e Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP). Toda a equipe de saúde é cedida pela SESAP.
- A limpeza das celas é realizada pelos próprios internos. Já as roupas, em alguns casos são lavadas pelos familiares, pelos próprios internos, em suas celas ou por um interno que utiliza a máquina de lavar da unidade.
- A unidade possui seis internos totalmente dependentes dos agentes.
- Os agentes penitenciários não trabalham armados, e relataram entre as principais dificuldades: a) a contenção e o deslocamento dos internos para o João Machado em casos de surtos; b) cuidados com seis internos que são totalmente dependentes; c) falta de acompanhamento psicológico para os agentes, visto que eles trabalham com pessoas com alto nível de sofrimento e acabam também vivenciando sofrimento mental e estresse na rotina de trabalho.

UM PARADOXO: O pavilhão velho é mais iluminado e ventilado. O pavilhão novo tem pouca iluminação e ventilação. São conhecidos como o “velho” e o “novo”, inicialmente o agente disse que

não havia nenhuma razão ou diferença entre as alas, porém, em outro momento a direção, que resistiu em liberar a visita para a ala velha, disse que esta era considerada a mais perigosa, que lá estavam os internos mais “perigosos”. A instituição possui internos com HIV e em determinado momento o diretor classificou os pavilhões em: “*pavilhão dos aidéticos*” e “*pavilhão do perigo*”.

A área de banho de sol é sem nenhuma infraestrutura, área aberta deterrabatida (chamado de campo), sombras ou algum equipamento.

Há mais ou menos um ano a SEJUC não encaminha nenhum material de higiene, os técnicos fazem cotas e pedem no comércio da região.

De acordo com trabalhadores e um interno, a comida dos internos é fornecida por uma empresa terceirizada e de baixa qualidade. Segundo os trabalhadores, nos finais de semana que estão de plantão eles recebem a quentinha da mesma empresa numa qualidade superior à dos internos, e mesmo assim eles jogam fora e compram outras quentinhas produzidas na região próxima à unidade.

Há um sério problema com o sumidouro da unidade, provocando forte mau cheiro todo o tempo na unidade.

Há internos desde a inauguração da unidade, 1997, há 18 anos, portanto.

Três pessoas que cumpriram medida na unidade, após resultado positivo na avaliação psiquiátrica, foram transferidas para o Hospital João Machado, e posteriormente para residências terapêuticas.

Há um ano um interno que está aguardando vaga para transferência para o Hospital João Machado.

As pessoas internadas podem receber visitas dois dias na semana, quartas e domingos. Três internos não recebem nenhuma visita. Quatro familiares só comparecem por meio de intervenção do serviço social. Quando entre familiares há crianças, as visitas são realizadas na biblioteca.

Não há assistência jurídica na instituição.

Há um caso de paciente com a periculosidade cessada e com desinternação assinada desde janeiro/2014.

Após a desinternação do hospital de custódia, o tratamento é de competência do CAPS, porém os remédios são entregues no hospital de custódia.


CRP 18 MATO GROSSO
***Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento
Ligada à Secretaria Estadual de
Justiça e Cidadania – SEJUC***

COMISSÃO DE INSPEÇÃO

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – CRP/MT: Fabiana Tozi Vieira, Luiz Guilherme Araújo Gomes, Marisa Helena Alves, Rhegysmere Miriam Rondon Alves;

OAB/MT: Betsey Polistchuk de Miranda;

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – CRESS/MT: Francismeiry Cristina de Queiroz;

CONSELHO REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS: Luciana da Silva e Silva;

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM/MT: Alberto Carvalho de Almeida,

MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL NÚCLEO DE EXECUÇÃO PENAL: Joelson de Campos Maciel, Isabella Oliveira de Campos, Eliane Pereira da Silva, Pâmela Suelen Alvarez Porto, Luciana da Silva e Silva.

O Conselho Regional de Psicologia 18ª Região/Mato Grosso, em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil, o Ministério Público Estadual, por meio do Núcleo de Execução Penal, o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Serviço Social e o Centro de Referência em Direitos Humanos da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de Mato Grosso, realizaram no dia 27 de abril de 2015 a Inspeção Nacional de Manicômios Judiciários, Hospitais de Custódia, Alas de Tratamento Psiquiátrico e Similares.

No Estado de Mato Grosso foi inspecionada a Unidade 2 do Centro Integrado de Atenção Psicossocial do Adauto Botelho, que se localiza na Penitenciária Central de Estado de Mato Grosso – Pascoal Ramos.

No estado de Mato Grosso, não há propriamente um Hospital de Custódia e/ou Manicômios Judiciários, no modelo comumente existente na maioria dos estados do Brasil. O que há para tratamento de pessoas que cumprem medidas de segurança é um setor denominado Unidade 2 pertencente ao CIAPS Adauto Botelho, que é o hospital psiquiátrico de referência para internações em situação de crise dos pacientes com transtornos mentais.

Anteriormente a 04.11.2004, quando foi firmada uma parceria por meio do termo de cooperação técnica nº 079/SES/SEJUD, que deu origem a Unidade 2, o atendimento aos pacientes em cumpr-

mento de medida de segurança se dava no interior do CIAPS Aduado Botelho. Não havia separação entre os pacientes com transtornos mentais e os que cumpriam medidas de segurança.

A criação dessa unidade significava naquele momento uma iniciativa de organização dos serviços e adequação desse às características da população.

Inicialmente, o projeto previa ser um espaço aberto à circulação dos internos, ainda que dentro do espaço prisional, mas onde os pacientes circulavam sem as alas gradeadas, em que as atividades eram programadas em um modelo semelhante ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. A diferença era que as pessoas recebiam atendimento e também residiam ali.

Este modelo vigorou por um tempo, mas à medida que foram acontecendo incidentes no cotidiano da instituição, passou-se a usar o gradeamento e encarceramento dos usuários deste serviço, e vigorar também sistema de vigilância do modelo prisional.

O que se constatou na visita é que, do ponto de vista da estrutura física predial, trata-se de um manicômio judiciário, embora do ponto de vista legal é uma unidade de saúde. Observa-se também que essa dicotomia está presente nas relações entre os funcionários, em que é visível o entendimento e o relacionamento entre usuários e funcionários da justiça e da saúde em relação aos pacientes. Enquanto os funcionários da secretaria de saúde buscam, apesar das condições, oferecer um atendimento mais humanizado e dentro do modelo preconizado pela lei 10.216, os agentes prisionais se pautam na sua conduta profissional no mesmo modelo de atenção aplicado ao sistema prisional.

Esta unidade de saúde tem vinculação com a Secretaria Estadual de Saúde e, por se localizar no interior da penitenciária, também tem uma vinculação com a Secretaria Estadual de Segurança Pública, por meio do Termo de Cooperação Técnica número 079/SES/SEJUDH firmado em 04/11/2004.

Atualmente, a unidade sofreu uma interdição a pedido do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, a partir de uma ação civil pública, decorrente da precariedade física e estrutural encontrada, o descumprimento da conclusão da obra iniciada e a sujeição de possíveis situações de violência e/ou aviltamento de direitos. De acordo com a ação do Ministério Público, estavam reclusas aproximadamente 30 pessoas à época da interdição. No momento da inspeção havia sete pessoas internadas.

Após a análise dos dados colhidos no questionário em anexo, temos a considerar:

Em processo de interdição a unidade deverá ser reformulada, a intenção é o fechamento e a inserção destes usuários na rede de serviços substitutivos;

O próprio processo de interdição se deu em função de desrespeito e violação de direitos humanos, visto que há restrição de espaços para deambulação, atividades recreativas, banho de sol, atividades ao ar livre, visita íntima, etc.;

Não há no município de Cuiabá uma rede de serviços em saúde mental organizada e hierarquizada;

Esta equipe de inspeção conclui que este problema está sendo pensado de forma isolada, e não dentro do contexto da rede serviços;

A questão da saúde mental precisa ser organizada de forma macro, considerando todos os dispositivos apresentados na lei 10.216, considerando a assistência desde a atenção primária à alta complexidade.

Conclui-se, portanto, que, apesar do empenho observado na fala dos funcionários e dos representantes do Ministério Público em resolver de forma adequada a questão, a solução encontra-se emaranhada na falta de definição de uma política de saúde mental para os municípios do Estado de Mato Grosso.

Na reunião de elaboração do presente relatório, foi sugerido pelo representante do Conselho Regional de Psicologia e Medicina, futuras ações a partir do material produzido, convocando outras entidades para buscar soluções para o quadro apresentado, visando o bem estar e a saúde da população.



EQUIPE DE INSPEÇÃO:

Alan Santana Santos – CRP; **Daniel Nunes Menezes** – Defensoria; **Diléia Lucas de Carvalho** – CRESS; **Ednalvo Santos** – COREN; **Evaldo Lima de Oliveira Faro** – COREN; **Fernando Antônio Nascimento da Silva** – CRP; **José Augusto de Oliveira** – Atenção Psicossocial; **Karla Melo Santos** – CRP; **Lilian da Silva** – CRESS; **Luciano da Costa Viana** – COREN; **Marcela Flores Cardoso Sobral** – CRP; **Mário José dos Santos** – MNDH; **Milton Barreto Freitas Filho** – Ministério Público; **Nilzir Soares Vieira Junior** – Ministério Público; **Ricardo Bruno de Menezes Ribeiro** – CRM; **Talita Andrade Leite** – CRP/Estudante

O presente documento relata a ação de fiscalização realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Manicômio Judiciário de Sergipe), realizada no dia 29 de abril do corrente ano. A referida ação constitui-se numa proposta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), efetivada em âmbito nacional, através dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e diversos parceiros locais.

Em Sergipe, a inspeção contou com a inestimável colaboração do Conselho Regional de Serviço Social, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Medicina, Coordenação da Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde, Ministério Público do Estado de Sergipe, Defensoria Pública do Estado de Sergipe e Coordenação Local do Movimento Nacional de Direitos Humanos. Participaram, ainda, representantes das Comissões de Direitos Humanos e de Políticas Públicas do CRP 19/SE. Não conseguimos articular a participação da OAB, apesar das diversas tentativas de contato, que não obtiveram sucesso.

A data de realização da inspeção foi estabelecida considerando a agenda das pessoas envolvidas no processo, sem comunicação prévia ao Manicômio. A inspeção realizou-se na data prevista, com a equipe tendo acesso às instalações, documentos e profissionais do serviço sem nenhuma dificuldade, à exceção do impedimento de fotografar o ambiente e os internos. Ressalta-se que contamos com a colaboração dos profissionais do HCTP e da Assistente Social Paula Patrícia Costa, diretora, no atendimento aos diversos questionamentos realizados.

Na sua constituição formal, os Hospitais de Custódia devem desempenhar um duplo papel, de um lado o trabalho de reintegração social dos indivíduos que infringiram a lei, em menor ou maior gravidade; de outro, o tratamento psicológico/psiquiátrico dos seus internos, quem, em tese, são portadores de algum tipo de transtorno mental.

O desafio se torna maior, na medida em que é público e notório, que o Estado brasileiro, nas esferas estadual e federal, historicamente, salvo raríssimas exceções, não consegue gerir instituições prisionais e manicomiais com padrões desejáveis de cuidado e tratamento necessários para o cumprimento dos seus objetivos institucionais.

Na medida em que a interface justiça/saúde implica uma complexidade de difícil administração para o Estado, um aspecto desta dualidade se sobressai, a judicial, fazendo com que os chamados Hospitais de Custódia se caracterizem como verdadeiros presídios, nos quais a questão do tratamento do transtorno mental assume uma posição secundária.

No entanto, é consenso entre os profissionais que lidam na área de saúde mental, a necessidade de que os Hospitais de Custódia devem se constituir, sem se descuidar da perspectiva de reintegração social, em lugares predominantemente de assistência em saúde mental, nos quais o aspecto terapêutico (clínico/hospitalar) deve prevalecer sobre o de presídio, de modo que os seus internos sejam percebidos como usuários de um serviço de saúde mental, em substituição ao tratamento dispensado aos presidiários.

Podemos verificar, a partir dos dados coletados na inspeção realizada, que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existente no Estado de Sergipe, em conformidade com a realidade brasileira, não se caracteriza como um ambiente hospitalar dedicado ao cuidado terapêutico dos internos, mas apresenta-se como uma instituição prisional. Tal realidade é corroborada pela forte preocupação com a questão da segurança, expressa pelos seus servidores, que no decorrer de suas falas constantemente verbalizavam tal preocupação.

Enquanto presídio, de acordo com a avaliação dos participantes da inspeção, o aspecto físico destoa da maioria dos presídios estaduais, pela sua razoável conservação, porém, no que diz respeito à perspectiva do cuidado em saúde mental, trata-se de um lugar completamente descaracterizado como serviço destinado a esse fim, destoando das diretrizes assumidas pela reforma psiquiátrica no país: prédio completamente fechado, exceto em uma pequena parte do muro lateral, derrubado há aproximadamente dois anos, sem a devida restauração; celas muitas grades, nenhum espaço de convivência, prática de esportes ou para a realização de oficinas terapêuticas.

Importante também ressaltar a frágil vinculação do Manicômio à rede de atenção à saúde mental, implicando no não acompanhamento regular dos usuários pelo CAPS, restringindo as possibilidades

de um tratamento mais especializado e, desvinculando-se de um processo educacional de reconstrução da cidadania dos internos.

Nas falas dos usuários entrevistados não se referiram a maus tratos e violência física, mas ao uso, segundo eles, indiscriminado do taser, especialmente nos casos de surto. Os internos foram quase unânimes na reclamação da qualidade da alimentação recebida e das precárias condições físicas das celas e demais espaços físicos.

Percebe-se uma sensibilidade da direção, da equipe de saúde e dos agentes mais próximos dos internos, no sentido de prevalecer o aspecto do cuidado em saúde, porém com sérias restrições, em virtude das deficiências no que diz respeito à questão de pessoal, materiais disponíveis e estrutura física, limitando-os à realização das suas atividades diárias.

Outro aspecto importante trata-se da total ausência de formação, em saúde mental, das pessoas que atuam no Hospital de Custódia, à exceção dos profissionais cuja formação acadêmica já contempla tal área. Vácuo, notadamente importante, no que diz respeito aos agentes de segurança, tendo em vista a relação constante e próxima com os internos, porém sem qualquer capacitação na área de saúde.

CONCLUSÃO

A vinculação do Hospital de Custódia à Secretaria de Estado da Justiça dificulta a implementação de um cuidado dos internos diferenciado do prisional, tendo em vista que o olhar da Secretaria, e dos seus servidores, predominantemente, foca-se na possível periculosidade destas pessoas, em detrimento da problemática da saúde, e, em especial, do transtorno mental.

Na medida em que o Hospital de Custódia caracteriza-se como presídio, distanciado do clima de cuidado terapêutico, percorre o sentido contrário ao proposto pela Reforma Psiquiátrica, revivendo os antigos hospícios, na medida em que o encarceramento se torna o principal instrumento de intervenção para uma problemática que, contemporaneamente, pressupõe além do monitoramento clínico, a liberdade, a interação social, o acompanhamento multidisciplinar e a vivência de relações de afeto.

No sentido de promover a mudança da situação acima descrita, o conjunto de entidades integrantes do coletivo que fiscalizou o Hospital de Custódia relacionam abaixo propostas de intervenção, disponibilizando-se ao debate com os órgãos estatais responsáveis pelo seu gerenciamento, e, com a sociedade em geral, beneficiária do trabalho realizado pela instituição fiscalizada.

Atenção Psicossocial

1. Completar e acrescentar técnicos à equipe de saúde para que tenha uma equipe mínima completa;
2. Capacitar a equipe técnica e todos os trabalhadores em abordagem de saúde;
3. A SES, por meio da Atenção Psicossocial, auxiliar a equipe na construção de um projeto terapêutico da Instituição.

Conselhos Regionais de Enfermagem e Medicina

1. Criação e aplicação do projeto terapêutico individual
2. Contratação de profissionais de enfermagem, medicina, terapeuta ocupacional
3. Realização de exame toxicológico
4. Aumentar o número de exames de sanidade mental
5. Aumentar o número de exames de cessação de periculosidade

Conselho Regional de Serviço Social

1. Reordenamento institucional do HCTP para adequação da função de hospital de tratamento e redefinição do público alvo;
2. Realização de Concurso Público para lotação nas unidades prisionais e especificamente no HCTP, em atendimento à legislação vigente, para os cargos e quantitativos necessários à realização da prestação de serviço;
3. Apresentar às Faculdades de Medicina existentes no Estado, dados estatísticos dos índices da violência e criminalidade motivadas por transtornos psiquiátricos para a sensibilização da necessidade de formação na área de especialidade/psiquiatria;
4. Realização de estudos sobre o perfil dos/as internos/as, relacionado às infrações cometidas, para subsidiar estudos sobre o tema e ações de orientação e prevenção;
5. Criar e/ou implantar PCCS dos/as servidores/as lotados/as no HCTP considerando a sua especificidade, cargos e funções, como forma de obter quadro fixo de RH, com cargos e quantitativos suficientes para potencializar o funcionamento do mesmo;
6. Ampliar a estrutura física do HCTP de forma possibilitar melhores acomodações, na concepção de unidade hospitalar/custódia, e espaços para atividades sociais recreativas;

7. Potencializar o uso do espaço físico e de realização de atividade terapêutica mediante a criação de horta;
8. Implantação do Projeto Terapêutico conforme legislação vigente, enquanto método de tratamento para o público alvo;
9. Credenciar a instituição enquanto espaço de Residência Profissional nas áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia para melhor qualificação dos profissionais da saúde para o trabalho na referida área de atuação.

Conselho Regional de Psicologia

1. Repasse do gerenciamento hospitalar para a Secretaria de Estado da Saúde.
2. Criação de Projeto Terapêutico Institucional.
3. Capacitação de todos os servidores na área de saúde, com foco no cuidado de portadores de transtornos mentais.
4. Inserção efetiva do HCTP na rede de atenção em saúde mental, por meio da sua vinculação ao CAPS.
5. Redimensionamento do espaço físico, reduzindo o máximo possível o encarceramento, com a criação de ambientes: terapêutico, de convivência, esportivo e de formação profissional.
6. Implantação de equipe multidisciplinar do exame revisional.
7. Implantação da prática da junta psicossocial.

Por fim, mais uma vez agradecemos a importante colaboração das entidades parceiras, esperando multiplicá-la em inúmeras outras ações em prol da sociedade, e aos técnicos e conselheiros do CRP 19, pela disponibilidade e compromisso com a luta por uma sociedade democrática, igualitária e fraterna.



Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde

No dia 30 de abril de 2015 realizamos a inspeção nos presídios de Rio Branco. Primeiro fomos ao Francisco de Oliveira Conde e depois ao Antônio Amaro. Em ambos nos deparamos com uma assistência precária aos que estão cumprindo medida de segurança. Eles ficam nas celas do setor de saúde, mas não há um atendimento adequado. A equipe conta apenas com uma psicóloga em cada unidade, as quais não dão conta de atender a todos os pacientes. Estas precisam dividir a sala com as assistentes sociais e em uma das unidades não possuem nem espaço para armazenar os prontuários.

Percebemos que os pacientes não são medicados corretamente e ficamos chocados com o caso de um que está há um ano sem medicação. Ele fica sozinho em uma cela sem colchão e estava em estado precário de higiene pessoal. Tentamos conversar com ele, mas esse estava desorientado psiquicamente.

Realizar esta inspeção foi uma experiência incrível, mas “pesada” emocionalmente. As condições físicas de uma das unidades é insatisfatória. Além disso, não conseguimos obter algumas informações por falta de conhecimento da equipe. Não há um trabalho interdisciplinar.

Para finalizar a visita fomos ao Hospital de Saúde Mental do Acre, onde estava internado um dos pacientes de medida de segurança. Ele estava junto aos outros pacientes do hospital, mas usando corrente nos pés. Observamos no contato que ele também estava desorientado e não tinha previsão de sair de lá o que estava gerando um desconforto à equipe do local e aos familiares do pacientes.

No complexo penitenciário não há um espaço separado para as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei. No entanto, os casos que requerem maior atenção permanecem internados na Unidade de Saúde do Complexo. Como estes são a maioria, limitaremos algumas informações ao espaço da Unidade de Saúde, tais como, número de funcionários. São os profissionais da Saúde que mantêm contato permanente com os presos/pacientes em medidas de segurança.

O complexo é subdividido em várias Unidades de Regime Provisório, Unidade de Regime Fechado, Semiaberto, Feminino e Unidade de Saúde.

Atualmente, existem sete pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em regime de Internação no Complexo Penitenciário.

Destes, quatro estão na Unidade de Saúde, alojados em celas, três na mesma cela e um em cela individual. Os outros três inimputáveis que não estão na Unidade de Saúde encontram-se na Unidade de Regime Fechado I, em celas coletivas, juntamente com outros presos.

Em relação ao número de internos no dia da inspeção, foi discriminada a quantidade de todos os presos internados na unidade de saúde. Presos: 5/Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei: 10.

Os agentes de segurança têm formação para lidar com presos comuns, mas pessoas que cumprem medidas de segurança não.

Local sem ventilação adequada, piso em desnível, dormitório coletivo com camas em alvenaria, ambiente com precário nível de limpeza, péssima conservação de pintura, pouca mobília, sem armários individuais. Banheiro coletivo, insuficiente e sem privacidade.

O psicólogo da instituição entende que esta não atende aos princípios da reforma psiquiátrica. Porque, na realidade, trata-se de um presídio, não sendo este o local apropriado para os inimputáveis.

De alguma forma, oferecer um atendimento humanizado, porém por se tratar de um presídio, torna-se inviável a realização do trabalho como realmente deveria ser. Não há espaços adaptados para os inimputáveis.

Vale ressaltar também que o CRF/AC autuou o IAPEN por dispor de uma farmácia com dispersão e medicamentos psicotrópicos sem ter inscrição no CRF/AC e farmacêutico responsável técnico, assim como exige o Art. 24 da lei 3820/60.

CRP 21 **PIAUI**

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 21ª REGIÃO
 COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP21
 COMISSÃO DE ORIENTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CRP21

COLABORADORES:

Claúdia Pessoa Marques da Rocha Seabra – Promotora de Saúde do MP do estado do Piauí; **Caio Mendo Torres Burity** – Estagiário da Promotoria de Justiça; **Teresa Raquel Gomes dos Santos Galvão – OAB/PI 9346**. Membro da Comissão de Direitos Humanos da OAB/PI; **Maria Edileuza da Conceição Lima – CRESS/22**. Assistente social e presidente da Rede de Apoio e Suporte em Saúde Mental no Piauí – Amigo no Ninho; **Valter Batista da Costa** - militante social da Rede de Apoio à Saúde Mental Amigo no Ninho; **Carla Jasielle Café Teixeira – CDH/CRP21**. Membro da Comissão de Direitos Humanos do CRP21/PI; **Natália de Souza Silva – CDH/CRP21**. Coordenadora da Comissão de Direitos Humanos do CRP21/PI; **Joyce Mesquita Nogueira – COF/CRP21**. Membro da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP21/PI; **Jorgan Batista de Carvalho – COF/CRP21**. Membro da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP21/PI; **Elizandra Ferreira Pires de Carvalho – COF/CRP21**. Coordenadora da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP21/PI

***RELATÓRIO DE VISITA À HOSPITAL PENITENCIÁRIO
 WALTER ALENCAR/ALTOS-PI E AO HOSPITAL
 AREOLINO DE ABREU/TERESINA-PI***

***Relato de visita ao Hospital Penitenciário
 Walter Alencar em Altos-PI***

Na data de 07 de maio de 2015, a Comissão de Direitos Humanos do Piauí visitou o Hospital Penitenciário Walter Alencar (HPWA) na cidade de Altos-Pi, instituição ligada à Secretaria de Justiça, sob a direção de Samara Fernanda Costa Lima. O HPWA fica localizada na zona rural com acesso facilitado pela BR343. A Capacidade máxima de vagas no estabelecimento é de aproximadamente 45 vagas, sendo todas destinadas ao público masculino. No entanto, o número de internos na data da visita era de 39 pessoas. Não há acomodações íntimas para os presidiários. As acomodações existentes estão organizadas individual e coletivamente. Cada acomodação coletiva tem capacidade para cinco pessoas, mas segundo

informações da diretoria, reiteradas pelos agentes, já acomodaram entre 10 a 12 detentos em cada âmbito coletivo.

Atualmente, o Hospital Penitenciário Walter Alencar conta com 40 funcionários - incluindo a gerência e organizado com uma Diretoria Geral. Possui ainda 30 agentes de segurança, todos com curso de formação para lidar com o público da instituição e com regime de trabalho de seis agentes por plantão e carga horária de 24/72 horas. No momento da visita os detentos estavam em suas respectivas salas; alguns em área denominada Núcleo de Apoio Psicossocial (NAP's), e outros um tanto ociosos em espaço voltado para os leitos da recolhida noturna. Os agentes de segurança relatam não terem dificuldade em lidar com o público. Na fala de um deles, identificou-se que há até mesmo certa confiança pessoal quando os detentos estavam medicados, referindo-se aos mesmos como: "são os melhores".

Áreas externas ao alojamento são permitidas durante uma hora e meia no máximo e pelo turno da manhã. Há circulação dos detentos e ainda o acesso livre às enfermarias de número 3 a 5. Dois espaços são destinados ao isolamento; um com finalidade de conter patologias transmissíveis e o outro, para conter pacientes em surto. No entanto, alguns destes quando em surto ou com outros problemas de saúde são encaminhados para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, o que foi observado ao chegar ao local de visita - quando um detento em crise de epilepsia era colocado em uma ambulância para ser conduzido ao referido hospital. Pergunta esta feita a direção do HPWA.

Sobre áreas de convivência em comum com outros detentos percebe-se que existe espaço mais amplo que facilita a possibilidade de conversa na ala nomeada como NAP's, embora não se tenha observado interação entre os mesmos estando cada um isolado em seus espaços. Ao entrar nesta ala percebeu-se que poucos tentaram aproximação e muitos permaneceram distantes. No momento da visita notou-se a realização de oficina com alguns detentos. Sobre atividades de lazer, as profissionais da Psicologia e Assistência Social, recém contratadas, relatam estudar possibilidade para desenvolvimento de projetos de socialização e ações terapêuticas.

A visita permitiu constatar, entretanto, condições de instalação física e sanitária degradantes. Obteve-se ainda a informação de que O HPWA não vem recebendo suprimento de fundos, mesmo estando previsto. A estrutura encontra-se com rachaduras e infiltrações evidentes e de proporção ampliada. O estado dos colchões desgastados e velhos deixa um odor desagradável de poeira e mofo ao ambien-

te, e que provavelmente favoreça o aparecimento de outras doenças. O que remete a informação da enfermeira da instituição de que muitos detentos apresentam doenças pulmonares como tuberculose, no que diz respeito aos detentos transferidos, principalmente da Casa de Custódia de Teresina-Piauí. O Hospital Penitenciário possui em média, segundo dados dos agentes de segurança, 11 banheiros. Um dos banheiros visitados exalava odor já da porta do quarto. Um dos banheiros coletivos que vinha sendo usado se localizava na área exterior ao natural, mas conferia pequena privacidade aos detentos.

O Hospital Penitenciário Walter Alencar contava com 14 pessoas em cumprimento de medida de segurança no dia de realização da visita. Segundo dados dos funcionários não havia registro de exames de sanidade mental, nem de exames de cessação de periculosidade, nem de exames toxicológicos realizados no último mês. No último mês, foram apontados aproximadamente dez casos de encaminhamentos de presos para o Hospital Areolino de Abreu, em Teresina-Pi, em virtude de intercorrência de surtos e crises. Uma vez estabilizados, estes internos voltam ao local de origem.

Atualmente, as 14 pessoas internadas na Instituição eram declaradas inimputáveis. Não havendo nenhuma aguardando realização de exames. Havia, no momento da visita, cinco pacientes sob determinação de cumprimento de tratamento ambulatorial. No último mês, houve também seis casos de pessoas que não estavam internadas na instituição, mas que foram encaminhadas pra lá, para realização de exame de sanidade.

As visitas são permitidas nos fins de semana e feriados, no entanto, são limitadas devido a perda do vínculo com os familiares muitas vezes decorrentes do abandono e pela infração que os internos cometeram a um próprio familiar.

Como forma de violação dos direitos humanos encontradas, os próprios recursos humanos da instituição denunciam a precariedade nas instalações que agridem a saúde e o bem-estar dos internos.

A psicóloga e a assistente social relatam acompanhar diariamente os internos e registrar suas atividades. As referidas profissionais recebem muitas vezes a demanda por meio da enfermeira, mas outras vezes espontaneamente. A psicóloga e assistente social são recém-contratadas e por isso afirmam estarem organizando instrumentais e outras ações para os internos e seus familiares. Para tanto, os internos não contam com Projetos Terapêuticos Singulares.

No último mês, a direção do hospital informa a necessária transferência de dois internos devido a emergência de saúde. Es-

tes não retornaram, permaneceram em hospital psiquiátrico. Não houve óbitos desses casos. Quando há casos em que o interno retorna de emergência de saúde ao Hospital Penitenciário, cuida-se em manter a medicação para este prescrita.

No mês de fevereiro, porém, a equipe foi informada de que houve dois óbitos por negligência de atendimento em hospital geral. Um caso com HIV/AIDS e outro com tuberculose. Segundo dados e informe da enfermeira, a tuberculose é a patologia mais frequentemente detectada na unidade de saúde prisional. Dado que possivelmente esteja associado também as péssimas condições de salubridade da instituição como já descrito anteriormente.

O HPWA não conta com Assessoria Jurídica, sendo os casos acompanhados pela Defensoria Pública do Estado, que segundo a diretoria do Hospital faz atendimento toda segunda-feira. Existem alguns casos de pacientes com periculosidade cessada internados na instituição; no entanto, providências judiciais foram tomadas para que sejam soltos. No estabelecimento não havia processos destinados à pessoas por crimes considerados “menores”; sem potencial ofensivo que precisassem de periculosidade cessada.

Segundo informações obtidas, os exames de cessação de periculosidade para todos os internos em medida de cumprimento de segurança costuma obedecer a uma periodicidade mínima anual, sendo feitos durante as terças e quartas-feiras.

Há confidencialidade dos registros garantida aos pacientes, dos quais somente funcionários e advogados têm acesso. Os documentos jurídicos ficam com os funcionários e os prontuários médicos com os psiquiatras. Documentos dos setores de serviço social e psicologia – de abordagens individuais - ficam com as respectivas profissionais da área. Não se conheceu local de armazená-los para confirmar se confere segurança ou não.

A Junta Pericial é composta por uma psicóloga, um médico clínico, um médico psiquiatra, uma enfermeira e cinco técnicos de enfermagem. Sobre a questão investigada acerca da possível participação de outros profissionais para auxiliar na discussão de casos e troca de informações na elaboração e conclusão dos laudos, além do médico psiquiatra; os funcionários presentes e demais da direção não souberam informar.

Nos últimos dois meses foi contratada uma psicóloga que trabalha dois dias da semana no HPWA, sob serviço prestado e carga horária de oito horas semanais de trabalho. A profissional trabalha com abordagem a partir da perspectiva da Gestalt Terapia, favore-

cendo ações de acolhimento, aconselhamento, atendimento individual, escuta familiar e desenvolvendo atividades dinâmicas; porém a mesma não possui especialização na área de atuação. Juntamente com a Assistente Social têm buscado planejar outros projetos terapêuticos e oficinas, pois ainda não vêm desenvolvendo Projeto Terapêutico Singular para os casos. A profissional tem acompanhado 38 casos nos dois últimos meses. A psicóloga afirma ter espaço para guarda de material, instrumentos e demais registros e de acesso exclusivo; porém afirma que os atendimentos evoluídos não envolvem o uso de prontuários e os espaços destinados ao atendimento não se encontram em conformidade com o orientado pelo Código de Ética Profissional nem garantem privacidade e sigilo. A sala usada para atendimento pela psicóloga é a mesma utilizada pela assistente social e pela vistoria. Os documentos produzidos checados estavam de acordo com a Resolução CFP 007/2003.

A psicóloga do Hospital Penitenciário Walter Alencar afirma ter contato frequente com os pacientes objetivando a reintegração do paciente à família e à sociedade; embora se perceba que é um trabalho ainda incipiente e com barreiras burocráticas e de formação a serem superadas na proposta de ações que estão tentando implantar. Ainda assim, os profissionais mantem no discurso que a instituição atende aos princípios da reforma psiquiátrica; uma vez que “pensam na reinserção social e familiar e que são abrangidos pelo novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental”; mesmo que não estejam na RAPS e desconheçam os Programas de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ/TJ-MG) do estado de Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO) do estado de Goiás. A instituição restringe atendimentos psicológicos sob condições que requeiram uso de algemas nos detentos, presença de segurança reforçada, etc. Segundo as informações obtidas, a instituição busca dialogar com outras redes de assistência à saúde e encaminham paciente para tratamento externo quando necessário, mas geralmente restringe esses encaminhamentos para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Outro achado importante diz respeito a não participação da psicóloga ou contribuição desta em elaboração de laudos ou mesmo não são chamados a conversar ou opinar sobre a sanidade mental ou periculosidade na produção daqueles. Por outro lado, a única psicóloga que presta serviço ao hospital afirma que o trabalho da psicologia é considerado importante pela instituição; mas que no momento está se organizando. Dentre a demanda mais atendida

no Hospital Penitenciário Walter Alencar pela psicóloga está caso de pessoas com esquizofrenia e epilepsia.

Os internos do Hospital Penitenciário Walter Alencar dispõem de contato com os familiares e de acesso ao telefone. No entanto, os internos no Núcleo de Atenção Psicossocial jamais recebem visitas; muitas vezes porque mataram algum familiar e a própria família não procura ou se nega a estabelecer contato. Há pacientes detidos há 19 anos na instituição.

Ainda não existe nenhum programa, projeto ou trabalho desenvolvido com a família que não seja a escuta oferecida pela psicóloga, assistente social e assistência jurídica, embora a assistente social e a psicóloga revelem tentar desenvolver atividades voltadas para a família e usuário.

No dia da visita os psiquiatras não estavam no Hospital Penitenciário. Foi informado que os mesmos costumam estar nos dias da semana de terça e quarta-feira.

Um dos psiquiatras não aparece a mais de dois meses no Hospital. O outro médico psiquiatra é quem leva a medicação que a Secretaria de Justiça fornece. Há visita mensal de um dos promotores à instituição.

Os agentes costumam recrutar 5 internos para ajudar na limpeza.

Os profissionais e demais funcionários afirmam haver cuidado com a higiene pessoal dos internos.

Há uma enfermaria (a de nº 5) que é um quarto separado destinado só para pacientes psiquiátricos detentos, há mais de 5 anos. Segundo o coordenador de Segurança e Disciplina, as enfermaria de número 1 e 2 acomodam casos clínicos de menor periculosidade.

Relato de visita ao Hospital Areolino de Abreu em Teresina-PI

Na manhã de 07 de maio de 2015 foi realizada ainda uma visita ao Hospital Areolino de Abreu localizado na cidade de Teresina-PI. O Hospital é de fácil acesso, localizado dentro da zona urbana. Fundado em 1965, a instituição é ligada a Secretaria de Saúde do estado do Piauí, com capacidade de lotação de 202 leitos totais. No dia da visita à instituição, o número de internados era de 196. Na ala de geriatria havia ainda onze pacientes de ambos o sexo convivendo em comum espaço.

O corpo de funcionários é de 461 trabalhadores. Dentre os tipos de direções observadas, percebe-se a existência de Diretoria Geral, Administrativa e Técnica. Não há setor jurídico. Quando há

demanda jurídica é encaminhada para o setor jurídico da SESAPI - Secretaria de Saúde do Piauí. E não há agentes de segurança.

Os profissionais que lá trabalham possuem carga horária de 30h, no regime de trabalho estatutário. Segundo estes, há interação entre usuários e profissionais. Esses são capacitados ou têm formação para atuar no serviço com pacientes com transtornos mentais, porém não dispõem de preparo para trabalhar com pacientes que cometeram crimes. Não foi observada práticas abusivas ou desrespeitos aos usuários.

As acomodações das populações internas à instituição consistem em leitos. As demais acomodações são coletivas e possuem um número médio de 40 internos por Unidade. Não há espaços separados para convivência íntima.

A estrutura física da Instituição não é recente, mas é preservada, o ambiente é higienizado e arejado. O mobiliário não é novo, mas é conservado. No dia da vistoria, a grama das unidades de internação estavam sendo cortadas por profissionais especializados. Em cada unidade de internação há dois banheiros coletivos, com chuveiros e sanitários. Há ainda espaços de contenção. Esta é adotada após avaliação do médico responsável, o paciente é medicado e em seguida contido. Não há celas ou alojamentos individuais. Dentro das unidades de internação, há circulação dos pacientes.

Há áreas de convivência comum fora os alojamentos. Áreas arborizadas onde são realizadas oficinas de arte, atividades físicas, atividades de agronomia, dentre outras.

Havia 58 pessoas em cumprimento de medida de segurança no dia da inspeção. Os internos recebem visitas durante a semana, das 14 às 16 horas e nos fins de semana e feriados, das 09 às 11 da manhã e das 14 às 16 horas da tarde. Com frequência, o Hospital recebe presos do sistema prisional para internação devido a surto ou solicitação da Justiça. Há grande dificuldade de reencaminhamento por conta da morosidade da Justiça. Os presos ficam aguardando a decisão e o Hospital deve mantê-lo até segunda ordem. Há casos de pacientes com dois anos de alta aguardando a autorização do juiz para receber alta da Instituição e continuar o tratamento ambulatorial.

No último mês, dentre os exames de sanidade mental realizados; estavam 31 envolvendo curatela, demandas criminais e para funcionários públicos. Sobre exames de cessação de periculosidade realizados no último mês, havia seis agendados, costumando ser realizados um ou dois por semana.

Não realizam exames toxicológicos no Hospital. O exame é realizado IML ou LACEN.

Não há pessoas internadas na Instituição, das que estão sob determinação de cumprimento judicial, de tratamento ambulatorial; somente tratamento integral.

Há casos de pessoas que não estão internadas na Instituição, mas que foram encaminhadas pra lá para a realização de exame de sanidade por ordem judicial. O setor de perícia agenda a consulta e a pessoa não precisa ficar internada.

Uma dificuldade atestada pelos funcionários e pelos inspetores foi a presença de pacientes oriundos do sistema prisional, que convivem com os outros pacientes dividindo o mesmo espaço na unidade de internação. Essa convivência tem sido perigosa, havendo casos de estupros, violências físicas, uso de drogas, confecção de armas artesanais e homicídio. Tanto pacientes quanto profissionais relatam sentimento de risco.

Há casos de internos que tiveram de ser transferidos por alguma emergência de saúde. Quando há alguma intercorrência clínica, os internos são encaminhados para o Hospital de Urgência de Teresina. Já houve óbitos nessas emergências.

Ocorre uso de drogas, estupro e fabricação de armas artesanais; na maioria dos casos, por pacientes provenientes da Justiça (estão cumprindo medida de segurança, ou por requerimento do MP ou da própria parte em incidente de insanidade mental, antes do trânsito em julgado processual, ou até mesmo antes de decisão no incidente, em que já é concedida pelo juiz a internação). Sendo que a instituição conta com o auxílio jurídico da SESAPI, não tendo núcleo jurídico próprio e nem para os internos. Os responsáveis pelo contato com defensores (públicos ou particulares) são os familiares dos internos, não sendo proporcionado qualquer contato com a DPE (Defensoria Pública do Estado) pela instituição.

Tal instituição não pode ser denominada hospital judiciário por não ter estrutura para tal, sob pena de poder ser fechado, entretanto conta com pacientes provenientes da justiça que acabam ameaçando a integridade dos demais internos, além de sofrerem total descaso pelo judiciário, visto que têm seu tratamento cessado (para continuar apenas ambulatoriamente) e geralmente continuam internados por anos.

O paciente denominado “Catita”, como vários outros, continua internado mesmo tendo cessado o seu tratamento, devendo ter continuação apenas ambulatoriamente através de CAPS. Tal fato

está fazendo com que o interno, cuja periculosidade não cessou; ameace os demais pacientes de morte, pois está prestes a tomar atitudes drásticas para que seja retirado do local, mesmo que volte a alguma penitenciária. Em relação a este caso específico, serão tomadas as devidas providências, com urgência, pela CDH/OAB-PI, após contato com a Assistente Social da instituição.

Não há definição de periodicidade para realização de exames de cessação de periculosidade ficando a critério do juiz, a solicitação da perícia.

Há oito psicólogos atuando no Hospital Areolino de Abreu, trabalhando 30 horas semanais, sob regime estatutário. Dentre as principais atividades desenvolvidas por estes na Instituição estão: atendimento individual, dinâmicas de grupos, oficinas e grupos de convivência. Segundo os mesmos, há contato frequente e semanal com os pacientes com desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos Casos. Com uma estimativa de 170 internos, os psicólogos acompanham em média 40 pacientes cada; uma vez que parte destes profissionais são destinados a atender também as demandas ambulatoriais da instituição, que recebe um número considerável de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para atendimento psicológico individual.

A Instituição não faz restrições para os atendimentos psicológicos deixando o profissional livre para adotar sua metodologia de trabalho. Busca-se um diálogo com a rede de saúde do município e sempre que possível encaminha-se pacientes para tratamento, mas no caso dos pacientes vindos do judiciário, não é feito esse procedimento, pois o profissional fica limitado às determinações judiciais. Este leva em consideração a reinserção dos pacientes à sociedade e à família e busca sempre atualizar-se no campo da saúde mental e adequar-se aos princípios da reforma psiquiátrica, embora desconheça os Programas de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ/TJ-MG) do estado de Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI -GO) do estado de Goiás.

O psicólogo participa e contribui na elaboração e conclusão dos laudos periciais sempre que se faz necessário, bem como, no tratamento, discussão e condução dos casos. Ou melhor, quando lhe é solicitado. A maior demanda deste profissional na instituição ainda é o atendimento ambulatorial.

As pessoas internadas dispõem de contato com amigos e familiares. Os pacientes recebem visitas diariamente, nos horários estabelecidos pelo Hospital e podem ter acesso ao telefone para

realizar ligações, através do Serviço Social.

Os familiares podem participar de atividades desenvolvidas pela Instituição, no entanto há uma grande resistência por parte da maioria das famílias em se fazer presente nas programações. Além disso, os internos são naturais de municípios de todo o estado, o que dificulta ainda mais o acesso. O Serviço Social realiza atividades em grupo e com as famílias.

Nota: No mesmo mês de realização da visita no Hospital Areolino de Abreu, na data de 25 de maio de 2015, é noticiado nos meios de comunicação locais, a morte de um interno do Hospital Areolino de Abreu por estrangulamento de outro paciente. No entanto, desde o ano passado o agressor ameaçava cometer ato de violência, inclusive homicídio, tendo no início de abril agredido outro paciente. Trata-se de um paciente que havia sido internado no Hospital Areolino de Abreu por medida judicial em dezembro de 2013, e havia recebido alta médica em abril de 2014, mas por aguardar tramites jurídicos permanecia na instituição mesmo após solicitação, por duas vezes, da direção do Hospital da transferência desse, em fevereiro e maio deste ano. Restando aos demais, e principalmente à família da vítima, indignação pela fatalidade.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP do Piauí



CRP 22

MARANHÃO

***Hospital Nina Rodrigues
Ligado à Secretaria de Estado da Saúde
CRP – CRESS – Ministério Público***

O cronograma nacional de inspeções indicava que essas deveriam acontecer até o dia 30/04. No entanto, em razão da disponibilidade dos parceiros, a inspeção no Maranhão ocorreu dia 07/05/2015.

No Maranhão, o único local que atende presos de justiça é o Hospital Nina Rodrigues. Este é mantido por meio do Provimento 08/2014, que prevê que o ingresso inicial no serviço de saúde de referência do paciente com transtorno mental em conflito com a lei sob a jurisdição da Comarca da Ilha de São Luís e nas jurisdições nas quais não haja rede de saúde recebedora, deve ser realizado no referido hospital, até a criação de outra unidade de referência.

As acomodações íntimas das populações internas à instituição são celas coletivas, com média de 25 pessoas por acomodação; possui um anexo (enfermaria), onde as mulheres ficam com alguns homens enfermos. A ventilação é precária, diferente das outras alas do hospital. O único espaço climatizado é o anexo (enfermaria).

- **Iluminação:** regular.
- **Dormitórios:** não há camas suficientes para todos. Muitos dormem em colchões no chão sob outras camas.
- **Banheiros:** não é satisfatório devido à superlotação em que se encontra o espaço. Não há privacidade.
- **Limpeza:** realizada por uma equipe terceirizada, apenas duas vezes por semana.
- **Armários:** não são individuais e ficam sob a responsabilidade da segurança.
- Há espaço de isolamento usado em casos de agitação.
- O acesso às áreas externas ao alojamento não é livre. Ocorre duas vezes ao dia o banho de sol, manhã e tarde. 1h para cada pavilhão.
- Não há espaços reservados para intimidades, pois não é permitido. No entanto, essa convivência íntima acontece apesar disso. O hospital então fornece os preservativos aos pacientes. Também não há visitas íntimas.
- No hospital, sempre teve presos de justiça, mas somente em 2012 que virou uma ala. Eram três acomodações, mas

um corredor virou a quarta acomodação ou enfermaria.

- Os presos provisórios ou definitivos são encaminhados ao Hospital (sem a devida documentação referente aos seus processos judiciais) em virtude de intercorrências de surtos ou crises nos estabelecimentos de origem, outros foram encaminhados devido a possíveis ameaças nos estabelecimentos penais onde estavam alojados.
- No hospital não existem informações sobre a fase em que se encontram os processos dos pacientes, nem acerca de ter sido proferida ou não sentença condenatória ou sentença absolutória imprópria (aplicando medida de segurança).
- Não há controle do número de exames de sanidade mental, de cessação de periculosidade e exames toxicológicos realizados no último mês. Os mesmos são reavaliados apenas quando há ordem judicial.
- O hospital não realiza exames de periculosidade sem autorização judicial, mas existem pacientes com posse de alta médica que não recebem autorização da Justiça para o retorno à convivência familiar.
- Não foram apresentados documentos que permitissem uma enumeração de pacientes com alta médica.
- Os pacientes negaram haver acesso à Defensoria Pública. O assessor jurídico da Secretaria do Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) afirmou que a Defensoria Pública do Estado do Maranhão (DPE/MA) presta assistência jurídica gratuita aos pacientes e visita o Hospital Nina Rodrigues com frequência.
- Os prontuários são mantidos dentro de pastas guardadas em uma sala acessível somente aos profissionais do Hospital Nina Rodrigues.
- Os pacientes judiciários possuem laudos psicológicos prontos, mesmo que não seja solicitado pelo juiz.
- Os prontuários e outros documentos elaborados por todos os profissionais são mantidos em uma estante e em um armário-arquivo, onde todos têm acesso. Ou seja, nem a psicóloga tem assegurado o sigilo de seus documentos.
- Não há psicólogos, mas em outros setores existem, como o de perícia, por exemplo. O psicólogo já foi solicitado novamente, entretanto, ainda não foi atendido o pedido.
- Regime de Trabalho Terceirizado por processo seletivo.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP do Maranhão

- Atividades previstas para execução com os outros profissionais: oficinas, atendimento individual e grupos de convivência.
- Os documentos produzidos pelos psicólogos arquivados na instituição não são orientados pela Resolução 007/2003.
- Há sala para atendimento individual.
- Conhecem o PAI-PJ (TJ/MG) (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais) e PAILI (GO) (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e concebem os mesmos como ideal.
- A maior demanda para a Psicologia e para os (as) psicólogos (as) lotados (as) na instituição é de casos de abstinência e sofrimento por situação de confinamento.
- A instituição e o seu trabalho são afetados pelo novo modelo de atenção e cuidados em saúde mental, entretanto, observa-se na ala dos pacientes judiciários defasagens, conforme condições relatadas.
- Familiares e amigos podem fazer a visita todas as quartas-feiras. Quando a família é oriunda de outro município a visita é feita no dia e horário da chegada.
- Em muitos casos há dificuldade de contato inicial com familiares, em razão da localização, havendo situação inclusive em que o familiar não sabia o paradeiro do preso/interno.
- Quanto à ligação telefônica, esta é feita por meio do apare-

lho particular do profissional, que possui chip das operadoras Oi, Vivo, Time e Claro e lança mão das promoções para disponibilizar aos interno/presos durante o banho de sol ou quando demandarem. A ligação é mantida no viva-voz.

- Não existem projetos ou trabalhos destinados para o envolvimento das famílias. Não há a participação destas no Projeto Terapêutico Individual, apenas em momentos eventuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital Nina Rodrigues é destinado a atender pessoas com sofrimento psíquico em níveis de urgência e emergência psiquiátrica 24h e ambulatoriais. Observou-se que, após o provimento nº 08/2014, a ala psiquiátrica destinada aos pacientes judiciários passou a receber um maior número de pacientes e hoje se encontra em superlotação, o que inviabiliza um trabalho terapêutico com respeito à dignidade e cidadania.

Embora haja uma parceria entre Secretaria de Saúde, Segurança Pública e Justiça não há um fluxo de informações dos pacientes entre as instituições que atendam integralmente o sujeito. O hospital não tem controle da situação judicial dos encaminhados, recebendo também presos sem diagnóstico de Transtorno Mental. O que se notou foi a transformação de enfermarias em um pequeno pavilhão do Sistema Penitenciário. A lógica do funcionamento institucional se tornou a mesma lógica do funcionamento prisional: hora para banho de sol, revistas nas visitas, contatos telefônicos com familiares monitorados através do recurso de viva-voz, privação da circulação em áreas livres, entre outros, conforme relatados acima. A direção do Hospital informa que recebe as pessoas para serem atendidas nesta ala por ordem judicial, como também, pessoas em condições de alta médica permanecem internadas, pois saem apenas com ordem judicial.

Diante deste contexto, sugere-se que as instituições em parceria trabalhem com o intuito de melhorar o fluxo de informações e refletir sobre sua atuação a fim de não reproduzir a segregação, exclusão e violação de direitos humanos.

SEÇÃO 3



RESUMO DAS INSPEÇÕES EM NÚMEROS E DISCUSSÃO



1 RESUMO DAS INSPEÇÕES

O presente capítulo reúne, em forma de gráficos e tabelas, informações padronizadas a partir das respostas aos formulários de inspeção (Anexo I) colhidas pelos CRPs durante as visitas de inspeção.

REALIZAÇÃO DAS INSPEÇÕES POR JURISDIÇÃO REGIONAL

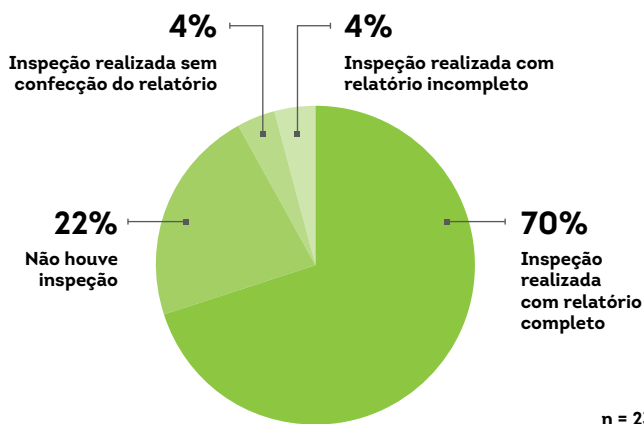


Gráfico 1: Realização das inspeções pelos CRPs

As informações das inspeções correspondem a 70% do território de jurisdição do Sistema Conselhos.

Foram objeto das inspeções as seguintes instituições:

- (CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- (CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento
- (CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo
- (CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio
- (CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote
- (CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP
- (CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- (CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense
- (CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho
- (CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy

- (CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP
- (CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento
- (CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial – Unidade de Saúde 2
- (CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- (CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde
- (CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)
- (CRP-22) Hospital Nina Rodrigues

PERFIL DAS INSTITUIÇÕES INSPECIONADAS

Nesta seção encontram-se sistematizadas informações localização geográfica e acessibilidade das instituições.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA (URBANA/RURAL; CENTRO/PERIFERIA)

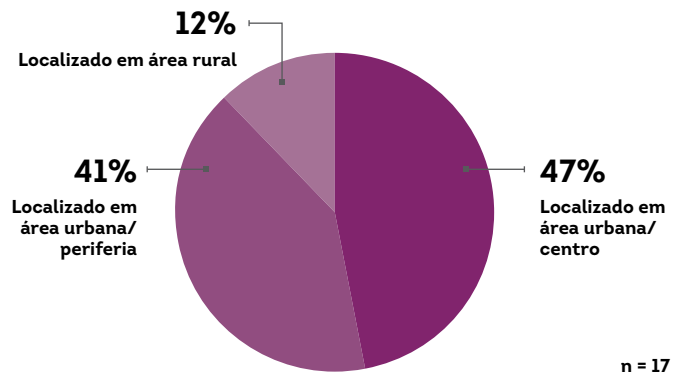


Gráfico 2: Localização geográfica segundo os binômios urbano/rural e centro/periferia

As instituições se localizam em áreas urbanas, divididas entre áreas centrais e áreas periféricas. Apenas dois manicômios judiciários se localizam em áreas rurais.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco

■ ACESSO À INSTITUIÇÃO

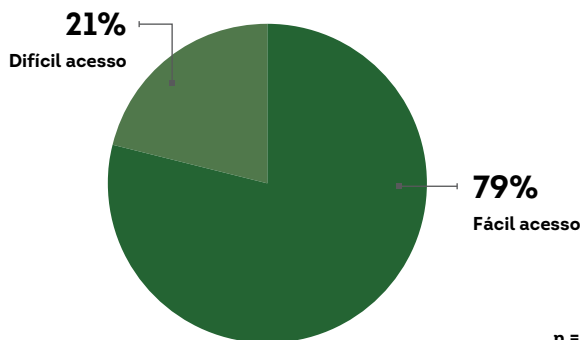


Gráfico 3: Facilidade de acesso ao local de inspeção pelos usuários.

Dos locais estudados, 79% não oferecem grandes dificuldades geográficas de acesso.

■ CAPACIDADE E OCUPAÇÃO

Esta seção se refere às possíveis discrepâncias entre a capacidade e a ocupação das instituições, como reflexo da preocupação dispensada à população encarcerada.

Na tabela ao lado, explicitam-se o quadro de vagas da instituição (discriminados entre vagas masculinas e femininas) e a respectiva ocupação.

INSTITUIÇÃO	Vagas			Ocupação		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	30	290	320	34	550	584
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	50	100	150	12	159	171
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	0	135	135	0	112	112
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Maurício	-	-	441	25	329	354
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	-	-	252	33	385	418
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	-	-	120	17	180	197
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	0	96	96	0	96	116
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	86	86	86	0	83	83
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	-	-	231	-	-	384
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	14	120	134	4	97	101
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	8	80	88	2	54	56
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	0	45	45	0	41	41
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	0	22	22	0	7	7
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	8	75	83	9	95	104
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	-	-	16	-	-	15
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)	0	45	45	0	39	39
(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues	0	20	20	6	76	82
TOTAL GERAL	196	1114	2284	142	2303	2864

Tabela 1: Distribuição das vagas e respectiva ocupação das vagas por instituição

As informações não fornecidas pelos CRPs foram identificadas pelo sinal gráfico “-”. O eventuais zeros constantes da tabela, se referem à informação da inexistência de vaga ou de ocupação igual à zero.

■ VAGAS NAS INSTITUIÇÕES

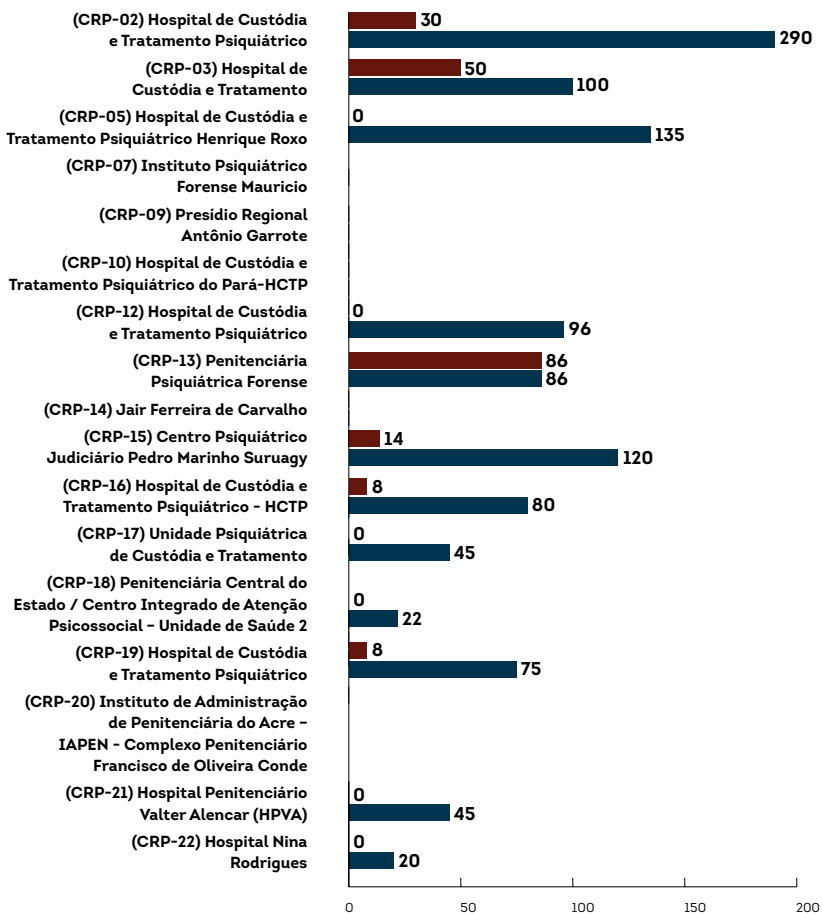


Gráfico 4: Número de vagas nas instituições inspecionadas.

■ Masculino ■ Feminino

■ OCUPAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

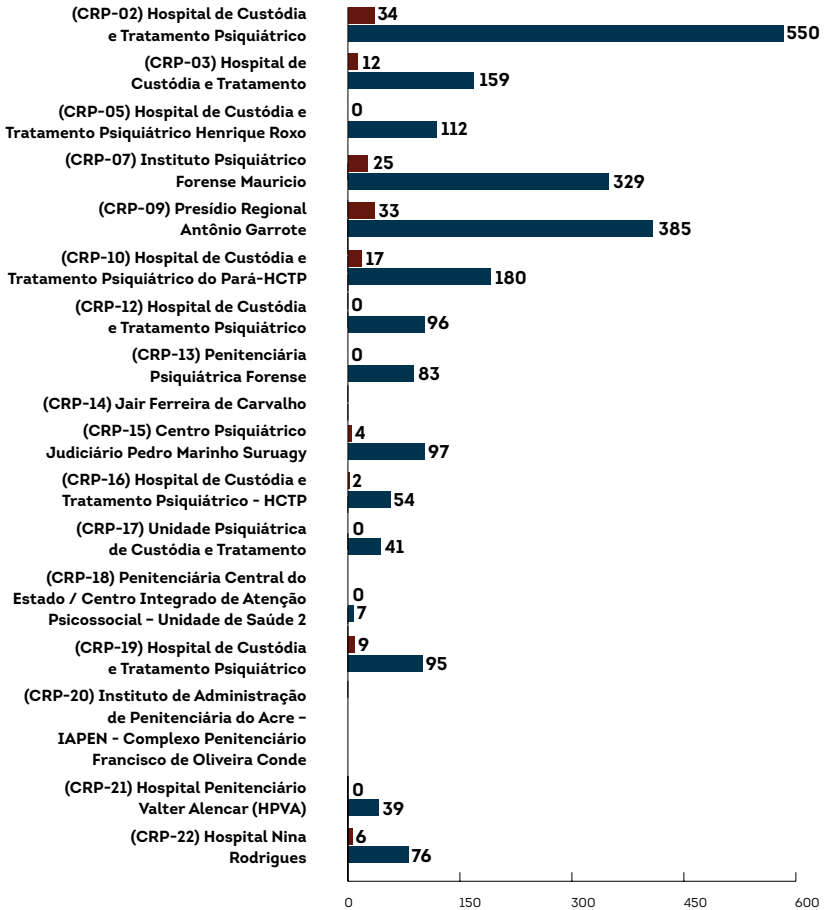


Gráfico 5: Distribuição da ocupação das instituições por gênero.

■ Masculino ■ Feminino

TOTAL DE VAGAS E OCUPAÇÃO TOTAL

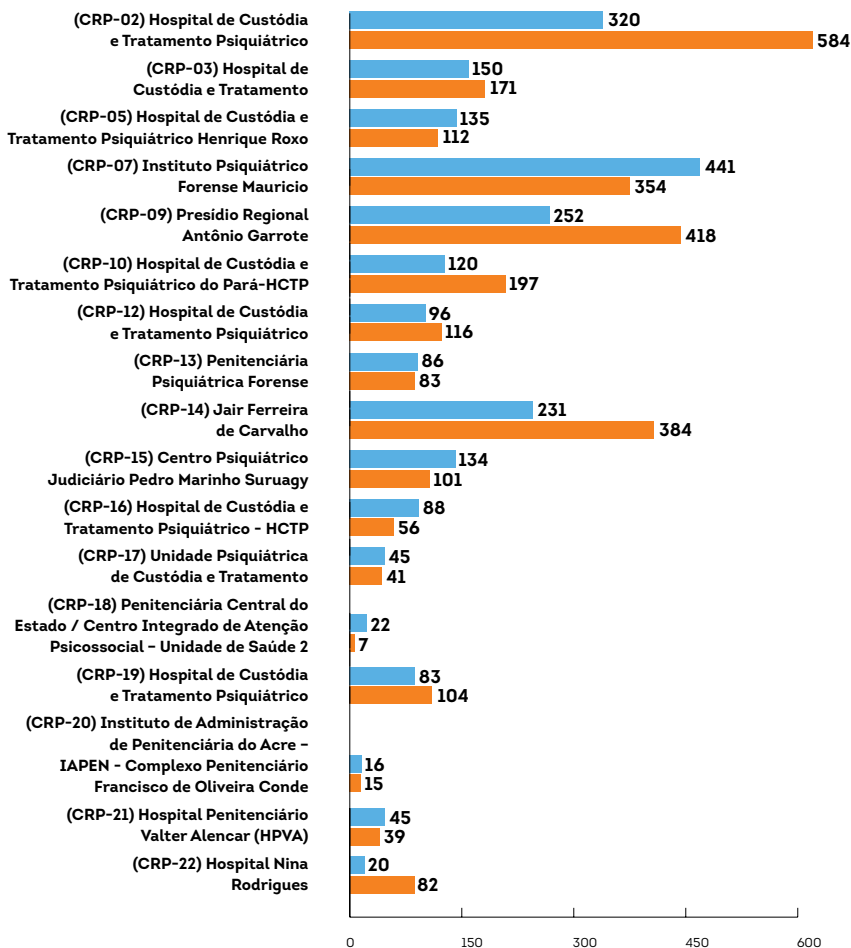


Gráfico 6: Total de vagas e ocupação total.

■ Total de vagas ■ Ocupação total

A tabela ao lado apresenta a capacidade e ocupação das instituições ressaltando o universo de vagas e sua respectiva ocupação nas inspeções.

INSTITUIÇÃO	Capacidade total		Ocupação total	
	N	%	N	%
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	320	14,01%	584	20,39%
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	150	6,57%	171	5,97%
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	135	5,91%	112	3,91%
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio	441	19,31%	354	12,36%
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	252	11,03%	418	14,59%
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	120	5,25%	197	6,88%
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	96	4,20%	116	4,05%
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	86	3,77%	83	2,90%
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	231	10,11%	384	13,41%
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	134	5,87%	101	3,53%
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	88	3,85%	56	1,96%
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	45	1,97%	41	1,43%
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	22	0,96%	7	0,24%
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	83	3,63%	104	3,63%
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	16	0,70%	15	0,52%
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)	45	1,97%	39	1,36%
(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues	20	0,88%	82	2,86%
TOTAL GERAL	2284	100%	2864	100%

Tabela 2: Número total de vagas e ocupação total das unidades inspecionadas e proporções do total.

O gráfico abaixo apresenta o nível de ocupação das vagas disponíveis nas instituições.

■ LOTAÇÃO - (OCUPAÇÃO/VAGAS)

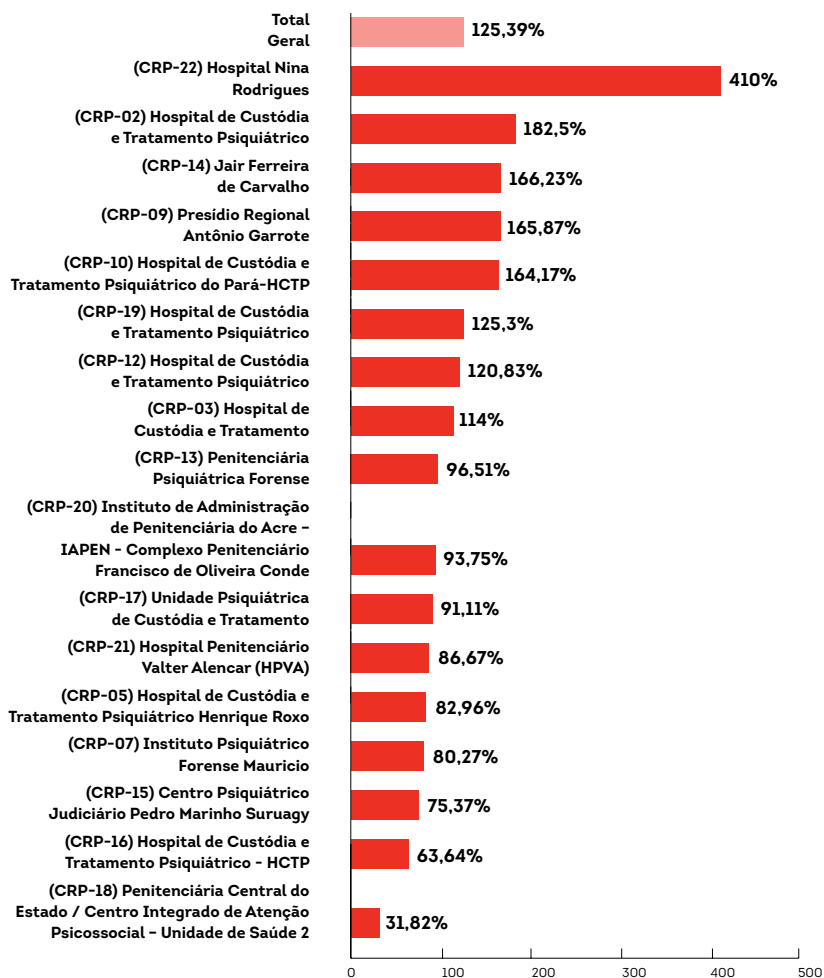


Gráfico 7: Ocupação das vagas das instituições.

n=17

Tanto o gráfico acima quanto a tabela abaixo apontam para um problema generalizado de superlotação. Em médias as instituições que recebem o louco infrator estão acima de sua capacidade máxima em mais de um quarto. Entretanto as realidades são mais dramáticas em determinadas regiões. A situação mais grave foi averiguada no Maranhão onde para cada vaga há quatro internos.

INSTITUIÇÃO	Capacidade total	Ocupação total	Lotação
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	320	584	182,50%
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	150	171	114,00%
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	135	112	82,96%
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio	441	354	80,27%
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	252	418	165,87%
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	120	197	164,17%
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	96	116	120,83%
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	86	83	96,51%
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	231	384	166,23%
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	134	101	75,37%
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	88	56	63,64%
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	45	41	91,11%
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado/ Centro Integrado de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	22	7	31,82%
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	83	104	125,30%
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	16	15	93,75%
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar	45	39	86,67%
(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues	20	82	410,00%
TOTAL GERAL	2284	2864	125,39%

Tabela 3: Ocupação e capacidade das instituições inspecionadas.

RECURSOS HUMANOS

Esta seção se refere aos quantitativos de profissionais encarregados da internação e do funcionamento das instituições.

■ INTERNOS / FUNCIONÁRIOS

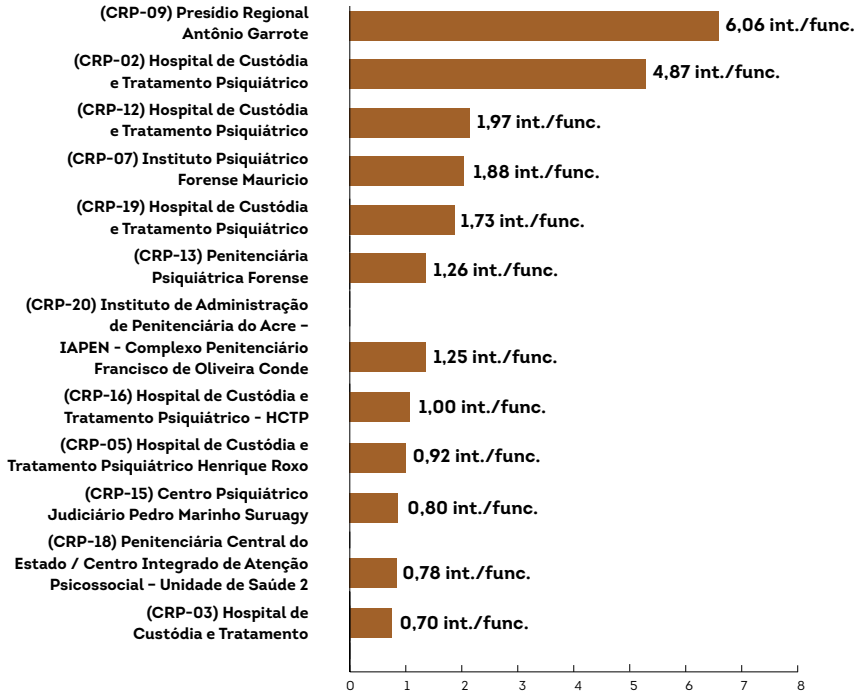


Gráfico 8: Quantitativo de profissionais encarregados da internação e do funcionamento das instituições.



Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada

AMBIENTE FÍSICO

Uma importante dimensão das inspeções diz respeito às condições físicas. De modo geral, todas as instalações foram consideradas inadequadas para acomodar seres humanos.

ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS DAS INSTALAÇÕES

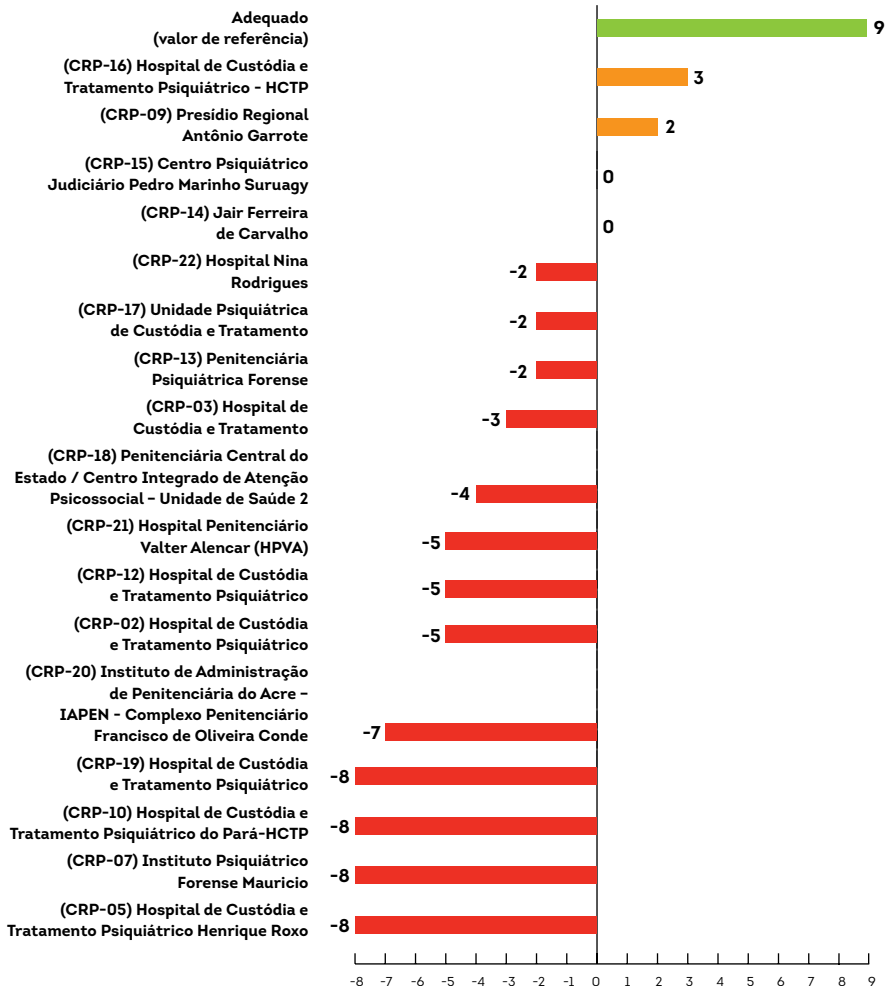


Gráfico 9: Índice de adequação das condições físicas das instalações das unidades inspecionadas.

n=17

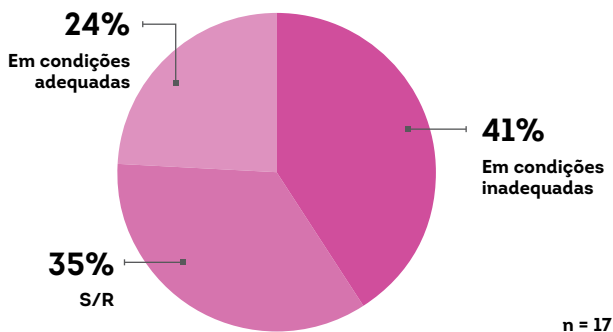
O gráfico acima se deu a partir da atribuição de um valor ponderado sobre as condições físicas das instituições. Para cada um dos itens avaliados positivamente atribuiu-se o valor positivo +1 e -1 para os itens avaliados negativamente. Para os itens sem resposta ou de avaliação neutra atribuiu-se o valor 0. Foram nove itens avaliados:

- Iluminação
- Ventilação
- Temperatura
- Dormitório
- Cama
- Limpeza geral
- Conservação do edifício
- Mobiliário
- Banheiro
-

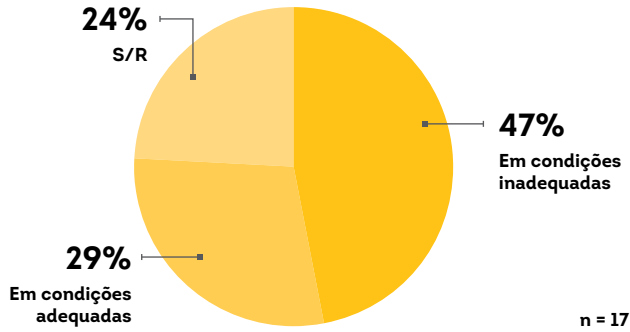
A barra em verde considera um ambiente livre de problemas nos nove pontos. Nenhuma das instituições alcança esse nível. Mais do que isso, apenas duas instituições estão acima de 0 no nível de adequação e quatro instituições apontam um nível de precariedade física extrema (- 8).

Abaixo, resumem-se cada um dos itens supracitados.

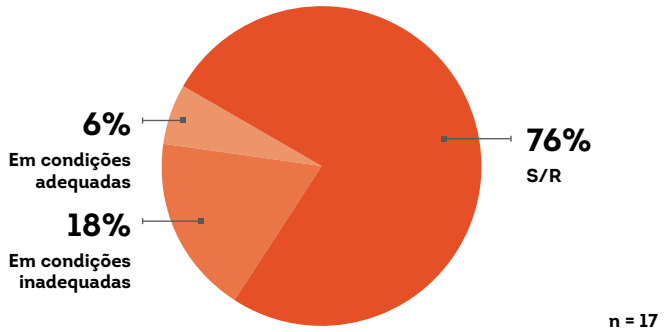
■ ILUMINAÇÃO



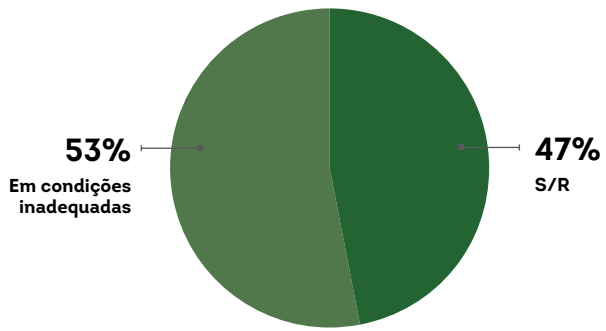
■ VENTILAÇÃO



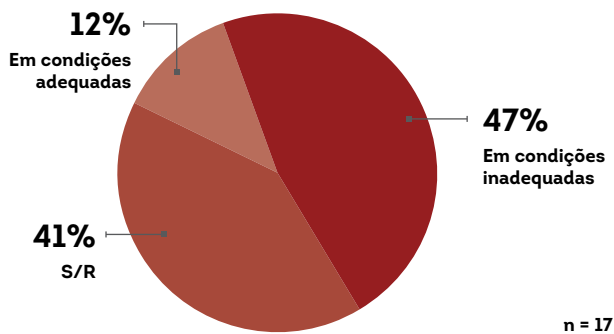
■ TEMPERATURA



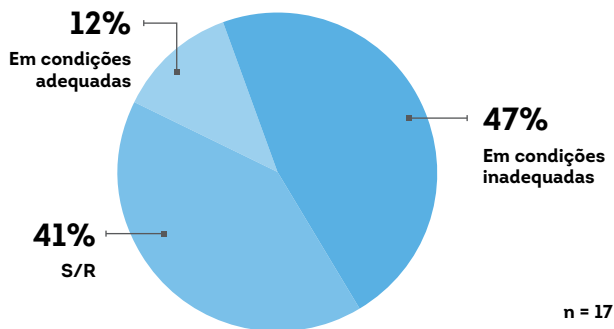
■ DORMITÓRIOS



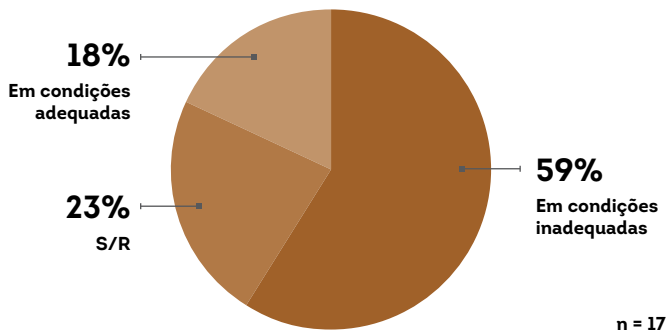
■ CAMAS



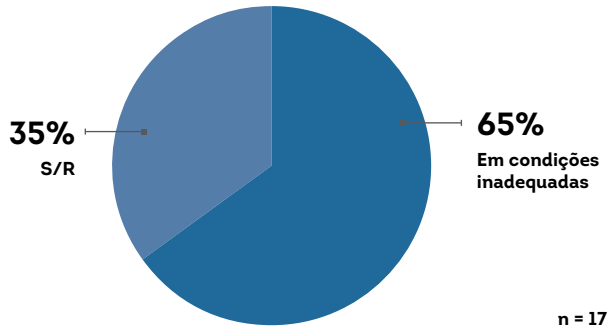
■ LIMPEZA GERAL



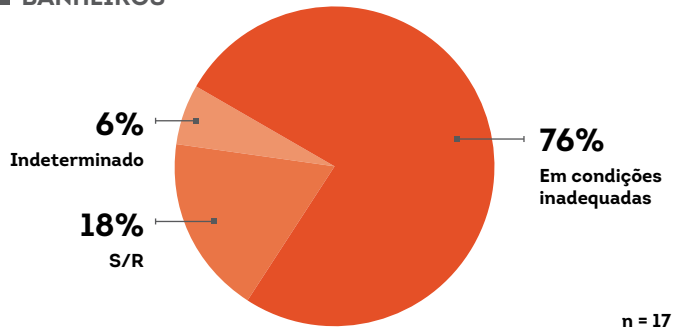
■ CONSERVAÇÃO DO EDIFÍCIO



■ ESTADO DO MOBILIÁRIO

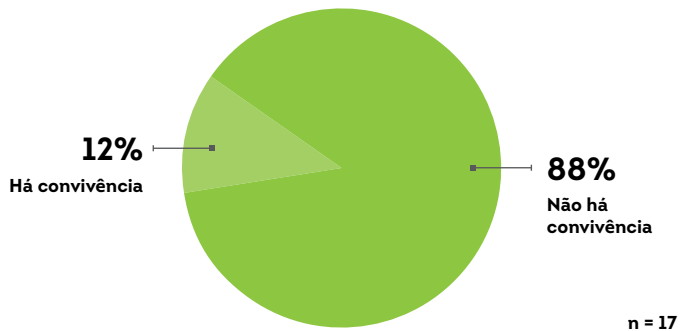


■ BANHEIROS

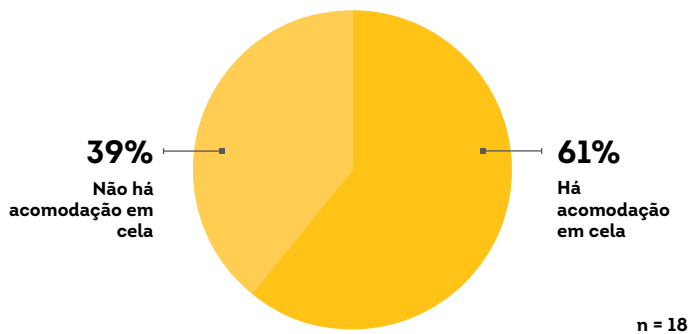


A respeito das acomodações dos internos e espaços de convivência, tem-se o que se segue.

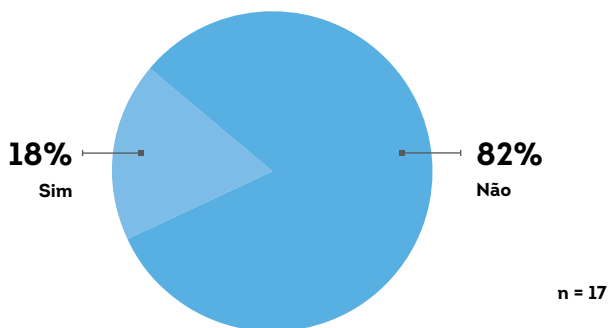
■ CONVIVÊNCIA DE INTERNOS DE AMBOS OS SEXOS



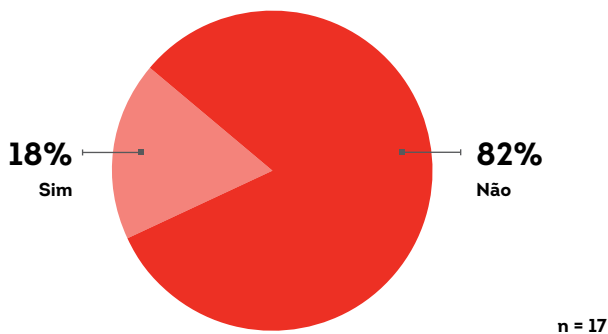
■ ACOMODAÇÕES EM CELA



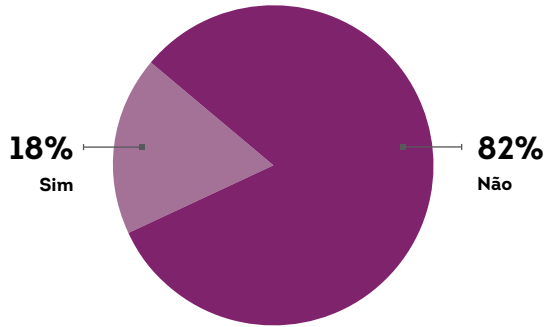
■ ACOMODAÇÕES EM ALOJAMENTO



■ ACOMODAÇÕES EM QUARTO

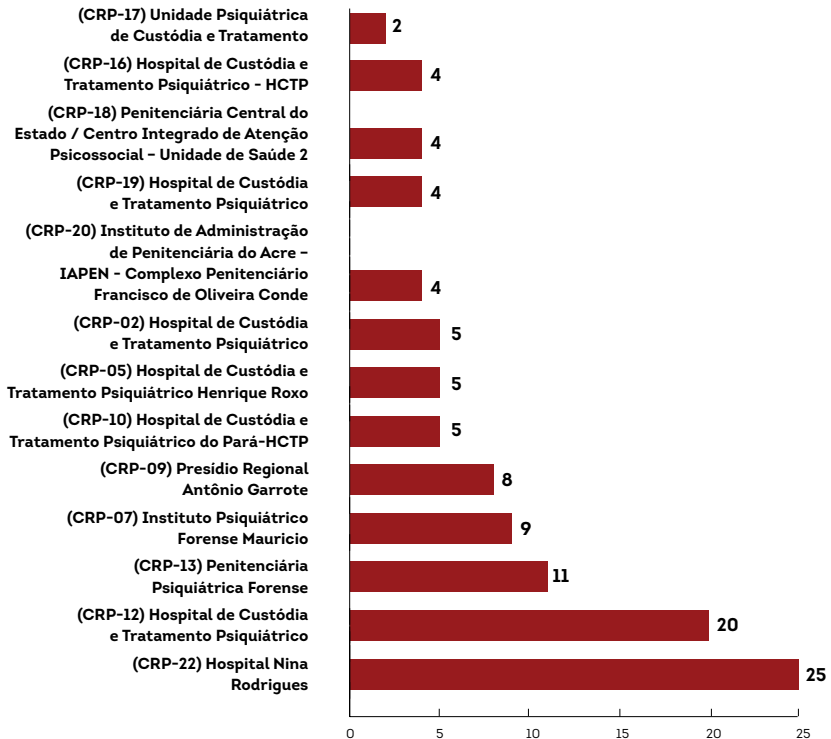


■ ACOMODAÇÕES COLETIVAS



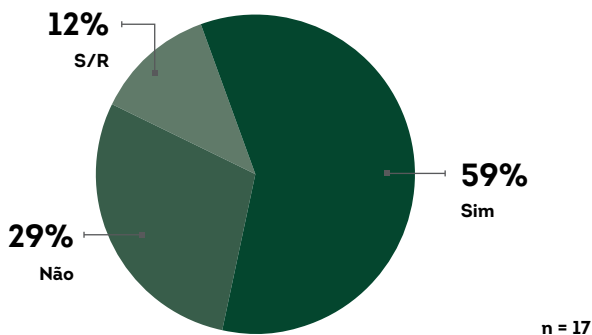
n = 18

■ NÚMERO MÉDIO DE USUÁRIOS POR ACOMODAÇÃO COLETIVA

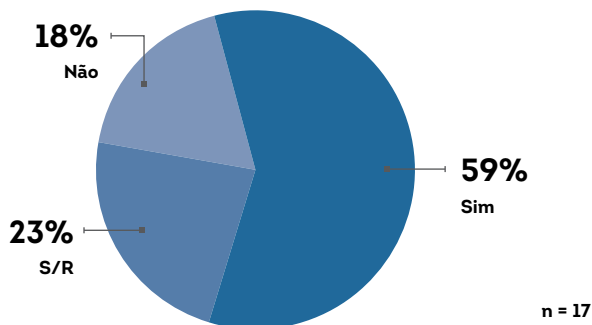


n=13

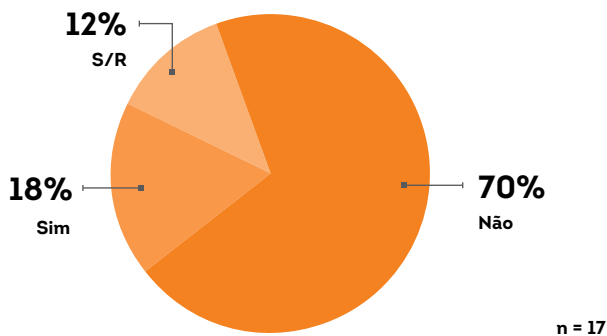
■ ESPAÇOS DE CONTENÇÃO E ISOLAMENTO



■ ESPAÇOS SEPARADOS PARA HOMENS E MULHERES

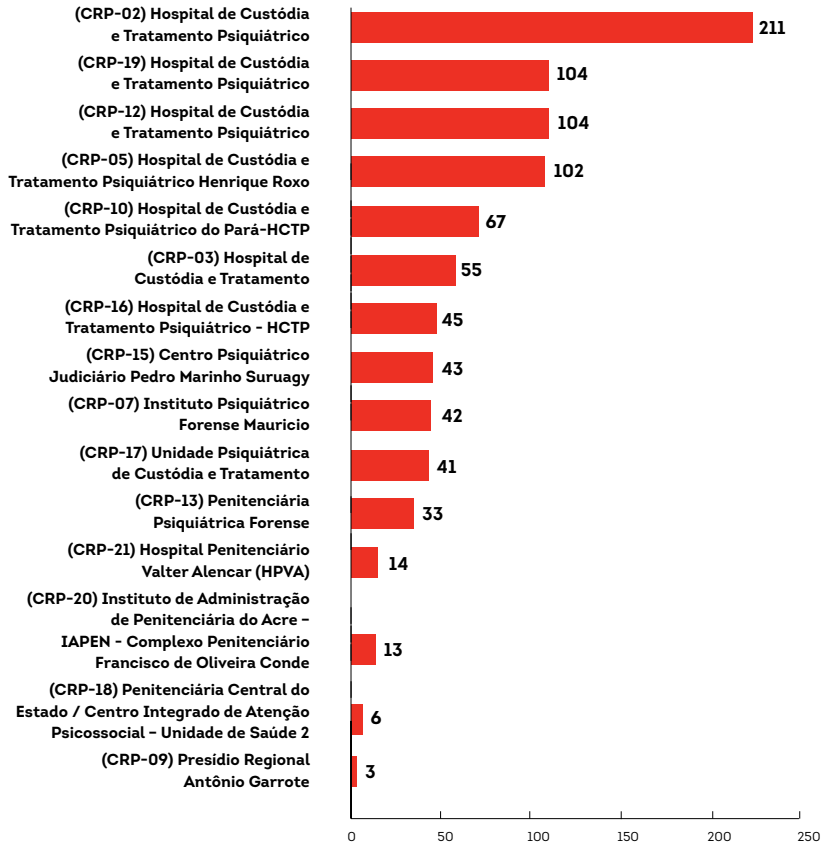


■ LOCAL PARA CONVIVÊNCIA ÍNTIMA



MODALIDADES DE INTERNAÇÃO, CASOS E CONDIÇÕES ENCONTRADAS

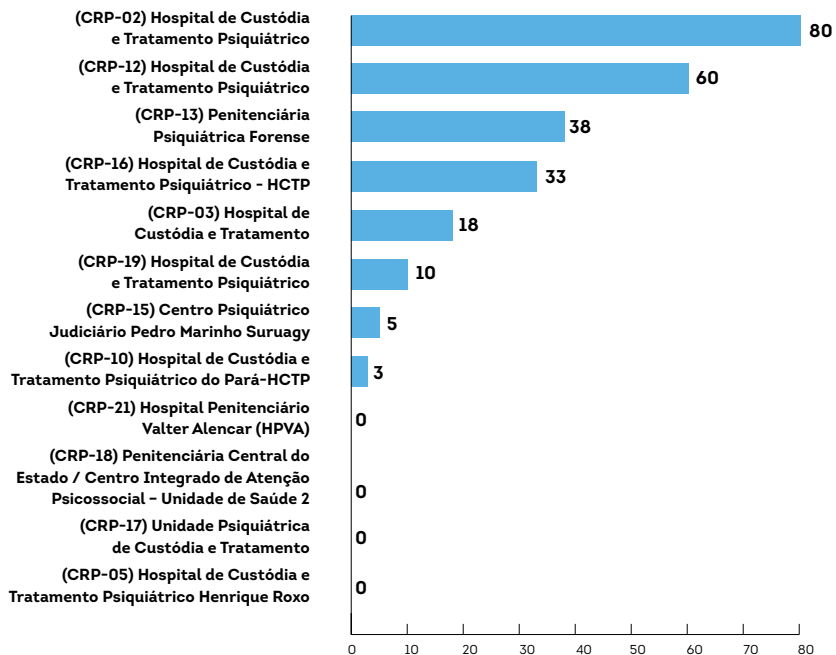
■ INTERNOS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA



n=15

INTERNOS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA	So-matório	Mínimo	Média	Máximo	Dev. Padrão
n=15	883	3	58,87	211	54,06

EXAMES DE SANIDADES MENTAL DO ÚLTIMO MÊS



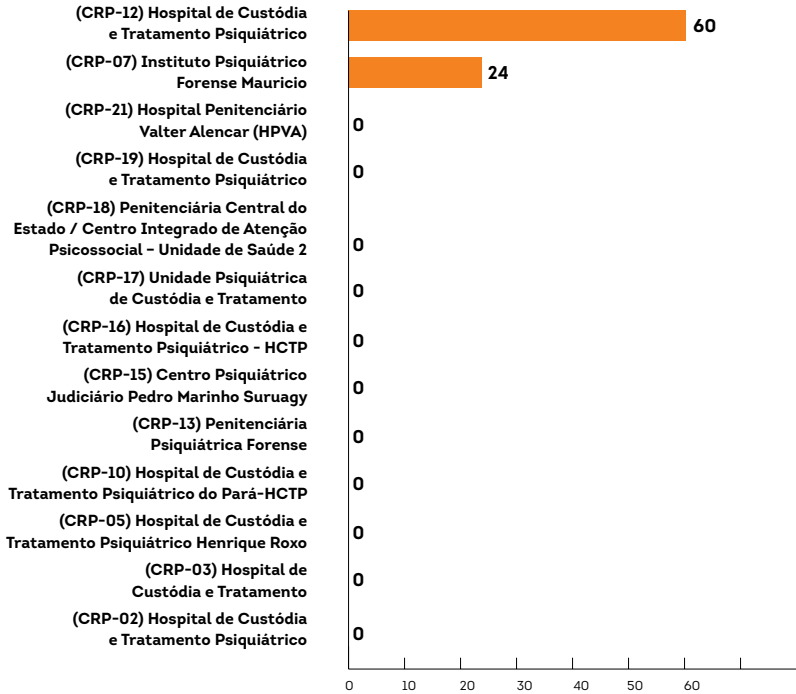
n=12

EXAMES DE SANIDADES MENTAL DO ÚLTIMO MÊS	So-matário	Mínimo	Média	Máximo	Desv. Padrão
n=12	247	0	20,58	80	26,81



Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada

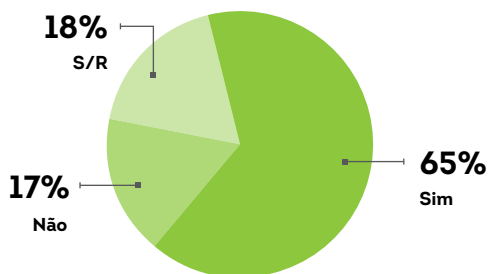
■ EXAMES TOXICOLÓGICOS DO ÚLTIMO MÊS



n=13

EXAMES TOXICOLÓGICOS DO ÚLTIMO MÊS	So-matário	Mínimo	Média	Máximo	Desv. Padrão
n=13	84	0	6,46	60	17,4

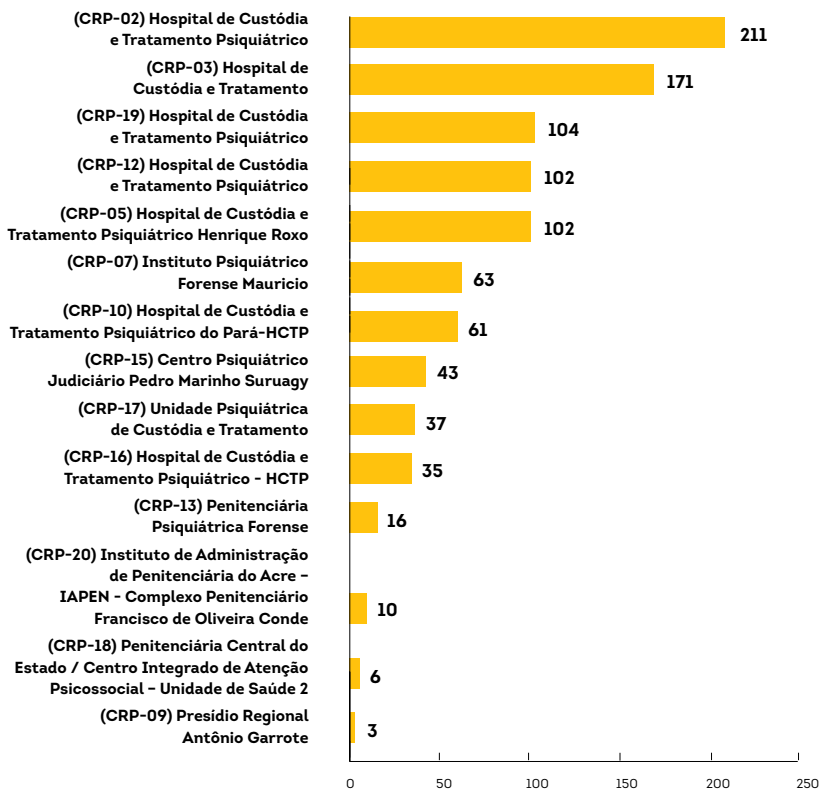
ENCAMINHAMENTOS DE PRESOS POR QUESTÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTABELECIMENTO DE ORIGEM



n = 17

SOBRE OS INTERNOS

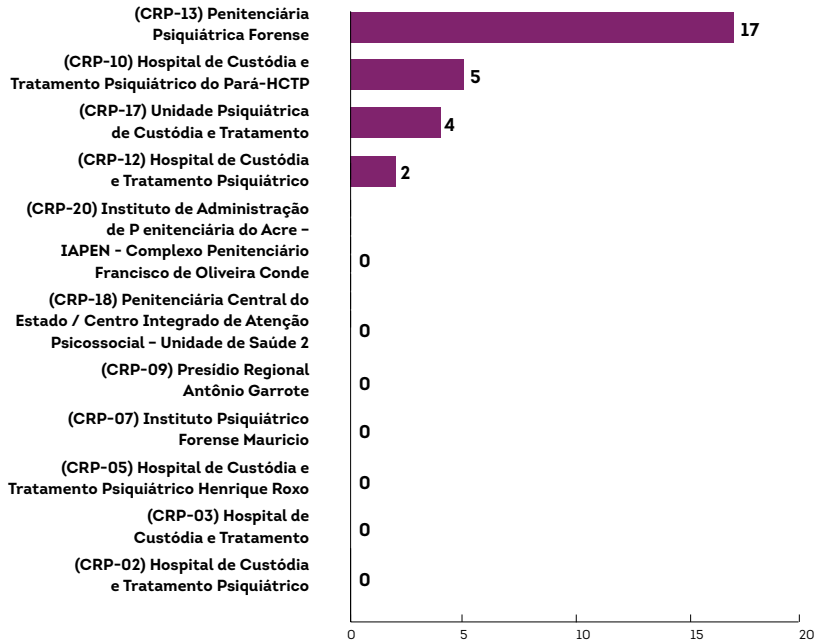
INIMPUTÁVEIS



n=14

INIMPUTÁVEIS	So- matório	Mínimo	Média	Máximo	Desv. Padrão
n=14	964	3	68,86	211	62,97

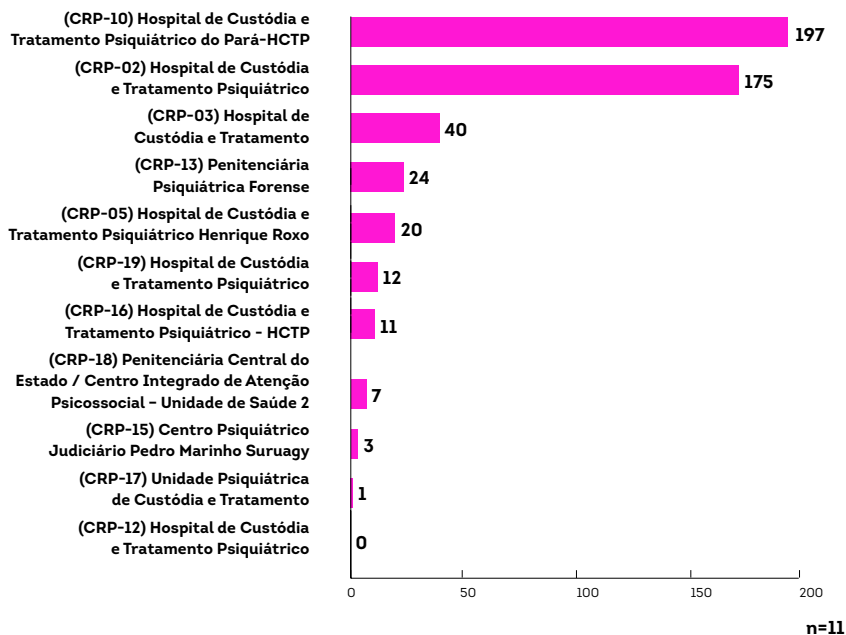
■ SEMI-INIMPUTÁVEIS



n=11

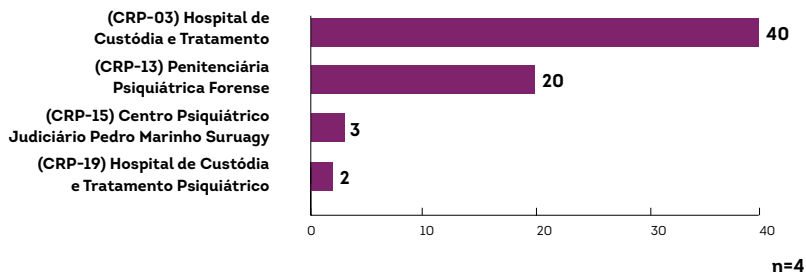
SEMI-IMPÚTÁVEIS	So- matório	Mínimo	Média	Máximo	Desv. Padrão
n=11	28	0	2,55	17	5,13

■ INTERNOS AGUARDANDO ALGUM TIPO DE EXAME

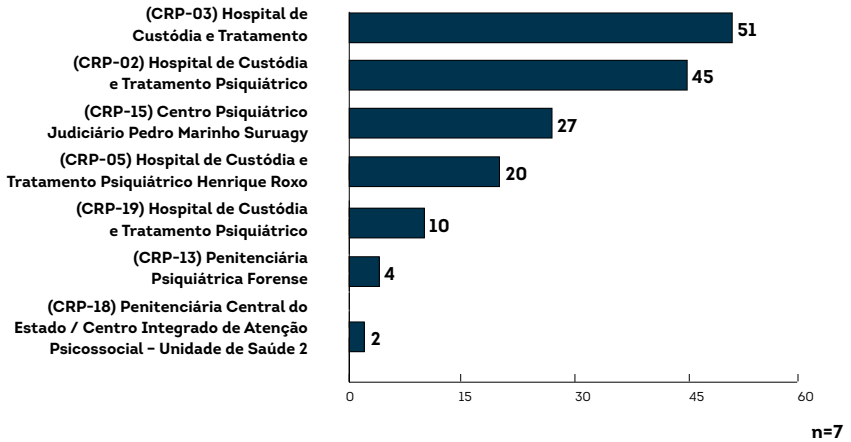


INTERNOS AGUARDANDO EXAME	So-matório	Mínimo	Média	Máximo	Desv. Padrão
n=11	490	0	44,55	197	71,07

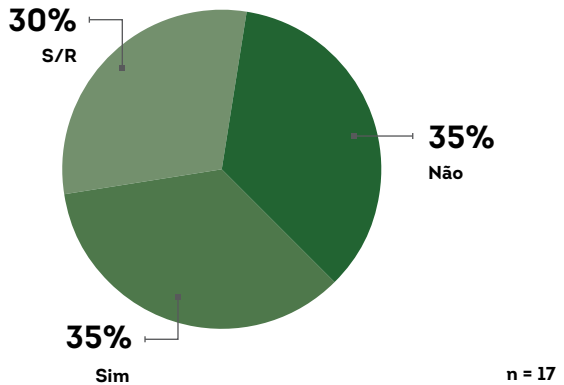
■ AGUARDANDO EXAME DE SANIDADE MENTAL



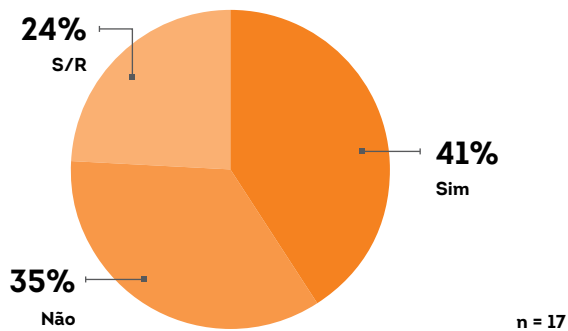
AGUARDANDO EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE



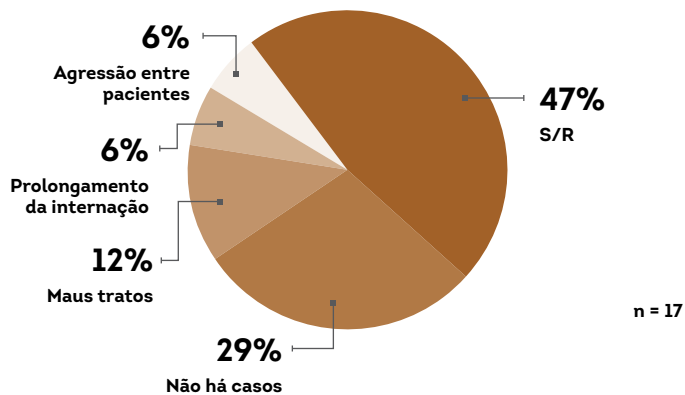
TRATAMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EXTERNO



■ PESSOAS INTERNADAS NA INSTITUIÇÃO PARA EXAMES

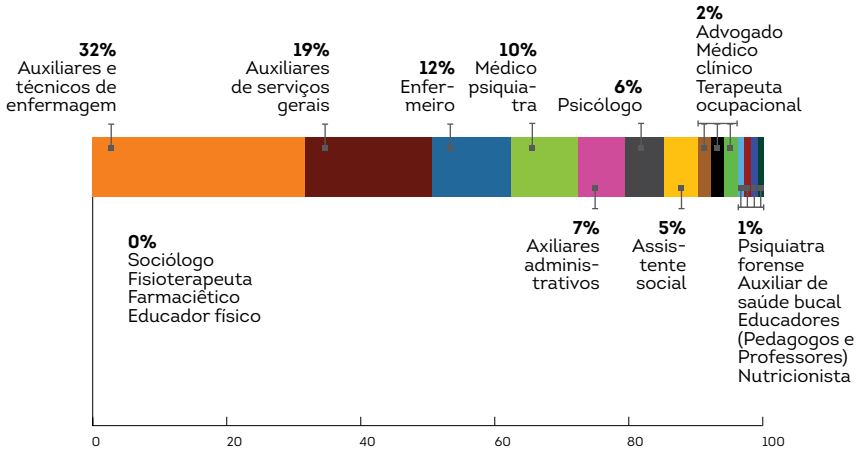


■ CASOS DE VIOLAÇÃO

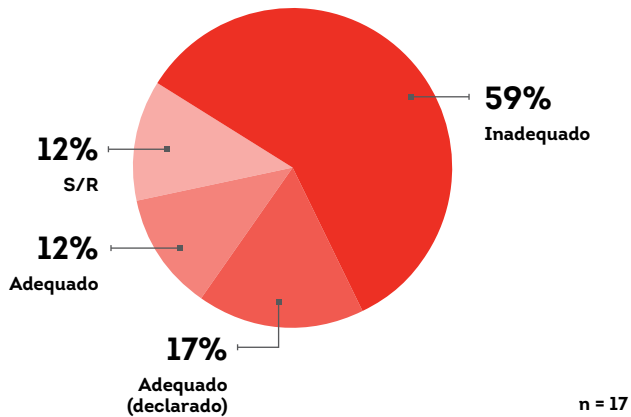


SETOR DE SAÚDE/ENFERMARIA/AMBULATÓRIO

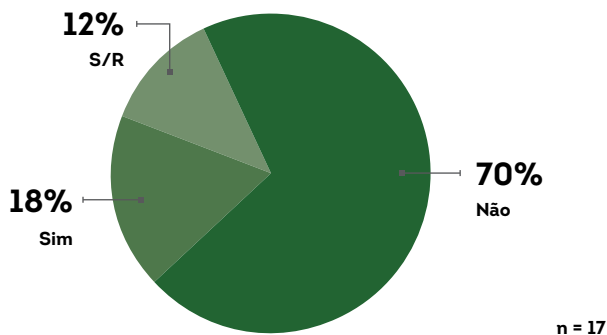
■ CATEGORIAS PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS - GERAL



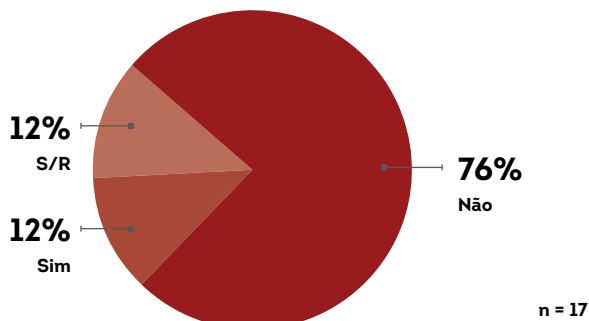
■ ADEQUAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



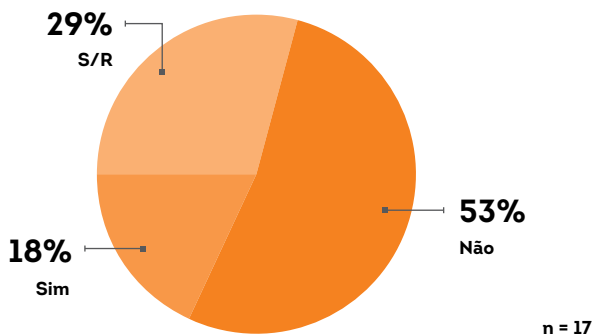
■ REALIZAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL



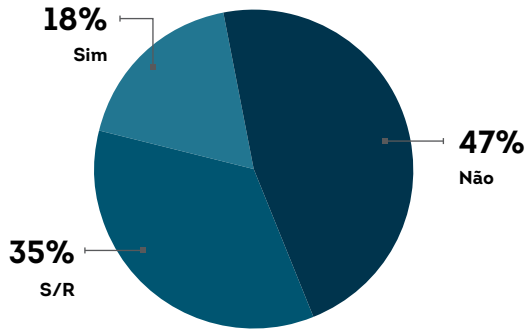
■ TRANSFERÊNCIA DE INTERNOS NO ÚLTIMO MÊS



■ USO DE FÁRMACO-PADRÃO

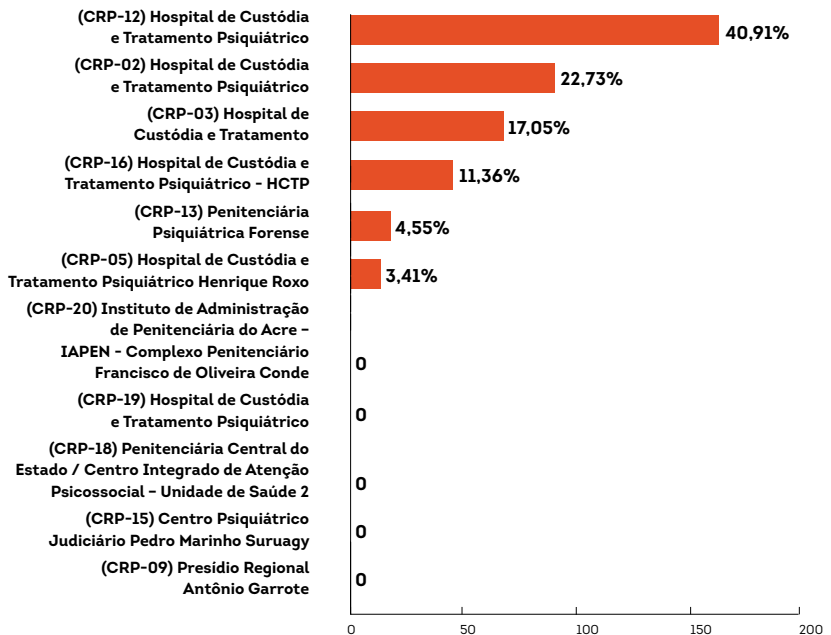


■ OCORRÊNCIA DE ÓBITO NO ÚLTIMO ANO

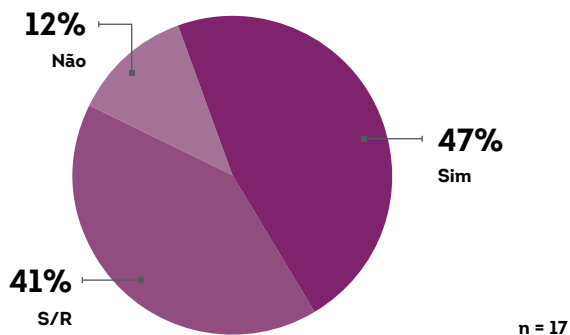


JURÍDICO

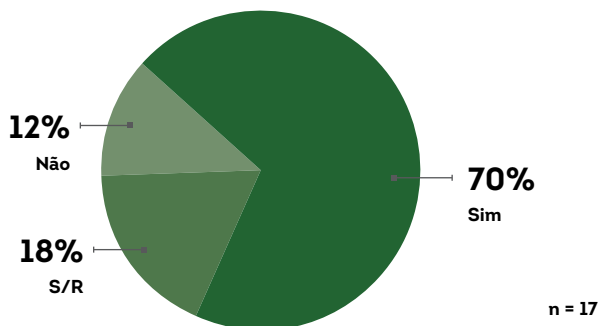
■ PACIENTES COM PERICULOSIDADE CESSADA



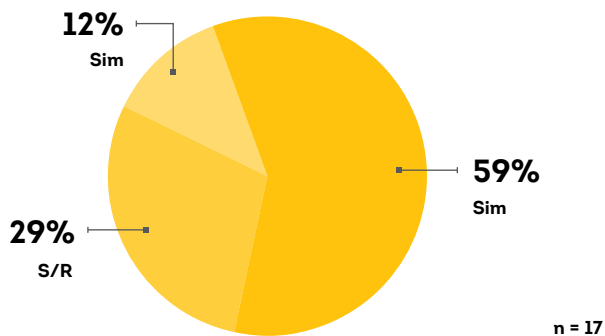
■ PRESENÇA DE INTERNOS QUE COMETERAM CRIMES MENORES

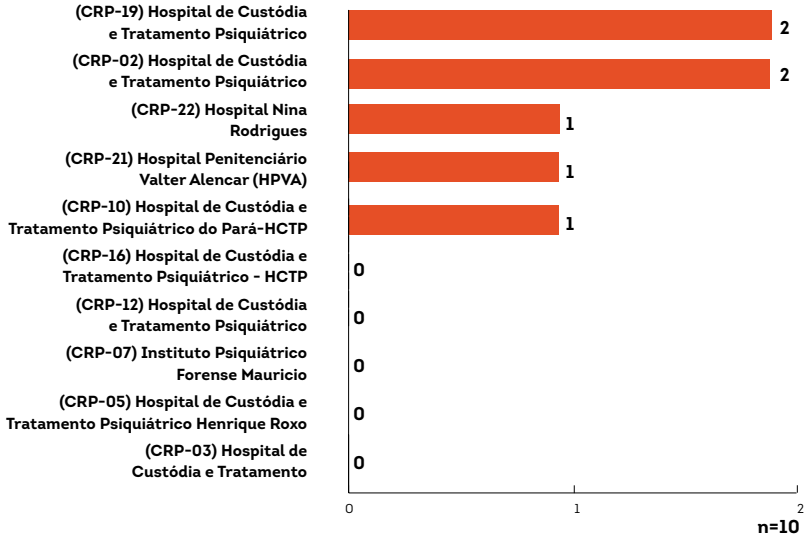
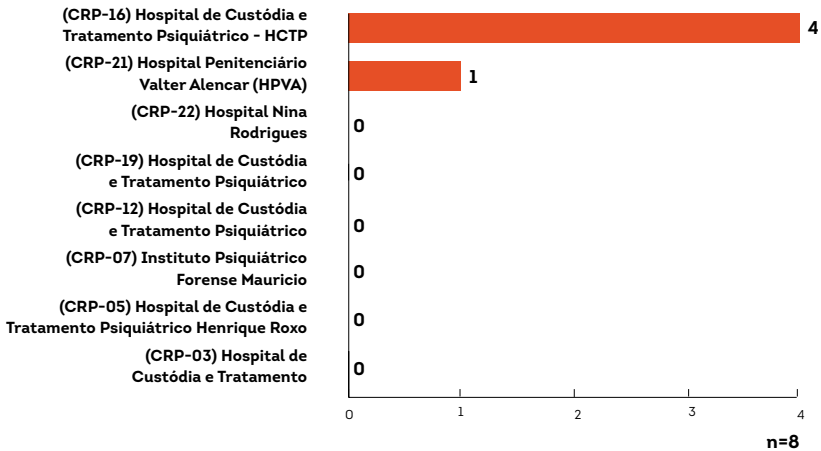


■ ACESSO À DEFENSORIA PÚBLICA

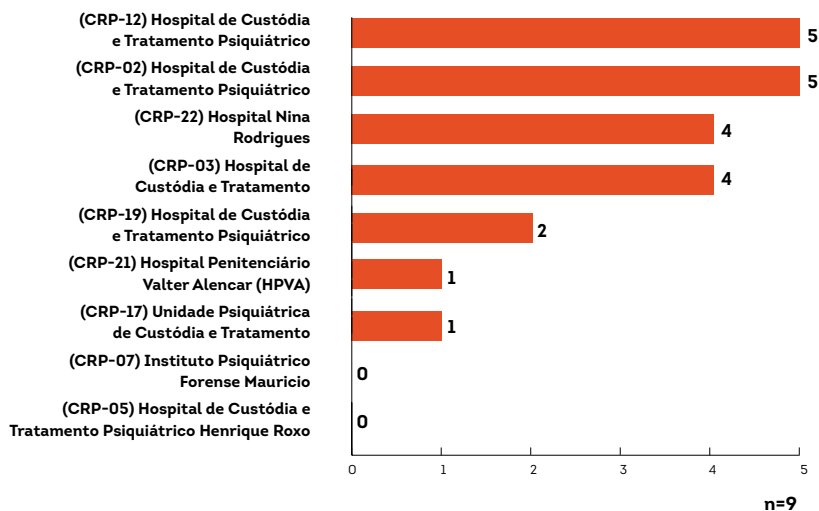


■ GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE DOS REGISTROS



JUNTA PERICIAL**■ PSICÓLOGO EM JUNTA PERICIAL****■ MÉDICO CLÍNICO EM JUNTA PERICIAL**

■ MÉDICO PSIQUIATRA EM JUNTA PERICIAL



OUTROS PROFISSIONAIS QUE COMPÕE A JUNTA PERICIAL

Assistente Administrativo

(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues

Assistente social

(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP

(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues

Coordenador

(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues

Diretor

(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP

Enfermeiro

(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)

(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues

Nutricionista

(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

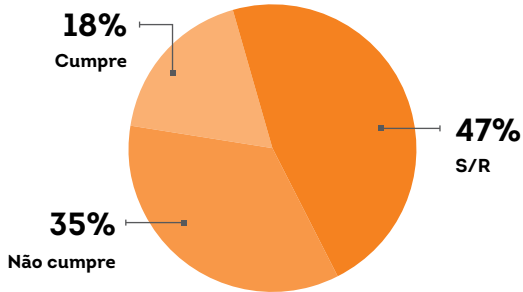
Técnicos de enfermagem

(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)

Vice-diretor

(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP

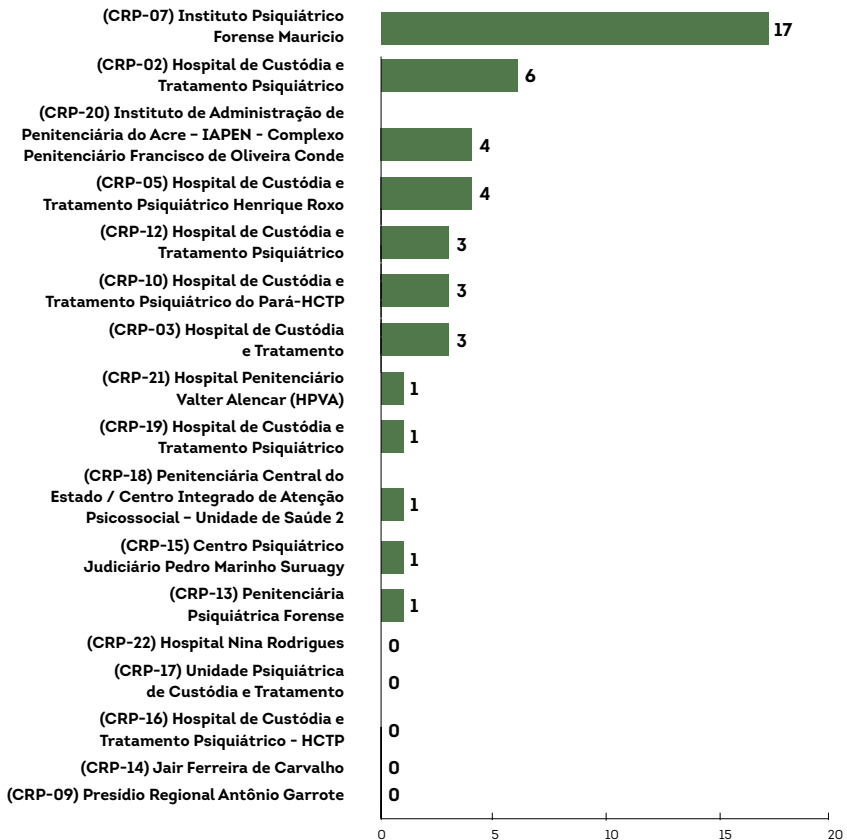
CUMPRIMENTO DA PERIODICIDADE MÍNIMA DOS EXAMES DE SANIDADE MENTAL



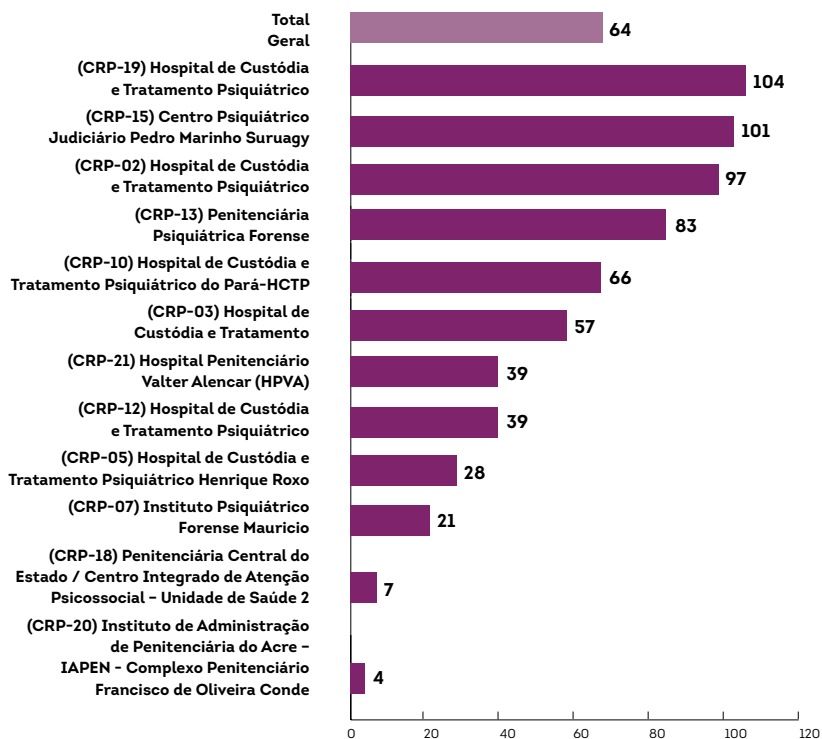
n = 17

PSICOLOGIA

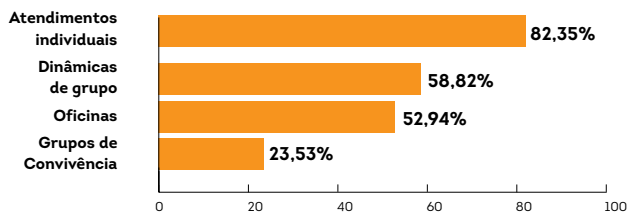
PSICÓLOGOS NA INSTITUIÇÃO



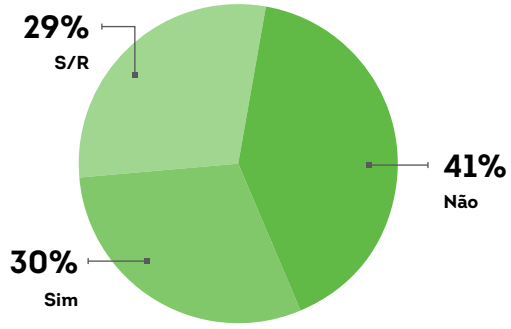
■ INTERNOS POR PSICÓLOGO (INT/PSI)



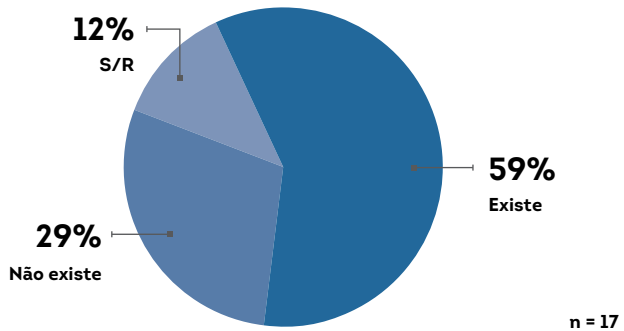
■ TEORIAS E TÉCNICAS UTILIZADAS PELOS PSICÓLOGOS NAS INSTITUIÇÕES



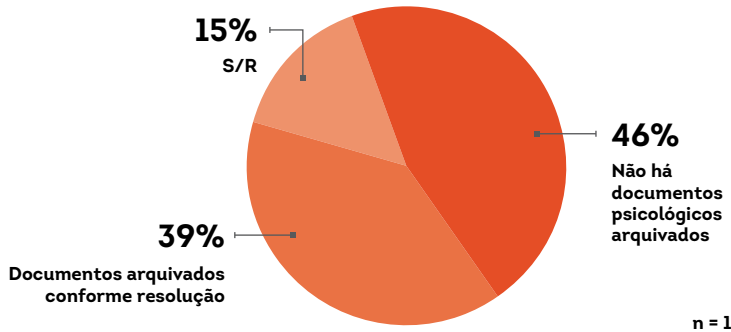
DESENVOLVIMENTO DE PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL



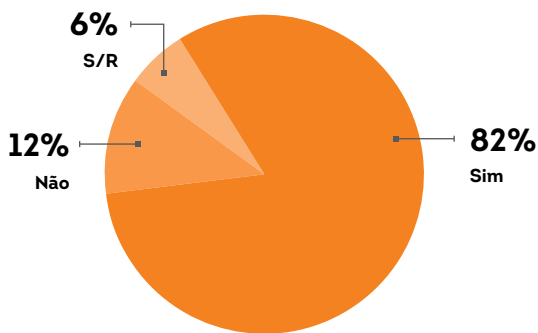
ESPAÇO DE GUARDA DE MATERIAL EXCLUSIVO PARA O PSICÓLOGO



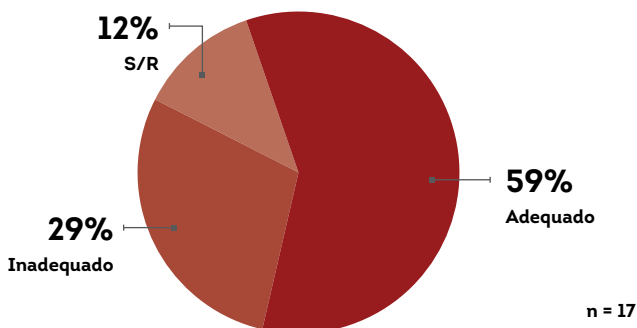
ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS



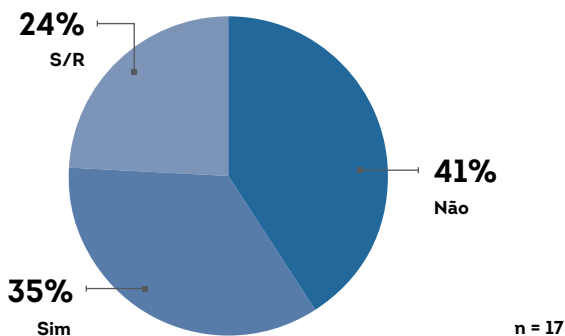
SALAS PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO



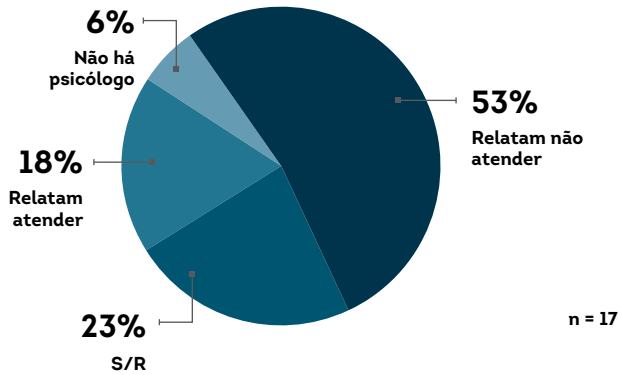
SIGILO E PRIVACIDADE NAS SALAS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO



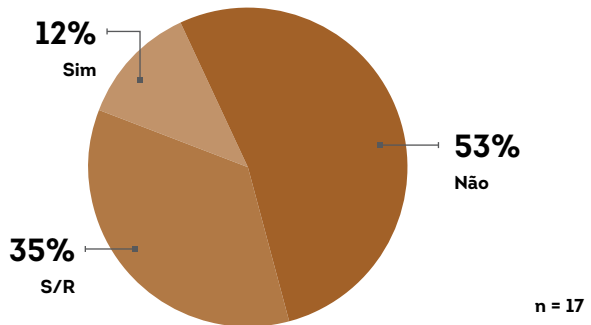
OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS AO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO CONSOANTE AS EXIGÊNCIAS NORMATIVAS PROFISSIONAIS



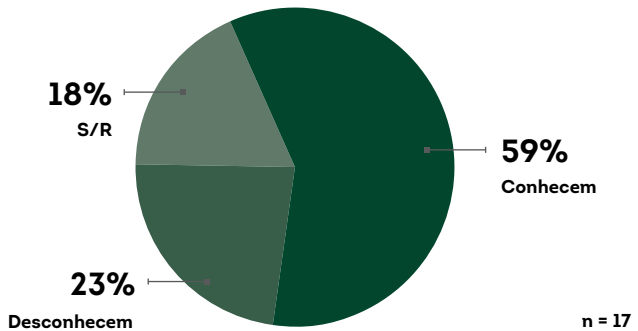
ATENDIMENTO DOS PRINCÍPIOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA (OPINIÃO DOS PSICÓLOGOS)



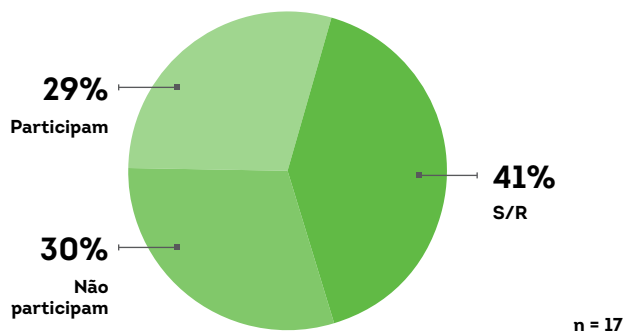
INSTITUIÇÃO INFLUENCIADA PELO NOVO MODELO DE ATENÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL (OPINIÃO DOS PSICÓLOGOS)



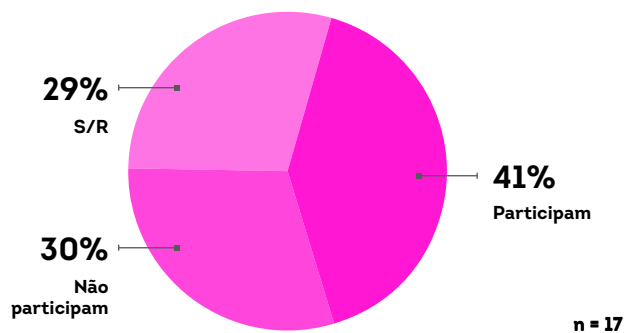
CONHECIMENTO DOS PROGRAMAS PAI-PJ (TJ/MG) OU PAILI (GO)



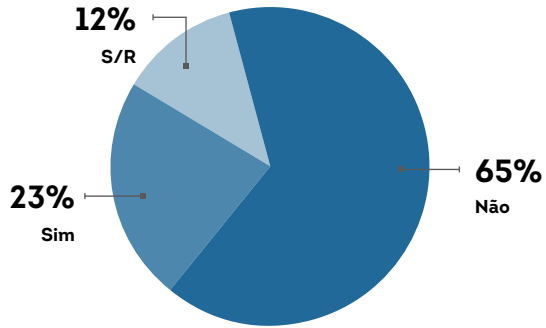
PARTICIPAÇÃO DOS (AS) PSICÓLOGOS (AS) NA ELABORAÇÃO E CONCLUSÃO DOS LAUDOS PERICIAIS (SANIDADE MENTAL E PERICULOSIDADE)



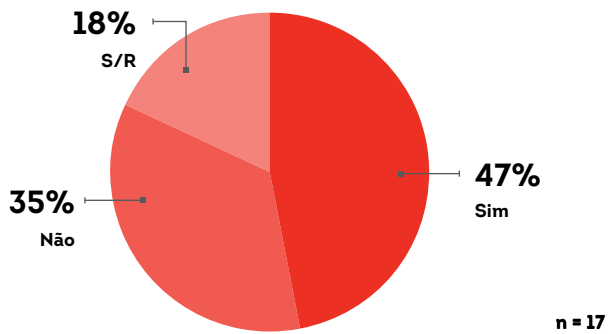
PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO NA DISCUSSÃO DE CASOS E ELABORAÇÃO DO TRATAMENTO



FAMÍLIA

PROGRAMAS, PROJETOS OU TRABALHO
DESENVOLVIDO PARA AS FAMÍLIAS DOS INTERNOS

ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES



2 DISCUSSÃO

***Inspeções nos Manicômios Judiciários
- análise dos itens 1 a 4***Tania Kolker⁸**PERFIL DAS INSTITUIÇÕES INSPECIONADAS:**

Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos similares são instituições fora da Lei que mantêm privados de quaisquer direitos um número desconhecido de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Foi o que pôde ser observado durante as inspeções realizadas em 18 Unidades da Federação, onde, mais uma vez, foi constatada a total inadequação destas instituições para o atendimento das funções que lhe são atribuídas pela legislação, a falta de transparência de seus gestores com as informações sobre a situação dos pacientes lá internados e o abandono a que eles tem sido relegados por administrações sucessivas. Mantidas, até hoje, sob a órbita de administrações com atribuições afetas à Segurança Pública (ou à defesa social, à administração penitenciária e, na melhor das hipóteses, à justiça e cidadania, ou justiça e direitos humanos), os HCTPs continuam regidos pelos ditames da segurança e da defesa social e, apenas no estado do Maranhão, os pacientes estão internados em hospital psiquiátrico sob a gestão da Secretaria de Saúde. Mesmo assim, o único hospital psiquiátrico credenciado ao SUS que exerce funções de custódia dos pacientes em conflito com a Lei, tampouco atende as funções que se supôs que poderia cumprir.

8 Tânia Kolker - Médica, psicanalista e analista institucional. Pesquisadora do Observatório Nacional de Saúde Mental e Justiça Criminal. Membro da Comissão sobre Medidas de Segurança da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), nomeada pela Portaria nº. 44 de 25/10/2012. Coordenadora técnica do Projeto "Estudo do perfil dos presos ou internados em estabelecimentos do sistema prisional por envolvimento com drogas e apoio técnico para a implementação de estratégias, dispositivos e parcerias para a desinstitucionalização e reorientação do modelo de atenção aos pacientes em cumprimento de medida de segurança, de acordo com a lei 10.216/2001. Coordenadora técnica e terapeuta do Projeto Clínicas do Testemunho (Programa de reparação psicológica instituído pela Comissão da Anistia do Ministério da Justiça desde 12/2012).

Os demais são: HCTPs (9); Hospitais Penitenciários que atendem outras especialidades (1); alas psiquiátricas localizadas em unidades prisionais (4), ou funcionam também como Instituto Pericial (2), sendo que um deles é denominado de Penitenciária Psiquiátrica Forense. Por outro lado, a maioria dos estabelecimentos inspecionados foi construída antes de 2001, e apresenta características prisionais (12); quatro foram instaladas depois da promulgação da Lei 10.216/2001, passando por cima da política nacional de saúde mental que preconiza a não criação de novos leitos psiquiátricos; e em dois estados não consta a data da construção.

Da mesma forma, embora a maioria das instituições visitadas tenha sido construída em local de fácil acesso (79%), seja em área urbana/centro, seja em área urbana/periferia e, estarem submetidas ao controle do Ministério Público e do Judiciário, as pessoas lá internadas permanecem totalmente invisíveis para a sociedade e submetidas a uma normatividade paralela. Apesar dos inúmeros TACs, ACPs e até procedimentos judiciais determinando a desinstitucionalização dos pacientes e/ou interditando parcial ou totalmente essas instituições, elas continuam a existir e até a se multiplicar, agora cada vez menos preocupadas em adotar características pseudo-hospitalares.

Se hoje cresce cada vez mais a solução penal no trato dos problemas relacionados ao uso de drogas, tudo indica que também se intensifica a histórica parceria entre a psiquiatria e o direito. Assim, com base no “direito ao tratamento”, ou em razões fundadas em argumentos próprios às ideologias de defesa social, recrudesce a judicialização dos tratamentos psiquiátricos e multiplicam-se as determinações judiciais de internação compulsória, elevando o número de novas internações, com ou sem delito, em hospitais psiquiátricos comuns ou judiciários. Se, no entanto, é difícil sustentar a argumentação de que uma permanência desnecessariamente longa em um hospital psiquiátrico pode ser terapêutica, menos ainda se consegue fazê-lo, quando ela ocorre em estabelecimentos prisionais e em condições totalmente insalubres. De qualquer forma, se subsistia alguma dúvida a esse respeito; essas inspeções, mais uma vez, puderam constatar que esse tipo de estabelecimento não oferece o tratamento psiquiátrico que supostamente justificaria sua existência⁹. Apesar da reforma do Código Penal de 1984 ter mudado o nome dos manicômios judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estas instituições continuam a funcionar em ambiente carcerário

e em nada lembram um estabelecimento voltado para o cuidado em saúde; não obedecem a qualquer tipo de regulamentação sanitária, nem atendem a qualquer regramento criado para normatizar os estabelecimentos psiquiátricos, ou de saúde mental¹⁰; praticamente não estabelecem nenhuma articulação com a rede de atenção psicossocial, nem desenvolvem atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, ou que sejam voltadas para a desinstitucionalização e reinserção social (com exceção do HCTP do Rio de Janeiro), sendo, portanto, completamente avessas à política de saúde mental vigente no país¹¹.

CAPACIDADE E OCUPAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Tendo em vista a falta de transparência com o trato das informações, e dada à precariedade das condições dos estabelecimentos, que dificultam a compreensão do critério usado para mensurar o número de vagas, ou considerar interdita alguma área da instituição, foi difícil saber, ao certo, qual a capacidade dos estabelecimentos visitados e quantos pacientes se encontravam efetivamente nesses locais. Sendo assim, apenas oito estabelecimentos informaram número de internados maior do que o número de vagas, e embora tenha sido dito que havia um total de 2864 pacientes custodiados nos HCTPs e tem unidades prisionais vistoriadas, não nos parece que seja possível garantir a fidedignidade dessas informações, uma vez que foram identificados dados discrepantes ou incompletos em alguns estados¹².

10 Todos os estabelecimentos inspecionados descumprem a Portaria GM 251/2002 que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria.

11 Mesmo o estabelecimento ligado à Secretaria de Saúde, em razão da contaminação pelas práticas voltadas para a vigilância e segurança e tendo em vista a prática de longas internações, e claramente desviou-se de suas funções originais.

12 De qualquer maneira, uma vez que nem todos CRPs participaram das inspeções e os que participaram inspecionaram apenas um estabelecimento, esse número é seguramente maior. Como já tem sido noticiado, há também muitas pessoas em cumprimento de medida de segurança, ou a espera de exames aguardando vagas nos HCTPs custodiadas em unidades prisionais. Ver em <http://oglobo.globo.com/brasil/brasil-mantem-doentes-mentais-presos-ilegalmente-7599855>

INSTITUIÇÃO	Capacidade total	Ocupação total	Lotação
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	320	584	182,50%
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	150	171	114,00%
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	135	112	82,96%
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio	441	354	80,27%
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	252	418	165,87%
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	120	197	164,17%
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	96	116	120,83%
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	86	83	96,51%
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	231	384	166,23%
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	134	101	75,37%
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	88	56	63,64%
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	45	41	91,11%
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	22	7	31,82%
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	83	104	125,30%
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	16	15	93,75%
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)	45	39	86,67%
(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues	20	82	410,00%
TOTAL GERAL	196	1114	125,39%

Tabela 4: Capacidade de ocupação dos estabelecimentos, segundo informação colhida durante a inspeção

É o caso, por exemplo, do HCTP do Rio Grande do Sul, que informa apenas a utilização de 80,27% das vagas. No entanto, a equipe de inspeção registra que ouviu dos trabalhadores números diversos, variando entre 318 a 365 pacientes, sem falar na ausência de contabilização de internados em regime de alta progressiva e dos usuários lotados na triagem. Além disso, segundo dados colhidos em pesquisa realizada na instituição, havia, em abril de 2014¹³, 200 pessoas em alta progressiva e 42 com medida de segurança extinta, sem falar no número de pacientes em situação de internação provisória, ainda maior do que o dos já sentenciados¹⁴.

Embora isso não apareça com clareza nos números informados, sabemos que existe hoje, entre os internados nos HCTPs e alas psiquiátricas de unidades prisionais, diversos tipos de situação, além dos 883 pacientes em cumprimento de medida de segurança informados¹⁵. Nos dias atuais, os HCTPs vêm servindo a várias outras funções, além de internar os pacientes em cumprimento de medida de segurança e os que estão a espera de exames periciais. Assim, estes estabelecimentos também têm recebido pacientes cuja internação cautelar foi determinada por ordem judicial; que apresentaram sintomas de transtorno mental durante a reclusão; que apresentaram história de dependência química e até que apresentaram “problemas de comportamento” na unidade prisional e foram transferidos para cumprir castigo ou ficar no isolamento.

Nesse sentido, obter uma informação precisa sobre esses números é fundamental, não apenas para conhecer o número de pessoas atualmente internadas em HCTPs e similares, mas também para avaliar o crescimento da porta de entrada, que se reflete no número de novos exames periciais e de internações cautelares. Se nos últimos anos tem havido um significativo esforço para viabilizar a desinstitucionalização dos pacientes que se encontravam institucionalizados há décadas, também tem havido um aumento progressivo do recurso à internação compulsória de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, em situação de vulnerabilidade social, frequentemente por delitos de baixo potencial ofensivo, com ou sem a aplicação de medida de segurança. Assim, vem sendo observado um significativo crescimento do número de Exames de sanidade mental (ESM) ou toxicológico (ET) realizados nos institutos periciais estaduais, como também vem aumentando o recurso à conversão das prisões provisórias em internação cautelar. Embora, nesta inspeção, apenas 04 CRPs tenham recebido alguma informação sobre o nú-

mero de pacientes que se encontravam na instituição para realizar ESM (número que segundo as informações recebidas totalizavam 65 pacientes)¹⁶, quando se verifica o número de pacientes que realizaram ESM e ET¹⁷ no último mês, apesar da falta de informações de vários Estados, esse número sobe para 331.

EXAMES PERICIAIS REALIZADOS DO ÚLTIMO MÊS	ESM	ET
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	0	Não informado
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	0	Não informado
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	0	Não informado
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)	0	Não informado
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	3	Não informado
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	5	Não informado
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	10	Não informado
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	18	Não informado
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	33	Não informado
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	38	Não informado
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	60	60
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	80	Não informado
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio	Não informado	24
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	Não informado	Não informado
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	Não informado	Não informado
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	Não informado	Não informado

Tabela 5: Número de Exames periciais realizados no último mês.

Assim, se compararmos com os dados publicados no estudo censitário contratado pelo Ministério da Justiça, em 2011 pudemos concluir que mesmo com as lacunas de informação observadas na atual inspeção, esse número parece estar em franco crescimento. Naquele ano, segundo foi observado no censo, dos 3989 pacientes internados nos 26 estabelecimentos psiquiátricos de custódia pesquisados, 1033 pacientes se encontravam em situação de internação provisória e, destes, 353 aguardavam ESM¹⁸.

Nesse sentido, é importante destacar a situação do Hospital Nina Rodrigues, no Maranhão, onde foi observado o maior índice de superlotação (410%) e quais as soluções adotadas pela instituição para resolver o problema da falta de leitos. Para alojar a todos, um dos corredores foi adaptado para a acomodação de mais pacientes e as enfermarias passaram a ter até 25 pacientes. Como não há camas suficientes para todos, alguns pacientes dormem em colchões no chão, sob outras camas. Já que este hospital não dispõe de vagas destinadas às mulheres, as seis mulheres internadas estão numa enfermaria junto com mais quatro homens. Além disso, o diretor não soube informar o número de pacientes internados para cumprimento de medida de segurança, ou para a realização de exames. Segundo ele, como os presos são encaminhados ao Hospital sem a documentação referente aos processos judiciais e como não há assistente jurídico ou defensor público em exercício na Unidade, não há controle sobre a situação dos pacientes internados por determinação judicial. Isso significa que os pacientes também ficam sem informação sobre os seus processos, ou, se já foi proferida sentença, não realizam os exames periciais a que têm direito.

RECURSOS HUMANOS

Da mesma forma, em todos os casos o quantitativo de profissionais de saúde se mostrou insuficiente para dar conta do cuidado de todos os pacientes e em desconformidade com a Portaria GM 251/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar. Além disso, se evidenciou um número bem maior de agentes penitenciários (611) do que de psicólogos (43)¹⁹, psiquiatras (77),

¹⁸ Ver em DINIZ, Débora. *A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil*. Brasília. LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013, pg 43.

¹⁹ Em quatro estabelecimentos vistoriados não há nenhum psicólogo para o atendimento clínico dos pacientes. Contudo, em um dos estados sem psicólogos, os pacientes têm autorização de saída externa para freqüentar o CAPS.

enfermeiros (90) e auxiliares e técnicos de enfermagem (246), o que permitiu, mais uma vez, confirmar a direção do trabalho adotado nas instituições vistoriadas. Também não pareceu haver uma razoável regularidade no atendimento aos pacientes; só foi mencionado o quantitativo de 14 terapeutas ocupacionais; só cinco (5) estabelecimentos registraram a existência de nutricionista; só foi informada uma média de 2,38 assistentes sociais por estabelecimento; em nove estabelecimentos não havia nenhum defensor público, ou assistente jurídico atuando na unidade; além de faltarem enfermeiros e médicos para completar o atendimento das emergências nos plantões. Mesmo no Hospital Nina Rodrigues, vinculado à Secretaria de Saúde, foi registrada a presença de 20 agentes penitenciários e nenhum psicólogo atuando no atendimento clínico²⁰. Além disso, foi constatado que nessa instituição não é realizado nenhum trabalho de aproximação com as famílias e, pelo contrário, foi relatado que, mesmo sendo essa instituição, um estabelecimento hospitalar vinculado à Secretaria de Saúde, os familiares, ao visitarem os internos, são obrigados a passar por revista íntima.

Por último, apenas três estabelecimentos informaram a construção de PTSs para os pacientes e, mesmo assim, em um deles, apenas para alguns.

AMBIENTE FÍSICO:

Supondo-se que pudéssemos nutrir qualquer crença na possibilidade de conjugar tratamento com punição, ou cuidado com segregação, certamente isso não seria viabilizado em um ambiente onde a regra é a violação dos direitos fundamentais, como é o caso de todos os estabelecimentos inspecionados. Evidenciando total descaso com a preservação da dignidade e condição humana dos pacientes, a maioria destas instituições segue mantendo os pacientes em celas geralmente coletivas com uma média de 8 pacientes em cada²¹, com conservação precária, ou sem nenhuma

²⁰ O único que faz parte da instituição atua na junta pericial.

²¹ Segundo informado, as acomodações individuais geralmente são usadas como celas de isolamento, para os casos de tentativa de suicídio, brigas, crises/surtos (sic), doenças transmissíveis e até como "castigo", exceção feita ao HCTP do Ceará em que a maioria dos alojamentos é individual. Contudo 29,41% dos estabelecimentos disseram não possuir espaços de contenção e isolamento. É o caso, por exemplo, de Santa Catarina que informou que para as intercorrências clínicas utiliza celas de observação próximas ao posto de enfermagem. Por outro lado, a cela de isolamento do HCTP da Bahia foi descrita como "quase um calabouço, sem banheiro e sem luz".

conservação, com ventilação e iluminação insuficientes e sem a menor higiene²². As camas - muitas vezes em número insuficiente para todos -, em geral são de alvenaria, a maioria sem colchão, ou com colchões velhos e sujos e não existe armário individual. O banheiro geralmente é coletivo, totalmente devassado e fétido, não possui porta, nem conta com chuveiro de água quente²³, mesmo nos estados onde a temperatura atinge níveis mais baixos. Em muitos locais os próprios pacientes são responsáveis pela higiene de suas celas e de suas roupas²⁴; em todos os estabelecimentos foram constatadas a péssima qualidade e higiene da alimentação e em apenas uma unidade verificou-se que o refeitório estava em funcionamento. Nas demais, os pacientes comiam nas próprias celas, e em uma das instituições foi alegado que o refeitório parara de funcionar depois de um incêndio provocado pelos pacientes. Em alguns locais também foi alegado que não havia lençóis porque os pacientes os rasgavam, da mesma forma que se ouviu a alegação de que não era usada determinada área do hospital para evitar o tráfico de drogas.

Quanto às informações sobre as violações, embora em muitos estabelecimentos não tenha sido possível circular sem ser seguido pelos funcionários, nem conversar de forma reservada com os pacientes, chegaram a ser informadas graves agressões e ameaças, além das condições desumanas e degradantes verificadas e a violação de todos os direitos mencionados no artigo 2º da Lei 10.216/2001 e listados abaixo:

1. ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
2. ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclu-

22 Se em quase todas as unidades a falta de higiene era visível, num dos estados foi verificado um cuidado obsessivo com a limpeza do espaço e higiene dos internos, ao ponto da diretora controlar o banho dos internos. Estes acontecem sempre nos mesmos horários e são necessariamente acompanhados pela equipe de enfermagem. Não há nenhuma forma de privacidade na realização das necessidades básicas.

23 Em dois estabelecimentos o banheiro é aberto para áreas de circulação comum e em alguns outros, a descarga é acionada pela parte externa, a depender da boa vontade dos funcionários, o que faz com que os pacientes conviviam permanentemente com o cheiro de fezes.

24 Um dos estabelecimentos há cerca de um ano não recebe nenhum material de higiene. Para solucionar o problema, os técnicos se cotizam ou pedem no comércio da região. Outros estabelecimentos também não recebem e é a família (quando existe) quem providencia. No Rio Grande do Sul, segundo foi informado, quem não recebe visita não tem acesso à material de limpeza ou higiene.

- sivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
3. ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;
 4. ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 5. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 6. ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 7. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 8. ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 9. ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Por sua vez, entre as graves ameaças e agressões mencionadas acima, foi citado, em duas unidades, o uso de taser com pacientes em crise; sendo que, em um desses estabelecimentos, foi encontrado um paciente que já estaria isolado há cerca de três meses, período em que sua cela só teria sido limpa duas vezes, em que o paciente teria se queixado de problemas de saúde sem ter sido conduzido a um médico. Ainda nesse estabelecimento houve relatos explícitos de maus tratos por parte dos agentes penitenciários e de ameaça por parte de um dos psiquiatras, que segundo denúncia de pacientes teria dito que se eles continuassem perguntando sobre seu tempo nesta unidade, ou os deixaria ainda mais um ano, ou os deixaria no isolamento. Por último, como era de se esperar, também foi mencionado o uso excessivo de medicação e a falta de acesso à assistência médica também apareceu em outros relatos.

**Foto feita
durante
inspeções
realizadas
pelo CRP de
Pernambuco**



Análise dos itens 5 e 6 referentes ao instrumento de análise dos 18 HCTPs

Silvia Tedesco²⁵

Considerando a lei 10216/2001, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” para realização de tratamento em meio aberto, mas especificamente nas RAPS, a internação deveria ocorrer apenas em casos de exceção, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento. Porém, os dados apresentados nos itens cinco e seis do instrumento, revelam outra realidade, ainda bem distante desses marcos legais. A prática da internação como primeira opção aparece bastante forte nas estatísticas apresentadas. Encontramos uma média 58,87 de pessoas, em cumprimento de medida de segurança, nos 18 estabelecimentos pesquisados e com exemplos mais significativos como os HCTP de Recife, com população de 211 internos em cumprimento de medida de segurança, seguido dos HCTPS de Florianópolis e de Sergipe com 104 cada um. Vale comentar que em grande parte esta situação é consequência da Lei 12.403/2011, que instituiu a internação provisória de inimputáveis e semi-imputáveis como medida cautelar. No caso de crimes praticados com violência ou ameaça, se o juiz considerar que existe a possibilidade de reincidência, permite-se a internação provisória. Ou seja, a hospitalização ocorre antes mesmo da realização do exame de saúde mental adequado, realizado por equipe especializada em saúde mental, podendo ficar o indivíduo internado, aguardando a perícia, por longo período de tempo. Torna-se urgente a reversão desta prática generalizada de internação face aos danos que esta acarreta.

Analisando os dados levantados em 18 estabelecimentos entre HCTPs e instituições similares de asilamento, chama a atenção a situação de inacessibilidade geral a informações sobre as condições gerais do processo de cumprimento de medidas de segurança. A ausência de informações e a incongruência entre es-

25 *Silvia Tedesco* - Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP (1999), fez pós-doutorado em Análise Institucional na Universidade de Paris VIII (2008-2009), foi supervisora de Clínica-institucional em CAPSad (2000-2008) e atualmente está na coordenação do Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal, com apoio do MS. É professora titular do Instituto de Psicologia da UFF.

sas dominam em muitas tabelas e gráficos. Por exemplo, existem HCTPs, em especial, os pesquisados pelos CRP-14 e CRP-22 que nem sequer forneceram quaisquer informações sobre número de internos no total, assim como de indivíduos aguardando exames, ou ainda de indivíduos em cumprimento de medida de segurança. Ao não saber informar, inclusive, sobre o número de internos incluídos sob a categoria de inimputável (relativa à sua responsabilidade penal) é revelado o desconhecimento sobre a legalidade da permanência dessas pessoas nos estabelecimentos. Visto ser a categorização do indivíduo como inimputável e a efetiva aplicação de tratamento, as condições legais indispensáveis para a permanência dos pacientes nos HCTPs.

O quadro é ainda mais grave quando a pesquisa expõe o número de indivíduos aguardando exames nas instituições. O número de pessoas internadas para exames (41%) é superior aos pacientes permanentes (35%) sendo ainda preocupante o número de instituições que não responderam (35%). Os indivíduos retidos a espera de exame representam a maioria dos internos nas instituições. Coloca-se em questão a eficiência do sistema que, segundo as normativas, deveriam realizar exames com regularidade para conservar o bom fluxo de todo processo e evitar, assim, a permanência de indivíduos ainda sem diagnóstico e, conseqüentemente, sem tratamento, encarcerados nas instituições. Percebemos uma fila de espera com o número surpreendente de 197 indivíduos, no levantamento feito pelo CRP-10, e 175 indivíduos, registrados pelo CRP-02. A quantidade de indivíduos aguardando exame, com média de 44,5 indivíduos, revela que, na maioria das situações examinadas impera a irregularidade, a demora da realização dos mesmos, resultando em confinamentos indevidos, assim como no aumento dos agravos.

O tempo de espera específico para cada um dos exames ou perícias, diretamente ligados às medidas de segurança (exame de sanidade mental/responsabilidade penal e exame de cessação de periculosidade), varia, mas a sua maioria dos casos examinados confirmam o não cumprimento dos prazos e a estagnação do processo.

Em uma das modalidades, temos o exame de sanidade mental/responsabilidade penal que decide sobre a capacidade do indivíduo poder ser ou não responsável pelo delito cometido. Este exame diz da condição de inimputável, decorrendo a suspensão do processo de penalização e sua substituição pela necessidade de tratamento. O exame de responsabilidade penal deve ser complementado por exame toxicológico, nos casos de o transtorno mental ser decorren-

te do uso abusivo de álcool e outras drogas. Observa-se, no entanto, que muitos pacientes ficam aguardando a realização dos mesmos por meses ou mesmo anos, ajudando a elevar o contingente populacional no sistema de justiça criminal. Ainda sem diagnóstico ou tratamento qualquer, os indivíduos ficam mantidos numa espécie de limbo, por período indefinido de tempo à espera da decisão pericial de se ele deveria estar ou não no HCTP. Portanto, é preocupante o número alto de instituições que não responderam a este quesito. Foram dez instituições examinadas pelos CRP-07, CRP-09, CRP-10, CRP-12, CRP-14, CRP-16, CRP-17, CRP-20, CRP-21 e CRP-22 que não informaram sobre o número de indivíduos mantidos presos, aguardando exame de responsabilidade penal ou perícia. É curioso o número de instituições que não sabem ou não quiseram responder esse item. Foram 13 estabelecimentos que se isentaram desta resposta, salvaguardando-se de oferecer um quadro mais claro da precariedade do funcionamento. Nota-se também a ausência quase total de dados acerca dos indivíduos aguardando exame toxicológico. Este silêncio faz refletir sobre atual política de combate às drogas e da criminalização dos usuários. Entre 13 instituições, 10 não responderam e 3 registram a ausência de casos de espera, suscitando a hipótese a ser comprovada por futura pesquisa, de ser este exame raramente solicitado ou praticado. Ao não produzir evidências sobre transtornos mentais decorrentes de uso abusivo de drogas, os periciados seriam considerados imputáveis sendo encaminhados para unidades prisionais, ficando por lá, invisibilizados, sofrendo agravos, provocando distúrbios e sem receber tratamento.

A outra modalidade de exame é o de cessação de periculosidade que determina o fim do processo de cumprimento de medida de segurança e liberação do indivíduo do HCTP. Quando este demora a acontecer, o indivíduo permanece prisioneiro, mesmo que seu terapeuta ou equipe de atendimento o considere apto à desinstitucionalização. O número registrado de pacientes à espera do exame foi bastante alto nas instituições examinadas pelo pelos CRP-03 e CRP-02, respectivamente, com 51 e 45 indivíduos internados aguardando exame, e ainda nos estabelecimentos pesquisados pelos CRP-15 e CRP-05, com 27 e 20 indivíduos asilados à espera do exame. No caso, tal contexto provoca prejuízos ao fluxo da porta de saída e faz a instituição ficar inflada com seu funcionamento atropelado por excesso populacional em função da permanência de indivíduos que já não deveriam estar confinados. Este dado é reafirmado pelas respostas ao item 9, referente ao cumprimento da periodicidade mínima dos exames de sanidade mental.

Dos estabelecimentos examinados, apenas 17,65% declaram cumprir os prazos de regularidade, mas encontramos 35,29% que declararam não cumprir os prazos e 47,06% deles que nem possuem essa informação ou não quiseram responder. Ou seja, em 82,35% dos HCTPs ou em instituições similares não há ou não se pode saber se há respeito aos prazos para realização de exames. Tal quadro é preocupante, uma vez que sabemos todos que quanto mais tempo o indivíduo permanece internado, mais frequente e amplo torna-se o fenômeno de institucionalização, tão bem analisado por E. Goffman²⁶, que fragiliza o paciente ao forçar sua adaptação às normas oficiais e informais vigentes na instituição total e, conseqüentemente, dificultando ou mesmo impossibilitando sua reinserção na ordem social exterior.

Quanto à informação sobre o número de indivíduos avaliados como semi-imputáveis registra-se número muito baixo. Apenas três instituições fizeram registro, entre elas uma penitenciária psiquiátrica forense, apontando a tendência a não acolher tais casos em HCTPs e a encaminhar para outras instituições, frequentemente para unidades prisionais que nem sempre possuem unidades de tratamento.

Nota-se ainda que o acesso a tratamentos de saúde especializado está abaixo do sofrível, quase inexistente, sendo oferecido por apenas 35% das instituições, ficando as demais 65% divididas entre as que negam a oferta ao tratamento externo especializado e ausência do registro. Tal realidade se choca com as normativas existentes, em especial com a PNAISP, que assegura atenção à saúde em geral para todas as pessoas que se encontram sob custódia do Estado, inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES A ALGUNS SUBITENS DO ITEM 8 (INTERNOS QUE COMETERAM CRIMES MENORES; PACIENTES COM PERICULOSIDADE CESSADA E CONFIABILIDADE DOS DADOS)

A estatística sobre a gravidade dos delitos cometidos mostra que 47,06% das instituições, relatam delitos de menor poder ofensivo, contra apenas 11.76% de instituições com assinalações de delitos mais graves. Tais índices levam a questionar a eficácia do sistema que decide sobre quais indivíduos que precisam ser custodiados e internados por representarem risco à sociedade. São muitos os indivíduos que permanecem retidos nos hospitais prisionais, por anos, em fun-

26 Goffman, E., *Manicômios, prisões e conventos*, São Paulo, Perspectiva, 2001.

ção de delitos menores. Em pesquisa atualmente em curso, anteriormente citada, os mesmos resultados têm sido obtidos, assinalando que a grande maioria dos delitos correspondem a pequenos furtos, danos contra patrimônio público, desacato à autoridade, porte de pequena quantidade de drogas, etc.²⁷. Ao constatarmos a inadequação desta ferramenta legal de avaliação, cabe questionar a continuidade da aplicação generalizada do dispositivo de ‘presunção de periculosidade’, uma vez que eles apenas estão internando, na sua maioria, pessoas que pouco risco representam aos cidadãos. Novamente comentamos que também neste item imperou a ausência de informação, com índices que atingem 41,18%. Ou seja, os estabelecimentos examinados parecem desconhecer o perfil de seus pacientes.

Outro aspecto do levantamento que requer atenção são os casos de retenção, na instituição, de pacientes com medida de segurança extinta, o que, apesar de muito frequente, caracteriza ilegalidade. Estando o paciente em situação de medida de segurança extinta (cessação de periculosidade), a não liberação do mesmo configura grave desrespeito aos direitos da pessoa e estagnação do fluxo da porta de saída da instituição. Também em pesquisa acima citada foi assinalado que grande número de internações remanescentes e ilegais deve-se à dificuldade das equipes em realizar o processo de desinstitucionalização dos pacientes que, reclusos após muitos anos, tiveram seus laços cortados com sua comunidade, com seu território existencial²⁸. Percebemos ser grave esta situação de violação de direitos pelo Estado e sublinhamos a necessidade de instaurar processos de reparação. Da mesma maneira como se deu em outras situações, a isenção de resposta atinge metade das instituições pesquisadas.

Um levantamento importante da pesquisa diz respeito às notificações acerca dos incidentes de violência ocorridos nas instituições. Inicialmente causa incômodo a forte insuficiência de registros, com índices alarmantes de 47% de ausência de respostas, seguida da negativa de ocorrência de violência, 29%. Já a violência entre pacien-

²⁷ Esses mesmos resultados, quanto à maior frequência de delitos de menor poder ofensivo, cometidos por indivíduos em cumprimento de medida de segurança, foram encontrados na pesquisa : construção do perfil dos presos ou internados em estabelecimentos do sistema prisional em cumprimento de medida de segurança dirigidas à criação de apoio técnico para a implementação de instrumentos, estratégias, dispositivos e parcerias com fins à desinstitucionalização e a reorientação do modelo de atenção à saúde mental desses pacientes e demais pessoas submetidas à internação compulsória, de acordo com a lei 10.216/2001, que se encontra em fase de conclusão.

²⁸ Cf. pesquisa citada na nota 2 desta página

tes foi notificada apenas por 6% dos estabelecimentos examinados e os maus tratos em somente 12% das instituições. O baixo índice de notificação aponta a tendência naturalizada à subnotificação que se difunde na área e indica a urgência de realização de pesquisas complementares, específicas sobre o tema, com fins a construir diretrizes voltadas à qualificação das equipes de saúde, ao desenvolvimento de ações de apoio e de fortalecimento às notificações, além da criação de práticas de monitoramento contínuo realizado por instituições governamentais e civis. Falta investimento na construção de ações de incentivo e de garantia às notificação da violência.

ANÁLISE DO ITEM 9 - JUNTA PERICIAL

Mais uma vez a ausência de informações ao inventário é notável. E, a partir das respostas oferecidas é reafirmada, como realidade nacional, que os exames periciais são realizados exclusivamente por peritos com formação em psiquiatria forense e que eles raramente solicitam pareceres complementares, embora possam aceitar contribuições, quando propostas pela equipe de saúde mental que faz o atendimento ao periciado. Nota-se nas narrativas dos profissionais, que existe a preocupação e o esforço por parte de algumas equipes dos HCTPs examinados (CRP-5; CRP-12, CRP19 e CRP-22) em se organizarem para construir e fornecer seja laudos, seja outros documentos ou mesmo relatos orais durante a audiência, que possam fornecer informações relevantes sobre o paciente e assim trazer subsídios à decisão do perito. As narrativas sugerem, no entanto, que as contribuições nem sempre são acatadas pelo perito e/ou pelo juiz.

Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada



Análise seções: Jurídico; junta pericial; psicologia e família

Vladmir Stempliuk²⁹

O texto a seguir irá analisar as informações referentes aos setores de Saúde: equipe profissional, enfermaria, ambulatório; Jurídico: assistência jurídica e de defensoria pública; Serviço de Psicologia e Atendimento às famílias;

Antes de abordar isoladamente as informações levantadas em cada um dos itens das entrevistas realizadas nas inspeções, comentaremos o conjunto das informações de cada um dos temas mencionados acima.

A primeira constatação é a de que muitas perguntas deixaram de ser respondidas por um número considerável de instituições. Do total de dezessete instituições inspecionadas, encontramos índices de não resposta, para alguns itens, da ordem de 42%, correspondendo a sete instituições não-respondentes. Nestes casos, apesar de termos procedido as análises, há perdas nas possibilidades de apreensão de um panorama abrangente da situação atual da oferta destes serviços em nosso país. Dentre todas as instituições inspecionadas, duas apresentaram uma quantidade de itens não respondidos superior às demais: (CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP e (CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho. O que levanta dúvidas sobre as condições reais de funcionamento destas instituições, pois a não resposta impossibilita a averiguação de existência e a qualidade dos serviços oferecidos.

No geral, o acesso aos procedimentos e serviços varia de acordo com a instituição inspecionada. A maioria dos equipamentos, no entanto, apresenta algum tipo de deficiência na oferta de diversos tipos de serviços e procedimentos, seja pela ausência ou pequena

29 Vladmir Stempliuk - Possui graduações em Ciências Navais pela Escola Naval (1986) e em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1994) e doutorado em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2004). É especialista em prevenção e tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas e suas consequências pela Universidade Johns Hopkins - EUA. Atualmente, é Gestor de Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE e membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Tem experiência nos campos da Psicologia Social e Clínica, atuando principalmente nas seguintes áreas: direitos humanos e políticas sobre drogas, redução de danos e tratamento dos problemas associados ao uso de drogas, gestão de políticas públicas e gerência de sistemas de informação em saúde com ênfase no tema drogas.

quantidade de técnicos disponíveis, seja por problemas logísticos e estruturais. Das dezessete instituições, doze apresentam graves problemas de oferta de serviços de saúde, psicologia, assistência jurídica e atendimento aos familiares: (CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, (CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento, (CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Maurício, (CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote, (CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, (CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense, (CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, (CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, (CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado de Atenção Psicossocial – Unidade de Saúde 2, (CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, (CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre – IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde, (CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA), (CRP-22) Hospital Nina Rodrigues.

Um dos pontos importantes mencionados refere-se aos problemas da ordem dos recursos humanos que trabalham nestas instituições, que já foram apontados em outros relatórios de inspeções realizadas ou constam das recomendações de entidades de classe, conselhos, estudos acadêmicos, reportagens etc.

Em 2009, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, em parceria com o Conselho Federal de Psicologia emitiu relatório denunciando situação muito semelhante à encontrada agora nestas inspeções:

pacientes nus em regiões frias, hospitais tratando de doentes mentais como presidiários, enfermarias fechadas com grades e cadeados, hospitais sem plantões médicos no fim de semana, alguns sem terapeutas ocupacionais, e hospitais sem medicamentos aos tratamentos³⁰.

Manifestação semelhante é encontrada no livro *Medida de Segurança – Uma questão de Saúde e Ética*. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp³¹). Os autores descrevem a situação encontrada no Estado de São Paulo,

³⁰ Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos. <http://osm.org.br/osm/oab-apresenta-balanco-sobre-istorias-em-manicomios>, 2009.

³¹ Ver: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Medida de segurança – uma questão de saúde e ética*. / Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo, 2013.

em tudo semelhante à triste realidade encontrada nos dias atuais em todos os locais visitados, caracterizada pela inexistência de reatância para emergências médicas e psiquiátricas, ausência de integração com serviços da comunidade a equipes incompletas:

“O flagrante desrespeito aos direitos humanos desses indivíduos, foi constatado por médicos do Departamento de Fiscalização e membros da Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp. Ao longo de seis dias, nos meses de julho e agosto deste ano, a equipe percorreu os três hospitais de custódia do estado, dois em Franco da Rocha, outro em Taubaté, visitando pavilhões, checando prontuários, ouvindo internos e pessoal da equipe de saúde.

Outro exemplo da constatação da precariedade do sistema pode ser encontrado nas recomendações da Associação Brasileira de Psiquiatria³² para a redução dos problemas encontrados nas equipes profissionais destes estabelecimentos:

A contratação de profissionais deve permitir um atendimento de boa qualidade, com acesso a todos os recursos terapêuticos disponíveis para os usuários do Sistema Único de Saúde. A equipe mínima para atendimento, funcionando em regime de plantão, deve ser composta por: diretor clínico, psiquiatra, clínico geral, equipe de enfermagem, terapeuta ocupacional e psicólogo. Deve ser observada também a proporção entre o número de pacientes e profissionais para a viabilidade de um tratamento eficaz.

Observa-se que, na distribuição de trabalhadores do setor de saúde das instituições visitadas, a maior proporção encontrada é a de auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos dos auxiliares de serviços gerais. Dos profissionais de nível superior, os enfermeiros são a categoria mais presente, seguidos dos médicos psiquiatras e psicólogos. Destaca-se a pequena quantidade de psiquiatras forenses, bem como outros profissionais componentes das equipes multiprofissionais, como: educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionistas.

As informações coletadas nas inspeções demonstram a precariedade da situação das equipes de saúde que trabalham nestes locais. Além de serem constituídas por uma pequena quantidade de profis-

³² Ver: Associação Brasileira de Psiquiatria - Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas - Grupo de Trabalho para Avaliação das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense, 2010.

sionais especializados de nível superior, a ausência de algumas categorias profissionais, que deveriam compor as equipes multiprofissionais mínimas de atenção à saúde, compromete de forma profunda os objetivos destas instituições de oferecer serviços de qualidade e propiciar reais oportunidades terapêuticas para as pessoas internadas.

Apesar da principal demanda de tratamento ser do campo da saúde mental, chama atenção a pequena quantidade de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais para o atendimento desta modalidade de transtornos. Observa-se que prevalecem profissionais não especializados e/ou com formação clínica geral, como auxiliares de enfermagem e de serviços gerais e enfermeiros.

Além disso, outra norma que possui diversos artigos desconsiderados por estas instituições é a Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário³³, que determina que “as equipes de atenção à saúde nestes estabelecimentos serão compostas de: médico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e ACD – Auxiliar de consultório dentário”.

Nas outras respostas às questões relacionadas à estrutura e aos procedimentos adotados pelos setores de saúde existentes nestas instituições ou que a ela prestam apoio, percebe-se também a inadequação e precariedade dos serviços oferecidos:

- Dez apresentam procedimentos inadequados de dispensação de medicamentos;
- Doze afirmaram que os internos não possuem Projeto Terapêutico Individual, Plano Individual de Atendimento ou instrumento de prontuário semelhante.
- Treze relataram casos de internos que tiveram de ser transferidos por alguma emergência de saúde no último mês. (Gráfico invertido)
- Nove não utilizam fármacos-padrão para os internos que retornam de emergências de saúde.
- Oito relataram ocorrência de óbitos dentro das suas dependências no último mês. Destaca-se a proporção elevada de não respostas ao item, que levanta informação de notificação obrigatória e que deveria estar disponível na instituição.

33 Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003. Disponível no endereço eletrônico: <file:///C:/Users/oladimir.stempliuk/Downloads/2003Portaria1777.pdf>. Acessado em 23 de agosto de 2015.

Observa-se, além do mais, o não cumprimento de diversas diretrizes contidas na Portaria nº 3.088³⁴, de 23 de dezembro de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como por exemplo:

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Quanto a este último aspecto, segundo o Ministério da Saúde³⁵, na publicação “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” (2007), “O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. Ou seja, principalmente nos casos de saúde mental, a adoção deste procedimento tem melhorado a qualidade da atenção ao possibilitar o acompanhamento individualizado, mas articulado e multiprofissional, dos pacientes.

O PTS define-se tradicionalmente como um processo de quatro etapas ou momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação e a sua aplicação possibilita que as equipes de referência e de apoio possam acompanhar os pacientes de forma cuidadosa, planejando e implementando, de forma conjunta, as diversas etapas do tratamento proposto. A ausência da utilização desta metodologia pela maioria das instituições inspecionadas lança dúvidas sobre as condições ge-

³⁴ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível no endereço eletrônico: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em 26 de agosto de 2015.

³⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

renciais e metodológicas dos serviços oferecidos à população.

Esta mesma ausência da abordagem de saúde foi descrita em outros documentos produzidos a partir de inspeções e fiscalizações realizadas nestes locais.

"Hoje, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico assemelham-se mais a presídios do que a hospitais, sendo inclusive administrados pelo sistema Jurídico e não da Saúde, sendo a medida de segurança muitas vezes considerada como sentença a prisão perpétua. A fim de modificar tal visão, debate-se sobre a implementação do SUS dentro dos presídios e Hospitais de Custódia, o que já é realizado através do Plano Nacional de Saúde ao Sistema Penitenciário, a fim de fornecer tratamento adequado inclusive para aqueles privados da liberdade, seguindo assim o princípio da Universalidade do Sistema. O foco principal do plano é a prevenção e promoção da saúde. (CREMESP, 2013)

Quanto ao Serviço de Psicologia, vamos começar olhando os resultados das perguntas aplicadas pelas equipes de inspeção:

Destaca-se a ausência de profissionais da psicologia em cinco das dezessete instituições inspecionadas e, em outras cinco, a presença de apenas um trabalhador desta categoria profissional.

Observa-se que não são oferecidos serviços do campo da psicologia para o tratamento dos internos em cinco das dezessete instituições inspecionadas. Em pelo menos três estabelecimentos, um psicólogo é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 100 pacientes.

Apesar da grande proporção de pacientes acompanhados por um único psicólogo, e de apenas doze estabelecimentos contarem com este tipo de serviço, quatorze afirmam oferecer atendimento individual aos internos.

Apenas dez instituições oferecem atendimentos em grupo aos internos. Nesta modalidade, prevalece a realização de dinâmicas de grupo (10), seguida de oficinas (9) e por fim grupos de convivência.

Observa-se que apenas sete das dezessete instituições inspecionadas afirmaram desenvolver, por meio dos seus profissionais de psicologia, projeto terapêutico singular com seus internos.

Dez instituições relataram possuir espaço para guarda de material psicológico (instrumentos e registros profissionais), de acesso exclusivo aos psicólogos.

Seis instituições relataram não possuir documentos produzidos pelos psicólogos arquivados. Quando questionados se o arquivava-

mento é norteado pela Resolução 007/ 2003, apenas cinco responderam afirmativamente ao item.

Quatorze instituições afirmaram possuir salas para atendimento psicológico. No entanto, quando averiguada a adequação destes espaços ao Código de Ética Profissional, com preservação de sigilo, privacidade e condições de atendimento, apenas dez instituições estavam de acordo com esta normativa.

Das dezessete instituições investigadas, observa-se que seis apresentam restrições, de algum tipo, para atendimentos psicológicos nas condições adequadas, exigindo algemas, presença de corpo de segurança, realização de atendimento com a porta aberta ou entreaberta, pacientes incomunicáveis ou isolados dentre outros.

Segundo os psicólogos de nove instituições visitadas, estas não atendem aos princípios da reforma psiquiátrica.

Segundo os psicólogos de nove das dezessete instituições visitadas, sua instituição e o seu trabalho não segue o novo modelo de atenção e cuidados em saúde mental.

Dez instituições informaram conhecer o PAI-PJ³⁶ (TJ/MG) (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais) e PAILI³⁷ (GO) (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator).

Em apenas cinco das dezessete instituições inspecionadas, os (as) psicólogos (as) têm algum tipo de participação e contribuição na elaboração e conclusão dos laudos periciais (sanidade mental e periculosidade).

Em apenas sete das instituições inspecionadas o trabalho da psicologia é considerado na discussão dos casos e na condução dos tratamentos.

Passados quatorze anos da publicação da lei 10.216, de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica, ainda está em fase incipiente de transposição dos hospitais de custódia de instituições penais para instituições de saúde. Neste sentido, a não

36 PAI-PJ (TJ/MG) (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais) Disponível no endereço eletrônico: http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosru-mos/pai_pj/cartilha_final.pdf. Acessado em 26 de agosto de 2015.

37 PAILI (GO) (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator). Disponível no endereço eletrônico: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_870_cartilhadopailli.pdf. Acessado em 26 de agosto de 2015.



Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada



Fotos feitas durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco

adoção da referida norma, pela maioria dos hospitais visitados, não deixa de ilustrar dramaticamente quanto nossa sociedade deverá ainda caminhar no sentido da garantia de direitos das pessoas internadas nestes institutos.

Na mesma linha da necessária transição do paradigma punitivo para o paradigma de saúde, que estas instituições devem passar, chama a atenção o fato de algumas desconheceram as metodologias mencionadas na pergunta, uma vez que são consideradas referência na abordagem destas pessoas.

De acordo com a Lei 7.210, de 11 de junho de 1984, Lei da Execução Penal³⁸, cabe ao psicólogo compor a Comissões Técnicas de Classificação, que têm como missão acompanhar a execução das penas privativas de liberdade. Por esta normativa, compete ao psicólogo acompanhar o cumprimento das penas e avaliar a pertinência de progressões e regressões do regime. Como um dos profissionais responsáveis pelo exame criminológico, sua práxis, nesta normativa fica reduzida a elaborar laudos e relatórios que serão utilizados na manutenção ou não da condição de prisão. Ou seja, uma práxis desconectada com o dia a dia da condição de prisão, que desprezava outras possibilidades de atuação profissional no sistema, como por exemplo, na transformação e prevenção dos agravos à saúde e sofrimentos decorrentes da condição de encarceramento.

As respostas aos itens acima demonstram que o papel do psicólogo nas instituições visitadas ainda é pouco consolidado, muitas vezes não sendo utilizado nem em atividades já definidas na Lei de Execução Penal³⁹, e muito menos na Lei 10.216⁴⁰, da reforma psiquiátrica.

Finalmente abordaremos as respostas aos itens referentes à participação das famílias no processo de internação e o desenvolvimento de atividades para estas pessoas.

Em apenas quatro das instituições inspecionadas, as famílias participam de alguma forma de programa, projeto ou trabalhos desenvolvidos com os internos da instituição.

No entanto, oito instituições oferecem algum tipo de atendimento ou acompanhamento para estas famílias.

38 Lei 7.210, de 11 de junho de 1984, Lei da Execução Penal. Disponível no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L7210.htm. Acessado em 25 de agosto de 2015.

39 Ibid.

40 P40 Lei 10.216, da reforma psiquiátrica. Disponível no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acessado em 25 de agosto de 2015.

Dentro da lógica da necessidade de preparar os internos para um futuro retorno à sociedade, o trabalho realizado junto às famílias é essencial, uma vez que a reconstrução dos vínculos familiares é um dos pontos principais deste processo. No contexto dos hospitais de custódia, nos quais muitos presos cometeram crimes contra membros das suas famílias, os vínculos familiares apresentam-se muitas vezes rompidos, o que tem contribuído com um grau maior de dificuldade na preparação para a saída do sistema carcerário, bem como a prevenção do retorno, a reincidência.

Neste sentido, a participação da família no processo de tratamento torna-se extremamente relevante, pois a reconstrução dos laços deve ser um processo iniciado antes da desinternação.

A pequena quantidade de instituições que relatam incluir as famílias no tratamento, bem como que ofereçam algum tipo de atendimento aos familiares, é somente o ponto final de um percurso caracterizado, desde seu início, pela carência de recursos materiais e técnicos, processos inexistentes e/ou ineficientes e condições desumanas de atenção.

Vejamos algumas observação sobre este mesmo fenômeno:

“É interessante notar que não basta somente a cessação da periculosidade para a liberação do indivíduo, sendo considerado a necessidade de um suporte social e familiar para garantir a continuidade do tratamento e assumir a responsabilidade sobre o mesmo. Hamilton da Costa Mitre de Andrade cita alguns casos onde mesmo com a ausência da periculosidade havia manutenção da internação por abandono familiar. Assim, a desinternação pela medida de segurança é complexa e pode muitas vezes levar a internação perpétua”. (CREMESP, 2013)

Desde o ingresso até a saída do sistema percebe-se a recorrente exposição dos presos à violação dos seus direitos fundamentais, seja pela omissão, descaso, falta de recursos, baixa qualificação técnica e profissional das equipes, ou pela ação preconceituosa e estigmatizadora, que reforça os estereótipos sobre esta população e nega seus direitos à saúde e à proteção social.

SEÇÃO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Maria Aparecida Diniz⁴²
Rodrigo Tôrres Oliveira
Virgílio de Mattos

42 Maria Aparecida Diniz - Psicóloga, Coordenadora do PAILI-GO, especialista em Gerontologia e Saúde do Idoso pela UFG/GO, foi Professora convidada da PUC/GO, é Perita Examinadora do Trânsito, Professora dos Cursos de atualização dos Testes Psicológicos oferecidos pelo Detran/GO, Professora do Curso de Extensão de Perito Examinador do Trânsito e do Curso de Especialização em Psicologia do Trânsito/IPES, Funcionária Pública Estadual da Secretaria de Estado da Saúde.

Que tipo de lógica ainda sustenta a existência da contenção manicomial? Por que o precário do sistema prisional e o deficiente do sistema da saúde se encontram na junção do portador de sofrimento mental com o crime? Sobre-tudo por que essa precariedade inacreditável é ainda invisível?

Várias são as respostas possíveis. Aqui, entretanto, cuidou-se de trabalhar um instantâneo, sem retoques, do que as equipes de inspeção puderam verificar, relatar e chamar à reflexão, com um detalhe importante: não há o cheiro nauseabundo, misto de fossa (anti)séptica, fezes humanas, urina, suor, sangue e medo. O cheiro de medo não consegue ser impresso nesse relato que se leu, mas impregna a todos aqueles que, um dia, saíram de seus gabinetes de trabalho ou de estudo e se deram ao trabalho de irem a campo.

O campo é sempre soberano, sabe-se. Mas o retrato instantâneo desses dados merece mais do que reflexão, ação. Ação direta no sentido de agirmos todos os movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos, enfim, todo tipo de coletivo, no sentido de escaparmos dessa monstruosa crueldade que é a de prender gente pobre, preta e psicótica e dizer que não estão presos, estão submetidos a uma medida que irá tratá-los.

Como entender tratamento nas condições em que estão depositadas essas pessoas – impossível reconhecer-lhes o título de cidadãos, vez que cidadania não têm -, como admitir que as condições, em pleno século XXI, sejam aquelas descritas pelos estudiosos do século XVIII?

Gostariam de ser tratados como seres humanos, mas são tratados como bichos, conforme relatos dos pacientes. Não têm qualquer contato no sentido de tornarem a participar das cidades, jamais recebem visitas; muitas vezes porque mataram algum familiar e a própria família não procura ou se nega a estabelecer contato. Há pacientes detidos há 19 anos, 27 anos. Toda uma vida desperdiçada. Vida nua. Vida de “matáveis”.

Nunca receber visita é uma triste sina e um mau sinal. Sabe-se que o vínculo familiar é o único que garante a existência de vida digna após a segregação manicomial.

Evitar a institucionalização é impossível no modelo atual. A desinstitucionalização é demorada e difícil, exemplificativamente em Santa Catarina existe um movimento em curso pela criação de residências terapêuticas, condição *sine qua non* para abrigar cerca de 30 pacientes que se encontram no manicômio já com alta médica, porém sem destino. Estes são pacientes antigos que vivem

no estabelecimento há diversos anos, razão pela qual perderam os vínculos familiares e não têm para onde ir.

Difícil vencer a inércia do movimento cíclico e perverso de, mesmo saindo, não saírem. Melhor explicando: sem retaguarda familiar, sem atendimento contínuo por equipe multidisciplinar, sem a possibilidade de serviços residenciais terapêuticos, o que acontece quando saem é voltarem.

Em muitos estados sequer se teve condição de obter uma relação oficial de pessoas em medida de segurança.

Esta longa permanência dos loucos infratores em situação desumana trouxe a necessidade de intervenção, promovendo visibilidade ao cenário de horror presente, despertando no Poder Judiciário a elaboração de atos jurídicos, com vistas a dar ao louco infrator o que é de direito, como a Resolução nº 113 e Recomendação nº 35, ambas do Conselho Nacional de Justiça, a Resolução nº 04, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e outras, baseadas na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conhecida como Lei Antimanicomial. Mas vimos que os esforços legais não chegaram à prática massacrante da exclusão, que segue solta e parece não ter freios ou limites.

No Brasil, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são abandonadas, presas, inúmeras delas há décadas, esquecidas, submetidas a vários tipos de abuso, ainda presente na triste realidade encontrada no momento das inspeções realizadas em Manicômios, Hospitais de Custódia, Alas de Tratamento Psiquiátrico e Similares.

Tem início, então, a ampliação da visão do Poder Judiciário que passa a acolher a questão do louco dentro do serviço de saúde pública. A iniciativa pioneira se deu, em 2000, com a implantação e atuação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, pertencente ao Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, e com mais de 1.200 pacientes em atendimento fora da possibilidade de segregação, que vem com a proposta de desfazer os preconceitos arraigados na sociedade em relação ao louco infrator e promover um trato individualizado a cada paciente, desconstruindo a necessidade da custódia asilar.

Historicamente, estas pessoas precisavam ser afastadas do convívio social e os manicômios judiciários funcionavam como verdadeiros depósitos e se transformavam em verdadeiras prisões perpétuas, com a convivência da Justiça e da família.

Na mesma direção, seguindo a nova realidade trazida pela Lei da Reforma Psiquiátrica, o Estado de Goiás apresenta um redesenho na execução das medidas de segurança, não mais regulada com exclusividade pela legislação penal. O caráter terapêutico prepondera.

Ligado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde-SPAIS/Gerência de Saúde Mental/GSM, se fez, em 2006, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI, com o apoio do Ministério Público Estadual, Tribunal de Justiça, Secretaria de Estado da Justiça e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, consolidando, assim, um modelo de atenção em medida de segurança, abolindo definitivamente a figura ultrapassada do manicômio judiciário, utilizando a rede de atenção psicossocial como suporte ao tratamento. Tal iniciativa vem mostrar que é possível tratar, acompanhar, sem segregar pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Atualmente Goiás é também uma referência, uma vez que não conta com dispositivos que isolam, torturam e esquecem, pois é uma prática que vê o louco como pessoa humana, reforçando o seu principal objetivo que é a reinserção social, a familiar e o resgate de sua dignidade.

Por isso, indicativo seguro de que a totalidade dos técnicos entrevistados, que conhecem os modelos do PAI-PJ e PAILI, assegurarem que estes estão muito mais acordes com a atenção e o cuidado da escuta especializada do que o depósito de gente louca e criminoso que sempre foi o manicômio e seus similares.

É preciso darmos um basta ao modelo manicomial, ilegal, inconstitucional (por violar garantia de inexistência de pena de caráter perpétuo, por violar a dignidade da pessoa humana, a inexistência de tratamento desumano ou degradante e o princípio da igualdade), custoso e sem retorno nenhum a ninguém.

Oportuna a dicção de Alessandro De Giorgi⁴³ para refletirmos e nos prepararmos para a ação:

A metrópole pós-fordista isola, no seu interior, espaços de reclusão que desarticulam violentamente as multidões, reproduzindo uma separação artificial entre aquilo que definimos como excesso negativo e excesso positivo, diferenciando seletivamente as possibilidades de movimento e interação (...) A cidade abstêm-se definitivamente de envergar as vestes do 'espaço público' para transformar-se num aparato de captura e vigilância de popula-

43 A miséria governada através do sistema penal, RJ : REVAN/ICC, 2006, p. 104.

ções observáveis à distância. O controle se materializa numa arquitetura que não regula o encontro mas o impasse, não governa a interação, mas cria obstáculos a ela, não disciplina as presenças, mas as torna invisíveis. Barreiras simbólicas e fronteiras materiais produzem assim exclusão e inclusão.

É fundamental a desconstrução, de uma vez por todas, da ideia dos manicômios e similares. A construção de alternativas e soluções como o PAI-PJ (TJ- MG), PAI-LI (SES- GO) e ainda a ampliação de Serviços Residenciais Terapêuticos são mais do que uma aposta: Trata-se de uma realidade concreta, exitosa e exequível!

Este Relatório Brasil é um bom passo no caminho da desconstrução da lógica manicomial. Outras saídas estão postas. É preciso reafirmar a máxima de Franco Basaglia: “Só há tratamento possível quando há liberdade”.



Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP do Maranhão



ANEXO 1

ROTEIRO E ORIENTAÇÕES PARA OS MEMBROS DAS EQUIPES RESPONSÁVEIS PELAS VISITAS





Foto feita durante inspeções realizadas pelo CRP de Mato Grosso

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia e a Ordem dos Advogados do Brasil reunidos por ocasião do dia nacional de luta antimanicomial, 18 de maio, propuseram uma ação nacional de inspeção aos manicômios judiciários que ainda foram pouco afetados pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Essas instituições, muitas vezes, ficaram à margem do avanço das políticas nessa área, vistas como lugares de isolamento, muitas vezes de maus tratos e de tortura.

Assim, essa inspeção deverá disponibilizar informações que contribuirão tanto para a denúncia de possíveis situações de violação de direitos quanto para a reflexão dos profissionais dessas instituições sobre sua atuação.

Apresentamos, ao final deste documento (Anexo), um formulário para coleta de dados que servirá às equipes responsáveis pelas visitas em todo o território nacional. Esse formulário, como qualquer outro, certamente contém imperfeições, imprecisões e lacunas, mas que serão sobejamente compensadas pela experiência acumulada dos participantes e pela competência técnica e compromisso ético-político dos profissionais envolvidos nas visitas.

Queremos, com essa orientação, balizar e estabelecer parâmetros para nossa atividade e com isso garantirmos que os direitos dos pacientes judiciários sejam atendidos e respeitados. Desejamos êxito para as equipes e estamos à disposição para dirimir dúvidas.

Parte 1 **INFORMAÇÕES SOBRE A INSPEÇÃO NACIONAL**

1. Qual o objetivo da Inspeção Nacional aos Manicômios Judiciários, Hospitais de Custódia e Alas Psiquiátricas?

O objetivo precípuo desta inspeção é conhecer a realidade dos manicômios judiciários no país, das pessoas em cumprimento de medida de segurança, dos discursos e das práticas jurídico-penais e psiquiátricas de internação perpétua, de segregação e de exclusão. Por meio desse conhecimento, poderemos suscitar debates sobre essas instituições, dialogar com a categoria e com setores da sociedade, problematizar as perspectivas de cuidado e o trabalho dos psicólogos nestas instituições, promover a cidadania, propor alternativas à sociedade.

2. O que será feito durante a Inspeção?

O Sistema Conselhos, em parceria com a OAB, quer obter informações atualizadas e precisas sobre os impactos sociais, a eficácia e modo como operam as instituições manicomialis no país, como a prática dos psicólogos e as condições em que se dão serão objetos da inspeção. Assim, disponibilizaremos um formulário padrão a ser preenchido pelos inspetores no momento da visita à instituição, apensado a este manual. Buscaremos identificar casos de violência institucional, abusos e violações de direitos, como situações ilegais de excesso de prazo, periculosidade cessada, caso de crimes fúteis e manutenção de anos da periculosidade positiva.

3. Quem promove a inspeção?

A inspeção é uma ação conjunta, autônoma e ampla das várias entidades que compõem o Sistema Conselhos, as OABs e outras entidades convidadas com reconhecida atuação na área de defesa dos direitos humanos.

Sugerimos que os Conselhos Regionais de Psicologia tenham equipe máxima de dez inspetores, compostas de:

- No âmbito do Conselho Regional: representantes da Comissão de Direitos Humanos, da Comissão de Psicologia Jurídica, da Comissão de Orientação e Fiscalização;
- Representante da OAB, previamente indicado;
- Representante da AMPASA, previamente indicado;
- Representante do Conselho Regional de Serviço Social;
- Representante da Coordenação Estadual de Saúde Mental;
- Representante de Movimento Social.

4. Quais cuidados devemos ter?

Para garantirmos que não haja retaliação ou constrangimentos aos pacientes pelas informações prestadas, é fundamental que estes sejam ouvidos pelos membros das comissões com os seguintes cuidados abaixo:

1. Sem a presença de monitores, diretores ou quaisquer funcionários ligados à instituição;
2. Os internos deverão ser ouvidos por, no mínimo, dois inspetores ou, se possível, pela coletividade dos inspetores;
3. As equipes regionais devem decidir a viabilidade de se fotografar o local. As fotos devem retratar apenas os sinais de tortura, maus-tratos e ferimentos, se existirem, bem como o ambiente e as condições sanitárias.

4. Fontes de informação na inspeção

Quando da realização da inspeção, procuraremos ter acesso a registros, documentos e arquivos. Uma importante forma de coleta de dados será mediante conversa com os setores de saúde, de administração, de segurança, de assessoria jurídica e, evidentemente, por meio do contato com os internos. Observações in loco serão, igualmente, fundamentais.

No setor administrativo-jurídico, poderemos averiguar o estoque e remessa de medicamentos, o manejo e gestão de benefícios de pacientes internos curatelados, a análise de exames de cessação de periculosidade (periodicidade conforme a lei) e laudos de sanidade mental. No setor de saúde, a observação da equipe e dados dos prontuários de saúde como medicação, evolução, tipificação diagnóstica, frequência de atendimentos. O livro de ocorrências do ambulatório e o livro de enfermagem podem fornecer aspectos importantes da instituição, já que propiciam análise da circunstância de ingresso dos internos no ambulatório, tempo de tratamento ambulatorial, relatório de evolução dos pacientes e medicação administrada em contexto ambulatorial.

É importante, ademais, ter acesso ao livro de óbitos, pois, eventualmente, poderemos observar mortes ocorridas em contextos de contenção (mecânicas ou farmacológicas), assim como apurar atividades da comissão de óbitos. Por fim, o laudo pericial e pareceres técnicos dos profissionais da equipe de saúde (Psicólogo; Psiquiatra; Enfermeiro; Assistente social; Terapeuta ocupacional) constituem-se importante fonte de informações, já que podem conter avaliação de cessação de periculosidade e, também,

Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada



processos de agravamento às condições de saúde decorrentes da institucionalização e violações ocorridas na unidade.

6. O sigilo das informações

Todos os dados coletados, por intermédio desta ação serão tratados, por parte da equipe envolvida, com absoluto sigilo, mantendo-se absoluto anonimato daqueles que responderam ao questionário. Nenhum participante está autorizado a utilizar e/ou a divulgar, por qualquer meio, as informações coletadas a partir deste levantamento.

7. Desdobramentos

A partir do recebimento dos relatórios estaduais, a coordenação confeccionará relatório, que será encaminhado a todas as autoridades competentes em nível nacional. As equipes dos estados poderão encaminhar às autoridades estaduais esse mesmo relatório. É possível, conforme o caso, que, a partir de violações identificadas, ajuízem-se ações civis públicas e outras providências sejam tomadas. Preveem-se, ainda, atividades como Debate on-line, transmitido para todo o país, audiência pública em Brasília, a realização de Seminário Nacional, com conseqüente produção de um livro, assim como a produção de referências para Psicologia. Em nível regional, sugerimos que os Conselhos Regionais promovam debates, realizando audiências públicas nos legislativos regionais e mobilizando e articulando categoria, Estado, sociedade e mídia. Sugere-se a realização de uma audiência pública e também de debate nas sedes dos Regionais.

INSTRUMENTO / FICHA DOCUMENTAL**1. Identificação do Manicômio Judiciário/Hospital de Custódia ou similar**

1.1 Nome da instituição:

1.2 Cidade/UF:

1.3 Endereço:

1.4 Telefone de contato da instituição:

1.5 Localização: área urbana (1.5.1) rural (1.5.2)
centro (1.5.3) periferia (1.5.4)

1.6 Acesso: Fácil acesso (1.6.1) difícil acesso (1.6.2)

1.7 Data de fundação do estabelecimento:

1.8 Nome do(a) diretor(a) responsável pela instituição:

1.9 Instituição ligada à Segurança Pública ou Saúde?

1.10 Observações

2. Capacidade e ocupação do estabelecimento

2.1 Capacidade máxima de vagas:

2.2 Vagas para homens:

2.3 Vagas para mulheres:

2.4 Número de internos no dia da inspeção:

2.5 Número de homens:

2.6 Número de mulheres:

2.7 Tempo de permanência dos internos no serviço:

2.8 Observações:



Fotos feitas durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco

3. Recursos humanos (solicitar o quadro de funcionários)

3.1 Quantos funcionários?

3.2 Quais diretorias existem? Geral (3.2.1) Administrativa (3.2.2) De segurança (3.2.3) Técnica (3.2.4) (3.2.5) Outra (s) Qual (is)?

3.3 Quantos trabalham no setor jurídico? (Advogados, assistentes jurídicos e/ou outros)

3.4 Quantos agentes de segurança existem na Instituição?

3.5 Os agentes de segurança tem formação pra lidar com o público da instituição?

3.6 Qual regime de trabalho e carga horária?

3.7 Há interação entre usuários e profissionais? (verificar se há respeito, se há práticas abusivas)

3.8 Observações:

4. Estrutura física

4.1 Em que consistem as acomodações íntimas das populações internas à instituição? (4.1.1) cela (4.1.2) alojamento (4.1.3) quarto (4.1.4) leito (4.1.5) Outra (s) Qual (is)?

4.2 As acomodações são individuais ou coletivas? (4.2.1) Individuais (4.2.2) Coletivas

4.3 Em caso de acomodações coletivas, qual o número médio de internos por acomodação?

4.4 Descreva as condições tais como piso, ventilação, iluminação, dormitórios (camas), limpeza dos ambientes (banheiro, alojamento, espaços, conservação das paredes, mobiliário, armários individuais para guarda dos pertences com segurança).

4.5 Banheiro: Existem em número suficiente? Existe privacidade

4.6 Existem espaços de isolamento ou contenção? Celas, alojamentos individuais? Descreva-os (perguntar a pacientes, funcionários e observar).

4.7 Como se dá o acesso às áreas externas ao alojamento? Livre? Por alas? Por pacientes?

4.8 Há circulação dos pacientes?

4.9 Existem áreas de convivência comum fora os alojamentos? (Espaços de conversa, área livre, áreas de lazer, equipamentos e atividades de lazer, outros).

4.10 Em caso de público de ambos os sexos, há convivência entre homens e mulheres?

4.11 Há espaços, separados, de convivência íntima?

4.12 Observações:

5. Modalidades de internação/casos, condições ou situações encontradas

5.1 Quantidade de pessoas em cumprimento de medida de segurança

5.2 Quantidade de Exames de sanidade mental realizados no último mês

5.3 Quantidade de Exames de cessação de periculosidade realizados no último mês

5.4 Quantidade de exames toxicológicos realizados no último mês

5.5 Houve casos de encaminhamento de presos provisórios ou definitivos em virtude de intercorrências de surtos ou crises nos estabelecimentos de origem e tempo de internação? Quantos casos no último ano? Qual foi o local de reencaminhamento posterior? Quais providências tomadas?

5.6 Observações:

6. Número de pessoas internadas na instituição:

6.1 Qual o número de pessoas internadas na Instituição sob medida de segurança declaradas inimputáveis?

6.2 Qual o número de pessoas internadas na Instituição sob medida de segurança declaradas semi-imputáveis?

6.3 Qual o número total de pessoas internadas na Instituição em aguardo para realização de exames?

6.4 Qual o número de pessoas internadas em aguardo de realização de cada um dos exames a seguir?

(6.4.1) sanidade mental (6.4.2) cessação de periculosidade (6.4.3) exame toxicológico

(6.4.4)Outro (s) Qual (is)/Quantos?

6.5 As pessoas internadas recebem tratamento ambulatorial e especializado externo quando necessário (a exemplo de pacientes renais, portadores de doenças crônicas e demandantes de outros cuidados especializados em saúde)?

6.6 Há casos de pessoas que não estão internadas na instituição mas que foram encaminhadas pra lá, para a realização de exame de sanidade? Quantos casos no total? Quantos casos no último mês?

6.7 Há casos específicos de violações às pessoas internadas na instituição? Caso sim, favor relatar aqui:

6.8 As pessoas internadas podem receber visitas?

6.9 Observações:

7. Setor de saúde/enfermaria/ambulatório (obter no setor administrativo)

7.1 Qual o número do quadro de funcionários no ambulatório (por ocupação a seguir)?

7.1.1 Auxiliares de Serviços Gerais ()

7.1.2 Auxiliares Administrativos ()

7.1.3 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem ()

7.1.4 Psicólogos ()

7.1.5 Médico Clínico ()

7.1.6 Médico Psiquiatra ()

7.1.7 Terapeuta Ocupacional ()

7.1.8 Assistente Social ()

Outros* ()

Outros* ()

Outros* ()

Outros* ()

*inserir o número de funcionários por qualificação não notificada neste instrumento

7.2 Existe equipe mínima de saúde por paciente?

7.3 Qual a frequência, em média, dos atendimentos médicos ambulatoriais aos internos, por semana? São anotados em prontuários?

7.4 Qual a frequência, em média, dos atendimentos médico psiquiátrico aos internos, por semana.

7.5 A dispensação de medicação é feita de forma satisfatória?

7.6 Excluindo-se os atendimentos médicos, qual a frequência de atendimentos de Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, dentre outros profissionais técnicos da área de saúde? São anotados em prontuários?

7.7 As pessoas internadas possuem Projeto Terapêutico Individual, Plano Individual de Atendimento, Projeto Terapêutico Individual ou instrumento de prontuário semelhante?

7.8 Há casos de internos que tiveram de ser transferidos por alguma emergência de saúde? Quantos casos no total? Quantos casos no último mês?

7.9 Em caso positivo, essas pessoas retornaram? Houve algum óbito nessas emergências? Quantos no total? Quantos no último mês?

7.10 Há utilização de fármaco-padrão aos pacientes que retornam de emergências de saúde? Quais seriam?

7.11 Há casos de óbitos dentro da instituição? Quantos no total? Quantos no último mês?

7.12 Observações:

8. Jurídico

8.1 Há assistente jurídico na instituição? Caso sim, cada advogado/assistente jurídico é responsável por quantos casos, processos?

8.2 Há contato entre assistente jurídico e paciente? Caso sim, com que frequência?

8.3 Há casos de pacientes com a periculosidade cessada ("exame conclusivo") que permanecem internados na Instituição? Caso sim, enumerar e relatar os casos apurados abaixo:

8.4 Há processos de pessoas que cometeram crimes 'menores' (sem potencial ofensivo, sem violência), presas há anos, que não tiveram sua periculosidade cessada? Caso sim, enumerar e relatar os casos apurados abaixo:

8.5 Há acesso à Defensoria Pública?

8.6 Há direito à confidencialidade dos registros? (prontuários mantidos em local seguro para os setores de psicologia e serviço social no caso de abordagens individuais.

8.7 Observações:

9. Junta pericial

9.1 Qual o número do quadro de funcionários na Junta Pericial (por ocupação a seguir)?

9.1.1 Psicólogos ()

9.1.2 Médico Clínico ()

9.1.3 Médico Psiquiatra ()

Outros* ()

Outros* ()

Outros* ()

Outros* ()

*inserir o número de funcionários por qualificação não notificada neste instrumento

9.2 É possível observar a participação de outros (as) profissionais (psicólogos (as), assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros (as), dentre outros (as)), discussão de casos e troca de informações na elaboração e conclusão dos laudos, para além do (a) médico (a) psiquiatra?

9.3 Há obediência à periodicidade mínima anual de realização dos exames de cessação de periculosidade para todas as pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança?

9.4 Observações

10. Psicologia

10.1 Há quantos(as) psicólogos(as) trabalhando na instituição?

10.2 Qual o regime de trabalho (concursado, celetista) dos (as) profissionais psicólogos (as)?

10.3 Quais as principais teorias, instrumentos e técnicas utilizadas pelos (as) profissionais psicólogos (as)?

10.4 Que tipos de atividades são desenvolvidas na instituição pelos (as) psicólogos (as), em concurso ou não com outros (as) profissionais de saúde? (10.4.1) atendimentos individuais (10.4.2) Dinâmicas de grupos (10.4.3) Oficinas (10.4.4) Grupos de convivência (10.4.5) Outro (s) Qual (is)?

10.5 Há contato frequente com os pacientes? Caso sim, com que periodicidade? Em que circunstâncias?

10.6 Os (as) profissionais psicólogos (as) desenvolvem projeto terapêutico singular para os casos?

10.7 Quantos internos/pacientes cada psicólogo (a) acompanha?

10.8 Há espaço para guarda de material psicológico (instrumentos e registros profissionais), de acesso exclusivo do psicólogo?

10.9 Há documentos produzidos pelos psicólogos arquivados na instituição? São norteados pela Resolução 007/2003?

10.10 Há salas para atendimento psicológico? Os atendimentos são evoluídos em prontuários?

10.11 Esses espaços estão de acordo com o Código de ética profissional? Sigilo, privacidade, condições de atendimento?

10.12 Há restrição, de algum tipo, por parte da instituição, para atendimentos psicológicos nas condições adequadas? (exigência de algemas, presença de corpo de segurança, porta aberta ou entreaberta, pacientes incomunicáveis, outros).

10.13 Buscam o diálogo, o trabalho e assistência na rede de saúde do município? Encaminham pacientes para acompanhamento e tratamento externos (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos ou outros)?

10.14 Seu trabalho tem a perspectiva da reintegração do paciente à rede de saúde, à família e à sociedade?

10.15 Os psicólogos da instituição entendem que esta instituição atende aos princípios da reforma psiquiátrica, como?

10.16 Esta instituição e o seu trabalho são afetados pelo novo modelo de atenção e cuidados em saúde mental? De que forma?

10.17 Conhecem o PAI-PJ (TJ/MG) (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais) e PAILI (GO) (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator)? O que acham? Acreditam que esses dois modelos citados são mais ou menos adequados que o da instituição em que trabalham hoje?

10.18 Os (as) psicólogos (as) tem algum tipo de participação e contribuição na elaboração e conclusão dos laudos periciais (sanidade mental e periculosidade)? De que forma? Já foram chamados a conversar, opinar, falar sobre os casos que acompanham?

10.19 O trabalho da psicologia é considerado na discussão dos casos e na condução dos tratamentos? De que forma?

10.20 Qual a maior demanda para a Psicologia e para os (as) psicólogos (as) lotados (as) na instituição?

10.21 Observações:

11. Família

11.1 As pessoas internadas dispõem de contato com amigos e familiares? De que forma? Com que frequência? Recebem visitas? Dispõem de acesso ao uso de telefone para contato com familiares e amigos?

11.2 As famílias participam de alguma forma de programa, projeto ou trabalhos desenvolvidos na instituição?

11.3 Há algum tipo de acompanhamento ou atendimento familiar específico ou a amigos e familiares?

11.4 Observações:



Fotos feitas durante inspeções realizadas pelo CRP de Pernambuco



Foto feita durante inspeção a uma instituição visitada

Este livro foi composto em setembro de
2015, em Cheltenham, 8,5pt, impresso
em papel reciclado para capa e miolo