



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS
GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE PERITOS INDEPENDENTES PARA A PREVENÇÃO DA
TORTURA E DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL**

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VERA CRUZ

1. INTRODUÇÃO

Amparado pela portaria nº 1454 da Secretaria Especial de Direitos Humanos, de 25 de junho de 2009, e em atendimento aos Ofícios nº 04/2011 e 07/2011 da Coordenação Geral de Saúde Mental e Combate à Tortura, participei de inspeção no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, na cidade de Sorocaba-SP, realizada em 27/04/2011.

A presente inspeção teve por objetivo averiguar, sob a ótica da preservação dos Direitos Humanos, denúncias de tortura e maus tratos a que estariam sendo submetidos pacientes psiquiátricos/neurológicos internos daquele nosocômio. Várias fontes de denúncia dão conta de que estas supostas práticas estariam se manifestando na forma de elevadas taxas de mortalidade em comparação com outras instituições semelhantes.

Foram realizadas durante a inspeção as seguintes atividades: 1) uma vistoria geral das instalações e condições físicas do hospital; 2) entrevistas com pacientes internados; 3) exame físico direto de pacientes portadores de lesões corporais identificadas durante a inspeção; 4) análise de documentos fornecidos pelo hospital relativos aos óbitos intra-hospitalares ocorridos entre janeiro de 2006 e fevereiro de 2011.

2. OBSERVAÇÕES

2.1 INSTALAÇÕES FÍSICAS

A inspeção foi acompanhada pela enfermeira Zelândia Marcheni Elizeche, COREN-SP nº 70004, que serviu como guia, respondeu às perguntas dos membros do grupo e forneceu as informações registradas neste tópico.

O hospital fica em uma área rural, cercado por fazendas e áreas de reserva florestal. É composto por 08 alas de internação, um bloco da administração, refeitório, lavanderia, áreas de lazer, espaços para a realização de atividades de terapia ocupacional, dentre outros. Há um consultório odontológico único que não pode ser inspecionado porque, segundo a enfermeira Zelândia, as chaves da sala não se encontravam no hospital.

Há uma pequena sala, próximo à rouparia, que é chamada de necrotério e é constituída, na verdade, apenas por uma bancada azulejada onde os corpos dos falecidos no hospital ficam à espera do serviço funerário, não há estrutura para realização de necropsias.

As alas de internação são identificadas por letras de A a H. Os pacientes são distribuídos entre elas de acordo com peculiaridades que tornam semelhante o nível de cuidados exigidos por eles.

A ala “A” é um setor de triagem inicial, composto por 23 leitos em enfermarias coletivas para pacientes admitidos em quadro psiquiátrico agudo. A ocupação média é de 16 a 20 pacientes, que permanecem até 07 dias, sendo então conduzidos a outras alas.

A ala “B” abriga pacientes crônicos idosos, a maioria residentes, que demandam níveis variados de cuidado profissional.

A ala “C” abriga pacientes portadores de oligofrenias moderadas que demandam cuidados parciais da equipe de enfermagem para atividades diárias.

A ala “D” é destinada a pacientes portadores de transtornos mentais diversos e que demandam níveis intermediários de assistência profissional direta.

A ala “E” é dividida em duas, “EA” e “EB”, que abrigam, respectivamente, portadores de transtornos diversos e dependentes químicos. Na enfermaria “EB” identificamos algumas enfermarias que apresentavam infiltrações nas paredes e mofo macroscopicamente evidente nas faces internas das paredes.

A ala “F” estava em reforma em sua metade, a outra metade abriga portadores de oligofrenias graves.

Os pacientes oligofrênicos profundos, que demandam cuidados intensivos de enfermagem para atividades básicas são destinados ao bloco “G”. Neste bloco havia uma enfermaria onde encontramos fezes e urina no chão, no centro da mesma, ao que tudo indica eliminados por um dos internos havia poucos instantes.

Na ala “H” residem portadores de deficiências físicas severas, como cadeirantes e outros pacientes com dificuldades de locomoção. Nesta enfermaria encontram-se dois boxes de atendimento a pacientes acometidos por patologias clínicas que demandam medicação endovenosa ou necessitam de monitoramento clínico mais intensivo. Uma das macas disponíveis nesses boxes apresentava corrosão do mecanismo de regulagem de posição do colchão, sendo que havia uma barra de ferro praticamente solta, desprendida do mecanismo, embaixo da maca.

As enfermarias das alas cujos pacientes possuem níveis maiores de autonomia para as atividades básicas de vida possuem banheiros próprios, ou compartilhados com mais um quarto, em alguns casos. Já as alas que abrigam pacientes portadores de dependências mais severa de cuidados de enfermagem possuem banheiros coletivos maiores adaptados a essas necessidades. Todos os chuveiros examinados apresentam ligação elétrica e, entre todos os que foram testados, apenas um não apresentava aquecimento de água em funcionamento. Em praticamente todas as alas há um espaço de televisão, com um aparelho que fica a disposição dos internos.

As condições gerais de higiene e limpeza identificadas parecem adequadas, e as dimensões das enfermarias podem ser consideradas suficientes. Ao longo de toda a inspeção identificamos trabalhadores responsáveis pela limpeza dos ambientes, com maior concentração nas alas dos pacientes oligofrênicos severos. Vários chuveiros apresentavam formação de lodo esverdeado na tampa perfurada, indicando precária higienização desta parte das instalações sanitárias. Há, nos banheiros, vários azulejos quebrados, tanto no solo quanto nas paredes, e que oferecem riscos aos pacientes e trabalhadores de saúde usuários das instalações.

A iluminação dos ambientes internos, tanto nas enfermarias quanto nos corredores das alas de internação, é precária em alguns pontos, principalmente em função da destruição ou inexistência de lâmpadas nos soquetes.

Todas as enfermarias apresentam janelas de vidro do tipo basculante para ventilação e iluminação naturais, sendo que na maioria das enfermarias elas são protegidas por grades metálicas. Aproximadamente metade das enfermarias apresentava graus variados de destruição dos vidros, algumas com inexistência dos mesmos e conseqüente impossibilidade de isolamento térmico, de vento e chuva. Identificamos ainda algumas venezianas metálicas carcomidas por ferrugem em algumas enfermarias e nas portas de algumas áreas de circulação do prédio.

Identificamos durante a inspeção um número satisfatório de trabalhadores de enfermagem de nível médio, bem como de trabalhadores nas equipes de limpeza, que, aparentemente, são suficientes nos dois quesitos para o atendimento às demandas dos pacientes

internados. Havia um médico psiquiatra de plantão e, no dia da inspeção, não havia nenhum psicólogo escalado no hospital. Aspectos organizacionais do atendimento psicológico fornecido aos pacientes são analisados no relatório de inspeção redigido pela Dra. Jane Calhau, outra perita membro do Grupo.

2.2 ENTREVISTAS:

Vários pacientes foram entrevistados informalmente durante a inspeção e as opiniões relativas ao tratamento recebido são diversas. Alguns dos internos referem-se de forma carinhosa aos cuidadores e demais empregados do hospital, outros, em menor número, com indiferença, e um único paciente entrevistado alegou já ter sido agredido fisicamente por empregados do corpo de enfermagem do hospital. Este mesmo paciente alegou ser agredido reincidentemente por pacientes de outras alas e informou também que nas alas 7 e 8 é comum ocorrer agressão física aos pacientes por parte do corpo de enfermagem. Não houve queixas específicas contra a estrutura física do hospital, exceto pelo fato de um dos pacientes referir que em sua enfermaria “faz muito frio”.

2.3 EXAME FÍSICO DIRETO:

Os pacientes portadores de lesões corporais submetidos a exame clínico eram todos internos das alas G e H. Um deles apresentava extensa ferida contusa em “Y” suturada com fios de mononylon, interessando regiões frontal e borda orbitária esquerdas. Este paciente, conforme relato da enfermeira Zelândia, seria portador de epilepsia e teria se lesionado após sofrer uma crise convulsiva no banheiro, caindo e batendo a cabeça no vaso sanitário.

Havia ainda um paciente adulto jovem, portador de retardo mental severo e seqüelas de paralisia cerebral, acamado, que teria sofrido uma queda do leito durante episódio de agitação psicomotora. O paciente apresentava ferida contusa em fase de cicatrização, com formação de crosta hemática ressecada no leito da lesão, que apresentava bordas elevadas e edema traumático circunjacente, interessando borda orbitária superior lateral, à direita. Este paciente apresentava ainda cicatrizes hipercrômicas irregulares em região frontal bilateralmente e espessamento cicatricial das bordas orbitárias superiores bilateralmente.

O estado geral da dentição dos pacientes é precário. Vários são os edêntulos completos ou parciais, e dentro desse grupo poucos são usuários de próteses dentárias.

Não foram identificados pacientes contidos por meios físicos (correntes, cordas, ataduras, etc.). Tampouco foram identificados, entre os pacientes que tivemos oportunidade de examinar, lesões corporais sugestivas de contenção mecânica, nem antiga nem recente. Havia um único paciente, portador de paraplegia, que era mantido com o tronco preso ao dorso de uma cadeira de rodas por ataduras de crepom. Tal medida foi justificada como um meio de impedir que ele se lançasse para frente caindo ao solo, como já teria ocorrido em outras ocasiões.

2.4 REGISTROS DE ÓBITO:

Entre janeiro de 2006 e fevereiro de 2011, conforme documentação apresentada pelo próprio hospital, ocorreram 120 óbitos intra-hospitalares naquela instituição. Desses, a *causa mortis* estabelecida pelo médico assistente foi simplesmente “parada cardio-respiratória” (PCR) em 51 pacientes (42,5%), infarto do miocárdio em 22 (18,33%), infecções respiratórias (pneumonias e broncopneumonias) em 20 (16,66%), causas violentas diversas (suicídio, traumatismos e esganaduras) em 07 casos (5,8%). Havia ainda alguns registros de óbito em decorrência de desidratação, desnutrição e inclusive hipotermia. Há um único registro onde não consta a *causa mortis*, estando informado que o cadáver foi encaminhado para verificação de óbito.

Entre os 52 pacientes cuja causa da morte foi estabelecida como sendo PCR, 12 (23,52%) possuíam menos de 40 anos. Entre os 22 pacientes diagnosticados com morte por infarto do miocárdio, 8 (36,6%) possuíam menos de 40 anos. Entre os 20 pacientes diagnosticados com morte por doenças respiratórias, 4 (20%) tinham menos de 40 anos e 11 (55 %) eram idosos (mais de 60 anos).

Em função do curto período disponível para a realização da inspeção, não pudemos consultar os prontuários médicos e a íntegra das declarações de óbito firmadas pelos médicos assistentes, tampouco tivemos acesso à conclusão do registro do paciente encaminhado para verificação de óbito.

3. DISCUSSÃO:

A principal inadequação identificada relativa às instalações é a existência de várias enfermarias com vidros quebrados. O isolamento do frio, vento e água da chuva é precário nessas enfermarias, reduzindo sobremaneira o conforto oferecido aos pacientes e predispondo ao surgimento de patologias respiratórias, principalmente durante o inverno. A ocorrência de várias lâmpadas queimadas ou inexistentes nos soquetes, a presença de vários azulejos destruídos e as janelas com vidros quebrados sugerem que o serviço de manutenção da estrutura física do hospital é precário e não dá conta plenamente das demandas surgidas nas diversas alas de internação.

A higiene e limpeza nas enfermarias e corredores parecem ser adequadas, não sendo identificados em abundância indícios óbvios de descuido com estes quesitos, exceto pela enfermaria da ala “EB” que apresentava infiltração e mofo, e a tampa com orifícios dos chuveiros de várias enfermarias que apresentavam formação macroscópica de musgos esverdeados. Os excrementos encontrados em uma enfermaria da ala “G” haviam sido produzidos havia pouco tempo por um paciente oligofrênico severo e não constituem, per si, evidência de descuido com a higiene por parte da instituição.

A entrevista realizada com alguns pacientes não foi capaz de revelar maiores informações. Entre os vários pacientes entrevistados, apenas um paciente revelou ter sido vítima e testemunhado agressões físicas praticadas por membros do corpo de enfermagem ocorridas no interior do hospital. O nível de deterioração de suas funções cognitivas, porém, não permite tomar como inequívocas as informações prestadas, haja vista que, no momento do exame, o mesmo não apresentava nenhuma lesão corporal, e tampouco pudemos constatar na enfermaria onde o mesmo alegou terem ocorrido outras agressões nenhum paciente com vestígios de agressão física. O pouco tempo disponível para a inspeção e a realização de exame físico extemporâneo em relação às alegações de agressão são os principais responsáveis pela baixa eficácia desse método de avaliação.

O exame físico dos pacientes trouxe poucas informações relevantes. Não foi identificado nenhum paciente com sinais inequívocos decorrentes de maus-tratos, agressões físicas, contenção física ou tortura. A inexistência desses vestígios não excluem a possibilidade de ocorrência daquelas agressões, porém. É possível que: 1) existam pacientes com esses estigmas, mas que não foram submetidos à exame; 2) tenham ocorrido agressões e/ou maus-tratos em época muito anterior em relação ao exame, tendo os vestígios já desaparecido; 3) aquele tipo de prática não ocorra em níveis relevantes em âmbito institucional.

Os registros de óbito submetidos a análise são a principal fonte de equívocos grosseiros identificados na assistência médico-hospitalar. A causa básica da morte estabelecida pelo médico assistente foi “parada cardio-respiratória” (PCR) em 51 pacientes, o que corresponde a 42,5% de todos os óbitos ocorridos entre janeiro de 2006 e fevereiro de 2011. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2007):

“Um erro crasso e uma das formas mais comuns de preenchimento incorreto de declaração de óbito (DO), trata-se de declarar parada cardíaca como causa básica da morte. Para um bom preenchimento, deve-se evitar diagnósticos imprecisos que não esclarecem sobre a causa básica da morte, como parada cardíaca, parada respiratória ou parada cardiorrespiratória. De acordo com o Volume II da CID 10, estes são sintomas e modos de morrer, e não causas básicas de óbito.”

O município de Sorocaba não dispõe de Serviço de Verificação de Óbito (SVO), e tampouco é habitual encaminhar os cadáveres para realização de exame necroscópico no SVO da capital. Assim, a *causa mortis*, na verdade, foi **indeterminada** em quase metade dos casos. Dentre os casos de óbito não esclarecido, 23,52% das mortes ocorreram em pacientes jovens, com idade inferior a 40 anos. Levando-se em consideração a idade dos pacientes e o fato de as mortes ocorrerem no interior de instituição de internação para tratamento psiquiátrico e não de clínica de medicina interna, e principalmente em não havendo comorbidades clínicas concomitantes ao quadro psiquiátrico, a realização de necropsia nesses casos, seja em SVO para mortes naturais, seja em instituto médico-legal (IML) para mortes violentas ou suspeitas, deveria ser uma regra para o correto estabelecimento da causa básica da morte. Explica o professor Genival Veloso França (FRANÇA, 2008):

“Chama-se de morte suspeita ou melhor de ‘causa suspeita’ a que ocorre sem qualquer justificativa ou de forma duvidosa, e para a qual não se tem uma evidência de ter sido ela de causa violenta ou por antecedentes patológicos e que será definido após competente perícia tanatológica.”

Existe também uma quantidade relativamente elevada de óbitos por “infarto do miocárdio” (18,33 % dos óbitos), sendo que entre os mortos por esta causa 36,33 % correspondem a pacientes jovens, com idade inferior a 40 anos, uma taxa que é considerada elevada para pacientes nesta faixa-etária. A possibilidade de diagnósticos incorretos ou firmados em substituição a causas ignoradas deve ser considerada nesses casos e tal dúvida só pode ser dirimida com a análise detalhada dos prontuários clínicos dos pacientes.

A terceira principal causa de óbitos registrada foram infecções respiratórias (pneumonias e broncopneumonias), num total de 20 casos, correspondendo a 16,66% do total de óbitos. No grupo dos mortos por patologias respiratórias infecciosas os idosos (idade superior a 60 anos) correspondem a 55% dos casos. Entre as mortes por doenças infecciosas respiratórias, 16 (80% dos casos) ocorreram entre os meses de maio a agosto, os mais frios do ano. A incidência relativamente elevada de óbitos por complicações respiratórias nessa época pode guardar relação com o precário isolamento contra frio, vento e umidade proporcionado pelas janelas quebradas.

4. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES:

A inspeção realizada no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz transcorreu sem intercorrências. A direção da instituição colaborou com os membros da equipe, prestando as informações e fornecendo os documentos solicitados.

As várias diligências realizadas durante a inspeção não identificaram evidências objetiva irrefutáveis da ocorrência de tortura e maus-tratos aos pacientes internados. Não se pode, contudo, afirmar que tais práticas não ocorram. A grande antecedência com que a inspeção foi anunciada e o período curto disponível para a realização das diligências, que foram realizadas

num único turno, diminuem a capacidade de identificação de vestígios objetivos de supostos maus-tratos. Dentro desse contexto, é possível que as entidades sob investigação tenham tempo para dissimular situações de risco de violência institucional, seja por meio de manutenção emergencial das instalações ou deslocamento de trabalhadores de outras escalas para estarem presentes no dia da inspeção. Assim, é necessário que se criem mecanismos que permitam a realização de visitas-surpresa a instituições de internação prolongada sob suspeita de tortura e maus-tratos aos residentes.

Os elementos objetivos apontam para a necessidade de realização de reformas e manutenção periódica nas instalações físicas do hospital. É preciso que haja reposição imediata de lâmpadas e vidros quebrados, bem como de azulejos, esquadrias e aparelhos médico-hospitalares danificados, para evitar que tais avarias se acumulem.

Outra consideração importante a ser realizada é a fugacidade dos vestígios de tortura e maus-tratos passíveis de investigação médico-legal. É preciso que se criem mecanismos locais de investigação de denúncias de maus-tratos. É fundamental que exista um canal de comunicação direto entre os indivíduos internados e entidades de defesa dos direitos humanos (ONGs, defensoria pública, instituições policiais, ministério público, etc.), por meio do qual as pessoas sob risco de sofrer violência institucional possam realizar denúncias, informando autoridades competentes para que submetam, imediatamente, as supostas vítimas a exames de verificação médico-legal.

É importante que as mortes ocorridas dentro da instituição sejam imediatamente comunicadas a órgãos externos de controle e fiscalização (Secretaria de saúde, polícia, defensoria pública), sendo informadas todas as circunstâncias dos óbitos. As mortes em pacientes jovens sem antecedentes patológicos orgânicos e outras ocorridas sem explicação plausível devem ser objeto de verificação necroscópica médico-legal ou em SVO. Consta do Protocolo Brasileiro de perícia forense no crime de tortura (BRASIL, 2005):

“A primeira recomendação aos peritos médico-legistas é excluir a possibilidade da morte ser ‘súbita’, ou seja, a morte causada por lesões orgânicas significativas que levaram à incompatibilidade com a continuidade da vida e que tenham ausência de lesões ou alterações produzidas por ação externa. Nesses casos, não há o que duvidar de morte natural, melhora chamada de ‘morte com antecedentes patológicos’ ou de ‘morte orgânica natural’. Daí, o óbito dever ser diagnosticado e explicado de forma segura pela presença de antecedentes patológicos(...)

No entanto, se forem diagnosticadas lesões orgânicas e, contudo, essas alterações morfofopatológicas não se mostraram suficientes para explicar a morte, então, muito provavelmente, trata-se de uma situação complexa onde a perícia médico-legal terá que ser completada a fim de investigar a verdadeira causa do óbito.”

As recentes denúncias de maus-tratos divulgadas em diversos meios de comunicação, bem como o resultado de estudos epidemiológicos realizados recentemente nos hospitais da região, sugerem a elaboração de um termo de cooperação pluri-institucional para facilitar a realização de exames necroscópicos, principalmente nos casos de morte de causa indeterminada, em pacientes jovens e sem antecedentes patológicos conhecidos.

5. BIBLIOGRAFIA:

BRASIL, 2005. Protocolo Brasileiro – Perícia Forense no Crime de Tortura. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF, p. 14.

CFM, 2007. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. 2ª edição, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina - Brasília-DF, p. 19-20.

FRANÇA, 2008. Medicina Legal. 8ª edição. Genival Veloso França. Editora Guanabara Koogan – Rio de Janeiro-RJ, p. 413.

É o relatório.

Brasília, 10 de maio de 2011

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Hugo Ricardo Valim de Castro
Perito Médico-Legista
CRM-DF 14293