UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EDILENE MENDONÇA BERNARDES

SAÚDE MENTAL E ACESSO À JUSTIÇA NA
DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto
2015

EDILENE MENDONÇA BERNARDES

SAÚDE MENTAL E ACESSO À JUSTIÇA NA
DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
(VERSÃO REVISADA)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Estudos sobre a Conduta, a
Ética e a Produção do Saber em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Carla Aparecida
Arena Ventura

Ribeirão Preto
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bernardes, Edilene Mendonça

Saúde mental e acesso à justiça na Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

324 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Ventura, Carla Aparecida Arena.

1. Saúde mental. 2. Acesso à justiça. 3. Defensoria Pública.

BERNARDES, Edilene Mendonça

Saúde mental e acesso à justiça na Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Psiquiátrica

Aprovada em 15/12/2015

Banca Examinadora

Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura (Presidente)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Mauro Serapioni

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Prof. Dr. Antônio Alberto Machado

Faculdade de História, Direito e Serviço Social de Franca da Universidade Estadual Paulista
Júlio de Mesquita

Prof. Dr. Marcio Henrique Pereira Ponzilacqua

Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

*Dedico esse estudo à Marílza Mendonça Lopes,
amiga de infância, companheira de adolescência,
prima mais que querida.*

AGRADECIMENTOS

Realizar esse trabalho somente foi possível por poder contar com o apoio institucional da Universidade de São Paulo (USP), especificamente, da Prefeitura do Campus de Ribeirão Preto (PUSP-RP) e do Centro de Atendimento Psicológico (COPI), local em que desenvolvo minhas atividades profissionais.

O meu especial agradecimento à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Desenvolvimento em Pesquisa em Enfermagem, pela receptividade.

Ao programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) pela oportunidade de estudo e de desenvolvimento acadêmico.

O mais sincero agradecimento ao Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra pela valiosa oportunidade que me foi concedida para realização de intercâmbio.

Agradecimento profundo à Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) pela confiança, acolhimento, disponibilização constante para a efetivação do trabalho.

À Professora Doutora Carla Aparecida Arena Ventura, orientadora, que me acompanhou nesse desafio, pelas contribuições intelectuais e por ter acreditado que seria possível.

Ao Professor Doutor Mauro Serapioni, docente do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra, minha gratidão pelo acolhimento, disponibilidade e orientações.

Agradecimentos especiais à Professora Doutora Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e ao Professor Doutor Marcio Henrique Pereira Ponzilacqua, docente da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (FDRP-USP), por todas as contribuições na banca do exame de qualificação.

Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, minha gratidão pela atenção e contribuições acadêmicas: Professora Doutora Margarita Antônia Villar Luís, Professor Doutor Luiz Jorge Pedrão, Professora Doutora Adriana Miasso, Professora Doutora Helena Megume Sonobe e Professora Doutora Luciane Sá de Andrade.

A consolidação desse trabalho também foi possível, pela contribuição valiosa do Coordenador do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra Doutor João

Paulo Días, dos professores e doutores: Professor Doutor João Antônio Fernandes Pedroso, Professor Doutor Pedro Hespanha, Professor Doutor José Morgado Pereira, e Doutora Éliða Laurís.

Agradeço à Professora Doutora Aída Maria de Oliveira Cruz Mendes e à Professora Doutora Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro, docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por toda a atenção dispensada durante o período de meu estágio em Portugal.

Meu agradecimento e o mais profundo respeito a todos os **profissionais** da Defensoria Pública de São Paulo (DPESP), que aceitaram participar do presente estudo, por disponibilizarem tempo, informações e atenção, com profissionalismo admirável! Meu profundo respeito!

A **todas as pessoas** usuárias do serviço da Defensoria Pública de São Paulo, que aceitaram contribuir com o presente estudo, relatando suas histórias de vida, dificuldades e luta por direito para uma vida mais digna, minha gratidão profunda!

Agradeço a valiosa contribuição técnica de **Acácio Machado** e **Maria José Carvalho**, bibliotecários da Biblioteca Norte Sul do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra, de **Maria Cristina Manduca Ferreira** e **Robson de Paula Araújo**, bibliotecários da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (BCRP-USP) e de **Velmara Gomes** e **Aline Mendes Nascimento**, funcionárias da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

Especial agradecimento a **Doutora Marciana Fernandes Moll** pelas informações extremamente úteis para a realização do intercâmbio para Coimbra e **Mariana Menon** por me proporcionar ajuda valiosa na organização do extenso material de entrevistas coletado.

Agradeço de coração, a disponibilidade, o profissionalismo, o companheirismo, da **Professora Zélia Maria Mendonça Lopes Bueno**, por toda a dedicação ao presente estudo. Obrigada, prima querida!

Agradeço especialmente meus **famíliares** que sempre me incentivaram, vivenciaram comigo incertezas, nervosismo, e aceitaram a minha ausência nos períodos mais críticos de trabalho: meus pais **Darcy** e **Maria Zélia**, meus irmãos **Elaine**, **Ricardo** e **(Fátima)**; **Marcelo** e **(Fernanda)**, e meus sobrinhos mais que queridos **Gabriel** e **Andrezinho**.

Minha mais sincera gratidão ao meu esposo, **Marcio Garde**, pelo incentivo, paciência, disponibilidade, carinho e dedicação. Meu profundo respeito e afeto!

Que **Deus** abençoe as autoridades constituídas no nosso país para que possam ter projetos para a recuperação do ser humano. Não importa a idade que ele tenha, importa que ele é um ser humano. Mas que seja humanizado, porque isso que é importante, quando a gente se põe no lugar do outro, do sofrimento do outro, da patologia daquele outro, do que está sofrendo por causa disso, das angústias... A vida é como uma flor que de manhã tá bonita e à tarde bate o sol e, às vezes, até morre. Por isso que é importante a gente fazer alguma coisa quando a pessoa está precisando, no tempo oportuno, o tempo oportuno é esse.

Senhor Salvador, pai do Zumbi

RESUMO

BERNARDES, E. M. **Saúde mental e acesso à justiça na Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. 2015. 324 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Na década de setenta, partindo do princípio da dignidade da pessoa humana, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira inaugurou uma nova ordem nas políticas de saúde mental, passando a considerar as pessoas com transtornos mentais como sujeito de direitos que devem ser integrados à sociedade. Pautada, também, no princípio da dignidade, a Defensoria Pública é prevista na Constituição (1988) e, no estado de São Paulo, sua implantação (2006) contou com participação popular na luta por sua criação. Em seu anteprojeto, incluía a previsão de atendimento interdisciplinar, que irá se viabilizar com a implantação do Centro de Atendimento Multidisciplinar (2010). Trata-se de uma proposta inovadora no sistema de Justiça e que objetiva ampliar o acesso à justiça, auxiliando na efetivação da garantia de assistência jurídica integral e gratuita àqueles considerados como hipossuficientes. Pela coerência dos princípios, a Defensoria Pública apresenta-se como alternativa institucional na luta pela efetivação dos direitos de pessoas com sofrimento ou portadoras de transtornos mentais e das políticas públicas de saúde mental. O presente estudo teve por objetivo analisar como está se caracterizando o acesso à justiça para a demanda de saúde mental na Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por: (i) observação direta; (ii) análise de normas institucionais; (iii) entrevistas não estruturadas; (iv) entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas: (i) sete entrevistas não estruturadas (seis com representantes da Defensoria e um representante de movimento social); (ii) dez entrevistas semiestruturadas com profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar; (iii) sete entrevistas com usuários do serviço; (iv) entrevistas semiestruturadas não presenciais com trinta e oito profissionais atuantes no Centro de Atendimento Multidisciplinar das regionais de todo o estado. O estudo foi realizado em três etapas: (i) análise documental e entrevistas exploratórias (com sete representantes); (ii) entrevistas semiestruturadas (dez profissionais e sete com usuários do serviço) e observação direta; (iii) entrevistas semiestruturadas não presenciais (trinta e oito profissionais). Trata-se de estudo qualitativo com análise temática e com fundamentação teórico-metodológica nas Sociologias das Ausências e a Sociologia das Emergências. Os resultados demonstram que a DPESP está desenvolvendo práticas para proporcionar a ampliação do acesso à justiça para demanda de saúde mental, buscando superar barreiras de acesso: (i) estabeleceu deliberação com a previsão de atendimento para pessoas com sofrimento ou portadoras de transtornos mentais; (ii) está realizando práticas extrajudiciais; (iii) atua em mediação de conflitos; (iv) investe em educação em direitos; (v) realiza mapeamento e articulação com a rede pública de serviços; (vi) realiza visita e/ou fiscalização em instituição de internação. Os dados evidenciam que a DPESP está proporcionando que as pessoas em sofrimento ou portadoras de transtornos mentais, que historicamente permaneceram excluídas e estigmatizadas socialmente, possam ser inseridas no sistema de justiça recebendo atendimento em uma instituição, fundamentada na política de inserção e valorização da dignidade humana, coerente com a política de saúde mental em vigor no país. Entretanto, são muitos os desafios a serem enfrentados, principalmente, relacionados à segmentação no serviço de saúde e a dificuldade para a devida implantação da política de desinstitucionalização.

Palavras-chave: Saúde mental; Acesso à justiça; Defensoria Pública.

ABSTRACT

BERNARDES, E. M. Mental Health and access to the justice system through the Public Defenders Office in the State of São Paulo. 2015. 324 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

In the 1970s, based on the principle of human dignity, the movement of psychiatric reform in Brazil initiated a new order regarding mental health policies, considering people with mental disorders as subject of rights who should be reintegrated into society. Also based on the principle of human dignity, the Public Defenders Office was established in the Federal Constitution (1988) and it was implemented in the state of São Paulo (2006) as a result of a movement in society, which fought for its creation. Its initial project included an interdisciplinary approach, which enabled the implementation of the Multidisciplinary Reference Center (2010). This was considered an innovative proposal in the justice system, which aimed at expanding the access to justice improving the guarantee of integral judicial assistance free of charges to the ones who are considered disadvantaged. Based on a coherence of its principles, the Public Defenders Office is an institutional alternative in the movement for the consolidation of the human rights of people suffering or with mental disorders and in the implementation of public mental health policies. This study aimed at analyzing how the demand with mental health problems is accessing the justice system through the Public Defenders Office in the state of São Paulo. Data were collected through: (i) direct observation; (ii) analysis of institutional norms; (iii) non-structured interviews; (iv) semi-structured interviews. Therefore, the researcher collected data through: (i) seven non-structured interviews (six with representatives from the Public Defenders Office and one with a representative of a social movement; (ii) ten semi-structured interviews with professionals from the Multidisciplinary Reference Center; (iii) seven interviews with service users; (iv) online semi-structured interviews with thirty eight professionals from the Multidisciplinary Reference Center from regional offices at the state of São Paulo. The study followed three stages: (i) documental analysis and exploratory interviews (with seven representatives); (ii) semi-structured interviews (ten professionals and seven service users) and direct observation; (iii) semi-structured online interviews (thirty eight professionals). This is a qualitative study with thematic analysis using the theoretical methodological framework of the Sociology of Absences and Emergences. Results demonstrated that the Public Defenders Office is developing practices to enable the extension of the access to the justice system for the mental health demand, aiming at surpassing the barriers of access through: (i) the establishment of a deliberation establishing the service to people suffering or with mental health problems; (ii) the development of extra-judicial practices; (iii) conflict mediation; (iv) investment in rights education practices; (v) mapping and articulation of the network of public services; (vi) visits and supervision of hospitalization institutions. Data evidenced that the Public Defenders Office is enabling the insertion of people suffering or with mental disorders in the justice system, especially considering their history of exclusion and stigmatization, through an institution which is based in a policy of inclusion which values human dignity and that is coherent to the mental health policy of the country. However, there are several challenges to be faced, mainly related to the fragmentation of health services and the difficulties to implement the deinstitutionalization policy in Brazil.

Keywords: Mental health; Access to justice; Public Defenders Office.

RESUMEN

BERNARDES, E. M. Salud Mental y acceso a la justicia en la Defensoría Pública del Estado de São Paulo. 2015. 324 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

En la década de 70, con base en el principio de la dignidad de la persona humana, el movimiento de reforma psiquiátrica en Brasil empezó un nuevo orden en las políticas de salud mental considerando las personas con enfermedades mentales como sujetos de derechos, que deben ser integrados a la sociedad. Con base también en el principio de la dignidad, la Defensoría Pública fue establecida en la Constitución Federal (1988) y, en el estado de São Paulo, su implantación (2006) fue resultado de la participación social en la lucha por su creación. En su anteproyecto, había la previsión de un servicio interdisciplinar, que fue concretizado con la implementación del Centro de Atendimento Multidisciplinario (2010). Se trata de una propuesta innovadora en el sistema de justicia con el objetivo de ampliar el acceso a la justicia y colaborar con la efectucción de la garantía de asistencia jurídica integral y gratuita a los hiposuficientes. Por la coherencia de principios, la Defensoría se presenta como una alternativa institucional, en la lucha por la efectucción de derechos de personas con sufrimiento o enfermedades mentales y de las políticas públicas de salud mental. Este estudio presentó como objetivo analizar como está se caracterizando el acceso a la justicia para la demanda de salud mental en la Defensoría Pública del estado de São Paulo. Los datos fueron recolectados por: (i) observación directa; (ii) análisis de las normas institucionales; (iii) entrevistas no estructuradas; (iv) entrevistas semi-estructuradas. Fueron realizadas: (i) siete entrevistas no estructuradas (seis con representantes de la Defensoría y una con representante de movimiento social); (ii) diez entrevistas semi-estructuradas con profesionales del Centro de Atendimento Multidisciplinario; (iii) siete entrevistas con usuarios del servicio; (iv) entrevistas semi-estructuradas no presenciales con treinta y ocho profesionales que trabajan en el Centro de Atendimento Multidisciplinario en las regionales de todo el estado. El estudio fue realizado en tres etapas: (i) análisis documental y entrevistas exploratorias (con siete representantes); (ii) entrevistas semi-estructuradas (diez profesionales y siete con usuarios del servicio) y observación directa; (iii) entrevistas semi-estructuradas no presenciales (treinta y ocho profesionales). Se trata de estudio cualitativo con análisis temático y con fundamentación teórico-metodológico en la Sociología de las Ausencias y de las Emergencias. Los resultados demostraron que la Defensoría está desarrollando prácticas para proporcionar la ampliación del acceso a la justicia para demanda de salud mental, buscando superar las barreras de acceso: (i) estableciendo deliberación con la previsión de servicio para personas con sufrimiento o/y con enfermedades mentales; (ii) realizando prácticas extrajudiciales; (iii) mediando conflictos; (iv) invirtiendo en educación en derechos; (v) mapeando y articulando la red pública de servicios; (vi) realizando visitas y/o fiscalización en instituciones de hospitalización. Los datos evidenciaron que la Defensoría está proporcionando que las personas en sufrimiento o con enfermedades mentales, que fueron históricamente excluidas y estigmatizadas socialmente, puedan ser inseridas en el sistema de justicia recibiendo atendimento en una institución con fundamento en la política de inclusión social y valorización de la dignidad, coherente con la política de salud mental en vigor en el país. Sin embargo, son muchos los retos a que van a ser enfrentados, principalmente los relacionados a la fragmentación en el servicio de salud y la dificultad para la implantación de la política de desinstitutionalización.

Palabras-clave: Salud mental; Acceso a la justicia; Defensoría Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Clínica Pediátrica da Região dos Lagos - Petição 12.242 (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 2008).....	40
Quadro 2	Lawrence Dutra da Costa - Petição 1401-06 (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 2010).....	43
Quadro 3	Damião Ximenes Lopes- Petição 12.237 (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).	44
Quadro 4	Natureza do sistema judiciário e de apoio judiciário por país.....	78
Figura 1	Estrutura Organizacional da DPESP.....	98
Figura 2	Desenho das etapas do estudo – Síntese.....	113
Quadro 5	Síntese de categorias e subcategorias temáticas apresentadas por grupo de participantes.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Índice de Cobertura CAPS para o Estado de São Paulo no período de 2008 a 2014 de acordo com dados do Ministério da Saúde.....	67
Tabela 2	Total de participantes discriminados por tipo de vínculo com a DPESP e por etapa(s) do estudo em que participaram.....	103
Tabela 3	Etapas do estudo, técnicas de coleta de dados e critérios de inclusão.....	111
Tabela 4	Objetivos (geral e específicos), técnicas de coleta de dados e participantes (especificação e número).....	112
Tabela 5	Dados dos usuários do serviço do CAM da DPESP que buscaram os serviços para si ou para seus familiares com demanda de saúde mental.....	130
Tabela 6	Distribuição de participantes em relação ao gênero.....	172
Tabela 7	Distribuição de participantes em relação às regiões do estado as quais pertencem.....	172
Tabela 8	Distribuição de participantes em relação à área de atuação (ou representação) e à região do estado às quais pertencem.....	173
Tabela 9	Distribuição de participantes em relação ao estado civil e ao cargo (ou representação).....	173
Tabela 10	Distribuição por idade do participante e cargo (ou representação)..	174
Tabela 11	Distribuição por escolaridade e por área de atuação.....	175
Tabela 12	Distribuição por tempo de serviço.....	175
Tabela 13	Total de convidados e de participantes com experiência nos serviços do CAM discriminados por área de atuação.....	177
Tabela 14	Distribuição e localização de regionais da Defensoria Pública no território do estado de São Paulo.....	177
Tabela 15	Distribuição de profissionais convidados a participarem da etapa de	

entrevistas não presenciais do estudo por regional e por cargo que ocupam.....	178
--	-----

Tabela 16	Distribuição de profissionais por região da Defensoria a qual pertencem e por cargo que ocupam, e que participaram das entrevistas não presenciais do estudo.....	178
-----------	---	-----

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACP	Ação Civil Pública
ADAS	Agente de Defensoria Assistente Social
ADP	Agente de Defensoria Psicólogo
ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEOESP	Associação dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo
CAM	Centro de Atendimento Multidisciplinar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial- Infantil
CEJUSC	Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONDEPE	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRAVI	Centro de Referência e Apoio à Vítima
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSDP	Conselho Superior da Defensoria Pública
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DP	Defensor Público
DPESP	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
EDEPE	Escola da Defensoria Pública do Estado
GM	Gabinete do Ministério
GT	Grupo de Trabalho
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LC	Lei Complementar
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAJ	Procuradoria de Assistência Judiciária
PGE	Procuradoria Geral do Estado de São Paulo
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
RDP	Representante da Defensoria Pública
RMS	Representante de Movimento Social
SAMU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SINDIPROESP	Sindicato dos Procuradores do Estado, das Autarquias, das Fundações das Universidades Públicas do Estado de São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFESP	Unidade Fiscal do Estado de São Paulo
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	19
2.	OBJETIVOS.....	29
	Objetivo Geral.....	30
	Objetivos Específicos.....	30
3.	CAPÍTULO 1	
	SAÚDE NA AGENDA INTERNACIONAL E NO BRASIL.....	31
3.1	A saúde na agenda internacional e sua influência na abordagem do tema no Brasil.....	32
3.2	O Sistema Americano de Direitos Humanos e a proteção à saúde.....	37
3.3	A proteção e a promoção da saúde no Brasil.....	46
3.3.1	O Sistema Único de Saúde (SUS).....	50
3.3.2	A assistência à saúde prestada pela iniciativa privada.....	55
3.4	A saúde mental no Brasil.....	57
3.4.1	Direitos à saúde mental no Brasil.....	60
4.	CAPÍTULO 2	
	DIFERENTES CONTRIBUIÇÕES PARA A ANÁLISE DO ACESSO À JUSTIÇA.....	69
5.	CAPÍTULO 3	
	MÉTODO.....	85
5.1	Fundamentação teórico-metodológica.....	86
5.1.1	A Sociologia das Ausências e os modos de produção de não existência.....	89
5.1.2	Sociologia das Emergências	92
5.2	Contexto - Defensoria Pública do Estado de São Paulo.....	93
5.2.1	Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM).....	99
5.3	Tipo de estudo.....	101
5.4	Procedimentos e coleta de dados	102
5.4.1	Participantes.....	102
5.4.2	Etapas.....	103
5.4.3	Considerações éticas	114
5.4.4	Análise de dados.....	115
6.	CAPÍTULO 4	
	RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES E DA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	118
6.1	A porta de acesso tradicional da DPESP – o serviço de atendimento inicial.....	119
6.2	O acesso à DPESP para o atendimento de pessoas com demanda de saúde mental: uma análise das normas internas.....	123
7.	CAPÍTULO 5	
	RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DO SERVIÇO.....	128
7.1	Tabela descritiva com os dados sociodemográficos dos participantes.....	130

7.2	Apresentação dos usuários do serviço.....	132
7.3	As condições de existência das pessoas que recorrem ao serviço da DPESP com demanda de Saúde Mental.....	140
7.4	A trajetória de busca por acesso aos Direitos.....	148
7.5	A busca por acesso à Justiça na DPESP.....	158
8.	CAPÍTULO 6: RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA DPESP.....	170
8.1	Dados sociodemográficos dos profissionais.....	171
8.2	A análise do perfil do profissional atuante no CAM.....	177
8.3	Resultados das entrevistas presenciais.....	180
8.3.1	Características das pessoas atendidas pela DPESP com demanda de saúde mental	180
8.3.2	A percepção dos direitos negados e os direitos reivindicados.....	188
8.3.3	A construção de estratégias para o acesso à justiça	191
8.3.4	A construção de alternativas de acesso à justiça para a demanda de saúde mental	206
8.4	Resultados das entrevistas não presenciais (On-Line).....	213
8.4.1	Objetivos do CAM e atividades realizadas.....	213
8.4.2	Público atendido pelo CAM e seus objetivos na busca pela DPESP.....	217
8.4.3	Características das pessoas atendidas pelo CAM e os direitos reivindicados	220
8.4.4	Procedimentos adotados pelo CAM.....	225
8.4.5	Um panorama estadual.....	228
9.	CAPÍTULO 7 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM REPRESENTANTES DA DPESP E DE MOVIMENTO SOCIAL.....	232
9.1	A implantação da DPESP e a participação dos movimentos sociais: da luta pela implantação aos dias atuais.....	233
9.1.1	A implantação da DPESP	233
9.1.2	A luta pela inserção da Defensoria Pública na Constituição de 1988.....	234
9.1.3	Os diferentes atores sociais e suas posições diante da implantação da DPESP.....	235
9.1.4	A relevância da participação dos movimentos sociais na luta pela implantação da DPESP.....	236
9.1.5	A valorização de um modelo de serviço de justiça que fosse democrático e aproximasse o cidadão do servidor público.....	237
9.1.6	A previsão de espaços para a participação da sociedade civil na DPESP e a ocupação desses espaços pelos movimentos sociais.....	238
9.1.7	O esvaziamento dos movimentos sociais na DPESP.....	240
9.1.8	A identificação com a instituição e a importância de continuidade da presença dos movimentos sociais	241
9.1.9	A crítica, a preocupação e a defesa da instituição.....	242
9.2	A saúde mental na DPESP	245
9.2.1	Barreiras de acesso à DPESP e a necessidade de portas alternativas.....	245
9.2.2	Limitações da DPESP e atuação na supressão de direitos.....	247

9.2.3	Impasses relacionados aos Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.....	247
9.2.4	Críticas à Lei 10.216/2001.....	250
9.2.5	A lógica da proteção, o afeto autoritário e a tentação do bem.....	252
9.2.6	Crítica à privatização na saúde mental e a falta de fiscalização das instituições.....	252
9.2.7	Compromisso da DPESP com a demanda de saúde mental e a análise crítica de sua atuação	253
9.3	A atuação do CAM.....	256
9.3.1	O contexto institucional, a mudança de paradigmas e a emergência de novas práticas.....	256
9.3.2	O processo de construção de um novo modelo de atuação	258
9.3.3	Os pressupostos de um novo modelo.....	260
9.3.4	As premissas da reforma psiquiátrica como referência para a construção da normativa para o atendimento.....	261
9.3.5	A necessidade de estratégias criativas.....	263
9.3.6	A atuação em ações de levantamento de interdição e em educação em direitos.....	265
9.3.7	A necessária pró-atividade da DPESP no acompanhamento de demanda de saúde mental.....	267
9.3.8	A DPESP como um termômetro das políticas públicas, a intervenção para que sejam implantadas, e a atuação em tutela coletiva.....	269
9.3.9	Princípios, ideais, utopias e realidade possível: um balanço do trabalho realizado pelo CAM.....	271
10.	CAPITULO 8	
	DISCUSSÃO.....	274
10.1	A trajetória do estudo em discussão.....	275
10.2	As características de existência, direitos negados e/ou reivindicados referentes à demanda de saúde mental atendida pela DPESP.....	280
10.3	A atuação dos profissionais e a caracterização do acesso à justiça para pessoas com demanda de saúde mental na DPESP.....	287
	REFERÊNCIAS.....	295
	APENDICES.....	308
	ANEXOS.....	321

1. INTRODUÇÃO

As doenças mentais são altamente prevalentes no mundo e são grandes contribuintes para a morbidade, incapacitação e mortalidade prematura. No entanto, os recursos disponíveis para enfrentar a enorme sobrecarga destas doenças são insuficientes, desigualmente distribuídos e às vezes ineficientemente utilizados. Em conjunto, isso levou a uma defasagem no tratamento (a proporção de pessoas doentes que necessitam de tratamento e não o recebem) de mais de 75% em países de baixa e média renda. A defasagem na América Latina e no Caribe é muito grande e pode estar subestimada, já que, geralmente, nem a morbidade nem a qualidade e a efetividade do tratamento são levadas em conta. O estigma, a exclusão social e as violações dos direitos humanos que ocorrem com pessoas com doenças mentais se somam ao problema (RODRIGUEZ, 2010, p. 341).

Damião Ximenes Lopes estava internado para tratamento psiquiátrico na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Estado do Ceará. Em 04 de outubro de 1999, a mãe do paciente foi visitá-lo e o encontrou sangrando, com hematomas, roupas rasgadas, sujo e cheirando a excrementos, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizando e pedindo socorro aos gritos. A mãe pediu ajuda aos funcionários para que banhassem seu filho e procurou um médico que o atendesse. Duas horas mais tarde o paciente faleceu; no atestado de óbito consta como causa parada cardiorrespiratória, sem qualquer lesão externa. O Brasil é signatário do Tratado de São José da Costa Rica que instituiu a Corte Interamericana de Direitos Humanos, e foi levado a julgamento por violações de direitos humanos e morte de Damião (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA, 2004).

Em sentença proferida no dia 4 de julho de 2006, a Corte, por unanimidade, reconheceu e declarou a responsabilidade internacional do Brasil pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal da vítima e dos direitos à integridade pessoal e às garantias judiciais e à proteção judicial de familiares da vítima. Declarou que o Estado deve garantir a efetividade do processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos e deve continuar a desenvolver programa de formação e capacitação de profissionais e pessoas envolvidas com o atendimento de saúde mental, sobretudo quanto aos princípios que devem reger esse trabalho, conforme os padrões internacionais; ainda, deveria pagar para os familiares da vítima, no prazo de um ano, em dinheiro, a indenização por dano material, dano imaterial e custas processuais, fixadas na própria sentença (VENTURA 2011). No prazo de um ano, contado a partir da notificação da sentença, o Estado deveria apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).

O caso de Damião Ximenes Lopes é um dos episódios que causam indignação na história da saúde mental do país. Assume especial relevância por ter alcançado projeção internacional ao chegar a Corte Interamericana de Direitos Humanos, em busca de defesa. Em

um raro episódio na área de saúde mental, Damião tornou-se referência. Infelizmente, precisou que seu sofrimento e o de seus familiares fossem legitimados pelo Sistema Americano de Direitos Humanos para que o Estado fosse, então, internacionalmente responsabilizado por suas omissões e violações de direitos.

O sofrimento de Damião e de seus familiares está longe de ser um caso isolado de violação de direitos humanos em saúde mental no Brasil. Rotineiramente, a mídia veicula denúncias envolvendo clínicas e comunidades terapêuticas autuadas pela Justiça, violências com pessoas em situação de rua ou violências domésticas vivenciadas por pessoas portadoras de transtorno mental. Devido à repercussão do Caso Damião, essa situação servirá de parâmetro para reflexão sobre a demanda de saúde mental e acesso à justiça. Damião será porta voz de pessoas silenciadas e socialmente invisibilizadas, não existentes, na perspectiva de Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 2010a), e que carregam histórias de vida de sofrimento mental.

Ao serem observadas as datas dos acontecimentos que envolveram Damião e seus familiares, é possível a análise do momento histórico e os principais acontecimentos relacionados às áreas de saber de interesse no presente estudo. Damião estava internado e veio a falecer em uma instituição psiquiátrica no final da década de 1990. As condições desumanas de atendimento na clínica, descritas no processo e reconhecidas na sentença, ilustram que o tratamento oferecido não se distanciava do modelo das instituições totais, asilares, que foram motivo de denúncias no final da década de 1970 por profissionais da área de saúde mental e que lideraram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (AMARANTE; TORRE, 2010; DELGADO, 2011). Tais denúncias ganharam repercussão nacional e discussão sobre o tema, caracterizando o Movimento da Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, da Luta Antimanicomial. Portanto, vinte anos depois das denúncias e mobilizações sociais em torno da luta por humanização nos serviços de saúde mental em todo o país, lá estava a Clínica Guararapes, no município de Sobral - Ceará, reiterando práticas de violações que culminaram com a morte de Damião.

Internacionalmente, desde 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) colocava na agenda o compromisso em promover o progresso social e a melhoria das condições de vida dos povos (ONU, 1945), e criava, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) visando o alto padrão de saúde para todos (ONU, 1946; RUBARTH, 1999). Em 1966, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais consolidam a ideia da saúde como um direito fundamental a ser protegido pelo Estado (ONU, 1966). Em 1978, um importante marco internacional, a Declaração de Alma Ata traz à pauta o debate sobre as

desigualdades e às necessidades e problemas de saúde prevalentes, dentre eles, a fome e a desnutrição. Nessa ocasião, a saúde passa a ser assumida como um direito fundamental (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978). A Carta de Ottawa, em 1986, propõe a temática da prevenção e da promoção de saúde para o debate internacional (CARTA DE OTTAWA, 1986; MEIRELES, 2008). Todas essas discussões sobre a saúde como direito fundamental, princípios e valores como justiça social, equidade entre cidadãos, caracterizavam o cenário internacional. E, a Clínica de Guararapes, no final da década de 1990, reiterava práticas que afrontavam a dignidade humana.

Em 1990, a saúde mental nas Américas ganha grande impulso com a Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 1990), documento que marca as reformas na atenção da saúde mental e estabelece diretrizes para os Estados adequarem sua legislação e reestruturarem a Assistência Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos no continente. Em 1991, a Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas aprova os Princípios da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e Melhoria da Assistência à Saúde (ONU, 1991) que passa a proporcionar parâmetros fundamentais para a elaboração de legislação e de políticas de saúde mental pautados no superprincípio da dignidade humana. Em síntese, o cenário internacional se firmava no delineamento da abordagem do tema de saúde mental desnaturalizando o modelo de assistência psiquiátrica tradicional como única alternativa para as pessoas em sofrimento mental e, principalmente, pautava as novas propostas na garantia dos direitos humanos. Infelizmente, tudo ainda muito distante do município de Sobral, no Ceará.

Datada de 1969, a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) (OEA, 1969) estabelece os meios de proteção dos direitos humanos: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Entretanto, é somente em 1979 que a Corte entrou em funcionamento. O Brasil aderiu ao tratado em 1992 (BRASIL, 1992) e reconheceu a Corte em 1998 (BRASIL, 1998). Enquanto no cenário internacional a pauta se voltava para a proteção de direitos humanos, o Brasil permanecia até 1988 em plena ditadura militar. Durante esse período, o drama de Damião e de seus familiares se iniciava.

Enquanto a proteção internacional é garantida com base nos compromissos internacionais fundamentados nos direitos humanos, com destaque para: a Declaração de Caracas (OPAS, 1990); os Princípios da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e Melhoria da Assistência à Saúde (ONU, 1991); e a Convenção Americana de Direitos Humanos (OEA, 1969), no Brasil, as garantias de direitos e o

ordenamento jurídico sempre haviam produzido normas baseadas na periculosidade e incapacidade das pessoas com transtornos mentais (CAMPOS; FRASSETO, [2010]). Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), fundamentada na perspectiva de um Estado Democrático de Direito, e na valorização da cidadania e da dignidade da pessoa humana, ampliou-se a discussão sobre os direitos na área da saúde mental consonante com os princípios que já se faziam presente no movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, um longo período teve que ser percorrido até que a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais viesse a ser inserida na Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), após o projeto tramitar pelo Senado desde 1989.

Ainda em relação à década de 1980, foi um período de intensa mobilização social, merecendo destaque tanto para a reflexão sobre a temática da saúde quanto para o estudo sobre direitos e acesso à justiça. Além do Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado no final da década de 1970 e baseado em denúncias de maus tratos aos pacientes em instituições psiquiátricas, a sociedade se organizava, também, naquele que ficou conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária e que teve importância fundamental na elaboração de princípios que foram incorporados na Constituição de 1988 e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990b).

A Constituição de 1988, nomeada carinhosamente por Constituição Cidadã, fundamenta-se na liberdade e no respeito à dignidade humana, passa a definir a saúde como direito social e universal, provocando uma ruptura radical com o modelo em vigor na área da saúde, que, até então, separava quem tinha acesso a uma assistência curativa razoável da grande maioria que era atendida por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar (MENDES, E., 2013). A falta da previsão de um financiamento adequado somada à proposta de um sistema de saúde híbrido, segmentado em público e privado, irá estabelecer o tom às dificuldades de políticas públicas para efetivar o sonho constitucional da universalidade (CARVALHO, 2013; MENDES, E., 2013; MENICUCCI, 2014; PERRUSI, 2010). Entretanto, de acordo com a Constituição, a saúde firma-se como direito de todos e dever do Estado na agenda nacional, mas bastante distante de Sobral, no Ceará.

A sociedade brasileira se mobilizou em diversas lutas no decorrer da década de 1980, tais como nos movimentos da Constituinte, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Movimentos que se pautavam na busca pela democracia e na garantia de direitos, expectativas que somente poderão ser efetivadas caso esteja garantido o acesso à justiça para todos os cidadãos, incluindo aqueles com condições de maior vulnerabilidade social e que sempre

permaneceram à margem da sociedade e do Sistema de Justiça. “O direito de acesso à justiça é o direito primeiro, é o direito garantidor dos demais direitos, é o direito sem o qual todos os demais direitos são apenas ideias que não se concretizam” (SADEK, 2014, p. 20).

É justamente nesse sentido que a previsão constitucional da Defensoria Pública assume especial importância para a sociedade brasileira:

Artigo 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal (BRASIL, 1988, p.58).

Artigo 5º, inciso LXXIV [...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

LXXIV- o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos (BRASIL, 1988, p.5).

Após a previsão constitucional, a Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994, irá organizar a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescrever as normas gerais para a sua organização nos Estados (LC 80/94) (BRASIL, 1994). Trata-se da mais nova instituição do Sistema de Justiça do Brasil e tem como principal objetivo a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos *necessitados*, prestando assistência jurídica integral e gratuita a todas as pessoas consideradas *hipossuficientes*. A Instituição não se propõe apenas a ingressar em juízo, mas a dispensar assistência integral aos necessitados, com funções que vão desde a educação em direitos até a solução de conflitos e a garantia de direitos, seja ajuizando ações no Poder Judiciário ou extrajudicialmente (SADEK, 2014). Para Santos (2011), cabe aos defensores públicos aplicar no seu cotidiano profissional a Sociologia das Ausências, reconhecendo e reafirmando os direitos dos cidadãos intimidados e impotentes, cuja procura por justiça e o conhecimento do(s) direito(s) têm sido suprimidos e ativamente reproduzidos como não existentes (SANTOS, 2011).

O Constituinte optou por um modelo pacificador de solução de conflitos (CF; Preâmbulo e art. 4º, VII) sendo que coube à Defensoria Pública a prestação de assistência jurídica, e não judiciária, cujos esforços ficam voltados, prioritariamente, ao diálogo, à aproximação e às formas não conflituosas de solução de conflitos (LC 80/94, art. 4º, II, IV e §4º). [...] O Brasil opta por uma política preventiva e informativa de atuação, por meios jurídico-sociais, dotada de métodos multidisciplinares e participativos de prevenção e de solução de conflitos, bem como de uma gestão democrática, com objetivos e metas dialeticamente definidas. De fato, o Brasil opta por um modelo de afirmação do direito de acesso à justiça em benefício das chamadas *minorias* (não em termos de quantidade, mas de poder), com declarado foco no interesse público à efetiva e substancial igualdade (RÉ, 2014, p. 95).

Embora prevista na Constituição Federal de 1988, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) somente foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 988, de janeiro de 2006 (SÃO PAULO, 2006) após grande movimentação de atores sociais com representantes de mais de quatrocentas entidades e movimentos da sociedade politicamente organizada (CARDOSO, 2010a, 2010b). São Paulo é o estado responsável por mais de 31% do PIB nacional, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, e de máquina de governo mais bem aparelhada burocraticamente e com a maior população do Brasil (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014). Entende-se que esse cenário possibilita ampla discussão sobre iniciativas, possibilidades e dificuldades sobre o acesso à justiça para demandas de saúde mental. Trata-se de um estado com grande diversidade populacional, cultural e socioeconômica, e, também, com recursos financeiros e de formação acadêmica para subsidiar a elaboração de propostas que possam melhor atender a população de maior vulnerabilidade social. Sendo o Estado mais rico da Federação carrega a responsabilidade maior enquanto agente de transformação e de atuação diante das iniquidades sociais. Nesse sentido, elegeu-se a DPESP como a instituição do Sistema de Justiça para ser o cenário do presente estudo com o objetivo de analisar como se caracteriza o acesso à justiça para pessoas com demandas de saúde mental. Entende-se que ao ser inserida a realidade vivida pelas pessoas com demanda de saúde mental, historicamente vitimizada, estaremos inserindo mais um aspecto importante para análise nas já difíceis condições de existência do público alvo da Defensoria Pública, mais um fator na condição de tripla vitimização dessa população:

Estudos revelam que a justiça civil é cara para os cidadãos em geral, mas revelam sobretudo que a justiça civil é proporcionalmente mais cara para os cidadãos economicamente débeis. É que são eles fundamentalmente os protagonistas e os interessados nas ações de menor valor e é nessas ações que a justiça é proporcionalmente mais cara, o que configura um fenômeno da dupla vitimização das classes populares face à administração da justiça. De fato, verificou-se que essa vitimização é tripla na medida em que um dos outros obstáculos investigados, a lentidão dos processos, pode ser facilmente convertido num custo econômico adicional e que é proporcionalmente mais gravoso para os cidadãos de menos recursos (SANTOS, 2010b, p. 168).

A apresentação do presente estudo foi organizada em oito capítulos. No Capítulo 1 a saúde é o tema central e foi abordada na agenda internacional e no Brasil. Parte, inicialmente, de sua inserção na Carta das Nações Unidas (ONU, 1945), na definição ampla proposta para o tema na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) e sua influência na inserção do conceito na Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988). Na sequência, foram retomados Tratados Internacionais que inseriram a saúde na agenda, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966),

Declaração de Alma Ata (1978), Carta de Ottawa (1986). Especificamente, abordando a saúde mental, são enfatizados a Declaração de Caracas (OPAS, 1990) e os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU, 1991). A fundamentação teórica sobre a saúde passou, então, ao Sistema Americano de Direitos Humanos, para analisar a trajetória de acesso ao referido Sistema. Tal abordagem objetivou identificar possibilidades de acesso à justiça para pessoas portadoras de transtornos mentais em situações em que o Estado é o possível violador. Na sequência, foram identificados, e apresentados, casos em que ocorreram possíveis violações de direitos no Sistema de Saúde, e que tramitaram na Comissão Interamericana e na Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Tendo sido abordados diferentes instrumentos internacionais, e as possibilidades para acesso à justiça, por intermédio do Sistema Americano, para casos de violações de direito à saúde pelo Estado, a análise que se seguiu, colocou em foco a proteção e a promoção de saúde no Brasil; o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios; financiamento e a assistência à saúde prestada pela iniciativa privada. A saúde mental, as mudanças paradigmáticas ocorridas desde o final da década de 1970, as violações de direitos humanos nas denúncias do atendimento hospitalar psiquiátrico, o movimento da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial e a legislação de direito à saúde mental foram temas incluídos no Capítulo I, de modo que elucidassem os antecedentes e o contexto da atual política de saúde mental no Brasil. A ênfase no modelo de atenção psicossocial atual foi tratada a partir de dados do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo, estado cenário do presente estudo.

No Capítulo 2 foi inserida a temática de Acesso à Justiça, foram abordadas diferentes contribuições teóricas partindo da perspectiva de Cappelletti e Garth, do Projeto Florença, o movimento das três ondas de acesso à justiça e as barreiras a serem superadas para que os indivíduos tivessem seus direitos garantidos. Acrescentou-se a perspectiva de Boaventura de Sousa Santos, sua análise sobre as promessas não cumpridas da modernidade e da necessidade de uma revolução democrática da justiça em que se coloque no centro do Sistema de Justiça aqueles que historicamente foram invisibilizados socialmente; a necessidade de que seja reavaliada a formação dos profissionais do Direito para uma atuação que valorize o caráter social e político e amplie o diálogo do sistema de justiça com outras áreas sociais (CAPPELLETTI; GARTH, 1988; SANTOS, 2011, 2010a, 2010b, 2010c).

Foram apresentados diferentes autores e suas perspectivas sobre o acesso à justiça: (i) críticas ao otimismo inicial da proposta das ondas cappellettianas; (ii) a proposta de

uma “quarta onda” incluindo o acesso à justiça para os profissionais do Direito; (iii) a importância de estudos comparados sobre o acesso à justiça enquanto indicador da qualidade da democracia; (iv) a importância de se considerar o que foi invalidado como experiência histórica para se pensar sobre o sistema de justiça; (v) e a relevância da análise da territorialidade e dos litigantes recorrentes dentro do sistema de justiça. Considerou-se, também, a importância do entendimento do tema de acesso à justiça em termos tridimensionais: (i) a natureza da demanda de serviços jurídicos; (ii) a natureza da oferta desses serviços jurídicos; (iii) a natureza do problema jurídico que os clientes possam desejar trazer ao fórum da justiça, reconhecendo-se que, na prática, existe uma inter-relação muito próxima entre essas três variáveis (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014; ECONOMIDES, 1999; LAURIS, 2009; LAURIS DOS SANTOS, 2013; PEDROSO, 2011).

O Método foi apresentado no Capítulo 3 partindo da crítica epistemológica de Santos, e de sua metáfora colonial para abordar a exclusão, baseada em uma forma de *Pensamento Abissal*, que produz não existências sociais: indivíduos que são ignorados, silenciados, marginalizados, desqualificados ou simplesmente eliminados. Como contraponto o autor propõe um pensamento pós-abissal, o reconhecimento de diversidade de saberes existentes no mundo, uma epistemologia que possa captar a diversidade desperdiçada e invisibilizada. Descreve-se a partir dessa perspectiva, a Sociologia das Ausências e cinco lógicas ou modos de produção de não existências identificadas pelo autor: (i) monocultura do saber e do rigor do saber; (ii) monocultura do tempo linear; (iii) monocultura da naturalização das diferenças; (iv) monocultura da lógica dominante; (v) monocultura da não existência produtivista. Acrescenta-se a proposta de que essas monoculturas sejam substituídas por ecologias, práticas de agregação da diversidade pela promoção de interações entre entidades parciais e heterogêneas. O objetivo da Sociologia das Ausências é de transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. Na sequência do capítulo é descrita a Sociologia das Emergências, que para Santos caracteriza-se como um procedimento de ampliação simbólica de saberes e práticas que possibilitam atuar tanto sobre as possibilidades como sobre as capacidades, uma investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas. Enquanto a sociologia das ausências expande o domínio das experiências sociais já disponíveis, a sociologia das emergências expande o domínio das experiências sociais possíveis (SANTOS, 2010a, 2010c).

O Capítulo 3 abordou na sequência: (i) o cenário do estudo, a Defensoria Pública de São Paulo; (ii) os diferentes participantes do estudo e seus saberes, usuários do serviço com demanda de saúde mental, profissionais da Defensoria atuantes em diferentes regiões do

estado e representante de movimento social atuante na instituição; (iii) as técnicas e os procedimentos adotados para o levantamento de informações, entrevistas, análise de documentos e observação; (iv) as diferentes etapas do estudo; (v) os procedimentos de análise de dados.

Os resultados foram apresentados nos Capítulos 4, 5, 6 e 7. No Capítulo 4 foram apresentados os resultados das observações e da análise documental com o objetivo de analisar as condições de acesso à DPESP, tanto no que se refere a sua infraestrutura para o serviço de atendimento inicial quanto em relação às normas previstas para o atendimento de pessoas com sofrimento ou portadoras de transtornos mentais.

No Capítulo 5 foi analisada a voz dos usuários do serviço com demanda de saúde mental. No Capítulo 6 e 7 foram analisadas as entrevistas com os profissionais da instituição atuantes nas três regiões do estado (Capital, Região Metropolitana e Interior) e, com o representante de movimento social. No Capítulo 8 foi apresentada a discussão integrando as informações coletadas nas diferentes etapas do estudo, a integração dos diferentes saberes dos entrevistados juntamente com as informações documentais analisadas e observações realizadas nas dependências da instituição, uma proposta de se pensar a temática do acesso à justiça na DPESP para a demanda de saúde mental integrando informações sobre as diferentes dificuldades e possibilidades identificadas.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- ✓ Analisar como se caracteriza o acesso à justiça para pessoas com demanda de saúde mental na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP).

Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as características de existência da demanda de saúde mental atendida pela DPESP;
- ✓ Identificar quais são os direitos negados e/ou reivindicados pela/para a demanda de saúde mental na DPESP;
- ✓ Analisar a atuação dos profissionais da DPESP na garantia de direitos relativos à saúde mental.

3. CAPÍTULO 1

SAÚDE NA AGENDA INTERNACIONAL E NO BRASIL

3.1 A saúde na agenda internacional e sua influência na abordagem do tema no Brasil

O interesse da comunidade internacional por assuntos de saúde já se fazia presente na Carta das Nações Unidas, em 1945, com o compromisso dos fundadores da organização em “promover o progresso social e a melhoria das condições de vida dos povos” e com o propósito, presente no primeiro artigo da Carta, de “conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário” (ONU, 1945). Em 1946, é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada da ONU, com a função de tratar exclusivamente dos temas sanitários, tendo como objetivo “a obtenção do mais alto padrão possível de saúde para todos” (RUBARTH, 1999, p. 123-128).

Para atingir (esse objetivo), busca promover, por meio de diferentes modalidades de cooperação técnica direta com seus Estados-membros e de estímulos à cooperação entre eles, o desenvolvimento de serviços de saúde, a prevenção e o controle de doenças, a melhoria das condições ambientais, o aperfeiçoamento na formação dos profissionais de saúde, a coordenação e o desenvolvimento de pesquisas na área biomédica e de gestão de serviços e o planejamento e a implementação de programas de saúde (RUBARTH, 1999, p. 128).

Na criação da OMS já se fazia presente a definição de saúde que iria influenciar de modo significativo a inserção do tema na Constituição Federal do Brasil de 1988 e, consequentemente, a legislação de saúde do país: “a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, p.1). Definição bastante ampla e polêmica, tanto por trazer à baila questionamentos sobre o caráter dicotômico de se pensar *saúde e doença*, característico do paradigma biomédico, quanto por sua perspectiva bastante idealista.

No Brasil, essa mudança paradigmática permeou toda a reflexão que antecedeu a promulgação da Constituição de 1988, influenciando a inserção da saúde no texto constitucional como um direito de todos e um dever do Estado. De importância fundamental durante esse período, o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, não somente se pautou nos princípios da OMS como ampliou sua proposta, conforme abordado na análise crítica de Nunes (2009):

A Constituição Federal do Brasil de 1988 consagra a saúde como um “direito de todos e um dever do Estado” (art. 196), apoiado numa definição de saúde mais

ampla ainda do que a proposta pela OMS. Essa definição ampla havia sido avançada pelo Movimento da Reforma Sanitária, durante as lutas pela democratização do país, e seria vertida no texto constitucional a partir de uma proposta de emenda popular apresentada por aquele movimento. A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que constituiu um marco decisivo desse processo, definiu a saúde como (i) “o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde...”, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades de nível de vida”; (ii) uma conquista da população, definida em “um contexto histórico de uma sociedade determinada e num dado momento de seu desenvolvimento, [e que] deve ser conquistada pela população através das suas lutas quotidianas”; (iii) um direito, que ganha forma através da garantia, pelo Estado, “de condições de vida dignas e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a todos os níveis, para todos os habitantes do território nacional, conduzindo ao pleno desenvolvimento do ser humano na sua individualidade”; (iv) esse direito é formalizado no texto constitucional, mas realiza-se, sobretudo, através de uma política de saúde “consequente e integrada nas outras políticas econômicas e sociais”, com os meios necessários a sua execução e garantindo o “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população” (Oitava Conferência Nacional de Saúde, 1986 apud NUNES, 2009, p. 153).

Ao analisar a ampliação do conceito de saúde, Nunes (2009) enfatiza o paradoxo da busca por direitos nessa área:

A saúde é definida como algo mais amplo do que a ausência de doença, e os problemas que afetam a saúde como algo mais do que a existência de doença [...]. Essas concepções ampliadas de saúde constituem, por um lado, um recurso mobilizável para a luta pela saúde como um direito. Mas as formas que assume essa luta – especialmente aquelas que resultam em avanços efetivos no plano das políticas públicas e da organização da sociedade – parecem estar vinculadas a uma luta pelo *direito à doença*, ou seja, pelo reconhecimento da existência de doenças ou da condição de pessoa, grupo ou comunidade afetado por essas doenças. Por outras palavras, e recorrendo a um vocabulário consagrado nas ciências sociais, concepções ampliadas de saúde são mobilizadas para reivindicar, precisamente, a medicalização de certas perturbações e de certos problemas, através do seu reconhecimento como doenças, com causas e etiologias por vezes desconhecidas ou complexas. E através do processo de identificação dessas causas e etiologias que toma forma, em muitos casos, a luta pela saúde como direito (NUNES, 2009, p. 155-156).

Nesse sentido, o autor considera permanecer um desafio, tendo em vista que mesmo quando se considera concepções ampliadas de saúde, que não a reduzem a ausência de doença, e de intervenções que vão além do modelo biomédico, continua a ser central para a realização da saúde como direito o acesso aos dispositivos de diagnósticos e terapêuticos da biomedicina.

Germani e Aith (2013) abordam o caráter complexo e polissêmico do conceito de saúde, mencionando as duas vertentes que são mais presentes na literatura, uma biomédica com sua ênfase no corpo, a saúde e a doença vistas como opostas; e outra perspectiva que parte de uma premissa dinâmica, valorizando a determinação social no processo saúde-doença-cuidado. No âmbito internacional, enfatizam que a Constituição da OMS, em 1946, marcou o reconhecimento da saúde como direito humano universal, fundamental para a

dignidade do ser humano, e traçou as linhas gerais para a sua proteção, em que destacam o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que consolidou a saúde como um direito humano a ser protegido pelos Estados. Afirmam que o conceito de saúde mais difundido hoje é o proposto pela OMS, um conceito amplo, inicialmente percebido de forma positiva, mas que esbarra em críticas por possibilitar interpretações tidas como idealistas ou sem aplicação prática. Ampliam a discussão sobre o tema ao abordarem as possibilidades de avanços para a efetivação da promoção de saúde no mundo após o reconhecimento da saúde como direito (GERMANI; AITH, 2013).

Dentre os marcos dos debates internacionais que provocaram mudanças na prática de Saúde estão as Conferências realizadas pela OMS que geraram a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986). A Declaração de Alma Ata é resultante da I Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primária, realizada na antiga URSS, quando a saúde foi reconhecida como um direito humano fundamental. Atraiu-se ao movimento mundial sob a responsabilidade de combater as desigualdades entre os povos e alcançar a meta audaciosa de *Saúde para Todos no ano 2000*.

Nesse contexto foi dada ênfase na desigualdade entre os países procurando responder às necessidades e problemas de saúde mais prevalentes: as doenças infectocontagiosas; a desnutrição, fome, e mortalidade infantil. As principais áreas de intervenção propostas: (i) a educação para a saúde; (ii) a qualidade da água e saneamento básico; (iii) os cuidados de saúde materno-infantil; (iv) a imunização; (v) a prevenção e controle de doenças endêmicas; (vi) o tratamento de doenças e lesões comuns; e (vii) o fornecimento de medicamentos essenciais.

Nessa Conferência, e na consequente Declaração, foram chamados à responsabilidade governos, organizações supranacionais e comunidade internacional para a implementação dos Cuidados de Saúde Primários, que correspondem ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde do país. Esses cuidados devem estar integrados aos sistemas de referência como forma de garantia ao acesso à saúde pautado pela acessibilidade universal, equidade e justiça social. A Declaração de Alma Ata convoca o espírito de comunidade e serviço entre as nações: “a saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978; MEIRELES, 2008).

Se por um lado a Declaração de Alma Ata emerge com ênfase nas desigualdades entre países procurando responder às necessidades e problemas de saúde relacionados à desnutrição, fome, mortalidade materno-infantil e doenças infectocontagiosas, por outro lado, a Carta de Ottawa (1986), resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde,

procura responder às expectativas de bem estar pleno das sociedades mais desenvolvidas. Os serviços de saúde passam a ser vistos além da prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, buscando-se realizar cada vez mais ações de promoção de saúde.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

A Carta de Ottawa (1986, p. 1) propõe que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida cotidiana, e não como objetivo de viver. A saúde é um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas”. Nessa perspectiva, o conceito de saúde e de sua proteção como direito dependeria do comprometimento de todos os envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, incluindo os usuários do sistema de saúde, profissionais e gestores de saúde, da educação, do direito, dentre outros (GERMANI; AITH, 2013).

Embora partindo de perspectivas distintas, ambas assumem a Saúde como um direito humano fundamental; propõem uma abordagem de caráter multidisciplinar em ações coordenadas de vários setores da sociedade, e partilham de princípios e valores como justiça social, equidade em saúde, igualdade entre cidadãos, solidariedade nacional e internacional, responsabilidade individual e coletiva (MEIRELES, 2008).

No que concerne aos compromissos internacionais relativos à saúde mental, especificamente, merece ser destacada a Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 1990), documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e estabelece o dever do Estado de adequar sua legislação e promover a reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

A declaração reconhece que a assistência psiquiátrica convencional, desenvolvida por meio de internação psiquiátrica, não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, pois isola a pessoa do seu meio social, põe em risco os seus direitos humanos, centraliza os recursos destinados à saúde mental e fornece ensino insuficiente às necessidades de saúde mental da população. Considera que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem se adaptar aos princípios, orientações e modelos de organização da assistência à saúde que valorizem o Atendimento Primário de Saúde e desenvolvam programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva (CRUZ, 2014, p. 508).

Outro marco foi a aprovação pela Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas, em dezembro de 1991, da Resolução 46/119 sobre os Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU, 1991). Composta por 25 princípios, a Resolução estabelece liberdades fundamentais e direitos básicos das pessoas com transtorno mental, como o direito à melhor assistência disponível à saúde mental, com humanidade e respeito; veda a discriminação por conta do transtorno mental e prevê que toda pessoa acometida de transtorno mental tem o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos e sociais e culturais reconhecidos nas declarações internacionais de direitos humanos. Prevê que as decisões relativas à capacidade civil e à necessidade de um representante sejam revistas em intervalos razoáveis, admitindo-se o recurso a tribunal superior por ela, seu representante ou interessado.

De acordo com a declaração, a pessoa com transtorno mental tem direito a receber os cuidados sociais adequados às suas necessidades, tratamento no ambiente menos restritivo possível, plano de tratamento prescrito individualmente, discutido com ela e revisto regularmente, no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal [...]. Estabelece como regra o consentimento informado sobre o diagnóstico, o tratamento e os modos alternativos de tratamento para a internação, mas admite a internação sem consentimento informado em casos excepcionais (CRUZ, 2014, p. 510).

Em primeiro lugar, nenhum tratamento (involuntário) poderá ser imposto à paciente de internação voluntária; em segundo lugar, um tratamento involuntário só poderá ser imposto à paciente quando atenda ao maior interesse de suas necessidades de saúde. Ainda, a internação só poderá se efetuar mediante determinação, por profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim, que a pessoa tem uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em caso de risco de séria deterioração de sua condição (BERTOLETE, 1995, p. 153).

Interessante observar que no Brasil, antes mesmo da aprovação da Legislação específica que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que ocorreu em 2001, o Conselho Federal de Medicina (CFM) já havia adotado em 1994 os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU, 1991), aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1991, em sua Resolução CFM nº 1.407/1994 (CFM, 2000). Além disso, em 2000, aprovou a Resolução CFM nº 1.598/2000 (CFM, 2000), que normatizou o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental em consonância com os princípios da ONU. Essa segunda resolução complementa a anterior indicando como deve agir o médico no atendimento de saúde mental, de forma que sejam garantidos os direitos elencados na resolução anterior (BRITO; VENTURA, 2012).

Relevante se faz registrar que nas avaliações quinquenais dos países em relação à Saúde Mental, a OMS toma como primeiro elemento para analisar o avanço do acesso da

saúde mental nos países, a existência de uma lei nacional. Para Delgado (2011), em 2001 (ano em que foi aprovada a Lei 10.261), o fato da Assembleia Mundial da OMS trazer como tema central a saúde mental, teria ajudado para que a lei brasileira fosse aprovada.

Semanas depois da sua aprovação, o Brasil levou à OMS, como contribuição do país para o ano internacional da saúde mental, a sanção governamental da lei, o que foi extremamente relevante e reconhecido por todos os países como um fato positivo. Desde então, a OMS vem acompanhando o processo brasileiro, com todas as suas dificuldades e problemas. Esse é um dos processos nacionais que a entidade cita como exemplo de enfrentamento da iniquidade em saúde mental. Enfrentamento, não solução ou milagre e, sim, compromisso concreto do Estado Nacional com a questão da saúde mental. No mundo inteiro, são 10 os países mencionados como exemplo, dos 190 países do sistema das Nações Unidas, entre os quais o Brasil (DELGADO, 2011, p. 6).

3.2 O Sistema Americano de Direitos Humanos e a proteção à saúde

A concepção contemporânea dos direitos humanos firmou-se após a Segunda Guerra Mundial, consolidando a internacionalização desses direitos como resposta às atrocidades cometidas durante o conflito. Apresentando o Estado como grande violador dos direitos humanos, a Era Hitler caracterizou-se pela lógica da destruição e descartabilidade da pessoa humana. Nesse sentido, o sistema internacional de proteção dos Direitos Humanos constituiu o legado maior da chamada Era dos Direitos, levando à internacionalização dos direitos humanos e à humanização do Direito Internacional (PIOVESAN, 2006). No contexto de afirmação dos direitos humanos, foram formados sistemas regionais de proteção, como o Sistema Europeu, consolidado a partir de 1950, o Sistema Americano, iniciado em 1969, e o Sistema Africano, afirmado a partir de 1981 (BERNARDES; VENTURA, 2012).

Dentre os tratados internacionais, especificamente nas Américas, merece destaque a Convenção Americana de Direitos Humanos, de 1969, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica. Neste Tratado, reafirma-se o propósito de consolidar neste Continente, dentro do quadro das instituições democráticas, um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito aos direitos humanos essenciais (OEA, 1969).

Com base no referido instrumento, os meios de proteção dos direitos humanos na região são a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. A primeira representa todos os Estados membros da OEA e é sua principal função promover a observância e a defesa dos direitos humanos, devendo seus membros formular recomendações aos governos dos Estados partes, quando considerarem conveniente,

para que adotem medidas progressivas em prol dos direitos humanos no âmbito de suas leis internas e seus preceitos constitucionais, bem como disposições apropriadas para promover o devido respeito a esses direitos (AITH, 2006; PIOVESAN, 2006).

É, ainda, de competência da Comissão, preparar estudos e relatórios que considerem convenientes para o desempenho de suas funções, podendo, para tanto, solicitar aos governos dos Estados membros que lhe forneçam informações sobre as medidas que adotarem em matéria de direitos humanos. Há também a possibilidade de acesso dos indivíduos cujos direitos foram lesados pelos Estados partes da Convenção por meio do sistema de petições previsto no artigo 41, “F”, e nos artigos 44 e 51 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. O artigo 41 dispõe que é “atribuição da Comissão atuar com respeito às petições e outras comunicações, no exercício de sua autoridade, em conformidade com o disposto nos artigos 44 a 51” (OEA, 1969).

Artigo 44. Qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou entidade não governamental legalmente reconhecida em um ou mais Estados membros da Organização, pode apresentar à Comissão petições que contenham denúncias ou queixas de violação desta Convenção por um Estado-parte (OEA, 1969, p. 12).

Observa-se que a legitimidade para a apresentação de petições junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) abrange desde indivíduos até organizações não governamentais, para que uma petição seja admitida pela Comissão. Como pré-requisito, devem ter sido interpostos e esgotados os recursos da jurisdição interna. Nesse sentido, Leite (2014) ressalva que tem sido comum a relativização desse requisito, como em casos de demora processual ou de não acesso à efetiva assistência técnica. A Comissão Interamericana representa o primeiro organismo efetivo de proteção dos direitos humanos no continente, realiza notável atividade incluindo a admissão e investigação de reclamações de indivíduos e de organizações não governamentais, inspeções nos territórios dos Estados membros e solicitações de informes (ROSA, 2004).

A Corte Interamericana de Direitos Humanos tem a finalidade de julgar casos de violação dos direitos humanos ocorridos em países que integram a OEA e que reconheçam sua competência. É um órgão judicial autônomo, que analisa os casos de suspeita de que os Estados membros tenham violado um direito ou liberdade protegidos pela Convenção.

Embora datada de 1969, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos somente entra em vigor nos Estados membros da Organização dos Estados Americanos após a ratificação pelo Estado, mediante depósito do instrumento de ratificação ou adesão na Secretaria Geral da Organização dos Estados Americanos. “A Corte Interamericana de

Direitos Humanos entrou em funcionamento em 1979, pois só pôde ser organizada após a entrada em vigor da Convenção em 1978” (LEITE, 2014, p. 573). No caso específico do Brasil, o país enviou sua carta de adesão a esse tratado internacional em 25 de setembro de 1992 e a promulgou por meio do Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Somente em 1998 o Brasil passou a reconhecer a jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos, através do decreto-legislativo nº 89, de 3 de dezembro (BRASIL, 1998).

Quando decidir que houve violação de um direito ou liberdade, protegidos nesta Convenção, a Corte determinará que se assegure ao prejudicado o gozo do seu direito ou liberdade violados. Determinará, também, se isso for procedente, que sejam reparadas as consequências da medida ou situação que haja configurado a violação desses direitos, bem como o pagamento de indenização justa à parte lesada (OEA, 2009, p. 17).

A Convenção Americana não incluiu em seu texto cláusulas referente aos direitos econômicos, sociais e culturais, tal como ocorreu com a Convenção Europeia de Direitos Humanos. Contém 82 artigos, e no universo de direitos protegidos ressaltam-se: o direito à personalidade jurídica; o direito à vida; o direito a não ser submetido à escravidão; o direito à liberdade; o direito a um julgamento justo; o direito à compensação em caso de erro judiciário; o direito à privacidade; o direito à liberdade de consciência e religião; o direito à liberdade de pensamento e expressão; o direito à resposta; o direito à liberdade de associação; o direito ao nome; o direito à nacionalidade; o direito à liberdade de movimento e residência; o direito de participar do governo; o direito à igualdade perante a lei; e o direito à proteção individual (OEA, 1969).

Os Estados membros se obrigam a proporcionar as informações sobre a maneira como seu direito interno assegura a aplicação efetiva das disposições da Convenção Americana de Direitos Humanos. Como a Convenção Americana não enunciou de forma específica qualquer direito econômico, social ou cultural, limitando-se a determinar aos Estados que buscassem progressivamente a plena realização desses direitos, posteriormente, em 1988, a Assembleia Geral da OEA adotou um Protocolo Adicional à Convenção, concernente aos direitos sociais, econômicos ou culturais (Protocolo de San Salvador) (OEA, 1988), que entrou em vigor em novembro de 1999, após o depósito do 11º instrumento de ratificação (PIOVESAN, 2006).

A temática de Saúde encontra na Convenção Americana sobre Direitos Humanos respaldo para análise das obrigações do Estado de respeitar os direitos (artigo 1º); o dever de adotar disposições de direito interno (artigo 2º); o direito à vida (artigo 4º); o direito à integridade pessoal (artigo 5º); as garantias judiciais (artigo 8º); o direito à indenização (artigo

10) (OEA, 1969). Essas disposições possibilitam analisar casos de omissão/negligência do Estado diante do direito à saúde e direito à saúde mental.

Nesse sentido, a análise apresentada a seguir ilustra resultados de estudos desenvolvidos pela autora (BERNARDES; VENTURA, 2012, 2013) sobre situações identificadas nos relatórios da OEA, relatórios anuais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA, 2010a), no período de 2003 a 2010, referente às situações de violações de direitos humanos no Brasil, especificamente relacionadas à saúde.

Durante o período analisado foram identificados três casos que se referem à busca de proteção internacional por possíveis violações de direitos relativos aos tratamentos médicos, especificamente, de serviços de saúde. Na sequência, cada um dos três casos é abordado visando à compreensão sobre quem são os cidadãos que estão recorrendo à instância de proteção internacional de direitos humanos na região das Américas, especificamente do Brasil, em virtude de violações relacionadas à saúde.

O quadro 1 apresenta o caso da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos e a morte de 10 recém-nascidos (OEA, 2008). No quadro 2, o caso de Lawrence Dutra da Costa e suas sequelas físicas e mentais pelo tratamento recebido (OEA, 2010b), e o quadro 3 aborda o caso de Damião Ximenes Lopes, paciente psiquiátrico morto na clínica psiquiátrica em que se tratava (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006; MAZZUOLI, 2007).

Quadro 1 - Clínica Pediátrica da Região dos Lagos - Petição 12.242

Síntese do Caso	Os direitos violados segundo os peticionários	Responsáveis pelo encaminhamento da Petição	Os serviços de saúde
A petição alega a responsabilidade da República Federativa do Brasil pela morte de 10 recém-nascidos ocorridas em 1996, como resultado de suposta negligência médica por parte de funcionários da Clínica Pediátrica da Região dos Lagos na cidade de	Os peticionários afirmam que o Estado brasileiro violou os artigos 4º (direito à vida), 8º (garantias judiciais), 19 (direitos da criança) e 25 (proteção judicial) da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e que descumpriu com sua obrigação geral prevista no artigo 1.1 ¹	A petição foi apresentada pela Organização de Direitos Humanos – Projeto Legal, substituída, posteriormente, pela Associação de Mães de Cabo Frio.	Entre junho de 1996 e março de 1997, 82 bebês teriam morrido na Clínica Pediátrica da Região dos Lagos. Dentre eles, as 10 supostas vítimas da petição, que morreram em decorrência de atos praticados por médicos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, de infecção hospitalar por negligência médica. A clínica privada recebia fundos do Estado no âmbito do Sistema Público de Saúde do Brasil (SUS) ² , para

continua...

¹ Artigo 1º - Obrigação de respeitar os direitos. 1. Os Estados-partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma, por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

continuação...

Síntese do Caso	Os direitos violados segundo os peticionários	Responsáveis pelo encaminhamento da Petição	Os serviços de saúde
<p>Cabo Frio, no estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Alega-se que o Estado é responsável, também, pelo sofrimento e pelas violações das garantias e proteção judiciais em prejuízo dos pais e mães desses recém-nascidos.</p> <p>Embora seja uma clínica privada, para os peticionários o Estado não cumpriu com o seu dever de inspecioná-la e avaliá-la de forma periódica, nem com o seu dever de supervisionar o funcionamento da clínica.</p>	<p>do mesmo instrumento.</p> <p>Os peticionários afirmam terem sido esgotados os recursos internos (no Brasil), solicitando que se declare admissível a petição pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos.</p>		<p>funcionamento da UTI neonatal. Os peticionários ressaltam que a maioria das crianças nascidas nesta clínica pertence a famílias com recursos econômicos reduzidos, sendo a sua atenção médica financiada por recursos do SUS.</p> <p>Dentre os argumentos, os peticionários afirmam que os médicos e enfermeiras não seguiam medidas básicas de higiene como usar luvas, lavar as mãos quando tocavam as crianças, mudar as vestimentas ou desinfetá-las antes de examinar os bebês, substituição de aventais usados por visitantes e enfermeiros. Mencionam que em 1993 o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro realizou várias tentativas de fiscalizar a clínica e investigar as condições de insalubridade, mas foi impedido de entrar no hospital. As alegações quanto às mortes das crianças centram-se na inobservância de medidas básicas de atenção médica e na negligência dos funcionários da clínica.</p> <p>As mães e os pais iniciaram uma investigação dos fatos no Cartório do Registro Civil e no Laboratório Osmane, onde tiveram provas da existência de surtos infecciosos na Clínica. Apesar das alegadas denúncias, os peticionários afirmam que a Clínica continuou internando crianças na UTI neonatal, sem que para isso se houvesse adotado nenhuma medida para erradicar as condições de antissepsia denunciadas.</p>
Síntese das conclusões da CIDH – Admissibilidade			
Petição 12.242 – Clínica Pediátrica da Região dos Lagos	<p>Nesta etapa processual, compete à CIDH fazer uma avaliação não com o objetivo de estabelecer supostas violações à Convenção Americana, mas para examinar se a petição denuncia fatos que poderiam configurar violações de direitos garantidos na Convenção Americana. Esse exame não implica prejulgamento nem antecipação de opinião sobre o mérito do assunto.</p>		

continua...

² O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis no. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e no. 8142/1990, estabelecendo como obrigatória a atenção pública à saúde de qualquer cidadão. O setor privado participa do SUS de forma complementar, através de Contrato e Convênios de Prestação de Serviços ao Estado, nos casos em que as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir a atenção a toda a população de uma região.

continuação...

	Síntese das conclusões da CIDH – Admissibilidade
Petição 12.242 – Clínica Pediátrica da Região dos Lagos	<p>Posteriormente aos procedimentos de análise de admissibilidade diante da petição 12.424, a CIDH concluiu ter competência para considerar a questão de mérito desse caso e que a petição é admissível em conformidade com os artigos 46³ e 47⁴ da Convenção Americana.</p> <p>A CIDH decide declarar admissível a petição no que se refere a supostas violações dos direitos protegidos nos artigos 4^{os}, 8.1⁶, 19⁷ e 25⁸ da Convenção Americana em relação às obrigações gerais consagradas no artigo 1.1 desse tratado e, também, em relação ao artigo 5.1⁹ da Convenção em conjunto com o artigo 1.1 desse instrumento internacional, em 16 de outubro de 2008</p>

Fonte: OEA (2008).

conclusão

³ Artigo 46. 1. Para que uma petição ou comunicação apresentada de acordo com os artigos 44° ou 45° seja admitida pela Comissão, será necessário: a) que hajam sido interpostos e esgotados os recursos da jurisdição interna, de acordo com os princípios de direito internacional geralmente reconhecidos; b) que seja apresentada dentro do prazo de seis meses, a partir da data em que o presumido prejudicado em seus direitos tenha sido notificado da decisão definitiva; c) que a matéria da petição ou comunicação não esteja pendente de outro processo de solução internacional; e d) que, no caso do artigo 44°, a petição contenha o nome, a nacionalidade, a profissão, o domicílio e a assinatura da pessoa ou pessoas ou do representante legal da entidade que submeter a petição. 2. As disposições das alíneas a e b do inciso 1 deste artigo não se aplicarão quando: a) não existir, na legislação interna do Estado de que se tratar, o devido processo legal para a proteção do direito ou direitos que se alegue tenham sido violados; b) não se houver permitido ao presumido prejudicado em seus direitos o acesso aos recursos da jurisdição interna, ou houver sido ele impedido de esgotá-los; c) houver demora injustificada na decisão sobre os mencionados recursos.

⁴ Artigo 47°. A Comissão declarará inadmissível toda petição ou comunicação apresentada de acordo com os artigos 44° e 45° quando: a) não preencher algum dos requisitos estabelecidos no artigo 46°; b) não expuser fatos que caracterizem violação dos direitos garantidos por esta Convenção; c) pela exposição do próprio peticionário ou do Estado, for manifestamente infundada a petição ou comunicação ou for evidente sua total improcedência; ou d) for substancialmente reprodução de petição ou comunicação anterior, já examinada pela Comissão ou por outro organismo internacional.

⁵ Artigo 4° - Direito à vida. 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. 2. Nos países em que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de sentença final de tribunal competente e em conformidade com a lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente. 3. Não se pode estabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido. 4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada a delitos políticos, nem a delitos comuns conexos com delitos políticos. 5. Não se deve impor a pena de morte à pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez. 6. Toda pessoa condenada à morte tem direito a solicitar anistia, indulto ou comutação de pena, os quais podem ser concedidos em todos os casos. Não se pode executar a pena de morte enquanto o pedido estiver pendente de decisão ante a autoridade competente.

⁶ Artigo 8.1 Toda pessoa terá o direito de ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou Tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou na determinação de seus direitos e obrigações de caráter civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer natureza.

⁷ Artigo 19 – Direitos da criança. Toda criança terá direito às medidas de proteção que a sua condição de menor requer, por parte da sua família, da sociedade e do Estado.

⁸ Artigo 25 – Proteção Judicial. 1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais. 2. Os Estados-partes comprometem-se: a) a assegurar que a autoridade competente prevista pelo sistema legal do Estado decida sobre os direitos de toda pessoa que impuser tal recurso; b) a desenvolver as possibilidades de recurso judicial; c) a assegurar o cumprimento, pelas autoridades competentes, de toda decisão em que se tenha considerado procedente recurso.

⁹ Artigo 5° - Direito à integridade pessoal. 1. Toda pessoa tem direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

Quadro 2 - Lawrence Dutra da Costa - Petição 1401-06

Síntese do caso	Os direitos violados segundo os peticionários	Responsáveis pelo encaminhamento da petição	Os serviços de saúde
<p>O peticionário (Marcus Vinicius Lima da Rocha) denuncia a demora judicial no trâmite de uma ação civil de indenização interposta contra o município de Manaus, estado do Amazonas, pelas sequelas físicas e mentais sofridas por seu filho (Lawrence Dutra da Costa). Tais sequelas teriam sido causadas por supostas omissões e negligência em seu tratamento médico, por um funcionário de um posto de saúde do Estado.</p>	<p>O peticionário não faz referência expressa.</p> <p>O peticionário interpôs uma ação, quatro anos após o ocorrido, demandando a responsabilidade civil do Estado por danos materiais e morais, em virtude do alto custo do tratamento médico necessário.</p> <p>Apesar de ter conseguido uma liminar em agosto de 2003 que condenava o Estado ao pagamento de 3 salários mínimos a seu filho até os 60 anos e que se tenha emitido sentença condenando o Estado ao pagamento de 400 salários mínimos por danos morais em junho de 2006, tal sentença não teria feito coisa julgada em virtude de recursos pendentes.</p> <p>O Estado se manifesta afirmando que a petição não cumpre com o requisito de esgotamento prévio dos recursos de jurisdição interna, que o trâmite da ação não apresenta demora injustificada e que apenas se encontra pendente um recurso especial perante o Superior Tribunal de Justiça.</p>	<p>Marcus Vinicius Lima da Rocha, pai de Lawrence Dutra da Costa.</p>	<p>O peticionário informa que em 26 de agosto de 1995 levou seu filho de 5 anos de idade a um posto de saúde. A criança apresentava sintomas de intoxicação estomacal, vômitos e dificuldades para respirar.</p> <p>Segundo o peticionário, após examinar a criança, o funcionário que lhe atendeu expressou que sua situação era grave e que o posto de saúde não tinha os equipamentos necessários para tratá-lo adequadamente, razão pela qual recomendou que o levasse a um hospital.</p> <p>Uma hora após, o peticionário chegou a um hospital privado, onde seu filho foi internado na Unidade de Terapia Intensiva, devido a uma parada cardiorrespiratória.</p> <p>O menino esteve em coma por aproximadamente 15 horas e sofreu um acidente cerebrovascular, que o deixou tetraplégico e com dificuldade de fala, necessitando de várias cirurgias e de assistência médica especializada.</p>
Síntese das conclusões da CIDH – Decisão de Arquivo			
Petição 1401-06 - Lawrence Dutra da Costa	<p>Em comunicação recebida em fevereiro de 2008, o peticionário informou à Comissão que o Supremo Tribunal de Justiça decidiu o recurso especial em seu favor, em 11 de dezembro de 2007. Em fevereiro de 2009 o peticionário expressou que “a situação foi resolvida no nível interno, havendo sido confirmado o pagamento de 3 salários mínimos mensais a meu filho até os 60 anos, assim como R\$ 177.935,43 de indenização por danos morais”.</p> <p>Em 10 de junho de 2009, o Estado requereu que a petição fosse arquivada por já ter sido resolvida a situação no nível interno e não subsistindo os fatos que deram lugar à denúncia apresentada. Arquivamento ocorrido em 17 de março de 2010.</p>		

Fonte: OEA (2010b).

Quadro 3 - Damião Ximenes Lopes - Petição 12.237

Síntese do caso	Os direitos violados segundo os peticionários	Responsáveis pelo encaminhamento da petição	Os serviços de saúde
<p>O peticionário alega que o Estado é responsável pela morte de seu irmão, Damião Ximenes Lopes, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, estado do Ceará. O paciente estava internado para tratamento psiquiátrico.</p> <p>A mãe do paciente foi visitá-lo e o encontrou sangrando, com hematomas, roupas rasgadas, sujo e cheirando a excrementos, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizando e pedindo socorro aos gritos. A mãe pediu ajuda aos funcionários para que banhassem seu filho e procurou um médico que o atendesse.</p> <p>Duas horas mais tarde o paciente faleceu; no atestado de óbito consta como causa parada cardiorrespiratória, sem qualquer lesão externa.</p>	<p>Violação dos artigos 4º, 5º¹⁰, 11¹¹ e 25 da Convenção Americana de Direitos Humanos sobre o direito à vida, o direito à integridade pessoal, o direito à privacidade e o direito à proteção legal.</p> <p>O peticionário alega que o Estado não está cumprindo com a sua obrigação de realizar a investigação judicial, a fim de determinar a responsabilidade pela morte de seu irmão. Alegou responsabilidade do Estado, que permitiu, e permite o funcionamento da referida Casa de Repouso, que, através de sua equipe de médicos, enfermeiros e monitores, dispensa tratamento cruel e desumano aos seus pacientes.</p>	<p>Irene Ximenes Lopes Miranda, irmã de Damião Ximenes Lopes.</p>	<p>A Casa de Repouso Guararapes era conhecida como um ambiente de extrema violência. Duas mortes teriam ocorrido em circunstâncias violentas, antes mesmo da morte de Damião Ximenes Lopes. Mortes violentas que não teriam sido investigadas.</p> <p>Havia uma situação caracterizada por violência física exercida contra pacientes. Foram relatadas brigas entre os pacientes, que teriam sido estimulados por enfermeiros.</p> <p>Constam relatos de que os funcionários da Casa de Repouso usavam doentes mentais para conter fisicamente outro doente mental.</p> <p>Foram várias denúncias de maus-tratos e de condições desumanas ou degradantes de confinamento.</p> <p>Existe relatório de um Grupo de Acompanhamento e Avaliação do hospital, de novembro de 1999, que evidencia a precária assistência médica, tratamento abusivo e várias deficiências, que deveriam ser denunciadas aos Conselhos e ao Ministério Público, para que medidas fossem tomadas.</p> <p>Relatório de especialistas em psiquiatria e assinado pelo coordenador de Saúde Mental do Ceará, conclui que a casa não tem condições de funcionamento, sugerindo mudança de sua gestão ou o descredenciamento pelo SUS.</p>
<p>Síntese das conclusões da CIDH – Encaminhamento à Corte Interamericana de Direitos Humanos</p> <p style="text-align: right;">continua...</p>			

¹⁰ Artigo 5º - Direito à integridade pessoal. 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano. 3. A pena não pode passar da pessoa do delinquente. 4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas. 5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento. 6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados.

¹¹ Artigo 11. Proteção da honra e da dignidade. 1. Toda pessoa tem direito ao respeito da sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade. 2. Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, em sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação. 3. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra ingerências ou tais ofensas.

continuação...

Síntese das conclusões da CIDH – Encaminhamento à Corte Interamericana de Direitos Humanos	
Petição 12.237- Damião Ximenes Lopes	A Comissão conclui e pede ao Tribunal que estabeleça que o Estado é responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 4º, 5º, 8º ¹² e 25, e pelo fracasso da obrigação geral contida no artigo 1º (1) da Convenção, devido à internação de Damião Ximenes Lopes em tratamento cruel, desumano ou degradante, violações da integridade pessoal, assassinato e violações da obrigação de investigar; o direito a um recurso efetivo e um julgamento justo relacionado com a investigação dos fatos.
Síntese da Sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos	
Petição 12.237- Damião Ximenes Lopes	A Corte Interamericana declarou a responsabilidade internacional do Brasil pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal da vítima e dos direitos à integridade pessoal e às garantias judiciais e à proteção judicial de familiares da vítima. O Estado deve investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos e deve continuar a desenvolver programa de formação e capacitação de profissionais e pessoas envolvidas com o atendimento de saúde mental. Deve pagar no prazo de um ano, em dinheiro, a indenização por dano material, dano imaterial e custas processuais, fixadas na própria sentença.

Fonte: Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006).

conclusão.

Merece destaque observar as condições de (não) existência das vítimas: recém-nascidos internados em UTI neonatal; uma criança de cinco anos em estado de saúde bastante debilitado; um adulto portador de transtorno mental internado em clínica psiquiátrica. Entende-se que o fato desses três casos terem chegado ao Sistema Americano de Direitos Humanos em busca de proteção de direitos relacionados à saúde tem muito a dizer sobre as responsabilidades da sociedade brasileira, de seu Sistema de Saúde e sobre o acesso à justiça no país, temas que serão abordados na sequência. Leite (2014), ao tratar do Sistema

¹² Artigo 8º - Garantias judiciais. 1. Toda pessoa terá o direito de ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou Tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou na determinação de seus direitos e obrigações de caráter civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza. 2. Toda pessoa acusada de um delito tem direito a que se presuma sua inocência, enquanto não for legalmente comprovada sua culpa. Durante o processo, toda pessoa tem direito, em plena igualdade, às seguintes garantias mínimas: a) direito do acusado de ser assistido gratuitamente por um tradutor ou intérprete, caso não compreenda ou não fale a língua do juízo ou tribunal; b) comunicação prévia e pormenorizada ao acusado da acusação formulada; c) concessão ao acusado do tempo e dos meios necessários à preparação de sua defesa; d) direito do acusado de defender-se pessoalmente ou de ser assistido por um defensor de sua escolha e de comunicar-se, livremente e em particular, com seu defensor; e) direito irrenunciável de ser assistido por um defensor proporcionado pelo Estado, remunerado ou não, segundo a legislação interna, se o acusado não se defender ele próprio, nem nomear defensor dentro do prazo estabelecido pela lei; f) direito da defesa de inquirir as testemunhas presentes no Tribunal e de obter o comparecimento, como testemunhas ou peritos, de outras pessoas que possam lançar luz sobre os fatos; g) direito de não ser obrigada a depor contra si mesma, nem a confessar-se culpada; e h) direito de recorrer da sentença a juiz ou tribunal superior. 3. A confissão do acusado só é válida se feita sem coação de nenhuma natureza. 4. O acusado absolvido por sentença transitada em julgado não poderá ser submetido a novo processo pelos mesmos fatos. 5. O processo penal deve ser público, salvo no que for necessário para preservar os interesses da justiça.

Americano de Direitos Humanos, enfatiza que esse Sistema não é apenas a Comissão Interamericana e a Corte Interamericana, mas acima de tudo:

[...] somos todos nós: pessoas, vítimas, organizações não governamentais, Estados, órgãos dos Estados, operadores do Sistema de Justiça, servidores públicos; os tratados internacionais de direitos humanos, as constituições nacionais, os ordenamentos jurídicos internos. Por isso, a luta pela promoção, proteção e defesa dos direitos humanos devem ser cotidianamente, nas relações interpessoais, de vizinhança, profissionais, acadêmicas, institucionais, políticas, legislativas, judiciais (LEITE, 2014, p. 570).

3.3 A proteção e a promoção da saúde no Brasil

Um marco do direito à saúde no Brasil foi a inserção da saúde como bem jurídico fundamental na Constituição Federal de 1988, na condição de direito e dever fundamental de titularidade universal e dever do Estado, da sociedade e da própria pessoa para com os outros e consigo mesma. Direito a ser garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os textos constitucionais anteriores se limitaram a atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre normas gerais de proteção e defesa da saúde e mantiveram a necessidade de obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores assistência médica e sanitária (DALLARI, 1995; GERMANI; AITH, 2013; SARLET, 2008).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral [...]. Cumpre ressaltar que a conquista da democracia, depois de 21 anos de ditadura militar, custou vidas, sofrimentos, energias e lutas do povo. Em toda a história da República é a primeira vez que os brasileiros podem comemorar um período tão longo de vigência de um texto constitucional (PAIM, 2013, p. 1928).

Ainda no período militar, vários atores sociais começaram a se organizar em defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade. Dentre os protagonistas dessa luta, Carvalho (2013) discorre sobre a participação dos movimentos populares, associações de bairros e a igreja católica; menciona a importante participação das universidades, principalmente das faculdades de medicina (que tinham necessidade de colocar

os estudantes em contato com a realidade local) e de médicos dedicados ao social, especializados em saúde pública; descreve a participação dos partidos políticos de esquerda; e, ainda, dos movimentos municipalistas de saúde. A discussão de uma proposta inovadora e universal com a comunidade e técnicos resultou no que se denominou Projeto de Reforma Sanitária. O movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembleia, em 1986, realizada em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas, que teve a proposta da reforma referendada pela população e por técnicos gestores, e entregue aos constituintes (CARVALHO, 2013). Considerada de relevância na história de conquistas do direito à saúde, a VIII Conferência Nacional da Saúde, de 1986, consagra os princípios do Movimento da Reforma Sanitária (RAEFFRAY, 2005).

Grande parte das propostas discutidas nessa Conferência foi acolhida no texto constitucional de 1988. Sarlet e Figueiredo (2014) destacam a visibilidade dessa influência: (i) na conformação do conceito constitucional de saúde à concepção estabelecida pela OMS em que a saúde é compreendida como o estado de completo bem estar físico, mental e social; (ii) no alargamento do âmbito de proteção constitucional, ultrapassando a noção meramente curativa de saúde, para abranger os aspectos da proteção e promoção; (iii) na institucionalização de um sistema único, simultaneamente marcado pela descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde; (iv) na garantia da universalidade e igualdade de acesso à assistência à saúde; (v) no estabelecimento da relevância pública das ações e dos serviços de saúde; (vi) na submissão do setor privado às normas do sistema público de saúde (SARLET; FIGUEIREDO, 2014).

Diversos artigos da Constituição de 1988 tratam ou interferem na compreensão do direito à saúde, que passa a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, especificamente em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao declarar a saúde como direito social, a Constituição impôs ao Estado brasileiro a realização de ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, o Estado deveria intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde, como direito humano fundamental da sociedade brasileira e necessário para o seu desenvolvimento (AITH, 2006; ROCHA, 1999; VENTURA, 2011).

Menicucci (2014) analisa o contexto nacional e internacional para o debate sobre

o papel do Estado quando da discussão da proposta de reforma e de ruptura com a lógica anterior da política pública de saúde do Brasil. Cenário considerado como bastante desfavorável, na contramão da história, com o mundo todo discutindo a diminuição do papel do Estado, com francas reformas pró-mercado, um contexto de políticas de restrição a políticas universalistas, com cortes das despesas públicas, particularmente das despesas com políticas sociais. Mendes, A. (2013) compara o momento da promulgação da Constituição de 1988 no Brasil com o que ocorreu quando da universalização da saúde nos países desenvolvidos europeus, e chama atenção para o fato de que ao contrário do que ocorria naqueles países, o Brasil enfrentava obstáculos econômicos, estava “encolhido fiscal e financeiramente em relação ao seu passado”. Nesse contexto, o país introduzia o conceito de seguridade social e a definição de saúde pública como um direito de todos e dever do Estado. Como consequência, a trajetória do financiamento da Seguridade Social e do SUS sempre permaneceu sob forte tensão, tendo que conviver com um cenário de constrangimentos à efetivação da saúde universal, em que parte da população tem se utilizado do judiciário na tentativa de garantir o direito à saúde (MENDES, A., 2013).

Milhares de pessoas padecem de algum tipo de doença e, sem condições financeiras, procuram o Estado (sentido amplo) para fazer valer seu direito à saúde. O direito à saúde, proclamado em diversos textos normativos, tais como, no artigo 5º, *caput*¹³; artigo 6º¹⁴, artigo 196 e seguintes todos da Constituição Federal; além do artigo 2º¹⁵, da lei específica nº 8.080/1990, que trata do Sistema Único de Saúde, foi expressamente reconhecido como direito público subjetivo pelo Supremo Tribunal Federal, de modo a conferir-lhe magnitude necessária para se cobrar a efetivação desse direito pela via judicial (RASCOVSKI, 2014, p. 165-166).

Entretanto, nesse sentido, algumas reflexões se fazem necessárias. Em estudo realizado por Ferraz (2009), o autor identifica que, no Brasil, a maior proporção de litigantes não são os grupos provenientes de níveis socioeconômicos mais desfavorecidos da sociedade, mas sim, predominantemente, os indivíduos pertencentes à classe média, alertando para o fato de que os resultados dos litígios prevalentes no Brasil não estão atuando na direção de diminuir a iniquidade social, mas agravando as desigualdades na saúde. Para o autor, é provável que o aumento da quantidade de recursos utilizados para financiar os benefícios de saúde concedidos aos demandantes (centenas de milhões de dólares em alguns estados,

¹³ Artigo 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...] (BRASIL, 1988).

¹⁴ Artigo 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição (RASCOVSKI, 2014, p. 166).

¹⁵ Artigo 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...] (BRASIL, 1990).

principalmente, consumida para comprar novas drogas caras) é desviado, pelo menos em parte, de programas de saúde que beneficiariam grupos mais desfavorecidos que não podem facilmente ter acesso aos tribunais para defesa dos seus interesses.

Tome-se como exemplo o caso do estado de São Paulo. Em 2008, o estado gastou aproximadamente R\$ 400 milhões para cumprir ordens judiciais beneficiando cerca de 35.000 demandantes, principalmente, para comprar medicamentos caros, muitos dos quais têm que ser importados e não são sequer registrados para uso no Brasil. Este é aproximadamente o mesmo valor dos recursos que o Ministério da Saúde anunciou para um programa de vacinação para 3,2 milhões de crianças nascidas todo ano no Brasil, e que não será totalmente implementado até 2010 devido a limitações de recursos da saúde. O fato de este modelo de litígio poder ser alterado ou de estar profundamente enraizado na cultura jurídica do Brasil continua a ser uma questão importante, mas complexa. Alguns afirmam, por exemplo, que um esforço pode ser feito de modo que os indivíduos mais desfavorecidos tenham acesso aos tribunais. Outros argumentam que o direito à saúde deve ser reivindicado apenas coletivamente, via ações coletivas demandadas por advogados públicos em nome de grandes grupos de pessoas desfavorecidas [...]. Sugiro que o principal problema está em outro lugar, ou seja, na interpretação dominante atual do direito à saúde pelos tribunais brasileiros como um direito individual. Isso só pode ser sustentado ao custo de universalidade, para quem consegue chegar aos tribunais, uma vez que apenas uma minoria de indivíduos (independentemente de serem ricos ou pobres) jamais seria capaz de desfrutar deste direito expansivo (e caro), em determinado tempo dentro de um contexto de limitações de recursos necessários. Mas dado que o acesso aos tribunais para os mais pobres é um desenvolvimento bastante improvável, precisamos encontrar alguma outra rota mais rápida e menos dramática para retirar as falhas básicas e efeitos perversos sobre a equidade em saúde do modelo atual (FERRAZ, 2009, p. 40-41, tradução nossa)¹⁶

A discussão sobre a judicialização da saúde já seria suficiente para amplos estudos que ultrapassam o escopo do presente ensaio. Entretanto, os questionamentos apontados por

¹⁶ Take as an example the case of the state of São Paulo, where data are more easily available and comprehensive. In 2008, the state spent approximately R\$400 million (approximately US\$200 million) to comply with court orders benefiting around 35,000 successful claimants, mostly to purchase expensive drugs, many of which have to be imported and are not even registered for use in Brazil. This is roughly the same level of resources that the federal Ministry of Health has recently announced will be invested in a program of vaccination [...] to cover all 3.2 million children born every year in Brazil. But this program will not be fully implemented until 2010 due to resource limitations of the health budget. Further research on the opportunity costs of right to- health litigation will be very important in assessing health equity. Whether this model of litigation can be changed or is deeply ingrained in the Brazilian [...] legal culture remains an important and complex issue. Some claim, for instance, that an effort can be made so that more disadvantaged individuals have access to the courts. Others argue that the right to health should be claimed only collectively, via class actions sponsored by public lawyers on behalf of large groups of disadvantaged individuals. While further discussion on this issue is beyond the scope of this paper, I suggest that the main problem lies elsewhere, that is, in the current dominant interpretation of the right to health by Brazilian courts as an individual entitlement to the satisfaction of all one's health needs with the most advanced treatment available. This can only be sustained at the cost of universality, whoever manages to reach the courts, since only a minority of individuals (irrespective of whether they are rich or poor) would ever be able to enjoy this expansive (and expensive) right at any given time within a context of necessary resource limitations. Given these limits, the problem would not be solved if access to the judiciary were extended to the most poor, but would rather be magnified beyond manageable proportions. Such a consequence might be a positive development under the present circumstances. It would force courts and supporters of the current interpretation of the right to health to see that the right to health must be interpreted as a right to equal access to health actions and services that can be provided within available resources. But given that full access to courts for the most poor is a rather unlikely development, we need to find some other speedier and less dramatic route to highlight the basic flaws and perverse effects on health equity of the current model (FERRAZ, 2009, p. 40-41).

Ferraz (2009) sobre a necessidade de se pensar alternativas, corroboram com a importância da reflexão em pauta sobre as diferentes responsabilidades da sociedade na proteção e promoção à saúde:

Se o principal destinatário dos deveres fundamentais é certamente o Estado, fato reiterado pelas expressões usadas no texto constitucional, isso não afasta a eficácia dos deveres de proteção e de promoção à saúde entre particulares, especialmente quanto a obrigações derivadas. O artigo 2º da Lei nº 8.080¹⁷ de 19 de setembro de 1990, não deixa dúvidas: “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” [...]. A noção de dever fundamental conecta-se assim ao princípio da solidariedade, no sentido de que a sociedade é responsável pela efetivação e proteção do direito à saúde de todos e de cada um, no sentido de uma responsabilidade compartilhada (SARLET; FIGUEIREDO, 2014, p. 115).

3.3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi estruturado a partir de princípios universalistas e igualitários, fundamentado na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

O nosso sistema público de saúde tem uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplante de órgãos e outros. No campo restrito da assistência à saúde ele é responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, já que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando concomitantemente o SUS em circunstâncias em que o sistema privado apresenta limites de cobertura. O SUS constitui a maior política de inclusão social da história de nosso país [...]. A instituição da cidadania sanitária pelo SUS incorporou, imediatamente, mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, definitivamente, a figura odiosa do indigente sanitário (MENDES, E., 2013, p. 28).

O SUS foi estabelecido na Constituição de 1988 como uma reivindicação central do Movimento da Reforma Sanitária. Nesse sentido, Sarlet e Figueiredo (2014) enfatizam que eventuais ações tendentes a aboli-lo ou esvaziá-lo deverão ser avaliadas em sua constitucionalidade. Ressaltam que a constitucionalidade do SUS como garantia institucional fundamental significa que a efetivação do direito à saúde deve conformar-se aos princípios e diretrizes pelos quais foi estabelecido nos artigos 198 a 200 da CF: unidade, descentralização, regionalização e hierarquização, integralidade e participação da comunidade (SARLET; FIGUEIREDO, 2014).

Estabelecido e regulamentado pela própria Constituição de 1988, o SUS teve seus objetivos especificados na Lei 8.080/1990: (i) a identificação e divulgação dos fatores

¹⁷ Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

condicionantes e determinantes da saúde; (ii) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde; (iii) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Dentre os princípios e diretrizes estabelecidos na constituição para a garantia do direito à saúde, o princípio da unidade é entendido como sendo o SUS o único sistema de saúde que, embora com descentralização de ações, se submete a uma única direção em cada nível do governo. Isso implica que todos os serviços públicos de saúde, incluindo os de saúde complementar, são pautados por políticas e comando únicos.

Em respeito às necessidades de adaptação da assistência à saúde ao perfil epidemiológico local, o SUS deve operar segundo o princípio da descentralização, constituindo-se enquanto uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e de serviços de saúde.

A descentralização da assistência à saúde dá-se primordialmente pela municipalização, com a prestação dos cuidados de saúde primordialmente pelos Municípios, em detrimento do estado e, supletiva e subsidiariamente, pela União. Isso não exclui a atuação direta do ente central em certas situações, quer para a garantia da necessária harmonização prática entre os princípios constitucionais da eficiência, da subsidiariedade e da integralidade do atendimento, pois a assistência à saúde deve ser executada por quem possua condições para efetivá-la da melhor forma (isto é, com melhor qualidade e condições de acesso), quer em decorrência de uma obrigação de permanente aperfeiçoamento do sistema, notadamente para assegurar equilíbrio à distribuição de recursos (financeiros e sanitários) e equidade no acesso à assistência (SARLET; FIGUEIREDO, 2014, p. 123).

Os serviços de saúde deverão ser organizados hierarquicamente. Isso significa dizer que a assistência à saúde se desenvolve dos cuidados mais simples aos níveis mais altos de complexidade: de serviços comuns a todos os municípios ou ações de atenção básica, passando por assistência de média e de alta complexidade, centralizadas em municípios maiores, para serviços especializados disponíveis em grandes centros do país.

Outro importante princípio é o da integralidade, segundo o qual o dever do Estado não pode ser limitado, mitigado ou dividido, tendo em vista que a saúde como bem individual, coletivo, e de desenvolvimento, pressupõe uma abordagem assistencial completa ou integral (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010). Esse princípio determina que a cobertura oferecida pelo SUS seja a mais ampla possível. Atribui-se prioridade às atividades preventivas, às ações de vigilância sanitária, saneamento básico e à garantia de um ambiente sadio. É pautado, também, nos princípios da razoabilidade e da eficiência. O princípio da integralidade reflete a ideia de que os serviços devem ser tomados como um todo, harmônico e contínuo, de modo

que sejam articulados e integrados em todos os aspectos (individual e coletivo; preventivo, curativo e promocional; local, regional e nacional) e níveis de complexidade do SUS (SARLET; FIGUEIREDO, 2014). A Constituição dispõe que o SUS deve oferecer “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais”. Nesse sentido, a diretriz de integralidade das ações e serviços de saúde representa um importante instrumento de defesa do cidadão contra eventuais omissões do Estado, pois este é obrigado a oferecer o atendimento integral, ou seja, os cuidados de saúde cabíveis para cada tipo de doença, dentro do estágio de avanço do conhecimento científico existente (AITH, 2006; VENTURA, 2011).

O SUS também se caracteriza pela participação da comunidade, tanto na definição, quanto no controle social das políticas de saúde. A participação da comunidade é diretriz constitucional básica que deve ordenar as ações e serviços públicos de saúde. A gestão governamental das ações e serviços públicos de saúde deve ocorrer no âmbito da democracia sanitária, uma forma de gestão da saúde pública em que o poder político é exercido pelo povo. A Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) criou duas instituições jurídicas importantes que institucionalizam a participação da comunidade no SUS: as Conferências, em que representantes de vários segmentos sociais fazem proposições para as políticas públicas; e os Conselhos de Saúde, órgãos permanentes e deliberativos, que atuam no planejamento e controle. Trata-se de mecanismos previstos para a participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, incluindo a normatização. Importante ressaltar que em razão da participação da sociedade ter que ocorrer por exigência legal, não há recursos se não houver Conselhos (DALLARI, NUNES JUNIOR, 2010; MENICUCCI, 2014; SARLET; FIGUEIREDO, 2014; VENTURA, 2011; VIEIRA, 1999).

Ao realizarem estudo comparativo sobre o sistema de participação do Brasil com os sistemas da Inglaterra e da Itália, Serapioni e Romaní (2006) ressaltam a peculiaridade do caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde do Brasil, devido à participação social diretamente no processo de decisão. Entretanto, os autores identificam que a experiência brasileira não tem demonstrado que existam significativas vantagens pelo fato de os conselheiros usuários participarem do fórum com caráter deliberativo. Segundo os autores, os porta-vozes dos cidadãos nos Conselhos se encontram em posição de desvantagem em relação aos outros segmentos, o que acaba por se tornar um fator de desmotivação e de afastamento dos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, recomendam aos órgãos de representação dos cidadãos:

Instaurar relações mais intensas e significativas com a própria base de apoio; estar

presente tanto nas instituições sanitárias como na comunidade; escutar a voz dos pacientes; levantar as necessidades dos usuários e as falhas do sistema dos serviços. Dessa forma, os fóruns poderiam reforçar sua representatividade e conseguir exercer uma maior influência. Deveria, em outras palavras, desenvolver um modelo de participação que trouxesse sua legitimação, ação e força contratual da relação intensa com os cidadãos (SERAPIONI; ROMANI, 2006, p. 2419).

Quanto ao primeiro grande princípio do SUS, está definido no artigo 196 da Constituição: o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Esse princípio implica que as ações e serviços públicos de saúde oferecidos devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e devem ser fornecidos de forma igualitária e equitativa (AITH, 2006; ROCHA, 1999; VENTURA, 2011). Sarlet e Figueiredo (2014), ao se referirem à titularidade universal do direito à saúde prevista na Constituição como um direito a ser assegurado a todas as pessoas, ponderam que isso não impede diferenciações na aplicação prática da norma, notadamente quando sopesada com o princípio da igualdade, uma vez que tais princípios, embora correlacionados, não se confundem.

A titularidade universal não se confunde com a universalidade de acesso ao SUS, que poderá eventualmente sofrer restrições diante das circunstâncias do caso concreto, sobretudo se tiverem por desiderato a garantia de equidade do sistema como um todo – dando-se prevalência ao princípio da igualdade (substancial), que pode justificar discriminações positivas em prol da diminuição das desigualdades regionais e sociais, ou da justiça social, por exemplo (SARLET; FIGUEIREDO, 2014, p. 119).

Para que se possa ter dimensão do alcance do SUS, Mendes, E. (2013) ressaltava dados do Sistema: quase seis mil hospitais e mais sessenta mil ambulatorios contratados, mais de dois bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, mais de onze milhões de internações hospitalares por ano, aproximadamente dez milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia por ano, mais de duzentas mil cirurgias cardíacas por ano e mais de 150 mil vacinas por ano. Carvalho (2013), ao se referir aos dados de 2012, com ênfase no total de procedimentos das três esferas de governo, destaca que “o total de procedimentos chegou a 3,9 bi. Só de internações, 11 mi, sendo 3,3 mi de cirurgias, 2 mi de obstetrícia e 6 mi de internações clínicas. Exames, 887 mi, incluindo os bioquímicos e os de imagem. Ações de prevenção, 587 mi” (CARVALHO, 2013, p. 25).

Mendes, E. (2013) amplia a análise afirmando que além dos números impressionantes do SUS, há o desenvolvimento de programas que são referências internacionais como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/AIDS, o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos e o Programa Brasileiro de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, ao mencionar a concepção constitucional de um sistema de

saúde com cobertura universal, discorre que o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação, uma vez que o SUS vem se consolidando como um subsistema público de saúde que convive com um subsistema privado de saúde suplementar e com outro subsistema privado de desembolso direto. Para o autor, a generosidade do mandamento jurídico da saúde como direito de todos e dever do Estado não foi sustentada por uma base material que garantisse um financiamento compatível com a universalidade (MENDES, E., 2013).

Inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde. Entre os obstáculos destacam-se a diminuição do financiamento federal, as restrições de investimento em infraestrutura e a gestão do trabalho. Há uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações, sendo adiada a efetivação de planos de carreiras, cargos e salários. Portanto, ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (PAIM, 2013, p. 1933).

Especificamente em relação ao financiamento, importante ressaltar que as três esferas do governo devem ser lembradas tanto para se falar de sucessos como de fracassos do Sistema. A participação federal veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980, a participação federal era de 75%, a estadual de 18%, e a municipal de 7%. Em 1991, 73% da União, 15 % dos estados e 12% dos municípios. Em 2001, 56% da União, 21% dos estados, e os municípios 23%. Já em 2011, a União contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, 28% (CARVALHO, 2013). “Os gastos federais em saúde vêm numa tendência decrescente, e os estados e municípios vêm aumentando seus gastos e chegaram ao limite definido pela Emenda Constitucional 29” (MENDES, E., 2013, p. 32).

As evidências internacionais mostram que todos os países que estruturaram sistemas universais de saúde, *beveridgeanos* ou *bismarckianos*, apresentam uma estrutura de financiamento em que os gastos públicos em saúde são, no mínimo, 70% dos gastos totais em saúde. Por exemplo: Alemanha, 76,8%; Canadá, 71,1%; Itália, 77,6%; Holanda, 84,8%; Noruega, 85,5%; Reino Unido, 83,2%. No Brasil, o gasto público como percentual do gasto total em saúde é de, apenas, 47%, inferior aos 53% que constituem o percentual de gastos privados em saúde [...]. Com a estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. Essa é a razão fundante da segmentação do sistema de saúde brasileiro que poderá fazer de nosso sistema público de saúde, em longo prazo, um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos. Os gastos públicos em nosso país são muito baixos quando comparados com outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de US\$1.009,00, mas o gasto público *per capita* em saúde é de apenas US\$ 474,00.

Esse valor é muito inferior aos valores praticados em países desenvolvidos, mas é inferior a países da América Latina como Argentina, US\$ 851,00; Chile, US\$ 562,00; Costa Rica, US\$ 825,00; Panamá US\$ 853,00; e Uruguai, US\$ 740,00. A razão para esse baixo gasto público em saúde no Brasil está no fato de que os gastos em saúde correspondem a 10,7% do gasto do orçamento total dos governos, um valor muito abaixo do praticado em âmbito internacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MENDES, E., 2013, p. 31).

3.3.2 A assistência à saúde prestada pela iniciativa privada

Ao realizar análise retrospectiva do Sistema Único de Saúde, Menicucci (2014) enfatiza que a política de saúde, no Brasil, foi constituída de forma segmentada desde seu nascedouro, que seus problemas estruturais se pautam na convivência de um sistema público e outro privado, além das dificuldades de se implantar um sistema único e universal em um país com as dimensões do Brasil.

O artigo 199 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) prescreve que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, revelando-se a necessária convivência do serviço público com prestadores privados na área¹⁸. Dallari e Nunes Junior (2010) abordam a temática discorrendo sobre a importância do discernimento dos diferentes regimes jurídicos na atuação privada na saúde: a existência de uma disciplina jurídica para a atuação da iniciativa privada junto ao SUS e outra para a atuação fora dele. O artigo 199 estabelece que a iniciativa privada deve atuar junto ao SUS de forma complementar, para completar eventuais necessidades de atendimento. Nesse sentido, a Constituição estaria admitindo a concorrência da esfera privada de forma residual. São atuações que ocorrem mediante contratos públicos ou convênios.

O referido dispositivo constitucional aponta que, nessa relação com instituições privadas, deve-se dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos. Logo, o gestor do SUS não tem avaliação discricionária: diante de duas entidades privadas aptas à complementação do sistema, só havendo necessidade de uma, deve-se escolher a que tenha caráter filantrópico ou sem fins lucrativos. Essa preferência vem reforçada pela dicção do parágrafo 2º, do artigo 199, que proíbe a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições com fins lucrativos (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 96).

Em relação à presença da iniciativa privada fora do SUS¹⁹, Dallari e Nunes Junior

¹⁸ Uma abordagem sobre as questões relativas ao exercício da prestação de serviços de atendimento à saúde pela iniciativa privada, passando pelo controle estatal, possibilidades de contratação e prevenção de abusividades é encontrada em:

PEREIRA, R.S. Planos de saúde: aspectos jurídicos fundamentais. In: RÉ, A. I. M. R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 231-260.

¹⁹ Análise sobre os planos de saúde e defesa do consumidor pode ser consultada em:

(2010) descrevem que está previsto um regime jurídico diverso, em que não há restrições, existindo, portanto, a possibilidade dos entes privados prestarem assistência à saúde nos distintos níveis de complexidade. Destacam que, por indicação do artigo 197, qualquer atividade de saúde deve estar submetida ao controle do Poder Público e, ainda, que o parágrafo 3º, do artigo 199, proíbe a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo nos casos previstos em lei. A regulação da atuação dos planos privados de assistência está prevista na Lei 9.656/1998 (BRASIL, 1998), colocando-os sob supervisão e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Para Menicucci (2014), a política pública voltada à saúde no Brasil incentivou o desenvolvimento do mercado privado tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para a construção de unidades hospitalares.

Fundamental para entender a trajetória da dualidade do sistema brasileiro foi a estratégia de fazer convênios com empresas que, por meio de subsídios governamentais, se encarregassem da prestação de assistência à saúde a seus empregados. Esse é o berço dos planos de saúde, porque desenvolveu nas empresas a prática de prestar serviços aos empregados, o que gerou no mercado outra modalidade institucional: as empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras [...]. Se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio de convênios, posteriormente as empresas passam a ser independentes do governo [...]. Se era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, passa a ter independência e a fazer parte das negociações coletivas dos trabalhadores [...]. A consequência disso para o SUS é muito grande, uma vez que perde significativo apoio de um ator político que é a massa de trabalhadores organizados (MENICUCCI, 2014, p. 80).

A autora vai além da análise dos convênios e trata dos incentivos fiscais ofertados, ainda na década de 1980, inicialmente para as empresas empregadoras para deduzir de seus lucros o gasto com a assistência à saúde dos empregados e, portanto, obter redução no imposto de renda. Entretanto, posteriormente, com a expansão do mercado de venda de planos de saúde individuais, os incentivos fiscais se estenderam para pessoas físicas com a possibilidade de serem descontados no imposto de renda os gastos com a saúde.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) passa a evidenciar visões antagônicas, um sistema híbrido e segmentado: uma visão estatizante em que o direito à saúde deve ser provido pelo Estado, e outra privatizante, preservando a liberdade de mercado.

Por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; por outro, preserva a liberdade de mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência e independentes de qualquer intervenção

governamental. Essa intervenção via regulação do setor privado, só ocorrerá no final da década de 1990: em 1999, pela lei que regulamenta os planos privados, e em 2000 pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Curiosamente, no momento em que se fazia um esforço hercúleo de se implementar a política de saúde definida na Constituição, verifica-se a entrada na agenda governamental e pública da regulamentação dos planos privados de saúde, o que acontecerá no final da década de 1990 (MENICUCCI, 2014, p. 81).

A análise do processo de mudanças desencadeadas a partir da Constituição de 1988, no que se refere ao Sistema de Saúde e a agenda dos diferentes governos desse período, é sintetizada por Paim (2013):

Todos os governos prestaram alguma contribuição ao SUS: Sarney implantou o SUDS; Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; Itamar criou o Programa Saúde da Família (PSF), extinguiu o INAMPS e avançou a descentralização; Fernando Henrique Cardoso ampliou o PSF, implantou a política dos medicamentos genéricos e organizou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Lula montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementou as políticas de saúde mental e bucal; Dilma regulamentou a *Lei no 8.080/1990* e aprovou a *Lei Complementar 14*. Nenhum deles, porém, incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela Constituição de 1988 (Paim, 2013, p. 1932).

3.4 A saúde mental no Brasil

Para que se possa compreender a atual situação da saúde mental no Brasil é imperativo retornar à década de 1970 e observar o contexto que mobilizou a sociedade brasileira naquele movimento que ficou conhecido como o da *Reforma Psiquiátrica*. Muitas denúncias traziam à baila a precariedade dos manicômios, um modelo psiquiátrico comparado por Franco Basaglia quando esteve em visita ao manicômio de Barbacena-MG, à época, com *campos de concentração de nazista*. Não era para menos, na ocasião, relatos repletos de violências e violações de direitos humanos, que feriam todos os princípios de dignidade humana passaram a fazer parte de publicações, discussões e reuniões lideradas por trabalhadores da saúde mental e retratavam um cenário de horrores nos hospitais psiquiátricos do país. A comparação feita por Basaglia possibilita a reflexão de que, talvez, ele não se remetesse apenas a uma afronta à dignidade humana, mas a um sistema de extermínio (não *tão somente* de exclusão social). Importante participação durante esse período (final da década de setenta) foi protagonizada pela crise vivenciada pelos profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Rio de Janeiro, órgão do Ministério da Saúde responsável pela

reformulação das políticas de saúde em 1978. Formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que mais tarde se organizaria no Movimento da Luta Antimanicomial. Devem ser também mencionados outros atores sociais nesse processo como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o setor privado, a indústria farmacêutica e as Associações de Usuários e Familiares. O movimento não era, portanto, unitário, homogêneo ou monolítico, mais corretamente seria, talvez, a denominação de movimentos (AMARANTE, 2013; AMARANTE; TORRE, 2010).

A precarização das condições de trabalho, e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, nas grandes instituições psiquiátricas (tais como o Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), produziram um efeito cascata e detonaram a união dos trabalhadores da saúde mental para as mudanças necessárias no sistema (AMARANTE, TORRE, 2010, p. 117).

Desde seu início, a Reforma Psiquiátrica brasileira esteve articulada à Reforma Sanitária e à criação do SUS. Com a inclusão do SUS na Constituição de 1988, instaurou-se o marco legal que sustentou um corte no modelo de sistema de saúde no Brasil. Com os princípios e diretrizes do SUS, o sistema de saúde sofre profundas formulações, no âmbito jurídico-assistencial, político-administrativo e técnico assistencial (CAMPOS, 1992; CORDEIRO, 1991).

A reforma psiquiátrica seguiu a mesma direção, se articulou aos princípios do SUS, tornando-se uma política oficial e se caracterizou em duas fases. A primeira fase de crítica institucional; e a segunda fase, após a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), na qual se percebe a constituição progressiva da rede substitutiva ao manicômio e o enfrentamento da institucionalização das políticas de reforma psiquiátrica no Brasil, isto é, uma inclusão das ações e propostas transformadoras e inovadoras da primeira fase na agenda governamental, como política pública oficial. A partir de 1987, trabalhadores da Saúde Mental se agrupam em torno da utopia *Por uma Sociedade sem Manicômios*; diferentemente do movimento reformista, a nova proposição não se apresenta como solução e aponta uma reviravolta do pensar a questão da loucura, esboçando uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico (AMARANTE; TORRE, 2010; BASAGLIA, 2001; NICÁCIO, 2003).

Para além de uma mudança administrativa, gerencial, técnica, burocrática, estatal ou institucional, a reforma psiquiátrica brasileira em seus fundamentos históricos aponta para a busca do fortalecimento da cidadania e da democracia, da participação social, dos direitos humanos e da solidariedade, por meio de ações e reflexões, de práticas e críticas, que extravazam o campo sanitário, e também o campo técnico-profissional, se expandindo pelos grupos, comunidades e organizações do tecido social da cidade ou dos espaços urbanos e de convivência (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 129-130).

A principal crítica que se faz ao modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente, por sua exclusão social, que se propõe pelo asilamento. A Reforma Psiquiátrica pressupõe não somente a humanização das relações entre os sujeitos nas instituições, mas a mudança na organização dos trabalhos e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Analisando o contexto e o intenso debate que se estabeleceu ao longo dos anos 1990 acerca de modelos teóricos em confronto, e da concorrência entre as diferentes soluções possíveis para a organização de serviços e premissas éticas dos cuidados com os pacientes com sofrimento mental, Delgado (2011) parte da perspectiva dos Direitos Humanos, e enfatiza que anteriormente não existia o paciente como sujeito de direito. Tudo que se fazia era em nome dele, para o seu bem, o que parecia ser o melhor para ele, mas ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito. Entretanto, no decorrer da década de 1990:

Lá estavam os pacientes, que se autodenominavam usuários do serviço de saúde mental, como delegados formais à II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, depois de participarem de centenas de conferências municipais país afora. Não saíram mais da cena da política, como protagonistas. Na III Conferência Nacional, em 2001, de forma mais numerosa, mais organizados, mais implicados na grave responsabilidade de que estavam investidos, como cidadãos que estavam criando em diálogo com os profissionais do Estado, as bases para a construção e consolidação política pública de saúde mental (DELGADO, 2011, p. 3).

Entretanto, essa trajetória que antecedeu a aprovação da Lei 10.216, em 2001 (BRASIL, 2001), que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, caracterizou-se como um processo de muitos embates e se iniciou em 1989 quando foi apresentado o projeto de Lei nº 3.657 (DELGADO, 1989). Tal projeto impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomiais de atendimento e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação. O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi sancionada em 2001. Durante esse período houve intensa discussão sobre o tema em todo o país:

[...] o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalta-se ainda que o Ministério da Saúde editou no período 11 portarias, das quais se destacam as Portarias nº 189/1991 e nº 224/1992, que deram existência institucional aos Núcleos de Atenção Psicossocial e ao Centros de Atenção Psicossocial, e as Portarias nº106 e nº 1.220, ambas de 2000, que instituíram os serviços residenciais terapêuticos (BRITO; VENTURA, 2012, p. 52).

Essa trajetória de lutas não foi linear, enfrentou muitas oposições e dificuldades. Nesse sentido, torna-se imprescindível mencionar o papel daqueles que durante esse período ficaram conhecidos como *adversários da reforma* e que terão importância fundamental no estudo da implantação das atuais políticas de saúde mental: os familiares.

Observemos que a trajetória dos familiares dos pacientes, especialmente dos mais graves, internados por longos períodos nos hospitais psiquiátricos, seguiu um percurso diferente. Também participaram de todo o processo, e se organizaram de maneira vigorosa em entidade de âmbito nacional, mas em geral expressando um temor muito grande em relação à superação do paradigma hospitalocêntrico e, por isso, opondo-se à mudança de modelo [...]. Tive inúmeros momentos de diálogo, sempre tenso, com os familiares organizados em torno de associações que combatiam o projeto de lei em discussão, e sou testemunha da angústia e do sentimento de desamparo [...] que essas famílias revelavam diante de uma mudança que, para nós, era uma busca da humanização e melhora do atendimento, mas para elas significava a pura incerteza quanto ao futuro (DELGADO, 2011, p. 3-4).

3.4.1 Direitos à saúde mental no Brasil

Muitos são os pontos de comunicação entre saúde mental e Justiça. Desde que a psiquiatria apropriou-se do fenômeno da loucura, transformando-a em doença, qualquer decisão judicial a respeito desse sujeito acabou sendo mediada, senão governada, pelo saber médico operante na forma de perícia (CAMPOS; FRASSETO, [2010]). A disciplina jurídica dispensada às pessoas com transtornos mentais baseou-se nas ideias de que tais pessoas eram doentes, perigosas, irresponsáveis, incapazes de seguir as normas sociais, eram vistas como objeto de proteção do Estado e que, por natural incapacidade, sofriam de exclusão ou limitação de seus direitos fundamentais. No plano cível, as pessoas passaram a ser classificadas e estigmatizadas como incapazes, o que gerava perda ou redução da capacidade para atos da vida civil, bem como autorizava a internação psiquiátrica forçada e por tempo indeterminado. No âmbito penal, tornaram-se inimputáveis ou semi-imputáveis e sujeitas a medidas de segurança, em manicômios judiciários, por longo período ou até indefinidamente, conforme a permanência ou cessação de suas *periculosidades* (CRUZ, 2014). A justiça consolidou em dois grandes polos sua intervenção em face do sujeito louco ou doente: (i) declaração de incapacidade (âmbito privado, ações de interdição, nomeação de curador, perda de capacidade de negociação); (ii) declaração de periculosidade (âmbito público, ações penais, declaração de inimputabilidade, aplicação de medida de segurança) (CAMPOS; FRASSETO, [2010]).

O Sistema de Justiça sempre tomou a loucura na dimensão da incapacidade e da

periculosidade, impondo ou legitimando estratégias segregatórias de recolhimento institucional permanente. A afirmação da pessoa humana como titular de direitos fundamentais, o reconhecimento de direitos especiais para as minorias em condição especial de vulnerabilidade; a releitura crítica das práticas de apropriação e controle da loucura por meio da psiquiatria e da institucionalização, enfim, toda uma série de fatores, consolidados a partir do último quarto de século XX foram aos poucos alçando o louco da condição de mero objeto de tutela para a condição de sujeito de direitos. Daí que, nesse novo cenário, totalmente diferente de suas funções clássicas de declaração de incapacidade e periculosidade do sujeito, assume o sistema de Justiça a posição de garantidor de direitos e de controle rigoroso da limitação a direitos fundamentais que é imposta ao sujeito com transtorno mental em nome da proteção da ordem pública ou, mais comumente, em nome de seu próprio bem e tratamento. Assim, cabe à justiça garantir ao paciente o direito a um tratamento eficiente, permitindo a ele a escolha de estratégias não limitadoras de sua liberdade. Cabe a ela, também, devolver a liberdade aos que se mostrarem irregularmente recolhidos (CAMPOS; FRASSETO, [2010], p. 3).

Em relação à Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), específica de direitos à saúde mental e mencionada anteriormente, merecem atenção alguns aspectos. A lei institui um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. Embora não se remeta a mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica. É resultante de um longo processo de tramitação e de grande complexidade para harmonizar diversos discursos e interesses envolvidos. Ao mesmo tempo em que significa um avanço para a elaboração de políticas de saúde mental no país, é motivo de diversas críticas:

A lei foi criada com toda a efervescência dos anos 90, com a legitimidade construída pelo debate e pelos avanços obtidos na mudança do modelo de atenção. A partir de sua aprovação, ela passa a ser polo orientador do próprio debate. Grupos que consideram que o Brasil tem uma Política de Saúde Mental equivocada, como os segmentos vinculados a hospitais psiquiátricos ou a algumas associações profissionais, todos defendem a lei 10.216. O que dizem é que ela poderia estar sendo mal aplicada, mas não há constatação explícita da lei. Claro, não sejamos ingênuos, nesses 10 anos, várias vezes por ano, propostas de mudança da lei foram apresentadas ao Congresso brasileiro. O governo é sempre parte nessa questão, convocado através do Ministério da Saúde, e sempre se manifestou contrário às mudanças da Lei 10.216 (DELGADO, 2011, p. 6).

Resultante de intenso esforço de conciliação de vozes (e de interesses) de diferentes atores sociais, seu texto retrata as características da transição paradigmática pela qual passava (e ainda passa) a área da saúde mental. De um lado, o paradigma psiquiátrico descrevendo as demandas de saúde mental como doentes que precisam de tratamento e, de outro, o paradigma psicossocial e sua ênfase na inserção social e comunitária das pessoas em sofrimento mental. O impasse estabelecido pelas diferentes vertentes pode ser identificado ao se observar as formas de abordagem das pessoas a quem se dirige a proteção legislativa no decorrer do texto, conforme exemplificado com fragmentos retirados da própria lei e apresentados a seguir:

Fragmentos da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001): de quem e para quem está se falando

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais...

Artigo 1º: os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental ...

Artigo 2º: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares...

Parágrafo único: são direitos da pessoa portadora de transtorno mental

Artigo 3º: [...] a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, [...] unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Artigo 4º [...]

Parágrafo 1º [...] a reinserção social do paciente em seu meio.

Parágrafo 2º [...] oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais...

Parágrafo 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais [...] e que não assegurem aos pacientes...

Artigo 5º: O paciente ...

Artigo 6º [...]

Parágrafo Único [...]

I. [...] com o consentimento do usuário...

II. [...] sem o consentimento do usuário...

Artigo 7º: A pessoa que...

Parágrafo único: [...] solicitação escrita do paciente...

Artigo 9º: [...] quanto à salvaguarda do paciente...

Artigo 10: [...] ou o representante legal do paciente...

Artigo 11: [...] consentimento expresso do paciente...

De importância inquestionável para o avanço das políticas de saúde mental no Brasil, seu artigo 1º incorpora a orientação geral da ONU (1991):

Artigo 1º. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata essa Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Em seu artigo 2º prioriza o atendimento comunitário, o que é reforçado no artigo 4º, que estabelece a internação como modalidade de tratamento a ser utilizada, apenas, nos casos em que é indispensável. Ainda em relação ao artigo 2º, no parágrafo único, estão elencados os direitos da pessoa portadora de transtorno mental que deverão ser informados à pessoa e a seus familiares ou responsáveis, a saber:

- I- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III- Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V- Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI- Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII- Receber o maior número de informações a respeito de sua saúde e de seu

tratamento;

VIII- Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

(BRASIL, 2001)

Merece ressaltar, também, que a lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) aborda do artigo 4º ao artigo 11 a temática do tratamento (internação e recursos extra-hospitalares), apresentando a possibilidade de internação para as situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. São previstos os tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária – aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária – aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; internação compulsória, aquela determinada pela justiça.

O artigo 5º, dos pacientes de longa permanência em hospitais, que ainda são cerca de nove mil em nosso país, deu origem à outra lei da Reforma, aprovada em 2003 (BRASIL, 2004), que institui o Programa de Volta para Casa (DELGADO, 2011, p. 5).

A discussão sobre internação leva inevitavelmente ao debate sobre institucionalização e desinstitucionalização em saúde mental. O conceito de Institucionalização está relacionado ao de Instituição Total, local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2003). Nas instituições totais há uma divisão fundamental entre um grupo controlado – internados – e a equipe dirigente responsável pelo controle das ações e rotina daqueles internados (GOFFMAN, 2003). Esta relação, prolongada no tempo, tende a criar uma situação de dependência do internado para com a instituição e, em consequência, a impossibilidade ou dificuldade de aquisição dos hábitos esperados na sociedade mais ampla. Ao contrário do que ocorre com grande parte da hospitalização médica, a estada do paciente no hospital psiquiátrico é muito longa e o efeito muito estigmatizador para permitir que o indivíduo volte facilmente ao local de onde veio. Como resposta à sua estigmatização e à privação que ocorre quando entra no hospital, o internado frequentemente desenvolve certa alienação com relação à sociedade civil, e que às vezes se exprime pelo fato de não desejar sair do hospital. Essa alienação pode desenvolver-se independentemente do tipo de perturbação que levou o paciente a ser internado, e constitui um efeito secundário da hospitalização, que muitas vezes tem mais significação para o paciente e seu círculo pessoal do que suas dificuldades originais (GOFFMAN, 2003; SANTORO FILHO, 2012).

A institucionalização representa uma forma de exclusão social mediante internações

em hospitais ou outras instituições e subsunção a tipos ou modelos psiquiátricos. Com esse processo obtém um diagnóstico e um prognóstico – doença e desenvolvimento terapêutico para a cura – e, a partir dele, a possibilidade de exercício de controle sobre as ações do doente, diminuição do seu *eu*, de sua vontade e autonomia e, em suma, de sua condição de pessoa. Este processo de despersonalização implica, em maior ou menor grau, a criação de uma relação de dependência entre internado/instituição e, em consequência, proporcionalmente dificuldades para reintegração social (SANTORO FILHO, 2012, p. 50).

A desinstitucionalização aponta para uma nova abordagem do problema da doença ou dos transtornos mentais. O doente não mais se resume à doença e nem constitui um objeto do tratamento, deixa de figurar como um objeto da psiquiatria para passar a ostentar a condição de sujeito. A desinstitucionalização é um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica:

Artigo 5º. O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracteriza situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Trata-se a desinstitucionalização, portanto, de um processo que integra a nova política de saúde mental no Brasil, que tem por objetivo a reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental e que se desenvolve por instrumentos terapêuticos e de assistência social. Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel de fundamental importância, pois são unidades de atendimento público em saúde mental, em regime ambulatorial, de atenção diária. São serviços substitutivos, e não complementares aos hospitais psiquiátricos, que tem por função realizar o acompanhamento clínico e proporcionar, mediante o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos e fortalecimento dos laços familiares e sociais, a reintegração social das pessoas portadoras de transtornos mentais (SANTORO FILHO, 2012).

É preciso registrar a coexistência do CAPS com o sistema psiquiátrico público e privado, atualmente em vigor no Brasil e que se caracteriza por ser:

Organizado em hospital psiquiátrico público; clínica psiquiátrica privada com atividade regida por contrato com o SUS; hospital universitário com serviço psiquiátrico geral e com a formação do psiquiatra brasileiro realizada nessas instituições (onde domina o paradigma biomédico); e em serviço público extra-hospitalar (ambulatório, hospital-dia, CAPS, residência terapêutica) (PERRUSI, 2010, p. 79).

Perrusi (2010) realiza crítica contundente sobre a participação da iniciativa privada no sistema de saúde e sua influência no cenário atual ao lembrar que é difícil colocar em prática a lógica institucional do SUS, uma vez que a predominância do setor privado inverte a lógica proposta: o privado – complementando o público – o que ocorre é o contrário;

58% dos leitos psiquiátricos eram privados em 2005 (BRASIL, 2005). Enfatiza que a saúde mental brasileira é estruturada economicamente de tal forma que o setor privado, inclusive como modo de sobreviver financeiramente, precisa sufocar o desenvolvimento do setor público. A manutenção do hospitalocentrismo, além das controvérsias ideológicas, possui um fundamento econômico e privado: dado o desenvolvimento das instituições psiquiátricas, calcadas no setor privado, o hospital psiquiátrico é a melhor forma de sustentação econômica, já que a rentabilidade privada é proveniente da exploração da internação, logo, do leito ocupado (PERRUSI, 2010).

O investimento privado em estruturas extra-hospitalares não tem contrapartidas financeiras, não é rentável. Juntando isso ao fato de que o serviço público em saúde mental jamais escapou completamente à lógica hospitalocêntrica, até mesmo por causa da falta de recurso para investir em estrutura extra-hospitalares, o hospitalocentrismo ainda hegemoniza a assistência psiquiátrica brasileira (PERRUSI, 2010, p. 79).

Na contramão dessa tendência estão os CAPS, regulamentados pela Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) e pela Portaria GM nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), ambas do Ministério da Saúde. As unidades estão divididas em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III: (i) CAPS I são serviços de menor porte, implantados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, e que funcionam durante os dias úteis da semana; (ii) CAPS II são unidades de porte médio, destinados aos municípios com mais de 70.000 habitantes, que também funcionam nos dias úteis; (iii) CAPS III prestam serviços de maior porte, instalados em municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam de modo ininterrupto e, possuem, no máximo, cinco leitos, o que proporciona o acolhimento noturno e, inclusive, internação pelo período máximo de sete dias; (iv) CAPS i são especializados no atendimento de crianças e adolescentes e funcionam em municípios com mais de 150.000 habitantes, durante os dias úteis; (v) CAPS ad (álcool e drogas) são previstos para municípios com mais de 70.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização, necessitem de atendimento especializado no tratamento de usuários de álcool e drogas; (vi) CAPS ad III atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidade de cuidados contínuos, um serviço com no máximo 12 leitos, funcionamento 24 horas (inclusive finais de semana e feriados), indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes.

Estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, em 2010, abrangendo 85 do total de 230 CAPS no Estado de São Paulo, na época, utilizou-se das especificações constantes na Portaria 336, de 2002, do Ministério da

Saúde, que define as diferentes modalidades de CAPS e estabelece sua estrutura e modo de funcionamento, e identificou aspectos importantes para a reflexão sobre aquele que tem sido considerado como o eixo da articulação da rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 2002). De acordo com os resultados, menos da metade dos CAPS cumprem com o que diz a portaria no seu conjunto. Itens fundamentais como a existência de um projeto terapêutico para a instituição e para cada paciente não foram encontrados na maioria dos Centros. Nos CAPS Infantil e de Álcool e Drogas muitos prontuários, além de incompletos, estavam ilegíveis (CREMESP, 2010).

Alguns dados que foram apontados pelo CREMESP como indicadores da precariedade desses serviços: (i) 25,3% dos CAPS não tinham retaguarda para emergências médicas; (ii) 31,3% dos Centros não tinham retaguarda para emergências psiquiátricas e 42,0% não contavam com retaguarda para internação psiquiátrica; (iii) 27,4% não mantinham articulação com recursos comunitários para a reintegração profissional; (iv) 29,8% não mostraram integração com outros serviços da comunidade; (v) 45,2% dos CAPS avaliados não realizavam capacitação das equipes de atenção básica e 64,3% não faziam supervisão técnica para os membros dessas equipes; (vi) 16,7% não tinham responsável médico e mesmo entre os que tinham 66,2% dos serviços não possuíam registro no Cremesp; (vii) 69,4% dos entrevistados disseram que a maior dificuldade das equipes era a insuficiência do quadro de pessoal; e (viii) 37,6% apontaram a relação com outros serviços da área como a maior dificuldade (CREMESP, 2010).

A Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) prevê a abertura de serviços comunitários à medida que vão sendo fechados leitos hospitalares psiquiátricos. Estabelece, também, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que ocorreu somente em 2009 no Estado de São Paulo.

Esse atraso, aliado a uma lentidão na abertura de CAPS, fez com que os Centros de Atenção Psicossocial, em número insuficiente e sem retaguarda dos hospitais e demais serviços, tivessem de assumir funções muito além de suas possibilidades. Para agravar, além do descompasso entre o fechamento dos velhos serviços e a abertura dos novos, as instituições em nenhum momento tiveram suas equipes completas nem capacitadas, e a construção da rede – tida como essencial no novo modelo – ainda é uma proposta em andamento (CREMESP, 2010, p. 30).

Os resultados obtidos pelo Ministério da Saúde referente a 2014 (BRASIL, 2015) indicam ampliação da cobertura CAPS no Estado de São Paulo, no período de 2008 a 2014, conforme Tabela 1. De acordo com o cálculo do indicador²⁰ CAPS/100.000 habitantes

²⁰ Indicador de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com

utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a cobertura do CAPS²¹, considera-se que o CAPS I oferece uma resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPS – Infância e CAPS – Álcool e Drogas dão cobertura a 100.000 habitantes. Os parâmetros adotados para interpretação dos dados são: (i) cobertura muito boa: acima de 0,70 por 100 mil habitantes; (ii) cobertura regular/boa: entre 0,50 e 0,69; (iii) cobertura regular/baixa: de 0,35 a 0,49; cobertura baixa: de 0,20 a 0,34; (iv) cobertura insuficiente/crítica: abaixo de 0,20.

Especificamente em relação à cobertura CAPS no Estado de São Paulo, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015):

Tabela 1 - Índice de Cobertura CAPS para o Estado de São Paulo no período de 2008 a 2014 de acordo com dados do Ministério da Saúde

Ano	Índice de Cobertura CAPS	Cobertura
2014	0,76	Muito boa
2013	0,75	Muito boa
2012	0,72	Muito boa
2011	0,64	Regular/boa
2010	0,65	Regular/boa
2009	0,61	Regular/boa
2008	0,56	Regular/boa

Fonte: Brasil (2015).

Embora se reconheça que a Cobertura CAPS seja, apenas, um dos indicadores para que se possa pensar nas atuais condições de acesso ao Sistema de Saúde para a demanda de saúde mental, entende-se que se trata de um indicador de relevância dentro da proposta de mudança paradigmática que vem se estabelecendo no país desde a década de 1970. Os dados do Estado de São Paulo, no período de 2008 a 2014, demonstram a ampliação desses serviços articuladores estratégicos da rede de atenção de saúde mental, que objetivam promover a reinserção social, a promoção da vida comunitária e a autonomia das pessoas com demanda de saúde mental. Obviamente, além da expansão da cobertura, torna-se necessário o constante monitoramento da qualidade dos serviços que estão sendo prestados.

necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas nos Centros de atenção Psicossocial (BRASIL, 2015).

²¹ Método de Cálculo:

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ CAPS I} \times 0,5) + (\text{n}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS III} \times 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS i}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS ad}) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPSad III} \times 1,5) \text{ em determinado local e período}}{\text{X } 100.000 \text{ População residente no mesmo local e período}}$$

A análise da estruturação do CAPS vem ao encontro do objetivo de se compreender como está se estabelecendo, naquele que é o estado com os melhores recursos da Federação, o acesso aos direitos para uma parcela da população que possui uma existência com pouco (ou nenhum) recurso financeiro acrescido de transtorno mental ou sofrimento mental, e que é extremamente dependente de políticas públicas e de programas sociais. Nesse sentido, o estudo segue buscando analisar contribuições teóricas sobre o direito ao acesso à justiça, considerado como “o direito primeiro, o direito garantidor dos demais direitos” (SADEK, 2014, p. 20).

Considerando-se que foram abordadas diferentes normas, nacionais e internacionais, para a proteção dos direitos das pessoas que tenham demanda de saúde mental, entende-se que se torna necessário analisar as possibilidades de acesso à justiça que garantirão que tais normas possam, no dia a dia da pessoa portadora de transtorno mental ou em sofrimento mental, significar respeito à dignidade da pessoa humana.

4. CAPÍTULO 2

DIFERENTES CONTRIBUIÇÕES PARA A ANÁLISE DO ACESSO À JUSTIÇA

Desde a década de 1980 a palavra democracia assumiu um lugar de relevância no repertório do povo brasileiro. Bandeira de todo o movimento Constituinte (1985-1988), encontrou lugar de destaque na Constituição de 1988, batizada “carinhosamente” como Constituição Cidadã. Não foram poucas as expectativas nela depositadas, o país vivenciava a transição de um modelo de autoritarismo militar para um sistema civil de governo, esse pautado na participação popular e na experiência de reconstrução das instituições. A Constituição de 1988 passa a reconhecer além dos direitos individuais, os direitos sociais (direito ao trabalho, à moradia, à educação, à saúde, à previdência social) e, também, a fortalecer os mecanismos de tutela de direitos. Entretanto, se por um lado, são diversas as conquistas de garantias previstas constitucionalmente, por outro lado as desigualdades socioeconômicas no Brasil destacam-se como uma das mais elevadas do mundo, produzindo efeitos perversos nas oportunidades de inclusão econômica, social e bens culturais (SADEK, 2009).

Qualquer possibilidade de enfrentamento desta herança de injustiça social, que exclui parte significativa da população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania, torna centrais as políticas redistributivas e a efetividade das garantias legais. Estas exigências são acentuadas em uma situação de desigualdades cumulativas: os mais pobres além de possuírem uma renda ínfima, têm um nível educacional extremamente baixo e possuem chances muito menores de participar dos bens coletivos. Neste contexto, cresce a probabilidade de ser expressiva a parcela da população que desconhece os direitos. Tal característica combinada à percepção de uma justiça vista como cara, lenta e inacessível, potencializam o impacto de iniciativas que alarguem o acesso à justiça e, em consequência, a efetividade dos direitos que compõem a igualdade expressa no conceito de cidadania (SADEK, 2009, p. 177).

Nesse cenário, assume especial importância o direito de acesso à justiça, considerado como primordial para a efetivação de direitos, uma vez que qualquer impedimento provoca limitações ou mesmo impossibilita a efetivação da cidadania. São as instituições que compõem o sistema de justiça que irão representar o espaço garantidor da legalidade e delas depende a efetivação do rol de direitos, quando não garantidos pelo Estado. O acesso à justiça é visto como tendo significado mais amplo que o acesso ao judiciário, uma vez que representa a possibilidade de lançar mão de canais encarregados de reconhecer direitos, de procurar instituições voltadas para a solução pacífica de ameaças ou de impedimentos de direitos. No Brasil, a trajetória do acesso à justiça não tem sido desprovida de obstáculos, as dificuldades acentuam a distância entre o universo da legalidade e a realidade favorecendo a existência de direitos consagrados na lei, mas desrespeitados no cotidiano (SADEK, 2009). Tais obstáculos exigem atenção e precaução para que os ideais democráticos não sejam ludibriados. Na perspectiva crítica de Santos “a frustração sistemática

das expectativas democráticas pode levar à desistência da democracia e, com isso, à desistência da crença do papel do Direito na construção da democracia” (SANTOS, 2011, p. 16). De maneira ainda mais incisiva, o autor sentencia “sem direitos de cidadania efetivos, a democracia é uma ditadura mal disfarçada” (SANTOS, 2011, p. 125).

A presente reflexão se propõe a dialogar com a perspectiva de Cappelletti e Garth – da identificação do movimento das ondas de acesso, e das barreiras que deveriam ser superadas para que os indivíduos tivessem seus direitos garantidos; e com a análise crítica de Boaventura de Souza Santos sobre as promessas não cumpridas da modernidade e da necessidade de uma revolução democrática da justiça que se assente em uma cultura democrática.

O diálogo fundamenta-se em trabalhos de autores com diferentes perspectivas sobre o acesso à justiça: as críticas ao otimismo inicial da proposta das ondas cappellettianas; a análise a partir do que foi invalidado como experiência histórica (a importância da aprendizagem do Sul²² e a partir do Sul); a proposta de uma quarta onda, incluindo o acesso à justiça para os profissionais do Direito; a importância de estudos comparados sobre o acesso à justiça enquanto indicador da qualidade da democracia; a relevância da análise da territorialidade e dos litigantes recorrentes (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014; ECONOMIDES, 1999; LAURIS, 2009, LAURIS DOS SANTOS, 2013; PEDROSO, 2011).

Referência obrigatória para o estudo sobre o acesso à justiça está contida na obra de Cappelletti e Garth de 1978, em que se encontra uma visão global e aprofundada dos estudos realizados em vários países, durante décadas. Denominado “Projeto Florença” e coordenado por Cappelletti. O projeto reuniu mais de uma centena de investigadores de diferentes áreas dedicando-se ao estudo do tema em cerca de trinta países. Na busca do entendimento do conceito, discorrem que:

A expressão *acesso à justiça* é reconhecidamente de difícil definição, mas serve para determinar duas finalidades básicas do sistema jurídico - o sistema pelo qual as pessoas podem reivindicar seus direitos e/ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. Primeiro, o sistema deve ser igualmente acessível a todos; segundo, ele deve produzir resultados que sejam individual e socialmente justos (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 8).

O acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos [...] que pretenda garantir e não apenas proclamar o direito de todos [...] o acesso à justiça não é apenas um direito fundamental, crescentemente reconhecido; ele é, também, necessariamente, o ponto central da moderna processualística. Seu estudo pressupõe um alargamento dos objetivos e métodos da moderna ciência (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 12-13).

²² Referência que será retomada posteriormente ao ser(em) abordada a(s) Epistemologia(s) do Sul. “Uma Epistemologia do Sul assenta em três orientações: aprender que existe o Sul; aprender a ir para o Sul; aprender a partir do Sul e com o Sul” (SANTOS, 1995 apud SANTOS; MENESES, 2010, p. 15).

Os autores buscam uma perspectiva compreensiva rompendo com a crença tradicional na confiabilidade das instituições jurídicas e inspirando-se no desejo de tornar efetivos os direitos do cidadão comum, em um contexto que exige reformas diante da recusa a aceitar como imutáveis quaisquer procedimentos e instituições que caracterizam a engrenagem de justiça. Partem do pressuposto de que cada vez mais se pergunta como e a que preço e em benefício de quem os sistemas jurídicos funcionam de fato. Questionamento de profissionais do Direito, mas também, de críticos oriundos de diferentes ciências sociais, na busca da compreensão e luta pelo acesso à justiça (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Não são poucos os obstáculos identificados pelos autores a serem transpostos para um efetivo acesso à justiça: os altos custos judiciais; a morosidade dos processos; a dificuldade de identificação e reconhecimento da existência de um Direito juridicamente exequível; a disposição psicológica das pessoas para recorrer a processos judiciais; a dificuldade de entendimento de procedimentos complicados; formalismo; ambientes que intimidam, como tribunais, juízes e advogados; a dificuldade de mobilizar as pessoas no sentido de usarem o sistema de justiça para demandar direitos não tradicionais; e as desvantagens de indivíduos que têm contato pouco frequente com o sistema judicial daqueles “habituais” e com experiência mais extensa.

[...] um exame das barreiras de acesso, revelou um padrão: os obstáculos criados por nossos sistemas jurídicos são mais pronunciados para as pequenas causas e para os autores individuais, especialmente os pobres; ao mesmo tempo, as vantagens pertencem de modo especial aos litigantes organizacionais, adeptos do uso do sistema judicial para obterem seus próprios interesses (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 28).

A partir da análise do acesso à justiça com ênfase nos países do mundo ocidental, os referidos autores identificam que após 1965 emergiram três posicionamentos “mais ou menos em sequência lógica” como soluções para o acesso; uma “primeira onda”, com ênfase na assistência judiciária para os pobres; a “segunda onda” que dizia respeito às reformas tendentes a proporcionar representação jurídica aos interesses difusos; e a “terceira onda” denominada de “ênfase em acesso à justiça”, que inclui os posicionamentos anteriores, mas vai além, representando, dessa forma, uma tentativa de atacar as barreiras ao acesso mais articulado e compreensivo.

Na descrição de Santos (2011):

Cappelletti e Garth utilizam como metáfora a existência de três vagas no movimento de acesso à justiça. Com início em meados da década de 1960, a primeira é caracterizada pela defesa e promoção de mecanismos de apoio judiciário aos cidadãos carenciados. Assim, o apoio judiciário deixa de ser entendido como filantropia e passa a ser incluído como medida de combate à pobreza nos programas estatais. As mudanças introduzidas com a segunda vaga procuram, sobretudo,

encorajar a defesa dos interesses coletivos e difusos em juízo, uma vez que a universalização do acesso dos particulares por meio de mecanismos de apoio judiciário não é por si só uma garantia de defesa de interesses coletivos, em especial por parte de grupos sociais mais vulneráveis. Na terceira vaga, o movimento de acesso à justiça procura expandir a concepção clássica de resolução judicial de litígios, desenvolvendo um conceito amplo de justiça em que os tribunais fazem parte de um conjunto integrado de meios de resolução de conflitos, o que inclui o que se convencionou chamar de Resolução Alternativa de Litígios (SANTOS, 2011, p. 49).

Na perspectiva de Lauris (2009):

A descrição da primeira onda e seus esforços de incrementação do acesso à justiça através da prestação de serviços jurídicos aos pobres evidenciou algumas limitações. Por um lado, a necessidade de se garantir a qualidade de assistência por meio de um grande número de profissionais com alta qualificação onerou consideravelmente o orçamento do Estado. Por outro lado, os sistemas de assistência judiciária foram idealizados para o tratamento da micro-litigação individual, excluindo, à partida, a representação de interesses difusos e coletivos. Para responder a esta última limitação, a segunda onda de reformas propostas por Cappelletti e Garth destinou-se a uma reformulação procedimental e institucional de modo a permitir a representação dos direitos difusos e coletivos. Neste movimento, a revisão de noções tradicionais do processo civil de modo a permitir a autoria individual ou dos diferentes grupos na proposição de ações coletivas foi acompanhada pela ação pública e privada, no sentido de fomentar a criação de estruturas especializadas no tratamento das questões de interesse público. Nesta progressão de soluções jurídico-institucionais de ampliação do acesso, a terceira onda teve como enfoque o acesso à justiça como um todo, estendendo a sua atenção para além da advocacia pública ou privada, judicial ou extrajudicial, de modo a alcançar o conjunto geral de instituições e mecanismos para processar, prevenir disputas e distribuir direitos (LAURIS, 2009, p. 127-128).

Para a autora (LAURIS, 2009; LAURIS DOS SANTOS, 2013), a abordagem de Cappelletti e Garth (1988) na análise decorrente do “Projeto Florença” caracteriza uma primeira fase no estado da arte do acesso à justiça, um momento inicial de otimismo geral nos moldes do interesse público, defendendo um ideal de serviço público democratizante. Uma abordagem intelectual que seria guiada pela crença no Estado-Providência como ponto de chegada das sociedades ocidentais. Nessa perspectiva, discorre que uma segunda fase de produção de estudos dar-se-ia no contexto do avanço do liberalismo econômico, crise do Estado-Providência e, conseqüentemente, cortes orçamentais aos grandes esquemas de proteção social. Nesse contexto de restrições ao investimento público, não seria possível sustentar a hipótese de um movimento articulado de reforma jurídica no sentido da universalização do acesso (MATTEI, 2007 apud LAURIS, 2009). Conseqüentemente, para Lauris (2009), muitos países deixam de se preocupar com o estado insatisfatório dos sistemas de acesso, e em alguns casos avançam para uma fase de privatização dos serviços jurídicos numa fase “pós-universalista”. Para Lauris, dadas às divergências de interesses que estão em jogo, a introdução de reformas no âmbito do acesso à justiça oscila de acordo com a

influência, o poder de negociação e a mobilização dos agentes em disputa, e cada vez mais, a construção de uma política pública democrática nesta área dependerá de uma ação coordenada entre as diferentes estruturas e serviços jurídicos e a ação individual e coletiva dos cidadãos (LAURIS, 2009; LAURIS DOS SANTOS, 2013).

Economides (1999), ao se voltar para o estudo do acesso dos próprios advogados à justiça, enfatiza que o acesso dos cidadãos à justiça é inútil sem o acesso dos operadores do Direito à justiça. Partindo da metáfora do movimento em ondas, afirma que talvez a metáfora das *ondas* seja simplista, mas que serve para a área identificar fases cruciais dos desenvolvimentos, intelectual e político, produzidos por este movimento global de acesso à justiça. Enfatizando os aspectos políticos relacionados à “sensação de estar-se rodeado de injustiça, ao mesmo tempo em que não se sabe onde a justiça está” sugere, então, a identificação de uma *quarta onda* do movimento do acesso à justiça: o acesso dos operadores do Direito, inclusive, dos que trabalham no sistema judicial, à justiça. Para Economides, dentro da profissão jurídica existe um paradoxo quase invisível: “como os advogados, que diariamente administram a justiça, percebem e têm, eles mesmos, acesso à justiça?” (ECONOMIDES, 1999).

A experiência quotidiana dos advogados e a proximidade da justiça cegam a profissão jurídica em relação a concepções mais profundas de justiça (interna ou social) e, conseqüentemente, fazem com que a profissão ignore a relação entre justiça civil e justiça cívica. Nossa quarta onda expõe as dimensões ética e política da administração da justiça e, assim, indica importantes e novos desafios tanto para a responsabilidade profissional como para o ensino jurídico (ECONOMIDES, 1999, p. 72).

Para o autor, a chave para entender a natureza do acesso aos serviços jurídicos é perceber o problema em termos tridimensionais: a) a natureza da demanda de serviços jurídicos; b) a natureza da oferta desses serviços jurídicos; c) a natureza do problema jurídico que os clientes possam desejar trazer ao fórum da justiça. Baseia-se, ainda, no reconhecimento de que, na prática, existiria uma inter-relação muito próxima entre essas três variáveis.

No pensamento crítico de Santos se encontra contribuição significativa para análise da temática de acesso à justiça. Em sua obra *Para uma revolução democrática da justiça* (SANTOS, 2011), apresenta os pilares de sua teoria crítica do Direito, enfatizando, dentre outros aspectos, a importância de que se amplie a compreensão do Direito como princípio e instrumento universal de transformação social politicamente legitimada. Destaca que é preciso considerar que ante os desafios e dilemas do acesso ao Direito, da garantia de direitos, do controle da legalidade, da luta contra a corrupção e das tensões entre a justiça e a

política, os tribunais (entendidos como órgãos jurisdicionais em geral) foram mais vezes parte do problema do que parte da solução. Assim, a compreensão do desempenho dos tribunais exige um entendimento mais amplo sobre o que devem ser as funções do sistema judicial, de modo a discutir não só o exercício de funções instrumentais, mas também as funções políticas e simbólicas que têm a assumir.

Santos (2011) parte da análise das promessas da modernidade de Igualdade, Liberdade e Fraternidade defendendo que tais promessas grandiosas nunca se cumpriram e que a igualdade prometida nunca passou de uma fantasia jurídica²³. Propõe, então, uma concepção de Direito plural em que a diferenciação e a exclusão estariam no centro do novo senso comum jurídico, e questiona o caráter despolitizado do Direito e a sua necessidade de repolitização.

A revolução democrática do Direito e da justiça só faz verdadeiramente sentido no âmbito de uma revolução mais ampla que inclua a democratização do Estado e da sociedade. Centrando-me no sistema jurídico e judicial estatal, começo a chamar a atenção para o fato de o Direito, para ser exercido democraticamente, ter de assentar numa cultura democrática, tanto mais preciosa quanto mais difíceis são as condições em que ela se constrói. Tais condições são, efetivamente, muito difíceis, especialmente em face da distância que separa os direitos das práticas sociais que impunemente os violam (SANTOS, 2011, p. 16).

Uma das críticas de Santos refere-se à falta de hábito do sistema judiciário de falar com outras instituições, o que potencializa o seu isolamento, se fazendo necessária a construção de uma cultura jurídica que leve os cidadãos a se sentirem mais próximos da justiça.

A garantia formal do acesso à justiça e a previsão da igualdade de todos perante a lei tem funcionado como indicadores expressivos do caráter democrático das sociedades contemporâneas. Não é à toa que a igualdade e a garantia do acesso estão consagradas como princípios orientadores e direitos fundamentais da ordem política na Constituição de diferentes países. Todavia, a par desta consagração simbólica, um número significativo de pessoas vive e interage à margem do sistema jurídico e econômico oficial. Nas situações de conflitos e de demandas por direitos, por sua vez, um vasto conjunto de necessidades jurídicas e de problemas da população colide com a total ausência de cobertura por parte do sistema legal ou, pelo menos, com uma cobertura ineficiente. Estas discrepâncias nas regras de distribuição dos recursos e na abrangência da cobertura do sistema oficial, na prática, traduzem-se em distintos patamares de inclusão social e de cidadania (LAURIS, 2009, p. 121-122).

Na perspectiva de alargar a análise sobre o acesso, ressalta-se a contribuição de Pedroso (2011) ao tratar o tema optando por utilizar o conceito “acesso ao Direito e à justiça”:

Por entender que mais facilmente abrangeria desde o conhecimento e consciência do(s) direito(s), à facilitação do seu uso, à representação jurídica e judiciária por profissionais, designadamente advogados, bem como a resolução judicial e não judicial de conflitos, ou seja, à pluralidade de ordenamentos jurídicos e de meios de

²³ Referindo-se a expressão utilizada por Warat (1992 apud SANTOS, 2011, p. 13).

resolução de litígios existentes na sociedade (PEDROSO, 2011, p. 5).

O autor aborda o acesso ao Direito e à justiça abarcando o acesso à informação jurídica e consulta jurídica do Estado, da Ordem dos Advogados e da comunidade:

De modo a que os cidadãos possam conhecer e ter consciência dos direitos e, ainda, para garantir que estes não se resignam, quando lesados, e que têm condições de vencer os custos e as barreiras independentemente da sua natureza, para aceder às formas mais adequadas – judiciais e extrajudiciais – e legitimadas para a resolução desse litígio (PEDROSO, 2011, p. 3).

Para Pedroso (2011), essa concepção de acesso ao Direito e à justiça inova face à concepção tradicional de remeter o estudo para o acesso aos tribunais e para o regime jurídico e o sistema público de apoio judiciário. Retomando a discussão sobre os indicadores do caráter democrático das sociedades contemporâneas, Pedroso alerta para o fato de que apesar da relevância do estudo do acesso à justiça para a análise do desenvolvimento e da qualidade da democracia e do Estado de Direito, são quase ignorados estudos comparados sobre o acesso ao Direito e à justiça como indicador de qualidade e aprofundamento da democracia:

A maior parte dos textos sobre indicadores e índices sobre essa matéria analisa questões ligadas ao sistema político e governativo e sistemas de prestação de contas, ao nível da corrupção, à efetividade do poder legislativo, à liberdade de voto, direitos de natureza política e sistema eleitoral, à liberdade de expressão, de associação e de participação política, às questões ligadas à separação dos poderes e independência do judiciário, pluralismo organizacional e transparência das decisões, sendo raramente tido em conta, para aferir a qualidade da democracia, o indicador de natureza política, sociológica e jurídica do acesso ao Direito e à justiça (PEDROSO, 2011, p. 2).

A partir dessa perspectiva crítica, Pedroso (2011) traz importante contribuição ao analisar as principais características dos regimes jurídicos e sistemas de acesso ao Direito e à justiça, existentes em sete países da União Europeia - Portugal, Alemanha, Espanha, França, Itália, Holanda e Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). A seleção dos países, segundo o autor, considerou: (i) que apesar de todos esses países integrarem a União Europeia e constituírem democracias, apresentam níveis de desenvolvimento econômico diferenciados; (ii) possuem tradições jurídicas e processos de desenvolvimento de Estado de Direito também diferenciados; (iii) têm diferentes níveis de proteção social; (iv) e, ainda, que apresentem algumas semelhanças na cultura jurídica e judiciária dominante, são também, muitas as especificidades. Os dados encontrados por Pedroso demonstram que os sete países apresentam níveis de desenvolvimento socioeconômicos e despesa com apoio judiciário muito distintos, e que as diferenças ao nível do desenvolvimento socioeconômico não possuem relação direta com o montante de despesa pública alocada pelo Estado ao apoio judiciário. Portugal apresenta um investimento em apoio judiciário próximo do registrado na França, Alemanha e

Espanha, e mesmo superior ao registrado na Itália. O Reino Unido e a Holanda são Estados que alocam o maior volume de despesas públicas ao acesso à justiça. Segundo o autor, explicável por uma opção política decorrente de serem os países que, a seguir ao fim da Segunda Grande Guerra Mundial, iniciaram a construção de seus sistemas como um componente da construção da igualdade e da democracia, pelo que têm sistemas mais desenvolvidos, o que não aconteceu, desse modo, nos outros Estados (PEDROSO, 2011).

Ao estudar as principais características dos sistemas de acesso ao Direito e à justiça, Pedroso realizou uma análise comparativa dos sete regimes de modo a mapear e a interpretar sócio-juridicamente suas semelhanças e diferenças. Síntese de sua análise pode ser observada na descrição de cinco tipologias de sistemas de apoio judiciário nos referidos países, a seguir:

Tipo A: Público e abrangente, em que os sistemas são tendencialmente públicos e abrangentes, cuja entidade responsável pela gestão e avaliação dos pedidos está fora do tribunal e foi criada especificamente para essa função, na qual se enquadra o Reino Unido, onde os seguros de proteção jurídica não são obrigatórios, as modalidades são abrangentes, existem mecanismos alternativos aos tribunais e é concedido apoio judiciário para a utilização dos mesmos.

Tipo B: Público de média abrangência, com as mesmas características do Reino Unido, com uma alocação média, em termos comparados, da despesa pública ao apoio judiciário, mas com critérios de rendimento muito restritivos para a elegibilidade dos beneficiários.

Tipo C: Público, pouco abrangente e profissional, onde se enquadram Itália e Espanha, muito embora sejam sistemas tendencialmente públicos, são menos abrangentes (já que concedem menos modalidades e estabelecem limites ao montante e ao tipo de apoio a conceder) e, onde a entidade que faz a apreciação dos processos de apoio ao judiciário está fora do tribunal, mas junto de profissão jurídica (Ordem dos Advogados).

Tipo D: Misto, privado e com regime público supletivo e pouco abrangente, tende para a privatização, já que os seguros de proteção jurídica são obrigatórios, verificando-se, pois, a supletividade do regime público de apoio judiciário. São sistemas menos abrangentes e em que é o tribunal que se assume como única entidade, seja para a resolução dos conflitos, seja ao nível da proteção jurídica, enquadram-se neste tipo a Alemanha e a França, mesmo que neste último caso existam várias entidades alternativas ao tribunal e onde existem várias parcerias entre entidades públicas e associações locais ou pertencentes à comunidade, o que não altera a natureza dominante do sistema.

Tipo E: Misto de privado e regime público supletivo e muito abrangente. Se por um lado, o regime se assenta na obrigatoriedade de contratar seguros de proteção jurídica e, consequentemente, na supletividade do sistema público, este último será concebido de forma a ser muito abrangente, estando montado todo um conjunto de estruturas e de modalidades de apoio judiciário. A entidade gestora é fora do tribunal, foi criada especificamente para proceder à avaliação e concessão/indeferimento do apoio judiciário, sendo pública de natureza administrativa. Trata-se do modelo da Holanda (PEDROSO, 2011, p. 312-313).

O autor apresenta, de maneira sistematizada, a natureza do sistema judiciário e de apoio judiciário por cada um dos sete países estudados (PEDROSO, 2011, p. 291):

Quadro 4 - Natureza do sistema judiciário e de apoio judiciário por país

Variáveis		Países						
		Alemanha	Espanha	França	Holanda	Itália	Reino Unido	Portugal
Natureza e organização do sistema de apoio judiciário	Natureza e financiamento	Sistema público supletivo (seguros de proteção jurídica)	Sistema público	Sistema público supletivo (seguros de proteção jurídica)	Sistema público supletivo (seguros de proteção jurídica e de formas alternativas aos tribunais)	Sistema público	Sistema público	Sistema público
	Entidade Responsável pelo financiamento do sistema	Land (Senado de cada região)	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça
	Entidade Responsável pela gestão do sistema	Land (Senado de cada região)	Ministério da Justiça	Ministério da Justiça	Entidade administrativa com competências próprias	Ministério da Justiça	Entidade administrativa com competências próprias (LSC)	Ministério da Justiça
	Entidade com competência para concessão/indiferimento	Tribunal de 1ª instância	Colegio de Abogados do tribunal onde corre a ação e Comissão de Assistência Jurídica Gratuita	Gabinete de Apoio Judiciário do Tribunal onde corre a ação	Centros de Aconselhamento Jurídico, dependentes do Conselho de Apoio Judiciário	Conselho da Ordem dos Advogados da sede do tribunal onde o processo corre termos	Legal Services Commission (Community Legal Service e Criminal Defence Service) - CLAS	Instituto da Segurança Social
	Nomeação e contratação de advogados	Livre escolha	Oficioso (Colegio de Abogados)	Oficioso (Barreau des Avocats)	Contratos com sociedades de advogados	Livre escolha	Contratos com sociedades de advogados	Nomeação oficioso
Instituições Alternativas aos tribunais que facilitem o acesso à justiça		Não	Não	Sim (Maisons de Justice et du Droit ; antenas jurídicas ; CDAD ; PAD)	Sim (Sindicatos; Associações)	Sim (Sindicatos; Associações; Juízes de Paz)	Sim (uso obrigatório em certas matérias antes de recorrer aos tribunais)	Sim (Sindicatos; Associações; Mediação Pública; Julgados de Paz)

continua...

continuação...

Variáveis	Países						
	Alemanha	Espanha	França	Holanda	Itália	Reino Unido	Portugal
Mecanismos de Resolução alternativa de litígios	Sim (voluntário e raramente utilizado)	Sim	Sim (Lei de 1998; pouco difundido)	Sim	Sim (mas pouco disseminados)	Sim (com vários tipos de serviços oferecidos, incluindo serviços	Sim
Concessão de Apoio judiciário em meios alternativos de resolução de litígios	Não	Sim	Sim	Sim (mediação)	Não	Sim	Sim (a partir de 2007)
A articulação com a comunidade – Parcerias	Não	Sim (ao nível das Comunidades Autónomas)	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Exigência de advogado nos primeiros degraus de acesso ao sistema	Não (Amtsgericht)	Não	Não (Tribunais de Pequena Instância)	Não	Não (Juízes de Paz)	Não	Não (Processos de Jurisdição Voluntária; Julgados de Paz, Sistemas de Mediação Pública)

Fonte: PEDROSO (2011).

conclusão.

Entende-se que o estudo de Pedroso (2011) possibilita material significativo para a reflexão do acesso em contexto europeu e contribui para considerações atuais sobre o tema. Especificamente em relação ao Brasil, a Jurisdição Constitucional se caracteriza pela diversidade de instrumentos processuais destinados à fiscalização da constitucionalidade dos atos do Poder Público e à proteção dos direitos fundamentais. Contudo, apesar da previsão legal destes instrumentos, Avritzer, Marona e Gomes (2014) realizam uma reflexão crítica bastante oportuna ao inserirem na discussão sobre o acesso à justiça uma análise da cartografia do sistema de justiça no país relacionando-a a desigualdade entre a população medida pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Acrescentam, também, a discussão sobre o aumento de litigância, mostrando que esse indicador não significa, necessariamente, ampliação e democratização do acesso à justiça pela via dos direitos.

Avritzer, Marona e Gomes (2014) iniciam suas considerações ressaltando que as discussões teóricas sobre os problemas envolvidos no acesso à justiça encontram na obra de Boaventura de Sousa Santos um desdobramento sociológico e empírico para pensar o acesso à justiça, não a partir das lacunas teóricas, mas com base em trabalhos empíricos sobre o judiciário e os atores sociais que nele atuam.

O trabalho de Santos (1996) criou categorias de importância seminal para o entendimento do acesso à justiça, entre os quais gostaríamos de destacar a categoria de litigantes recorrentes, o cálculo do fluxo e do estoque do sistema de justiça e a pirâmide da litigiosidade. Todos esses conceitos são fundamentais para se pensar o acesso à justiça, não somente em Portugal, tal como o fez Boaventura de Sousa Santos, mas também no Brasil (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 21).

Os autores enfatizam que o tema do acesso à justiça no Brasil, começou a despertar o interesse dos pesquisadores em 1980:

Com motivações diversas das eurocêtricas, que vinculavam a questão do acesso à justiça à expansão dos serviços do *welfare state* ou à afirmação de novos direitos de cunho coletivo e difuso, como os do consumidor, meio ambiente, ou de natureza identitária. Ao contrário, o que prevalecia era o interesse pelos canais alternativos de justiça, paralelos ao Estado, identificado, por sua vez, como uma representação política autoritária: a ênfase era, sobretudo, no papel das comunidades na resolução dos seus conflitos (SOUSA JUNIOR, 2008 apud AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 22).

Nessa perspectiva, a ênfase encontra-se na ampliação da cidadania participativa, na afirmação das liberdades, e na emergência e no papel dos movimentos sociais. Uma luta por ampliação do acesso à justiça que transcorria no âmbito do processo de redemocratização.

Foram inúmeras as vitórias advindas dessas lutas. Destacam-se as disposições constitucionais relativas à ampliação e/ou universalização do acesso a certos serviços públicos como saúde e assistência social no âmbito da Constituição de 1988

(arts. 6º, 194, 196 e 203). Devemos também destacar a ampliação dos sujeitos capazes de arguir a inconstitucionalidade de lei ou ato normativo, presentes nos arts. 102 e 103 da CRFB/1988), que estendeu para alguns atores da sociedade civil a competência da propositura de ações constitucionais, designadamente as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs). Devemos ressaltar, ainda, um conjunto de mecanismos de participação nas principais áreas de políticas públicas, tais como saúde, meio ambiente, políticas urbanas, assistência social e criança e adolescente, que ampliaram a participação dos indivíduos e coletividades enquanto sujeitos de direitos – Conselhos e Conferências de Políticas Públicas (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 23).

Embora os autores reconheçam e enfatizem as conquistas resultantes das lutas pela ampliação do acesso à justiça no Brasil, analisam, também, os confrontos práticos decorrentes das experiências de desrespeito e/ou de acesso insuficiente aos direitos consagrados constitucionalmente e que podem repercutir no sistema formal de justiça.

Estes conflitos se referem não apenas à ampliação do conteúdo material do Direito – pela consideração jurídica acerca das diferentes chances individuais de realização das liberdades socialmente garantidas –, mas também ao alcance social do *status* de um sujeito (individual ou coletivo) de direitos – pela adjudicação dos mesmos direitos a um círculo crescente de grupos, até então excluídos ou desfavorecidos (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 23).

Contribuição importante de Avritzer, Marona e Gomes (2014), na análise do acesso à justiça no Brasil se referem ao estudo do território. Para os autores, o território não constitui uma entidade neutra ou apolítica, determina em grande parte no Brasil de hoje a desigualdade no acesso ao sistema de justiça, independentemente dos grandes avanços realizados pela Constituição de 1988 na ampliação da definição dos indivíduos sujeitos de direitos. Continua existindo no Brasil uma seletividade do sistema judicial em relação aos atores, seletividade esta que passa pelo território. Em suas propostas, são analisadas por meio de mapas as três instituições do sistema de justiça no país: o Poder Judiciário (estadual), a Defensoria Pública (estadual) e a advocacia popular. Os dados da análise dos mapas das comarcas são cruzados com o IDH, o que proporciona a identificação da ausência de estruturas permanentes do Poder Judiciário e da Defensoria Pública em cidades com baixos índices de desenvolvimento na maior parte dos estados do País. Para os autores, novos problemas relacionados ao acesso podem não ser evidenciados unicamente com a análise de dados quantitativos, mas podem ser identificados por meio de uma proposta metodológica-teórica de uma cartografia do acesso. Dentre eles, a ausência de comarcas em lugares importantes do Pará onde ocorrem conflitos de terra/território, ou a ausência da Defensoria Pública em municípios de baixa renda nos estados de Minas Gerais ou de Goiás (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014).

Em relação à análise do aumento da litigância no país, os autores ressaltam que esse indicador não significa, necessariamente, ampliação e democratização do acesso à justiça pela via dos direitos:

Buscou-se especificar qualitativamente os atores que acessam o sistema de justiça para, com recurso ao conceito de atores recorrentes, demonstrar como atores estatais e atores econômicos de grande porte impõem um padrão de litigação que transforma o Judiciário em um espaço de pouca construção da cidadania (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 195).

Em síntese, para os autores, o aumento do número de processos e do fluxo processual não contempla plenamente a cidadania, seja nas lutas por direitos e inclusão social no território, seja no enfrentamento com atores sistematicamente estruturados para lidar com o sistema de justiça. Os autores ao finalizar suas análises deixam a provocação:

Resta agora aos atores do judiciário e aqueles preocupados com o acesso à justiça no Brasil proporem uma reforma que de fato torne a inclusão mais que um mero horizonte na organização da justiça no Brasil (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 204).

Reconhecendo a relevância da provocação proposta, o presente estudo se detém, mais especificamente, na análise do acesso à justiça, com foco na Defensoria Pública e especificamente no estado de São Paulo. A justificativa parte justamente da importância do estado no cenário nacional. Entende-se que, ao possuir recursos diferenciados, o estado possui, também, responsabilidades proporcionais a esses no desenvolvimento de uma política de maior inclusão social, reconhecendo-se que São Paulo caracteriza-se como:

O estado mais poderoso, sede de muitos conglomerados financeiros, do maior parque industrial do país e detentor, dentre os estados da Federação, da máquina de governo mais bem aparelhada burocraticamente. Estamos a falar aqui da mais rica unidade federativa do Brasil, responsável por mais de 31% do PIB nacional e com Índice de Desenvolvimento Humano elevado, ficando atrás somente de Santa Catarina e do Distrito Federal. Possui a maior população do Brasil, com mais de 40 milhões de habitantes, distribuídos em 645 municípios, dentre os quais temos três municípios (São Paulo, Guarulhos, Campinas) com mais de 1 milhão de habitantes e outros 6 municípios (Osasco, Ribeirão Preto, Santo André, São Bernardo dos Campos e Sorocaba) com mais de 500.000 habitantes. A relevância significativa do interior do estado, seja em termos populacionais ou econômicos, leva-nos a pensar numa homogeneidade maior do que em outros Estados. Não por acaso é o estado que possui maior fluxo e o maior estoque de ações no sistema de justiça (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 160).

Os resultados encontrados por Avritzer, Marona e Gomes (2014) em relação ao estado de São Paulo evidenciam que 50% dos municípios possuem alguma estrutura do Poder Judiciário. Em relação à distribuição das estruturas permanentes do judiciário no território e a desigualdade socioeconômica, observa-se a coincidência entre alto índice de IDH e a presença de estruturas permanentes, em que 67% dos municípios sede possuem IDH elevado para os

parâmetros estaduais (40% no primeiro intervalo – de 0,808 até 0,919; e 27% no segundo intervalo – de 0,79 até 0,807), enquanto dentre o Total de municípios não sede de comarcas, apenas 18% possuem alto IDH. Outro resultado significativo encontrado pelo autor em relação ao estado de São Paulo resulta da análise da procura jurisdicional. O estado figura como o que possui grande número de processos e o que mais chama atenção é a posição que as execuções fiscais ocupam nesse montante.

O caso de São Paulo é ilustrativo de como o estado tem se tornado um litigante frequente, causando a sobrecarga do sistema de justiça, o que, em última instância, dificulta o acesso democrático de outros atores, sobretudo daqueles que realmente necessitam desse sistema (AVRITZER; MARONA; GOMES, 2014, p. 162).

É justamente o direcionamento para os outros atores, que necessitam do Sistema de Justiça, que caracteriza a atuação da Defensoria Pública, cujo principal objetivo é a orientação jurídica e a defesa da população mais carente.

Tendo em conta a evolução dos mecanismos e concepções relativas ao acesso à justiça, a proposta de construção de uma Defensoria Pública, nos moldes como está prevista sua atuação no Brasil, acumula diferentes vantagens potenciais: universalização do acesso através da assistência prestada por profissionais formados e recrutados especialmente para esse fim; assistência jurídica especializada para a defesa de interesses coletivos e difusos; diversificação do atendimento e da consulta jurídica para além da resolução judicial dos litígios, através da conciliação e da resolução extrajudicial de conflitos e, ainda, atuação na educação em direitos (SANTOS, 2011, p. 50).

Embora prevista na Constituição Federal de 1988, a criação da Defensoria Pública no estado de São Paulo ocorreu somente em 2006, e constitui o cenário para análise do acesso à justiça do presente estudo. Contribuição recente que aborda o tema do acesso à justiça na DPESP é encontrada no trabalho de LAURIS DOS SANTOS (2013) e sua análise comparativa dos esquemas de assistência jurídica brasileira e portuguesa procurando responder a questão “se ainda há esperança para os pobres depois do fracasso da promessa de acesso à justiça”. Em sua perspectiva, o impacto e o potencial da transgressão das medidas de acesso à justiça têm que ser investigados a partir do que foi invalidado como experiência histórica, incluindo as experiências de acesso à justiça daqueles para as quais a ideia de acesso como Assistência foi pensada, as populações pobres.

As condições políticas e culturais de produção deste estudo, numa primeira dimensão, reivindicam a noção de coaprendizagem entre o Norte e o Sul global. Neste ponto, ergue-se uma inversão, o Sul global, relegado a uma posição de atraso face à linha evolutiva da história universal, emerge na condição pioneira de antever o futuro do Norte global. (...) Nesta posição charneira, criam-se possibilidades de experimentação e de desenvolvimento de alternativas decorrentes da emergência subalterna em face dos domínios de exclusão do capital e do Estado (...) No que toca ao acesso à justiça, o estudo da assistência jurídica coloca-nos diante de outro Sul em condições de vanguarda no intercâmbio das lições de antagonismo à tendência

neoliberalizante de restrição dos direitos (especialmente dos direitos sociais e econômicos), as/os necessitadas/os de acesso (LAURIS DOS SANTOS, 2013, p. 27).

As diferentes perspectivas sobre o acesso à justiça apresentadas oferecem fundamentação para que se possa refletir sobre as possibilidades (e os impasses) da proposta de acesso à justiça da DPESP - voltada para a população mais carenciada e que sobrecarrega, também, a vivência de dramas de sofrimentos mentais. Pessoas com histórias de vida de precariedade de recursos, de sofrimentos constantes, de violências e de violações de direitos, de existências sofridas ou de “não existências”²⁴.

²⁴ Referência às diferentes formas de não existências presentes na Sociologia das Ausências (SANTOS, 2010a) e que será retomada posteriormente.

5. CAPÍTULO 3

MÉTODO

5.1 Fundamentação teórico-metodológica

O estudo sobre o acesso à justiça para pessoas portadoras de transtorno mental ou com sofrimento mental encontra na reflexão epistemológica de Santos uma possibilidade ao mesmo tempo atraente e desafiadora, para subsidiar a elaboração de uma construção metodológica. Estudar possibilidades de identificar portas de acesso à justiça, e analisar possíveis barreiras a esse acesso, para uma parcela da população historicamente excluída e estigmatizada, nos remete a pensar em pessoas que carregam “não existências” e experiências de vida que ocorrem “do outro lado da linha”, na metáfora colonial proposta pelo autor. Nessa perspectiva, as colônias representam um modelo de exclusão que permanece nos pensamentos e nas práticas modernas ocidentais, como aconteceu no ciclo colonial (SANTOS, 2010a, 2010b, 2010c; SANTOS; MENESES, 2010).

Para Santos (2010c), o pensamento moderno ocidental continua operando mediante linhas abissais, que dividem o mundo humano do sub-humano, num processo em que a exclusão torna-se simultaneamente radical e inexistente tendo em vista que seres sub-humanos não são considerados sequer candidatos à inclusão social (SANTOS, 2010b, 2010c).

Denominado pelo autor por *Pensamento Abissal*, esse pensamento moderno ocidental consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, distinções que estruturam a realidade social de tal maneira que o que está *do outro lado da linha* é produzido como inexistente. No campo do conhecimento, o pensamento abissal consiste na concessão à ciência moderna do monopólio da distinção universal entre o verdadeiro e o falso, monopólio que está no cerne da disputa epistemológica entre as formas científicas e não científicas de verdade.

Para Santos (2010a, 2010c) a negação de uma parte da humanidade constitui a condição para a outra parte se afirmar enquanto universal, uma realidade tão verdadeira hoje como era no período colonial. Entretanto, ressalta que o que costumava pertencer inequivocadamente a *este lado da linha* é agora um território confuso atravessado por uma linha sinuosa. Uma cartografia confusa que conduz a práticas confusas.

Direitos humanos são violados para serem defendidos, a democracia é destruída para garantir sua salvaguarda, a vida é eliminada em nome de sua preservação. Linhas abissais são traçadas tanto no sentido literal como metafórico. No sentido literal, estas são as linhas que definem as fronteiras como vedações e campos de morte, dividindo as cidades em zonas civilizadas e zonas selvagens, e prisões entre locais de detenção legal e locais de destruição brutal e sem lei da vida (SANTOS, 2010a, p. 44).

Ao analisar a ciência sob a perspectiva do pensamento abissal, o autor reconhece que grande parte das teorias sociológicas e antropológicas foi criada em quatro ou cinco países do Atlântico Norte no século XIX, e que a partir daí ousaram a se considerar universais. Santos traz à discussão a ampla experiência do mundo que foi desconsiderada, principalmente as das colônias, por não fazerem parte do imaginário europeu e eurocêntrico como alternativas viáveis, credíveis às consciências dos países do Norte (SANTOS, 2007).

Sua análise não objetiva desprezar a ciência, mas colocá-la no seu contexto, repensar o monopólio do rigor propondo apreciar na ciência o que deve ser apreciado, ao mesmo tempo criando espaço para outros conhecimentos, para outras experiências de saberes. Nesse sentido, para Santos torna-se imperativo que se construa uma Epistemologia do Sul, melhor dizendo, Epistemologias do Sul.

A pretensão da ciência e da racionalidade científica em legislar sobre outras formas de conhecimento e experiência corresponde a uma situação de colonialismo, feito de marginalização, descrédito ou liquidação do que não possa ser reduzido aos imperativos da ordem racionalizadora. A essa pretensão opõe-se uma concepção solidária do conhecimento e de experiência, sem desqualificação mútua. É essa forma de conhecimento que deve ser privilegiada no período de transição que estamos a viver. Longe de ser um apelo a um “vale tudo” epistemológico, esta posição exige que os diferentes modos de conhecimento sejam avaliados em função dos contextos e situações em que são mobilizados e dos objetivos daqueles que os mobilizam, sem subordinação a imperativos globais de racionalidade que ignoram o caráter situado da produção e apropriação de todas as formas de conhecimento e das suas consequências para pessoas e lugares com uma singularidade que lhes é conferida pela sua história (SANTOS, 1991, 1995, 2000 apud NUNES, 2006, p. 62).

Nessa perspectiva, a experiência social em todo o mundo é apontada como muito mais ampla e variada do que a tradição científica ou filosófica ocidental conhece e considera importante que essa riqueza está sendo desperdiçada. Deste desperdício que se nutrem as ideias que proclamam que não há alternativa e, para combater esse desperdício da experiência social, é necessário propor um modelo diferente de racionalidade (SANTOS, 2010a).

É na obra recente de Boaventura de Sousa Santos – que nos ofereceu algumas das mais pertinentes e avançadas reflexões críticas sobre a longa crise da epistemologia enquanto projeto normativo associado à ciência moderna -, que vamos encontrar a formulação mais radical e, ao mesmo tempo, mais consistente de um “pensamento alternativo de alternativas” neste domínio. Trata-se de um projeto que, vai mais além das críticas da epistemologia que abriram caminho ao atual ambiente intelectual “pós-epistemológico”, refundando radicalmente a própria noção de epistemologia no quadro do que o autor designa como “pensamento pós-abissal” [...] A proposta de Santos assenta numa afirmação positiva da diversidade dos saberes existentes no mundo (NUNES, 2010, p. 262-263).

Inicia-se assim uma reflexão sobre diferentes formas de saber e seus valores:

As alternativas à epistemologia dominante partem do princípio que o mundo é epistemologicamente diverso e que essa diversidade, longe de ser algo negativo, representa um enorme enriquecimento das capacidades humanas para conferir

inteligibilidade e intencionalidade às experiências sociais [...]. Tal pluralidade não implica o relativismo epistemológico ou cultural, mas certamente obriga a análises e avaliações mais complexas dos diferentes tipos de interpretação e de intervenção no mundo produzidos pelos diferentes tipos de conhecimento (SANTOS; MENESES, 2010, p. 18).

O reconhecimento da pluralidade dos saberes passa a se configurar, confrontando a lógica da monocultura do rigor científico:

Reconhecer a validade e dignidade de todos os saberes implica que nenhum saber poderá ser desqualificado antes de ter sido posta à prova a sua pertinência e validade em condições situadas. Inversamente, a nenhuma forma de saber ou de conhecimento deve ser outorgado o privilégio de ser considerada como mais adequada ou válida do que outras sem a submeter a essas condições situadas e sem a avaliar pelas suas consequências ou efeitos. Nenhum saber poderá, assim, ser elevado à condição de padrão a partir do qual será aferida a validade de outros saberes sem considerar as condições situadas da sua produção e mobilização e as suas consequências. As operações de validação de saberes decorrem, pois, da consideração situada da relação entre eles, configurando uma “Ecologia de Saberes” (NUNES, 2010, p. 279-280).

Propõe-se assim uma epistemologia que possa captar a diversidade até então desperdiçada, invisibilizada, ausente da Epistemologia do Norte.

O projeto de uma Epistemologia do Sul é indissociável de um contexto histórico em que emergem com particular visibilidade e vigor novos atores históricos no Sul global, sujeitos coletivos de outras formas de saber e de conhecimento que, a partir do cânone epistemológico ocidental, foram ignorados, silenciados, marginalizados, desqualificados ou simplesmente eliminados, vítimas de epistemicídios tantas vezes perpetrados em nome da razão, das luzes e do Progresso (NUNES, 2010, p. 280).

A posição de Santos consiste em tomar como ponto de partida da sua concepção de conhecimento a experiência e o mundo dos oprimidos. Nessa perspectiva, o critério de avaliação de um dado conhecimento depende do modo como afeta a condição dos oprimidos. A Epistemologia do Sul, ao mesmo tempo em que explora o legado do pragmatismo, com o qual partilha a ideia da indissociabilidade da produção de conhecimento e da intervenção transformadora no mundo, apresenta, contudo, a diferença em relação a ele de se situar explícita e inequivocamente do lado dos subalternos e dos oprimidos, [...] acentuando os aspectos conflituais ou agonísticos do envolvimento ativo com o mundo, que decorrem de uma diversidade de formas de desigualdade, de opressão e de resistência a elas (NUNES, 2010, p. 273-274).

Ao fazer a crítica ao modelo de racionalidade ocidental dominante, denominada pelo autor por *razão indolente*, Santos ressaltar três aspectos: (i) a compreensão do mundo excede em muito a compreensão ocidental do mundo; (ii) a compreensão do mundo e a forma como ela cria e legitima o poder social tem muito que ver com concepções do tempo e da temporalidade; (iii) a característica mais fundamental da concepção ocidental de racionalidade é o fato de, por um lado, contrair o presente e, por outro, expandir o futuro. A contração do presente, ocasionada por uma peculiar concepção de totalidade, consiste em transformar o presente num instante fugidio, entrincheirado entre o passado e o futuro. Do mesmo modo, a

concepção linear do tempo e a planificação da história permitiram expandir o futuro indefinidamente. O autor propõe uma *racionalidade cosmopolita* para este período de transição, de expandir o presente e contrair o futuro, sendo possível, então, criar espaço-tempo necessário para conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que está no mundo de hoje, evitando o desperdício da experiência de que sofremos hoje em dia. Para expandir o presente, propõe uma sociologia das ausências; para contrair o futuro, uma sociologia das emergências (SANTOS, 2010a).

5.1.1 A Sociologia das Ausências e os modos de produção de não existência

Trata-se de uma investigação que visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente [...]. O objetivo da sociologia das ausências é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. [...] Não há uma maneira única ou unívoca de não existir, porque são várias as lógicas e os processos através dos quais a razão metonímica produz não existência do que não cabe na sua Totalidade e no seu tempo linear. Há produção de não existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível ou descartável de um modo irreversível. O que une as lógicas de produção de não existência é serem todas elas manifestações da mesma monocultura racional (SANTOS, 2010a, p. 102).

A Sociologia das Ausências descreve cinco lógicas ou modos de produção de não existência: (i) a *monocultura do saber e do rigor do saber*, em que a não existência assume a forma de ignorância ou de incultura, sendo considerado o modo de produção de não existência mais poderoso; (ii) a *monocultura do tempo linear*, em que a não existência assume a forma de residualização, dessa maneira adotadas várias designações ao longo dos tempos – primitivo ou selvagem, tradicional, pré-moderno, simples, obsoleto, subdesenvolvido; (iii) a *monocultura da naturalização das diferenças*, em que a não existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural, quem é inferior, porque é insuperavelmente inferior, não pode ser uma alternativa credível a quem é superior; (iv) a *lógica da escala dominante*, em que a não existência é produzida sob a forma do particular e do local, escalas que as incapacitam de serem credíveis ao que existe de modo universal e global; (v) a *lógica de não existência produtivista*, em que a não existência é produzida sobre forma de improdutiva que, aplicada à natureza, é esterilidade e, aplicada ao trabalho, é preguiça ou desqualificação profissional.

São, assim, cinco as principais formas sociais de não existência produzidas ou legitimadas pela razão metonímica: o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo. Trata-se de formas sociais de inexistência porque as realidades que elas conformam estão apenas presentes como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes, sejam elas realidades científicas, avançadas, superiores, globais ou produtivas. São, pois, partes desqualificadas de Totalidades homogêneas que, como tal, apenas confirmam o que existe e tal como existe. São o que existe sob formas irreversivelmente desqualificadas de existir. A produção social destas ausências resulta na subtração do mundo e na contração do presente e, portanto, no desperdício da experiência. A sociologia das ausências visa identificar o âmbito dessa subtração e dessa contração de modo a que as experiências produzidas como ausentes sejam libertadas dessas relações de produção e, por essa via, se tornem presentes (SANTOS, 2010a, p. 104).

Na Sociologia das Ausências, as monoculturas são substituídas por ecologias. Para cada uma das cinco formas de produção de não existência, reconhecidamente formas de monoculturas, são propostas ecologias. “Entendo por ecologias a prática de agregação da diversidade pela promoção de interações sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas” (SANTOS, 2010a, p. 105).

Para uma monocultura do saber e do rigor científico a proposta de uma Ecologia dos Saberes:

A ideia central da sociologia das ausências neste domínio é a de que não há ignorância em geral nem saber em geral, toda a ignorância é ignorante de certo saber e todo o saber é a superação de uma ignorância particular. Essa ecologia parte do pressuposto de que todas as práticas relacionais entre seres humanos implicam mais do que uma forma de saber e, portanto, de ignorância. É justamente no princípio da incompletude de todos os saberes que se encontra a condição de diálogo e debates epistemológicos entre diferentes formas de conhecimento (SANTOS, 2010a).

O que cada saber contribui para este diálogo é o modo como orienta uma dada prática na superação de uma dada ignorância. O confronto e o diálogo entre saberes é um confronto e um diálogo entre processos distintos através dos quais diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias. Todos os saberes possuem limites internos e externos. Os limites internos têm a ver com as restrições nos tipos de intervenção no mundo que tornam possível. Os limites externos resultam do reconhecimento de intervenções alternativas tornadas possíveis por outras formas de conhecimento (SANTOS, 2010a, p. 107).

Uma das contribuições da ecologia dos saberes é a de permitir superar não só a monocultura do saber científico como também a ideia de que os saberes não científicos têm uma conotação latente de subalternidade. É uma ecologia que visa criar nova forma de relacionamento às diferentes formas de saber entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento, concedendo igualdade de oportunidades às diferentes formas de saber envolvidas em disputas epistemológicas, não desqualificando à partida o que não se ajusta ao

cânone epistemológico da ciência moderna.

O propósito de criar relações horizontais não é incompatível com as hierarquias concretas existentes no contexto de práticas sociais concretas. De facto, nenhuma prática concreta seria possível sem tais hierarquias. O que a ecologia dos saberes desafia são as hierarquias universais e abstractas de poderes que, através delas, têm sido naturalizados pela história. As hierarquias concretas devem emergir a partir da validação de uma intervenção particular no mundo real em confrontação com outras intervenções alternativas (SANTOS, 2010a, p.108).

Para uma monocultura do tempo linear, a proposta de uma Ecologia das Temporalidades:

Para Santos, as sociedades entendem o poder a partir das concepções de temporalidade. As relações de dominação mais resistentes são as que assentam nas hierarquias entre temporalidades que reduzem muitas experiências sociais à condição de resíduo, são desqualificadas e suprimidas. A sociologia das ausências parte da ideia de que as sociedades são constituídas por diferentes tempos e temporalidades e de que diferentes culturas geram diferentes regras temporais. Parte do entendimento de que a ideia de tempo linear é uma entre muitas concepções de tempo, e que as experiências são consideradas residuais porque são contemporâneas de maneira que a temporalidade dominante, o tempo linear não é capaz de reconhecer (SANTOS, 2010a).

Para uma monocultura das classificações, a proposta de uma Ecologia dos Reconhecimentos:

A lógica da produção das ausências de classificação social é a lógica em que a desqualificação incide prioritariamente sobre os agentes e derivadamente sobre a experiência social (práticas e saberes) e consiste em identificar diferença com desigualdade.

A Sociologia das Ausências confronta-se com a colonialidade, procurando uma nova articulação entre o princípio da igualdade e o princípio da diferença e abrindo espaço para a possibilidade de diferenças iguais – uma ecologia de diferenças feita de reconhecimentos recíprocos (SANTOS, 2010a, p. 110).

Para uma monocultura da escala dominante, a proposta de uma Ecologia da Trans-escala:

A sociologia das ausências opera demonstrando que mais que convergir, o mundo diverge, que o universalismo existe apenas como uma pluralidade de aspirações universais, parciais e competitivas, todas ancoradas em contextos particulares. A ecologia da trans-escala irá questionar a lógica do universalismo e da escala global, desglobalizando o local em relação à globalização hegemônica.

Para uma monocultura da produção capitalista, a proposta de uma Ecologia da Produtividade.

No domínio da lógica produtivista, a sociologia das ausências consiste na recuperação e na valorização dos sistemas alternativos de produção, das organizações econômicas populares, das cooperativas operárias, das empresas autogeridas, da economia solidária, que a ortodoxia produtivista capitalista ocultou e descredibilizou. Para Santos (2010a, p. 114), “esse é o domínio mais controverso da sociologia das ausências por colocar em questão o paradigma do desenvolvimento econômico e a lógica da primazia dos objetivos de acumulação sobre os objetivos de distribuição que sustentam o capitalismo global”.

5.1.2 Sociologia das Emergências

Santos, partindo de uma crítica à monocultura do tempo linear, defenderá a ideia de que o futuro pensado linearmente atribui sentido e direção conferidos pelo progresso; acaba por ser projetado numa direção irreversível, um futuro concebido e que não tem que ser pensado. É essa perspectiva que fundamenta a indolência da razão criticada pelo autor, que então irá propor uma contração do futuro de maneira que ele possa ser cuidado e que possa contribuir para a dilatação do presente.

Enquanto a dilatação do presente é obtida através da sociologia das ausências, a contração do futuro é obtida através da sociologia das emergências. A sociologia das emergências consiste em substituir o vazio do futuro segundo o tempo linear (um vazio que tanto é tudo como é nada) por um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo no presente através das atividades de cuidado (Santos, 2010a, p. 116).

O conceito que preside a sociologia das emergências é o conceito de Ainda-Não proposto por Bloch (1947 apud SANTOS, 2010a), um conceito que exprime o que existe como uma tendência, um movimento latente no processo de se manifestar. Não é um futuro indeterminado nem infinito, é uma possibilidade, é a consciência antecipatória. Por um lado, capacidade e, por outro, possibilidade. O Ainda-Não inscreve no presente uma possibilidade incerta, mas nunca neutra. É essa incerteza, que, ao mesmo tempo em que dilata o presente, contrai o futuro, tornando-o objeto de cuidado. A sociologia das emergências é a investigação das alternativas que cabem nesse horizonte de possibilidades.

Enquanto a sociologia das ausências expande o domínio das experiências sociais já disponíveis, a sociologia das emergências expande o domínio das experiências sociais possíveis. As duas sociologias estão estreitamente associadas, visto que quanto mais experiências estiverem hoje disponíveis no mundo, mais experiências são possíveis no futuro. Quanto mais ampla for a realidade credível, mais vasto é o campo dos sinais ou pistas credíveis e dos futuros possíveis e concretos [...]. Na

sociologia das ausências, essa multiplicação e diversificação ocorre pela ecologia dos saberes, dos tempos, das diferenças, das escalas e das produções, ao passo que a sociologia das emergências as revela por via da amplificação simbólica das pistas ou sinais (SANTOS, 2010a, p. 120-121).

Tanto na sociologia das ausências quanto na sociologia das emergências o fato inconformismo se faz presente. Na sociologia das ausências o elemento subjetivo é a consciência cosmopolita e o inconformismo ante o desperdício da experiência. Na sociologia das emergências o elemento subjetivo é a consciência antecipatória e o inconformismo ante uma carência cuja satisfação está no horizonte de possibilidades. Uma e outra visam alimentar ações coletivas de transformação social que exigem sempre um envolvimento emocional, seja ele entusiasmo ou indignação (SANTOS, 2010a).

A sociologia das emergências é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas [...]. Consiste em proceder a uma ampliação simbólica dos saberes, práticas e agentes de modo a identificar neles a tendência de futuro (o Ainda-Não) sobre os quais é possível atuar para maximizar a probabilidade de esperança em relação à probabilidade de frustração [...]. A sociologia das emergências atua tanto sobre as possibilidades como sobre as capacidades [...]. O elemento subjetivo da sociologia das emergências é a consciência antecipatória e o inconformismo ante uma carência cuja satisfação está no horizonte de possibilidades (SANTOS, 2010a, p. 118).

Em síntese, a fundamentação teórica que se propõe para o presente estudo ressalta a importância de se salientar a incompletude de todos os conhecimentos e, ainda, o potencial que existe nos diálogos entre eles. Esse conhecimento é denominado por *conhecimento prudente* e é decorrente desses diálogos e das constelações de saberes que permitem construir.

5.2 Contexto - Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP)

No Brasil, o acesso à Justiça está contemplado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no artigo 5º²⁵, inciso LXXIV²⁶, que veio substituir a expressão “assistência judiciária” pela “assistência jurídica integral e gratuita”, estabelecendo uma concepção ampla de Acesso à Justiça, a qual não se limita apenas à representação em juízo, mas contempla o aconselhamento, consultoria e informações jurídicas para os mais carentes. Esses princípios, acrescido com o do devido processo legal e da celeridade processual, caracterizam o acesso à Justiça em uma acepção maior, na qual a sociedade não será privada da apreciação dos seus direitos, do devido processo legal ao acesso a uma ordem jurídica justa (CAOVILLA, 2014, p. 80).

²⁵ [...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

²⁶ O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovem insuficiência de recursos.

Embora prevista na Constituição Federal de 1988, no Estado de São Paulo, a DPESP somente foi criada pela lei Complementar Estadual nº 988, de janeiro de 2006 (SÃO PAULO, 2006), após grande movimentação de atores sociais que compuseram o Movimento pela Defensoria Pública. Até sua criação, a Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), um órgão da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo (PGE), acumulava as funções de defesa e apoio jurídico do estado e prestação de assistência jurídica aos necessitados. Tal modelo foi bastante questionado, principalmente em situações de relevantes litígios contra o próprio Estado. Acrescenta-se a tal questionamento, a dificuldade provocada por número insuficiente de procuradores de assistência judiciária, que não permitia atender a toda demanda do estado, propiciando que assumisse amplo papel no sistema de acesso à Justiça o protocolo de assistência jurídica mantido com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)²⁷. Tal modelo de Acesso à Justiça torna-se, então, alvo de insatisfação e de mobilização por parte de entidades e movimentos sociais que reivindicavam a criação de uma Defensoria Pública Estadual.

O Movimento pela Defensoria Pública:

Representantes de diversas²⁸ entidades e movimentos da sociedade politicamente organizada, mobilizados pelo que denominavam como *fragilidade do acesso à justiça* advinda da inexistência da Defensoria Pública no Estado de São Paulo, lançaram, em 2002, o Movimento pela Defensoria Pública. Precedeu a criação do movimento um seminário desenvolvido pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP), em 1999, e a realização de audiências públicas pela Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, que também realizou, em 2002, um seminário sobre o tema (CARDOSO, 2010a, p. 105-106).

O Sindicato dos Procuradores do Estado, das Autarquias, das Fundações e das Universidades Públicas do Estado de São Paulo e a elaboração do anteprojeto de lei para a DPESP:

Em setembro de 2001, o Sindicato dos Procuradores do Estado, das Autarquias, das Fundações e das Universidades Públicas do Estado de São Paulo (SINDIPROESP) elaborou um anteprojeto de lei orgânica para a DPESP, o que impulsionou determinantemente a criação do Movimento pela Defensoria Pública à medida que mobilizou diversas entidades politicamente organizadas e movimentos sociais, além de operadores do Direito e professores universitários, que se dedicaram a aprimorar o referido projeto. O anteprojeto trouxe propostas inovadoras à medida que ineditamente dispunha sobre a participação social em uma instituição que se insere no âmbito do Sistema de Justiça: a definição de que a Defensoria Pública deveria realizar Conferências Públicas para deliberar sobre o plano anual de atuação; e a criação de Ouvidoria independente, com representação no Conselho Superior da DPESP, como mecanismo de controle e participação da sociedade civil na gestão da instituição (CARDOSO, 2010a, p. 107).

A implantação da DPESP surge, então, não como uma consequência imediata da

²⁷ Convênio que ainda se mantém.

²⁸ Mais de quatrocentas, quando do lançamento do Manifesto pela criação da Defensoria.

previsão constitucional de 1988, mas, somente em 2006, resultante da mobilização de muitos atores, de vozes reivindicatórias de diferentes segmentos sociais. Surge como um modelo diferenciado, com possibilidade de governança democrática, valorizando a transparência, a fiscalização e a participação popular (CARDOSO, 2010a, 2010b).

A Defensoria Pública é uma instituição permanente cuja função é oferecer, de forma integral e gratuita, aos cidadãos necessitados a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos. Apesar de ser instituição estadual, não é vinculada ao governo. Sua autonomia é prevista pela Constituição Federal e é uma garantia para que os Defensores Públicos possam representar os direitos da população sem qualquer tipo de constrangimento. A administração superior da instituição é conduzida pelo Defensor Público-Geral do Estado – nomeado pelo Governador a partir de uma lista tríplice formada pelos candidatos mais votados em eleição com participação de toda a carreira. Seu principal órgão para tomada de decisões internas é o Conselho Superior da Defensoria Pública (DPESP, 2010).

A composição e as atribuições do Conselho Superior, o órgão deliberativo máximo da DPESP:

O Conselho Superior é o órgão deliberativo máximo da Defensoria Pública de São Paulo. Sua competência é fixada pela Lei Complementar nº 988, de 2006 e, dentre outras atribuições, destacam-se: exercer o poder normativo no âmbito da Defensoria Pública; fixar parâmetros mínimos de qualidade para a atuação dos Defensores Públicos; aprovar o plano anual de atuação da instituição; formular regras para a eleição do Defensor Público-Geral; decidir, pelos votos de 2/3 de seus membros, pelo afastamento do Defensor Público-Geral e do Corregedor-Geral; indicar o Diretor da Escola da Defensoria Pública, dentre outras. A lei prevê, ainda, a realização do Momento Aberto em todas as sessões do Conselho, no qual qualquer pessoa pode se dirigir livremente aos conselheiros para expor um assunto que julgue relevante para a instituição. O Conselho é formado por 13 membros, sendo 05 natos e 08 eleitos. Os membros natos são: o Defensor Público-Geral do Estado (que o preside), o Segundo Subdefensor Público-Geral do Estado, o Terceiro Subdefensor Público-Geral do Estado, o Defensor Público Corregedor-Geral do Estado e o Ouvidor-Geral da Defensoria Pública (esse último, sem direito a voto). Os membros eleitos são votados diretamente pela Totalidade da carreira, pela seguinte forma de representatividade: 01 representante dos Núcleos Especializados; 01 representante das Defensorias Regionais; 01 representante da Defensoria situada na Capital e 01 representante para cada nível da carreira (nível I a nível V) (DPESP, 2015).

As atribuições de fiscalização da atividade funcional cabem à Corregedoria-Geral da DPESP:

À Corregedoria-Geral cabe a orientação e fiscalização da atividade funcional e da conduta pública dos defensores e dos servidores, quanto à prestação de atendimento de qualidade e ao cumprimento das obrigações funcionais previstas na Lei Orgânica da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP, 2015).

Estão previstas na Lei Complementar Estadual nº 988, de 2006 (SÃO PAULO, 2006), três subdefensorias com as seguintes competências: Compete exclusivamente ao Primeiro Subdefensor Público-Geral de o Estado coordenar o planejamento da Defensoria Pública do Estado, observando o cumprimento das normas técnicas de elaboração de planos,

programas, projetos e orçamentos, bem como acompanhando sua execução (artigo 21); Compete ao Segundo Subdefensor Público-Geral do Estado administrar, coordenar e orientar a atuação das Defensorias situadas na Capital e em sua Região Metropolitana (artigo 23); Compete exclusivamente ao Terceiro Subdefensor Público-Geral de o Estado administrar, coordenar e orientar a atuação das Defensorias Regionais situadas no Interior do Estado (artigo 25).

A Ouvidoria-Geral é abordada na Lei nº 988/2006 (SÃO PAULO, 2006) como o órgão superior da Defensoria Pública do Estado, devendo participar da gestão e fiscalização da instituição e de seus membros e servidores (artigo 36). Em seu artigo 37 dispõe que o Ouvidor-Geral será nomeado pelo Governador do Estado, dentre os indicados em lista tríplice, organizada pelo Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana - CONDEPE, para mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução, respeitado o mesmo procedimento. Em seu artigo 39, aborda a composição do órgão e a finalidade de seu Conselho Consultivo:

Artigo 39. A Ouvidoria-Geral compreende o Conselho Consultivo e o Grupo de Apoio Administrativo. O Conselho Consultivo da Ouvidoria-Geral, composto por 11 (onze) membros e presidido pelo Ouvidor-Geral, terá como finalidades precípua acompanhar os trabalhos do órgão e formular críticas e sugestões para o aprimoramento de seus serviços, constituindo canal permanente de comunicação com a sociedade civil (SÃO PAULO, 2006).

A DPESP conta com nove Núcleos Especializados cujo objetivo é promover uma atuação estratégica da instituição em áreas de sensível importância: Cidadania e Direitos Humanos; Infância e Juventude; Habitação e Urbanismo; Segunda Instância e Tribunais Superiores; Situação Carcerária; Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito; Proteção e defesa dos Direitos da Mulher; Direitos do Idoso e da Pessoa com Deficiência; Defesa do Consumidor. Os Núcleos coordenam os debates e materiais produzidos pelos Defensores Públicos em sua área respectiva, fornecendo a eles qualquer suporte técnico necessário. Também propõem ações judiciais e são responsáveis por coordenar o acionamento de Cortes Internacionais quando se fizer necessário (DPESP, 2009)²⁹.

²⁹ Maiores informações sobre os trabalhos dos Núcleos Especializados poderão ser acessadas em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3040>> (Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos); <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3064>> (Núcleo Especializado de Infância e Juventude); <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2994>> (Núcleo Especializado de Habitação e Urbanismo); <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3005>> (Núcleo Especializado de Segunda Instância e Tribunais Superiores);

Papel relevante na instituição desempenha a Escola da Defensoria Pública do Estado (EDEPE), órgão auxiliar que tem suas atribuições previstas no artigo 53 e seguintes da Lei Complementar Estadual 988/2006 (SÃO PAULO, 2006). Destacam-se, dentre suas diversas atribuições, a promoção e atualização profissional dos membros da Defensoria e a promoção e colaboração com sistemas de educação em direitos.

Para o escopo do presente estudo, merece ser destacado que dentre os órgãos da defensoria a Defensoria Pública-Geral possui a Chefia de Gabinete e sete serviços de Assessorias, sendo uma delas a Assessoria Técnica Psicossocial - composta por Agentes de Defensoria (Psicólogos e Assistentes Sociais). Cabe à Assessoria Técnica Psicossocial assessorar a Defensoria Pública Geral nas questões relativas ao Serviço Social e à Psicologia. As demais assessorias, designadas exclusivamente aos defensores públicos, são: Qualidade de Atendimento; Criminal e Infracional; Cível; Parlamentar; Jurídica e de Convênios.

A instituição conta, ainda, com outra iniciativa que vem ao encontro com o estudo em questão, qual seja a proposta de uma Comissão para tratar de assuntos interdisciplinares. Trata-se de uma comissão denominada Comissão de Estudos Interdisciplinares, cuja composição e atribuições encontram-se apresentadas na Deliberação CSDP nº 187, de 12 de agosto de 2010:

Artigo 7º - CSDP 187/2010. Composta por Defensores Públicos e Agentes de Defensoria que terá por atribuições analisar casos paradigmáticos, sugerir rotinas ao Conselho Superior da Defensoria Pública, apontar diretrizes de atuação e apreciar propostas formuladas pela Assessoria Técnica Psicossocial (DPESP, 2010).

É constituída por defensores e agentes da defensoria que atuam na Capital, Região Metropolitana e Interior. Tal iniciativa parte do reconhecimento de que a concretização dos princípios da integralidade e efetividade na prestação da assistência jurídica reclama a intervenção interdisciplinar (artigos 69 a 71, da Lei Complementar nº 988, de 09 de janeiro de 2006) (SÃO PAULO, 2006). Por esse motivo, juntamente com os trabalhos desenvolvidos pelo CAM, que será descrito posteriormente em item específico, essa iniciativa institucional desperta o interesse do presente estudo por caracterizar um espaço em que propostas de

<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3016>> (Núcleo Especializado de Situação Carcerária);
<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3355>> (Núcleo Especializado de promoção e defesa dos Direitos da Mulher);
<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3322>> (Núcleo Especializado de Combate a Discriminação, Racismo e Preconceito);
<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3343>> (Núcleo Especializado de Direitos do Idoso e de Pessoas com Deficiência);
<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=5126>> (Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor).

trabalho envolvem diferentes saberes, incluem as áreas psicossociais, e se fazem presentes no Sistema de Justiça Paulista.

Figura 1 - Estrutura Organizacional da DPESP

Fonte: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2872>. Acesso em: 25 mar. 2015.

As áreas de atuação e os critérios para deferimento da assistência jurídica na DPESP

A DPESP atua em qualquer espécie de caso que seja de competência da Justiça Estadual, sempre na defesa de um cidadão ou de um grupo de cidadãos carentes. O serviço da Defensoria pode ser utilizado por aquelas pessoas que não têm condições financeiras de pagar assistência jurídica (DPESP, 2009). Para atendimento na Defensoria Pública de São Paulo, a pessoa deve atender, cumulativamente, as seguintes condições: I – auferir renda familiar mensal não superior a três salários mínimos federais; II - não ser proprietária, titular de

aquisição, herdeira, legatária ou usufrutuária de bens móveis, imóveis ou direitos, cujos valores ultrapassem a quantia equivalente a 5.000 (cinco mil) Unidades Fiscais do Estado de São Paulo – UFESP's; III - não possuir recursos financeiros em aplicações ou investimentos em valor superior a 12 (doze) salários mínimos federais (Deliberação CSDP N° 89, de 08 de agosto de 2008)³⁰.

Após atuar em um processo na Justiça Paulista, a DPESP é responsável por todos os recursos necessários – até mesmo em sede dos Tribunais Superiores. A lei que a instituiu prevê, inclusive, que a Defensoria recorra às Cortes Internacionais, quando for o caso. Dentre as possíveis áreas de atuação da DPESP, é possível destacar: Área Cível; Tutela Coletiva; Área Criminal, Área da Infância e Juventude; Área de Execução Criminal (DPESP, 2009).

Atualmente, há 719 defensores públicos no estado de São Paulo que trabalham em 65 unidades espalhadas por 43 cidades (DPESP, 2015), organizadas em vinte e quatro regionais em todo o estado de São Paulo, a saber: 1) 6 regionais na Capital: a) Norte-Sul, b) Leste, c) Sul, d) Central, e) Criminal, f) Infância e Juventude; 2) 4 regionais na Região Metropolitana: a) Osasco; b) Guarulhos, c) Mogi das Cruzes, d) Grande ABCD; 3) 14 regionais no Interior: a) Araçatuba, b) Bauru, c) Campinas, d) Jundiaí, e) Marília, f) Presidente Prudente, g) Ribeirão Preto, h) Santos, i) São Carlos, j) São José do Rio Preto, k) São José dos Campos, l) Sorocaba, m) Taubaté, n) Vale do Ribeira.

5.2.1 Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM)

A previsão do CAM na Lei Complementar Estadual n° 988/2006 (São Paulo, 2006):

Os Centros de Atendimento Multidisciplinar, previstos na Lei Complementar Estadual n° 988, de 9 de janeiro de 2006, que, em São Paulo organiza a Defensoria Pública do estado e institui o regime jurídico da carreira do Defensor Público, são órgãos auxiliares da Defensoria Pública que, podendo ser compostos por profissionais e estagiários de diversas formações, institucionalizam a oferta de atendimento interdisciplinar (KOHARA, 2014, p. 1006).

A Lei Complementar n° 1.050/2008 e a criação de cargos de Agentes de

³⁰ Contribuição para análise do tema de critérios pode ser encontrada em: ROMEU, L.C. e cols. Análise crítica dos critérios utilizados pela Defensoria para a definição do necessitado nos termos do artigo 134 da Constituição. In: RÉ, A. I. M. R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 155-190.

Defensoria:

Apesar de já estarem previstos na Lei Complementar nº 988, a criação dos cargos de Agentes de Defensoria, que integrariam os CAMs, ocorreu dois anos e meio depois, a partir da Lei Complementar nº 1.050, de 24 de junho de 2008 (NASCIMENTO, 2014, p. 663).

A Lei Complementar nº 1.050/2008 (São Paulo, 2008) criou 73 cargos de Agentes de Defensoria e a Lei Complementar nº 1.161, de 26 de dezembro de 2011 (São Paulo, 2011), criou mais 15 cargos. No início de 2010 foi realizado o concurso público para provimento dos cargos e em abril do mesmo ano inicia-se a implantação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar.

De acordo com o artigo 70, da Lei Complementar nº 988, cada CAM poderia contar com profissionais e estagiários de Psicologia, Serviço Social, Engenharia, Sociologia, Estatística, Economia, Ciências Contábeis, Direito e outros. A real implementação dos CAMs os caracterizou pela atuação de profissionais da área psicossocial até o momento, Psicólogos e Assistentes Sociais. Os agentes das demais áreas assumiram cargos junto aos órgãos da Administração (NASCIMENTO, 2014, p. 665).

Profissionais ingressantes e implantação do CAM:

Dos Agentes de Defensoria ingressantes, 27 psicólogos³¹ e 13 assistentes sociais passam a integrar os Centros de Atendimento Multidisciplinar, permitindo a sua efetiva criação por todo o estado. Além das Regionais da Defensoria Pública para a implantação de Atendimento Multidisciplinar, a inserção de psicólogos e assistentes sociais também se deu no âmbito dos Núcleos Especializados e na administração superior, nesta última, por meio da criação de uma assessoria especializada à Defensoria Pública-Geral denominada Assessoria Técnica Psicossocial (KOHARA, 2014, p. 1010).

A Deliberação do Conselho Superior da DPESP nº187, que disciplinou a estrutura e o funcionamento dos CAMs, foi publicada em 12 de agosto de 2010. Dentre os princípios elencados em seu artigo 1º, que indicam como deve ser o trabalho dos Centros de Atendimento Multidisciplinares, destacam-se a humanização do atendimento, a não obrigatoriedade da submissão do usuário ao serviço psicossocial; a interdisciplinaridade e a articulação com a rede externa de atendimento psicossocial. A esses centros cabe assessorar os defensores públicos no desempenho de suas atividades, prestando assessoria técnica, realizando diligências que exijam conhecimentos técnico-científicos, participando do programa de composição extrajudicial de conflitos (DPESP, 2010).

Ao considerarmos os dados relativos aos números diferenciados de assistentes sociais (13) e de psicólogos (27) designados para a composição do CAM nas vinte e quatro regionais distribuídas em todo estado, evidencia-se a diferenciação desse serviço na

³¹ Desse total de 27 psicólogos, dois não faziam mais parte do quadro da DPESP na ocasião do presente estudo.

configuração de suas equipes e, conseqüentemente, na caracterização dos serviços prestados. Em algumas regionais, a presença do Defensor Público, que atua como o coordenador do CAM, pode contar com uma equipe psicossocial completa, ou seja, com psicólogo e assistente social. Nas demais, somente um dos agentes estava presente e, tendo em vista o maior número de psicólogos, a presença do assistente social se fez em menor escala³².

Em termos deliberativos, destaca-se que, após quase um ano de atuação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar, o Conselho Superior da Defensoria Pública aprova em 11 de março de 2011 a Deliberação CSDP nº219 (DPESP, 2011), a qual regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental.

A partir de uma proposta institucional inovadora e com fortes princípios e valores democráticos, formalizada em intensa mobilização social, a DPESP institui um novo conceito de atendimento no sistema jurídico. Uma prática que se propõe integral e interdisciplinar, em que o Centro de Atendimento Multidisciplinar passa a simbolizar um potencial instrumento para o acesso à justiça para indivíduos historicamente excluídos, “invisíveis” e marginalizados: “não existentes”, na perspectiva da Sociologia das Ausências de Boaventura de Souza Santos (SANTOS, 2010a).

Foi o interesse em conhecer as características de acesso à justiça nesse contexto, especificamente, na área da saúde mental, que estimulou o presente estudo.

5.3 Tipo de estudo

Considerando os objetivos propostos e o referencial teórico selecionado - cuja ênfase recai na valorização de diferentes saberes-, entende-se que uma abordagem qualitativa e seu comprometimento com o caráter interativo do processo de produção de conhecimento se apresentem metodologicamente congruentes.

De acordo com Fortim (2009), o objetivo da investigação qualitativa é explorar e interpretar os múltiplos aspectos do problema a partir do ponto de vista dos participantes e

³² No período de realização do presente estudo, profissionais que foram aprovados no último concurso público estavam sendo contratados, possibilitando uma nova distribuição de agentes por órgãos da Defensoria. Tal distribuição está priorizando a presença de dois agentes – psicólogo e assistente social, em cada Unidade da Defensoria no estado.

sobre suas experiências (FORTIM, 2009). Nessa mesma direção, para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa permite descrever a experiência humana tal como é vivida, mediante a compreensão do significado que as experiências têm para o sujeito. Entende-se que a busca por compreensão do acesso à justiça das demandas de saúde mental sob a perspectiva de diferentes atores sociais, da maneira como está proposta, se caracteriza como um processo de exploração e de elaboração de interpretações, que irá considerar uma multiplicidade de aspectos do referido tema, de diferentes vivências e perspectivas.

Deve ser ressaltado que a perspectiva qualitativa possibilita o reconhecimento da dinâmica constante no processo de construção do conhecimento. Em Moreira e Caleffe (2006) observa-se a distinção desse referido aspecto, ao mencionarem que o pesquisador sabe que o processo de pesquisa, desde o momento de sua concepção até o seu término, é uma interação dialética contínua - análise, crítica, reiteração, reanálise e assim por diante, levando a uma construção articulada do objeto de estudo. Tal flexibilidade direciona a elaboração do presente desenho do estudo, construído a partir da constante análise e reanálise de documentos e dos resultados da participação de diferentes atores sociais (MOREIRA; CALEFFE, 2006).

De acordo com Pope e Mays (2009), em um estudo na abordagem qualitativa, as pessoas são observadas em seu próprio território e podem ser utilizados diversos métodos que incluem observação, entrevistas em profundidade, análises de textos ou documentos, análise de comportamento ou de discurso gravados em vídeos ou áudio (POPE; MAYS, 2009). Nesse sentido, a presente opção metodológica foi pela utilização de análise documental, de entrevistas não estruturadas, entrevistas semiestruturadas e de observações diretas.

5.4 Procedimentos e coleta de dados

5.4.1 Participantes

O grupo é composto por 56 participantes, a saber:

- a) 46 profissionais da DPESP: 17 psicólogos, 15 defensores públicos, 12 assistentes sociais e 02 profissionais atuantes na Ouvidoria.
- b) 10 participantes externos da DPESP - sendo 09 usuários do serviço com demandas

de saúde mental (pessoais ou de familiares) e 01 representante de movimento social atuante na DPESP.

Tabela 2 - Total de participantes discriminados por tipo de vínculo com a DPESP e por etapa(s) do estudo em que participaram

PARTICIPANTES	ETAPA I	I e II	ETAPA II	II e III	ETAPA III	I e III	TOTAL
Psicólogo	01	-	02	02	12	-	17
Defensor Público	02	-	01	02	10	-	15
Assistente Social		-	-	03	08	01	12
Usuários Do Serviço	-	-	09	-	0	-	09
Representantes Da Ouvidoria	02	-	-	-	-	-	02
Representante De Movimento Social	01	-	-	-	-	-	01
Total (Participantes/Etapa)	06	0	12	07	30	01	56

Dada à diversidade de características dos participantes e sua distribuição por três etapas, optou-se pela apresentação dos critérios de inclusão juntamente com a descrição das etapas da coleta de dados, visando facilitar o entendimento do leitor.

5.4.2 Etapas

Etapas I: Exploratória

a) Análise documental

A análise documental apresenta-se como um método de coleta e de verificação de dados, que visa ao acesso às fontes escritas pertinentes, e abre muitas vezes a via à utilização de outras técnicas de investigação, com as quais mantém regularmente uma relação complementar (observação, inquérito, análise de conteúdo), e chega, por vezes, a criar material empírico novo. Ao tratarem sobre as fontes de documentação, os autores nos

remetem à diversidade dessas fontes de informações que podem fornecer e incitar à descoberta de outras. Ressaltam que fontes escritas, documentos e textos legais, relatórios, panfletos ou prospectos de publicidade conservam um privilégio de continuar a fazer fé, nomeadamente em matéria jurídica. Os autores diferenciam as fontes de documentação, especificando as várias concepções quanto à natureza oficial ou não de uma fonte. Do ponto de vista delimitado, oficial é definido como uma fonte que depende de uma autoridade pública, documentos que são emitidos por uma autoridade pública, ou recebidos por essa autoridade, em virtude das responsabilidades que lhe são confiadas por lei, por regulamento ou por certos costumes notórios. Sob esse ponto de vista, as fontes oficiais dependem exclusivamente de agentes do Estado ou de pessoas mandatadas por esse e que agem no quadro de suas funções. Quanto às fontes escritas não oficiais, mencionam a imprensa, as revistas, os livros, como fontes de inegável alcance político, econômico e social (ALBARELLO et al., 2011).

Nessa etapa foi realizada análise documental oficial e não oficial, pesquisa de informações sobre a implantação e serviços da DPESP e do CAM. Para tanto, foram analisadas informações disponibilizadas no *site* oficial da DPESP incluindo *links* da Escola da Defensoria, da Ouvidoria, de Núcleos Especializados e da Corregedoria. Dando seguimento, procedeu-se a observação das principais deliberações referentes aos serviços do CAM; material elaborado e disponibilizado por profissionais da DPESP, envolvendo temas relativos à saúde mental (apostilas, *folders*, divulgação de eventos); material disponibilizado sobre Conferências Públicas da DPESP; relatórios da Corregedoria; Resultados de Pesquisa da Ouvidoria sobre satisfação com o Atendimento da Defensoria e Relatórios de Atividades da Ouvidoria. Tais informações subsidiaram a elaboração das etapas do estudo assim como a definição dos instrumentos a serem utilizados em cada etapa, além da contribuição para a análise dos resultados.

b) Entrevista não estruturada com informantes-chave

A entrevista não estruturada segue um modelo de conversação caracterizada por ser aberta, flexível e dinâmica. Ao entrevistado é dada ampla liberdade de respostas e o entrevistador segue apenas um guia temático. Ao entrevistador cabe uma exposição inicial dos objetivos da entrevista para lhe dar o tom geral de uma conversa livre e muito aberta (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008). Albarello et al. (2011) a descrevem como um tipo de entrevista exclusivamente articulada em torno de temas que se pretende que o entrevistado

explore. O único saber valorizado é aquele que é controlado pelo participante e, portanto, elaborado por ele. Aspecto também enfatizado por Bogdan e Biklen (1994), ao mencionar a entrevista não estruturada como aquela muito aberta, em que o entrevistador encoraja o sujeito a falar sobre a área de interesse e, em seguida, explora-a aprofundadamente, retomando os tópicos e os temas que o respondente iniciou. O entrevistado desempenha um papel crucial na definição do conteúdo da entrevista e na condução do estudo.

Foram entrevistados sete participantes considerados informantes-chave, com o intuito de analisar o acesso à justiça sob diferentes perspectivas dos envolvidos no serviço prestado: quatro membros da DPESP que atuavam na instituição no período de implantação do Centro de Atendimento Multidisciplinar, e que possuem atuação e interesse por temas de saúde mental; dois profissionais especificamente da Ouvidoria, atuantes também na instituição no período de implantação do Centro de Atendimento Multidisciplinar; e um representante de movimento social, que exercia suas funções na DPESP no período da implantação do Centro de Atendimento Multidisciplinar, ainda atuante. A inserção desses profissionais ocorreu com o intuito de ampliar a discussão dos trabalhos do CAM. Por ocuparem posições estratégicas na instituição para o acesso às informações de interesse do presente estudo, esses participantes foram denominados de representantes da Defensoria (RDP) e de representantes de Movimento Social (RMS).

As entrevistas foram realizadas nas dependências da DPESP, em salas designadas pelos responsáveis pelo serviço, com condições adequadas (espaço físico e privacidade), ou em outro local de trabalho previamente definido pelo participante, e que garantiram as mesmas condições de privacidade. Mediante a autorização prévia dos participantes, as entrevistas foram gravadas (gravação de áudio), com duração aproximada de 1h30' e tiveram previamente estabelecido um guia com quatro temas a serem abordados e aprofundados: (i) a implantação da DPESP; (ii) o papel do CAM; (iii) a atuação da DPESP; e (iv) avaliação do funcionamento do CAM (APÊNDICE A).

A realização das entrevistas exploratórias cumpriu sua tarefa de facultar elementos para o aprimoramento do desenho metodológico do estudo, proporcionando: (i) a adequação dos critérios para a seleção dos participantes das etapas posteriores, partindo da análise das características institucionais descritas; (ii) maior clareza de temas para a estruturação dos roteiros das diferentes entrevistas de cada uma das etapas, partindo das condições, das características do trabalho e de funcionamento institucional que foram abordados; (iii) contribuiu para o estabelecimento de critérios para seleção das diferentes regionais a serem visitadas; (iv) e facilitou a elaboração do roteiro para a condução das

observações para essas regionais. Os benefícios da realização das entrevistas exploratórias foram diversos e observados reiteradamente no decorrer das etapas subsequentes.

A realização das etapas II e III ocorreu simultaneamente.

Etapas II – Entrevistas presenciais e observação

Entrevista semiestruturada

Em Quivy e Campenhoudt (2008) encontra-se a descrição da utilização das entrevistas semiestruturadas como aquelas que têm como função principal revelar aspectos dos fenômenos estudados que ampliem o campo de investigação. Permitem ao entrevistado, pessoas que por suas posições, ações ou responsabilidades tenham um bom conhecimento do tema (investigadores especializados, peritos no assunto ou testemunhas privilegiadas), aprofundar na análise do assunto.

São qualificadas por uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada inicialmente, a partir da qual o pesquisador e pessoa entrevistada vão construindo uma ideia ou resposta em maiores detalhes (BRITTEN, 2009). A utilização de um roteiro temático caracteriza o processo de coleta de dados com questões básicas, que possibilitam formulação flexível das perguntas, bem como a liberdade da resposta. Ressalta-se a importância de que o roteiro seja amplo de modo que permita captar as informações desejadas, assim como garanta que todos os tipos de dados sejam coletados com todos os participantes. Embora parta de questionamentos básicos, a entrevista semiestruturada permite a inclusão de novos questionamentos a partir das respostas obtidas (TRIVIÑOS, 1992).

- a) Entrevistas com profissionais do CAM: defensores públicos, agentes de defensoria, psicólogos e agentes de defensoria assistentes sociais

Realizadas nas dependências da DPESP e de forma individual, em salas designadas por responsáveis pelo serviço e que garantiam condições adequadas (espaço físico e privacidade), com duração aproximada de 1h30' cada. Os profissionais convidados (e de quais regionais das vinte e quatro existentes) foram selecionados a partir de critérios elaborados após a etapa exploratória, tendo em vista os objetivos do estudo, a saber: 1) todos

os profissionais já deveriam estar atuando na DPESP no período da implantação do CAM; 2) aqueles que atuam como defensor deveriam estar designados como coordenadores do CAM na ocasião da entrevista; 3) deveriam estar incluídos entre os entrevistados profissionais com experiência na capital e/ou no interior; 4) deveriam ter experiência em equipe do CAM completa (composta por defensor público, agente de defensoria psicólogo e agente de defensoria assistente social) e/ou experiência na Comissão de Estudos Interdisciplinares. Dez profissionais participaram dessa etapa.

As entrevistas foram gravadas (gravação de áudio), com a autorização prévia do participante, e foram realizadas tendo como referência o Roteiro de Entrevista para profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar (APÊNDICE D). Antes de iniciada, foi apresentado ao convidado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) para análise, autorização e assinatura em duas vias do documento (uma para o entrevistador e outra para o entrevistado).

b) Entrevistas com usuários do serviço do CAM com demanda de saúde mental (pessoais ou familiares)

A presença de usuários dos serviços da DPESP foi incluída visando analisar as diferentes perspectivas daqueles que buscam o serviço com demandas de saúde mental e são atendidos pelo CAM. Foram entrevistados nove usuários indicados por responsáveis pelos serviços do Centro de Atendimento Multidisciplinar das regionais (Região Metropolitana e Interior), que apresentassem demandas de saúde mental, podendo ser pessoais (busca espontânea) ou para familiares. No caso de busca espontânea, foram incluídos usuários com idade igual ou superior a 18 anos e que tivessem preservada a responsabilidade legal por seus atos (não estivessem interditados).

Nessa seleção foram incluídos participantes da Região Metropolitana e do Interior. Dentre as justificativas para a presente escolha destacam-se: 1) em ambas as regiões, a implantação do CAM predominante não contou com a equipe completa, restringindo a inserção de participantes desses nas entrevistas presenciais com profissionais; 2) ao optar por priorizar regionais da Região Metropolitana do Interior, ampliou-se a possibilidade de realização das *observações diretas* em outras regionais, tendo em vista que o critério da realização das entrevistas estava atrelado à realização das observações locais da regional. Na capital, o serviço de triagem é centralizado em um único prédio da DPESP.

As entrevistas foram realizadas nos prédios da DPESP, em salas autorizadas pelos

responsáveis locais, e que possibilitaram condições adequadas para garantir a privacidade e preservação das informações. A condução das entrevistas teve como referência roteiros elaborados pela pesquisadora especificamente para o presente projeto (APÊNDICES E e F) e teve duração aproximada de 1h.

c) Observação direta

A observação direta caracteriza-se como técnica de observação visual e auditiva, em que o pesquisador empenha-se para não se envolver em interações verbais específicas, procurando manter-se em anonimato, obviamente, dentro das condições possíveis. Para Costa (2009) esse tipo de técnica pode ser aplicado às dimensões sociais como, por exemplo, as distribuições espaciais e temporais de indivíduos e objetos ou símbolos externos incorporados nuns e noutros; na análise da utilização social dos espaços; na análise dos movimentos corporais durante a comunicação interpessoal e na análise da interação em pequenos grupos. Os autores enfatizam que o primeiro requisito é que as tipologias informem o que olhar (categorias), possibilitando que, dentro do que seria um panorama indiferenciado comece a se distinguir a informação categorizável (COSTA, 2009).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), os métodos de observação direta constituem os únicos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho. As observações incidem sobre os comportamentos dos atores, na medida em que manifestam sistemas de relações sociais, bem como sobre os fundamentos culturais e ideológicos que lhes subjazem. Nesse sentido, o investigador pode estar atento ao aparecimento ou à transformação dos comportamentos, aos efeitos que eles produzem e ao contexto em que são observados, como a ordenação de um espaço ou a disposição dos móveis de um local, que cristalizam sistemas de comunicação e de hierarquia. O campo de investigação é, *a priori*, infinitamente amplo e só depende, em definitivo, dos objetivos do trabalho e das suas hipóteses de partida. A partir delas, o ato de observar será estruturado, na maior parte das vezes, por uma grelha de observação previamente constituída.

No presente estudo, as observações foram realizadas nas dependências das salas de espera da Triagem da DPESP, nas respectivas regionais em que foram realizadas entrevistas no Interior e na Região Metropolitana e, na Capital, no serviço centralizado de triagem.

O comparecimento da pesquisadora no local de atuação dos profissionais

possibilitou anotações de campo e registro de observação a partir de um roteiro (APÊNDICE C), incluindo as seguintes categorias: condições de infraestrutura; características dos profissionais que atuam no serviço; características do público presente; características das informações disponíveis no local; horários e tempo de espera para atendimento; rotina do trabalho; e manifestações verbais e fluxo da comunicação entre o público presente. Cada observação teve duração de 1h durante o atendimento ao público realizado pelos profissionais administrativos, estagiários e defensores públicos.

Etapas III – Entrevistas não presenciais (on-line)

O trabalho do CAM da DPESP está distribuído geograficamente em 24 regionais. Foram convidados a participar dessa etapa do estudo todos os Defensores Públicos do estado que estavam no exercício da coordenação do CAM no período da realização da pesquisa, e todos os agentes de defensoria (psicólogos e assistentes sociais) que atuam na DPESP desde a implantação do CAM em todo estado.

Com essa estratégia foi aberta a possibilidade para a participação dos diferentes profissionais envolvidos diretamente no CAM (defensores públicos, agentes de defensoria psicólogos e agentes de defensoria assistentes sociais); profissionais das diferentes regiões do estado incluindo interior, capital e região metropolitana.

O Roteiro de Entrevista (APÊNDICE B) foi elaborado pela pesquisadora especificamente para o presente estudo, e é composto por itens de identificação: idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de experiência profissional, e por oito questões, abordando: 1) objetivos do CAM da regional em que o profissional atua; 2) atividades profissionais desenvolvidas no CAM da regional em que o profissional atua; 3) objetivos da busca pela DPESP pelos usuários do CAM; 4) características do público atendido pelo CAM da regional da DPESP em que o profissional atua; 5) demanda de saúde mental (pessoas portadoras de transtornos mentais); 6) aspectos positivos do trabalho do CAM; 7) aspectos negativos (ou dificuldades) no trabalho do CAM; e 8) propostas de melhorias para o trabalho do CAM.

Tendo em vista o caráter não presencial das entrevistas, que impossibilita a exploração da temática a partir das respostas dos participantes como ocorre na entrevista presencial, a temática da demanda de saúde mental foi abordada nas seguintes questões “Cite 3 dos principais objetivos da busca da DPESP pelos usuários do CAM da regional em que você atua” e “Quais são as três principais características do público atendido pelo Centro de

Atendimento Multidisciplinar na regional da DPESP em que você atua”. E, especificamente, sobre pessoas portadoras de transtornos mentais, nas questões “No CAM em que você atua, existe demanda específica de portadores de transtornos mentais (ou não)?”; Em caso afirmativo: “Quais são as principais características dos portadores de transtornos mentais atendidos?” “Quais os direitos que são reivindicados para portadores de transtornos mentais?” “Quais são os procedimentos adotados pelo CAM diante das demandas dos portadores de transtornos mentais?”.

O contato com os sessenta e dois profissionais em exercício³³ das vinte e quatro regionais da DPESP para apresentação da proposta do presente projeto e convite para participação foi realizado por correio eletrônico. Os convidados foram informados sobre o objetivo do estudo; o tempo previsto para a realização do mesmo (aproximadamente 50`); e de que o projeto de pesquisa estava devidamente autorizado por responsáveis pela Defensoria Pública Geral do Estado e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Foi apresentado o roteiro para que o profissional pudesse analisá-lo antes de decidir participar, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H - TCLE para profissionais participantes de entrevista on-line), para autorização formal da participação. O participante foi informado que, se eventualmente decidisse deixar de participar do estudo após o envio de suas respostas, deveria entrar em contato com a pesquisadora e informar seu código de identificação para que suas respostas fossem retiradas do estudo. Em caso de concordância, o participante enviaria a resposta à pesquisadora e suas respostas ao roteiro, no qual constava o referido código de identificação. Do Total de 62 convidados, 38 profissionais participaram dessa etapa (30 somente na etapa II; 01 nas etapas I e II; 06 nas etapas II e III).

³³ Do total de 64 profissionais contratados pela DPESP, que atuam nos CAMs em todo o estado de São Paulo e atendem aos critérios de seleção estabelecidos pelo estudo, 02 profissionais estavam de Licença Saúde durante o período da coleta de dados.

Tabela 3 - Etapas do estudo, Técnicas de coleta de dados e Critérios de inclusão.

Etapas do estudo	Técnicas de Coleta	Critérios de Inclusão
Etapa I	Análise Documental	Não se aplica.
	Entrevista não estruturada e exploratória (informantes-chave)	<ul style="list-style-type: none"> a) atuar na Ouvidoria da DPESP e trabalhar na instituição no período da implantação do CAM b) ser profissional da DPESP com atuação em órgãos administrativos distintos do CAM, com interesse e atuação na área de saúde mental, e ter atuado na Instituição no período da implantação do CAM ; c) ser representante de movimento social; ter participado da instituição no período da implantação do CAM e ser atuante na DPESP.
Etapa II	Observação Direta	<ul style="list-style-type: none"> a) pessoas presentes na sala de triagem da Unidade da DPESP selecionadas para serem observadas (público em geral, profissionais e usuários do serviço).
	Entrevista semiestruturada presencial (profissionais do CAM)	<ul style="list-style-type: none"> a) atuar na DPESP no período de implantação do CAM; b) ser profissional do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; c) ser Defensor Público e estar no exercício da coordenação do CAM ou ser agente da defensoria (psicólogo ou assistente social) e atuar no CAM desde a implantação do serviço; d) ter experiência em equipe do CAM completa (defensor, psicólogo e assistente social) e/ou atuação na Comissão de Estudos Interdisciplinares da DPESP; e) ter experiência profissional em Unidade da DPESP da Capital e/ou do Interior.
	Entrevista semiestruturada com usuários do serviço com demanda em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> a) ser familiar (ou representante legal) de pessoas com demandas de saúde mental ou ser pessoa com demanda de saúde mental, com idade igual ou superior a 18 anos, e que tenha preservada a responsabilidade legal por seus atos; b) ser indicado pelos responsáveis pelo atendimento do CAM ; c) ser usuário do serviço de Unidade de Regional da Região Metropolitana ou do Interior.
Etapa III		
	Entrevista semiestruturada não presencial (on-line) (profissionais do CAM)	<ul style="list-style-type: none"> a) ser profissional do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; b) ser Defensor Público e estar no exercício da coordenação do CAM ou ser agente de defensoria (psicólogo e assistente social) e estar atuando na DPESP desde a implantação do CAM; c) pertencer a Unidade de Regional da Capital, da Região Metropolitana ou do Interior.

Tabela 4 - Objetivos (geral e específicos), técnicas de coleta de dados e participantes (especificação e número)

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Técnicas de Coleta de dados	Participantes (especificação) e (n°)
Analisar como se caracteriza o acesso à justiça para pessoas com demanda de saúde mental na Defensoria Pública do Estado de São Paulo.	Descrever as características de existência da demanda de saúde mental atendida pela DPESP.	1. Entrevistas presenciais 2. Entrevistas não presenciais (online)	1. Profissionais do CAM e usuários do serviço com demandas de saúde mental (19) 2. Profissionais do CAM (38)
	Identificar quais são os direitos negados e/ou reivindicados pela/para a demanda de saúde mental.	1. Observação 2. Entrevistas presenciais 3. Entrevistas não presenciais (online)	1. Profissionais do CAM e usuários do serviço presentes no local da triagem; (não consta) 2. Profissionais do CAM e usuários do serviço com demandas de saúde mental (pessoais ou familiares); (19) 3. Profissionais do CAM (38)
	Analisar a atuação dos profissionais da DPESP na garantia de direitos relativos à saúde mental.	1. Entrevistas	1. Profissionais da DPESP; profissionais da ouvidoria; representante de movimento social; profissionais do CAM; usuários do serviço com demandas de saúde mental (56).

Figura 2- Desenho das etapas do estudo – Síntese

5.4.3 Considerações éticas

A realização do presente estudo foi baseada na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado em 07/08/2013, em sua 164ª reunião ordinária, Protocolo CAAE 16965813.0.0000.5393 (ANEXO B). A proposta de estudo foi devidamente autorizada pela Defensoria Pública-Geral do Estado, instituição coparticipante, conforme documento SGPDOC 43723/2013 (ANEXO A).

O estudo envolve diferentes grupos de participantes e todos foram informados de que a pesquisa estava devidamente autorizada pela Defensoria Pública-Geral. Para cada grupo foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES G, H, I, J e K), apresentado ao participante para análise e verificação de sua concordância antes do início das entrevistas (presencial ou não presencial). Tal documento esclarece quanto ao anonimato e à liberdade de interromper a participação na pesquisa quando houver necessidade, sem que isso lhe acarrete dano pessoal e/ou profissional e foram apresentados, também, os objetivos do estudo. Os participantes foram informados de que os dados obtidos serão utilizados para elaboração de trabalho científico, e possível publicação.

No caso de entrevistas presenciais, após a leitura do termo e dos esclarecimentos que se fizeram necessários, diante da aceitação das condições propostas por parte do convidado, foi formalizada a concordância com assinatura do documento (pelo entrevistado e pelo entrevistador) em duas vias do TCLE (uma para a pesquisadora e outra para o entrevistado). No caso das entrevistas não presenciais, o participante manifestava sua concordância ao enviar suas respostas por e-mail.

Com o objetivo de preservar as informações sobre os entrevistados (profissionais e usuários do serviço), não serão divulgados dados de identificação, regionais às quais pertencem ou informação que possibilite a identificação de profissionais por cargo ocupado. Serão apresentadas, somente, informações referentes à qual regional o participante pertence como sendo da Capital (que conta com 6 regionais), da Região Metropolitana (4 regionais) ou do Interior (14 regionais).

O mesmo cuidado será adotado no tratamento das informações obtidas para a realização das entrevistas não presenciais em que o roteiro de entrevista foi enviado por e-

mail a todos os profissionais que atuam no CAM de todo o estado (24 regionais). Todos os formulários foram identificados por códigos visando a não identificação dos profissionais durante o tratamento e a análise dos dados, mas garantindo a possibilidade de retirada do material, caso no decorrer do tempo o participante optasse por não mais participar do estudo, fato que não chegou a ocorrer.

As entrevistas com os usuários do serviço foram realizadas em datas e horários, de preferência, que concilhassem com seus atendimentos no CAM, para que não fossem geradas despesas adicionais de transportes aos participantes. Quando necessário, foi realizado o ressarcimento das despesas de transporte aos participantes.

5.4.4 Análise de dados

Os dados sociodemográficos levantados em entrevistas foram sistematizados para descrever o perfil dos participantes (idade; sexo; estado civil; escolaridade; experiência profissional), e os dados das observações foram incluídos na análise de dados com a finalidade de contribuir para a discussão sobre a caracterização geral dos serviços de triagem de diferentes regionais que fazem o acolhimento das demandas da DPESP. Da análise da documentação foram selecionadas as normas internas que se referiram mais diretamente aos objetivos do estudo, apresentadas e analisadas juntamente com os dados coletados nas observações do serviço de atendimento inicial visando contribuir para o entendimento da estrutura física e normas previstas para o acolhimento da demanda em estudo. Tais informações tiveram como objetivo oferecer subsídios para contextualização do estudo, e análise do posicionamento institucional perante o tema.

Especificamente em relação à análise das entrevistas (não estruturadas e semiestruturadas; presenciais ou não presenciais), seguiu-se a proposta de Análise de Conteúdo, análise que “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos” (MINAYO, 2004, p. 203).

Dentre suas diferentes possibilidades de análise de conteúdo, optou-se pela utilização da Análise Temática (MINAYO, 2004, 2012), que consiste em identificar e interpretar os núcleos de sentido que compõem o material:

Qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Dessa maneira, a análise considera o que é mais marcante em cada entrevista, sendo recortados os fragmentos

mais significativos dos discursos enunciados privilegiando a compreensão do sentido do que foi expresso pelos entrevistados e não uma verdade essencialista (MINAYO, 2004, p. 209).

A opção de procedimento de análise seguiu a proposta da referida autora, caracterizando-se pela: (i) realização da transcrição das entrevistas; (ii) leitura com análise aprofundada dos dados, a partir do material coletado; (iii) análise final (em que as duas etapas anteriores fazem uma inflexão sobre o material empírico), um movimento interpretativo e dialético (teórico e empírico), em busca de significado.

Inicialmente, foram realizadas diversas leituras dos dados coletados em busca de aproximação e entendimento aprofundado sobre os temas principais. Na etapa da exploração do material houve um empenho em atingir os significados dos conteúdos dos sentidos relatados pelos participantes. A análise foi realizada com procedimentos sistemáticos e os dados organizados e classificados buscando as especificidades e o significado. A análise também se pautou nas considerações de Bogdan e Biklen (1994) e em Pope e Mays (2009).

Para Pope e Mays (2009), as transcrições das entrevistas acompanhadas de anotações de campo das observações oferecem um registro descritivo, mas não podem oferecer explicações. O pesquisador deve se apropriar dos sentidos dos dados ao examiná-los atenciosamente e interpretá-los. Nesse sentido, Bogdan e Biklen (1994) enfatizam que, na busca de conhecimento da metodologia interpretativa, os investigadores analisam os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma como foram registrados. Os investigadores preocupam-se com as perspectivas dos participantes, estão interessados nas diferentes formas como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas. O significado passa a ter importância vital, e, ao apreender as perspectivas dos participantes, aprofundando sobre a dinâmica interna das situações, dos fatos e as experiências dos participantes, frequentemente invisível para o observador exterior, o investigador construirá o significado (BOGDAN; BIKLEN, 1994; POPE; MAYS, 2009).

A partir da transcrição das entrevistas, foi possível sistematizar os resultados procurando a valorização dos aspectos mais relevantes de cada entrevista. Terminada a estruturação de cada grupo de participantes, foram identificados os temas emergentes em cada grupo. A exploração das entrevistas seguiu do estudo da entrevista de cada participante para a análise do grupo: de usuários do serviço, de profissionais do CAM ou de representantes (da DPESP ou de movimento social).

Para cada grupo foram identificadas e organizadas categorias. Após a análise das categorias por grupo, a discussão sobre os resultados com a junção de todos os grupos foi

inserida no capítulo da discussão da tese.

Para o grupo de usuários dos serviços, a análise temática, intitulada como “A voz dos usuários do serviço”, foi organizada em: “As condições de existência das pessoas que recorrem a DPESP com demanda de saúde mental”; “A trajetória de busca por acesso aos direitos” e “A busca por acesso à justiça na DPESP”.

Em relação aos resultados dos profissionais, a análise das entrevistas presenciais, denominada de “A voz dos profissionais do CAM”, foi organizada em: (i) Características das pessoas atendidas pela DPESP com demanda de saúde mental; (ii) A percepção dos direitos negados e reivindicados; (iii) A construção de estratégias para o acesso à justiça; (iv) A construção de alternativas de acesso à justiça para a demanda de saúde mental.

A análise das entrevistas não presenciais foi organizada em: (i) Objetivos do CAM e atividades realizadas; (ii) Público atendido e seus objetivos na busca pela DPESP; (iii) Características das pessoas atendidas pelo CAM e os direitos reivindicados; (iv) Procedimentos adotados pelo CAM; (v) Um panorama estadual. Esse tópico foi denominado por “A palavra dos profissionais do CAM de todo o território do estado de São Paulo”.

A análise das entrevistas exploratórias foi organizada em: (i) A implantação da DPESP e (ii) A participação dos movimentos sociais (da implantação aos dias atuais); (i) A saúde mental na DPESP e (ii) A atuação do CAM.

Após a apresentação das diferentes categorias por grupos de participantes, as categorias foram analisadas e agrupadas podendo ser sintetizadas conforme quadro a seguir:

Quadro 5 - Síntese de categorias e subcategorias temáticas apresentadas por grupo de participantes

PARTICIPANTES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Usuários	Condições de Existência Trajetória externa à DPESP Trajetória na DPESP	
Profissionais CAM	Características de Existência Direitos negados e/ou reivindicados Estratégias	Demandas individuais / demandas coletivas Atendimento/articulação com a rede/ assessoria/orientação sobre políticas públicas
Representantes	Implantação da DPESP Participação em movimentos sociais Saúde mental na DPESP Atuação do CAM	

1. CAPÍTULO 4

RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES E DA ANÁLISE DOCUMENTAL

PORTAS DE ACESSO À DPESP: ESTRUTURA FÍSICA E NORMAS

Nesse capítulo será apresentada análise de informações obtidas por meio de observações realizadas nas dependências dos prédios de atendimento inicial das Unidades da DPESP, nas quais foram realizadas as entrevistas, com o objetivo de contribuir para o entendimento da estrutura da instituição para o acolhimento das pessoas que buscam o serviço. Trata-se, portanto, de material para subsidiar a reflexão sobre as condições estruturais de acesso à instituição. Na sequência, será apresentada análise de documentos identificados como importantes para a reflexão sobre como a instituição tem se estruturado em termos de normas internas para proporcionar o acesso à justiça, especificamente, para os casos relativos à demanda de saúde mental.

6.1 A porta de acesso tradicional da DPESP – o serviço de atendimento inicial

O primeiro contato do cidadão com a DPESP ocorre tradicionalmente no serviço de atendimento inicial também conhecido como o serviço de triagem. Nesse contexto são realizados os primeiros contatos com os profissionais que irão ouvir as demandas para encaminhá-las. Trata-se, portanto, de um importante espaço institucional para a organização dos serviços e para a aproximação do servidor público com o cidadão que traz suas demandas, conflitos e necessidades diversas. Para a presente reflexão foram consideradas as informações coletadas por meio das observações em diferentes unidades da DPESP, realizadas nas mesmas regionais da DPESP em que foram feitas as entrevistas: (i) uma unidade da região metropolitana; (ii) três unidades do interior; (iii) a unidade de triagem da capital.

Os objetivos dessa estratégia foram os de conhecer a estrutura física oferecida para a triagem; as atividades de rotina para o acolhimento da população; as características do público presente e da equipe de profissionais que realizam o atendimento ao público; as

características das informações disponíveis e os recursos utilizados para a orientação do público; localização da unidade; horários de atendimento e tempo de espera; e a comunicação entre as pessoas presentes.

A experiência de estar no serviço de triagem possibilitou uma aproximação com a instituição e com o público, oferecendo elementos que subsidiaram reflexões sobre a porta de acesso tradicional da DPESP. Uma das primeiras informações obtidas sobre os serviços, e que mobilizou a primeira reflexão sobre as características do acesso à instituição, foi a de que na Capital o serviço de triagem é centralizado em uma única unidade, na região central. Exceto os atendimentos referentes aos processos criminais, que se realizam no Fórum Criminal da Barra Funda, e o atendimento para a defesa de adolescentes, que se realiza na Unidade da Defensoria de Infância e Juventude, que acontece no Brás. Independente da região de procedência do usuário do serviço, necessariamente deve comparecer primeiramente na Unidade de Atendimento Inicial, no Centro da Capital. Após passar pela triagem, tendo sido identificada a adequação das condições de atendimento e a necessidade jurídica da demanda, o usuário é encaminhado para a unidade de sua região.

Nas regionais do Interior e da Região Metropolitana os serviços são concentrados em um único local. A localização das unidades visitadas se caracteriza por serem em bairros centrais e, quando não, em bairros em que o acesso por meio de transportes públicos também se faz presente. Todas estavam devidamente identificadas, facilitando a localização. Nenhuma das unidades visitadas se localizava em bairros periféricos das cidades.

Em todas as unidades o período para a triagem é o da manhã. Em relação às condições de infraestrutura, dada as devidas proporções entre unidades situadas em municípios de menor porte e os de médio ou grande porte, foi possível observar uma proposta comum de organização dos espaços, de organização dos serviços, características das informações disponíveis e da orientação do público. Identifica-se que a organização do serviço se estabeleceu em padrões de qualidade previstos para a instituição, a saber: (i) todas as unidades dispõem de acessibilidade para pessoas com dificuldades de locomoção; (ii) todas as unidades possuem espaço reservado para crianças como brinquedoteca e fraldário; (iii) em todas as regionais são disponibilizadas ao público a coleção de *folders* que abordam temas mais comuns tratados pela Defensoria para esclarecimentos das dúvidas mais frequentes. O referido material foi produzido pela própria Defensoria, elaborado com as perguntas mais frequentes e respostas em linguagem clara e objetiva, visando orientar o público.

Dentre os temas abordados nos *folders* ressaltam-se: (i) interdição; (ii) direito à convivência familiar; (iii) guarda e regulamentação de visitas; (iv) execução de alimentos; (v)

medicamentos; (vi) uso problemático de álcool e outras drogas e internação por dependência química; (vii) separação de corpos, abandono de lar, violência doméstica; (viii) creche; (ix) reconhecimento de paternidade; (x) reconhecimento e dissolução de união estável; (xi) destituição do poder familiar e abrigo; (xii) adoção; (xiii) alimentos; (xiv) divórcio; (xv) superendividamento; (xvi) despejo; (xvii) usucapião; (xviii) direitos dos réus presos; (xix) planejamento reprodutivo (planejamento familiar); (xx) direitos da vara de execução criminal. Os folders estão disponibilizados em um painel para ser retirado pelos interessados.

Não há muitas informações afixadas, apenas um mural com divulgação de eventos promovidos pela DPESP, algumas informações institucionais, cartazes com telefone de contato com a ouvidoria e cartazes com legislação referente à proibição de fumar.

Em todas as unidades as pessoas aguardavam seu atendimento nas dependências da instituição, não havia fila de espera fora do prédio, as pessoas permaneciam sentadas, acomodadas em salas ventiladas, aparelhos de televisão ligados (em baixo som), na presença de funcionários para esclarecer suas dúvidas. O público predominante era feminino, mães acompanhadas de seus filhos.

A sequência de chamada ocorria por senhas recebidas ao chegarem aos prédios (na capital o controle é eletrônico, mas orientado por funcionário também) e os atendimentos são realizados em salas com divisórias ou em baias para atendimento. O tempo de espera para ser chamado era variável, entretanto não foram observadas esperas superiores a 40 minutos.

Em nenhuma das unidades visitadas foram observadas intercorrências, ou seja, a rotina de chegada, retirada de senhas, solicitação de informações, chamada para o atendimento, checagem de documentação, orientação, comunicação entre funcionários e a população fluiu de maneira objetiva. Em algumas situações, o agente de defensoria (psicólogo ou assistente social) era chamado pelos estagiários para prestar algum esclarecimento ao usuário do serviço.

Duas das unidades visitadas, uma delas a da capital (recentemente inaugurada), apresentam sistema de teleagendamento, por meio de um serviço 0800 para que os usuários possam fazer agendamento. Na capital, à época da realização da observação, esses agendamentos estavam sendo realizados para aproximadamente dois meses após a data da ligação. Em cada período na capital são atendidos em torno de 600 usuários. Casos de demanda urgente são orientados no teleagendamento a procurarem o serviço de triagem na data da ligação ou no dia seguinte, os demais são agendados, visando reduzir o tempo de espera e as filas nos dias de atendimento.

A equipe que realiza o atendimento é composta por estagiários, defensores

públicos e oficiais de atendimento da Defensoria. Os locais contam, também, com a presença de seguranças e porteiros.

A análise das condições de acesso à DPESP, considerando-se as observações realizadas, possibilitou identificar que a instituição está investindo em aprimoramento das estruturas físicas, na disponibilização de pessoas para as devidas orientações ao público, iniciativas para minimizar o tempo de espera do cidadão, organização de espaços para atendimentos por características das temáticas como, por exemplo, o espaço para o atendimento de demanda por vaga em creche ou para pessoas em situação de rua. Em algumas unidades existe, também, espaço reservado para o serviço do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania (Cejusc) para promover conciliações, um serviço de parceria da DPESP e Tribunal de Justiça-SP.

Em síntese, a porta de acesso tradicional da DPESP, o serviço de atendimento inicial encontra-se estruturado em bairros de fácil acesso por meio transporte coletivo, mas distante de bairros periféricos ou locais em que se encontra predominantemente o público alvo da instituição. A pessoa para comparecer ao serviço precisa estar em condições de compreensão das condições e critérios para atendimento, e ter tempo disponível para dar encaminhamento as suas demandas. Em alguns locais, é preciso ter acesso a telefone para fazer seu teleagendamento, uma dificuldade, principalmente, para as pessoas em situação de rua atendidas pela instituição. Entretanto, o teleagendamento não exclui a possibilidade de a pessoa ir diretamente ao serviço e receber as orientações necessárias.

Especificamente, para os casos de pessoas portadoras de transtornos mentais que compareçam ao serviço de atendimento inicial e, eventualmente, estejam sem condições de se fazerem compreender por alguma dificuldade emocional e/ou de pensamento, o serviço prevê o encaminhamento para atendimento com os profissionais do CAM (Agente de Defensoria Psicólogo ou Assistente social), visando compreender a demanda e/ou orientar os procedimentos a serem adotados. Em todas as unidades visitadas esses profissionais se fizeram presentes durante o período previsto para triagem prestando informações e fazendo orientações dos usuários.

6.2 O acesso à DPESP para o atendimento de pessoas com demanda de saúde mental: uma análise das normas internas

Dentre a documentação analisada, procurou-se as referências que pudessem se relacionar mais diretamente com a temática em estudo. Rastreando o caminho das normas internas, identificou-se que a previsão do Centro de Atendimento Multidisciplinar já constava na Lei Complementar Estadual nº 988 /2006 (SÃO PAULO, 2006), a lei que organiza a Defensoria Pública do Estado. Esses centros surgiram como órgãos auxiliares da Defensoria Pública e institucionalizaram o atendimento interdisciplinar. Internamente, em 12 de agosto de 2010, a Deliberação do Conselho Superior da DPESP nº 187 (DPESP, 2010) disciplinou a sua estrutura e seu funcionamento, deliberação consolidada pela CSDP nº 288, de 10 de janeiro de 2014 (DPESP, 2014), a partir dos seguintes princípios:

Artigo 1º. São princípios que informam os serviços dos Centros de Atendimento Multidisciplinar:

I - Humanização do atendimento;

II – Instrumentalidade da atuação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar em relação à missão institucional da Defensoria Pública, prevista na Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994 e na Lei Complementar Estadual nº 988, de 9 de janeiro de 2006;

III – Não substitutividade da rede de serviços das políticas públicas;

IV - Não substitutividade do atendimento jurídico cabível, em cada caso, ao Defensor Público;

V - Estrita obediência aos códigos de ética e demais normas que regulam o exercício das atividades dos profissionais integrantes dos Centros de Atendimento Multidisciplinar;

VI - Preservação da independência técnica na área de atuação;

VII - Fundamentação do trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano;

VIII - Preservação prioritária dos interesses do usuário atendido pela Defensoria Pública ou pelo Defensor solicitante da intervenção psicossocial, sem prejuízo da independência técnica;

IX – Preservação da privacidade nos atendimentos;

X - Intercâmbio de informações entre os profissionais que atuam no caso, garantindo-se o sigilo de informações colhidas;

XI - Respeito à autonomia do usuário, considerando suas potencialidades e limitações individuais;

XII – Não obrigatoriedade da submissão do usuário ao atendimento psicossocial como condição à assistência jurídica;

XIII - Interdisciplinaridade e intersetorialidade do atendimento;

XIV - Informação ao usuário em relação à existência, ao propósito e natureza do atendimento psicossocial;

XV - Presteza no atendimento das solicitações;

XVI – Adoção da perspectiva preventiva, socioeducativa e promocional;

XVII – Articulação com a rede de atendimento psicossocial e outras políticas sociais e de saúde.

Um dos aspectos relevantes a serem lembrados dessa deliberação refere-se à

previsão de uma Comissão para tratar assuntos interdisciplinares. Trata-se de uma Comissão composta por profissionais de diferentes áreas da instituição e provenientes de diferentes regionais do estado, possibilitando a interação de diferentes saberes. Espaço institucional que pode ser utilizado para tratar de temas relacionados à demanda de saúde mental:

Artigo 7º- CSDP nº 187/2010. A Defensoria Pública-Geral constituirá Comissão de Estudos Interdisciplinares, composta por Defensores Públicos e Agentes de Defensoria que terá por atribuições analisar casos paradigmáticos, sugerir rotinas ao Conselho Superior da Defensoria Pública, apontar diretrizes de atuação e apreciar propostas formuladas pela Assessoria Técnica Psicossocial (DPESP, 2015).

Uma das referências documentais de maior relevância para o objetivo desse estudo é a Deliberação do Conselho Superior da DPESP nº 219/2011 (DPESP, 2011) que regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental. Tal Deliberação parte das necessidades da Defensoria de:

Adequar-se à inafastabilidade do direito à assistência jurídica integral e gratuita à dificuldade de comunicação, expressão e compreensão do usuário em sofrimento mental;
Definir a rotina administrativa para delinear a atuação dos Defensores Públicos no atendimento das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental (DPESP, 2015).

Nessa deliberação são observadas condições para a garantia do acesso aos serviços da Defensoria para casos em que possam ocorrer dificuldades de comunicação, visando proporcionar intervenções que facilitem o encaminhamento das demandas do usuário.

A preocupação com a comunicação entre o usuário do serviço e o profissional que faz o atendimento surge logo no início da deliberação, mencionando-se a possibilidade de ser acionado o agente da defensoria:

Artigo 1º - CSDP Nº 219/2011. Durante o atendimento, sempre que o Usuário apresentar dificuldade de comunicação decorrente de aparente sofrimento ou confusão mental, o Defensor ou Servidor da Ouvidoria-Geral, responsável pelo atendimento ou que esteja supervisionando a atividade, poderá acionar a intervenção imediata de Agente de Defensoria que integre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade.

§1º. O Agente de Defensoria prosseguirá no atendimento do Usuário em conjunto com o Defensor Público Coordenador do Atendimento, ou com o Defensor por este indicado, ou com o Servidor da Ouvidoria-Geral.

§2º. A intervenção imediata referida no “caput” visa facilitar a comunicação entre os envolvidos, seja para compreensão da pretensão jurídica pelo Defensor Público, seja para compreensão da orientação jurídica pelo Usuário (DPESP, 2015).

O encaminhamento do usuário ao CAM quando identificada condição que precise de atenção psicossocial está previsto no artigo 2º:

Artigo 2º - CSDP Nº219/2011. Identificado pelo Defensor Público Coordenador do Atendimento e pelo Agente de Defensoria envolvido no atendimento que a dificuldade de comunicação ou compreensão está associada a uma condição de

sofrimento mental que demande atenção psicossocial, poderá ser oferecida ao Usuário identificação específica de atendimento pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade (DPESP, 2015).

No artigo 3º estão definidas a participação, as responsabilidades do Agente da Defensoria (psicólogo ou assistente social) e os procedimentos para os casos de condição de vulnerabilidade do usuário do serviço incluindo o encaminhamento à rede social de apoio ou serviços públicos:

Artigo 3º - CSDP Nº 219/2011. Caberá ao Agente de Defensoria que participou do primeiro atendimento dar início a procedimento administrativo em que conste como interessado o Usuário, vinculado ao Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade e que ficará sob sua responsabilidade.

§1º. O Agente responsável deverá adotar as providências necessárias e medidas que visem atender à demanda que decorra da condição de vulnerabilidade do Usuário, tais como encaminhamento à rede social de apoio ou aos serviços públicos de saúde e assistência social (DPESP, 2015).

Identifica-se no artigo 4º a previsão da participação do Agente da Defensoria tanto para buscar a compreensão e identificação de demanda jurídica nos casos de maior dificuldade de comunicação quanto para auxiliar o Defensor Público na comunicação com o usuário:

Artigo 4º - CSDP Nº 219/2011. Identificado fato que possa significar a existência de pretensão jurídica, caberá ao Agente de Defensoria buscar orientação jurídica a ser prestada pelo Defensor Público responsável pelo atendimento.

§3º. O atendimento será acompanhado pelo Agente de Defensoria, que auxiliará na comunicação, seja para a melhor compreensão da pretensão pelo Defensor Público, seja para a compreensão da orientação técnica pelo Usuário (DPESP, 2015).

De fundamental relevância a previsão tratada no artigo 8º ao estabelecer procedimentos para atuação nos casos em que sejam identificadas falhas ou insuficiência de serviços públicos:

Artigo 8º - CSDP Nº 219/2011. Identificando o Agente de Defensoria, durante os atendimentos ao Usuário, fato que indique ausência, falha ou insuficiência de serviço público específico, deverá submeter à questão ao Defensor Público Coordenador da Unidade, que decidirá sobre a abertura de procedimento administrativo a ser distribuído a um dos Defensores Públicos, dando-se ciência ao Coordenador do Centro de Atendimento Multidisciplinar (DPESP, 2015).

No artigo 9º fica especificado o papel do CAM e dos Núcleos Especializados para subsidiarem e atuarem na defesa dos interesses difusos e coletivos, intervindo dessa maneira no desenvolvimento de políticas públicas.

Artigo 9º - CSDP Nº 219/2011. Os dados colhidos durante os atendimentos do Usuário deverão ser encaminhados à Assessoria Técnica Psicossocial, para compilação de dados, com posterior remessa ao Núcleo Especializado competente, visando o desenvolvimento de políticas públicas, sem prejuízo da adoção de atuação

imediate no caso concreto, na defesa dos interesses difusos e coletivos dos Usuários. Parágrafo único. O Núcleo Especializado não substituirá a atuação do Defensor Público natural, devendo ser observados os critérios e procedimentos para o encaminhamento da demanda, definidos no Regimento Interno do Núcleo Especializado (DPESP, 2015).

Observa-se no artigo 10 o cuidado em especificar a voluntariedade do usuário da DPESP para ser atendido pelo CAM tendo em vista que a princípio a busca pela instituição tem objetivo de atendimento por defensor público:

Artigo 10 – CSDP Nº 219/2011. A adesão, pelo Usuário, ao procedimento regulado por esta Deliberação é voluntária (DPESP, 2015).

Essa deliberação prevê, também, o aprimoramento e a qualificação dos profissionais da instituição com iniciativas da Escola da Defensoria Pública:

Artigo 11 – CSDP Nº 219/2011. A Escola da Defensoria Pública deve implementar programa permanente voltado ao aprimoramento e qualificação profissional dos Agentes de Defensoria Pública, bem como ao intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais da instituição (DPESP, 2015).

Entende-se que, em termos de normas internas, a DPESP cuidou para que a instituição tivesse respaldo para oferecer condições de acesso à justiça para pessoas com demandas de saúde mental, assim como pudesse oferecer atendimento especializado, considerando-se, tanto a Deliberação do Conselho Superior da DPESP nº 187 (DPESP, 2010) - que disciplinou a estrutura e o funcionamento dos CAMs, com a previsão de Comissão para tratar de assuntos interdisciplinares, e a previsão da qualificação dos profissionais pela Escola da Defensoria; quanto a Deliberação CSDP nº 219/2011 (DPEPS, 2011) que implementou o CAM, previsto na Lei Complementar Estadual nº 988 /2006 (SÃO PAULO, 2006). Essa lei estadual preceitua como atribuição institucional da Defensoria Pública a tutela individual e coletiva das pessoas necessitadas, vítimas de discriminação em razão de deficiência física, imunológica, sensorial ou mental ou em razão de qualquer outra particularidade ou condição.

A voz (e o silêncio) das pessoas com sofrimento mental.

“São muitas dores juntas...”
(Socorro, mãe de Linda)

2. CAPÍTULO 5

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DO SERVIÇO

As entrevistas com os usuários do serviço do CAM, na DPESP, que apresentassem demandas de saúde mental efetivaram-se com pessoas que recorreram ao serviço para si ou para familiares. Sete entrevistas foram realizadas, sendo que em uma delas compareceram duas pessoas que tinham demandas pessoais (mãe e filha); em outra estiveram presentes dois familiares da pessoa que tinha a demanda (filho e sobrinha); em uma terceira entrevista, o participante buscou o serviço para dois familiares (dois filhos). Nas outras quatro, uma pessoa foi entrevistada para cada caso de demanda. Em síntese, foram identificadas nove pessoas com demanda de saúde mental, oito participantes foram entrevistados em sete entrevistas realizadas.

Os resultados foram organizados na seguinte sequência: (i) inicialmente, uma tabela descritiva com os dados sociodemográficos dos participantes separados em sete entrevistas, distinguindo-se entrevistados e as pessoas com demandas de saúde mental; informações sobre a idade, gênero, escolaridade, estado civil, atividade profissional e região a que pertence (Interior ou Região Metropolitana); (ii) apresentação das pessoas entrevistadas a partir dos discursos sobre si e/ou sobre seus familiares; (iii) análise temática visando responder as questões sobre a caracterização da demanda de saúde mental e o processo de acesso à justiça descrito pelos participantes.

A análise temática, intitulada como “A voz dos usuários do serviço”, foi organizada em: “As condições de existência das pessoas que recorrem a DPESP com demanda de saúde mental”; “A trajetória de busca por acesso aos direitos” e “A busca por acesso à justiça na DPESP”.

Os nomes de todos os participantes foram omitidos e outros foram atribuídos pela pesquisadora visando à preservação da identidade dos mesmos. Ao ser apresentado o item – Apresentação dos usuários do serviços -, os títulos propostos emergiram dos discursos dos próprios entrevistados durante seus relatos.

7.1. Tabela descritiva com os dados sociodemográficos dos participantes

Tabela 5 - Dados dos usuários do serviço do CAM da DPESP que buscaram os serviços para si ou para seus familiares com demanda de saúde mental

Entrevista	Usuários do serviço	Com demanda (ou não)	Entrevistado	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Trabalho	Regional
1	Mário (filho)	Não	Sim	21	M	Não consta	União estável	Trabalhador rural	Região Metropolitana
1	Cleonice (sobrinha)	Não	Sim	Não consta	F	Não consta	Não consta	Atendente UBS	Região Metropolitana
1	Elisa	Sim	Não	41	F	Não alfabetizada	Separada	Não trabalha	Região Metropolitana
2	Maria das Dores (mãe)	Sim	Sim	68	F	Não consta	Casada	Do lar	Região Metropolitana
2	Cristal (filha)	Sim	Sim	40	F	3ª série / 20 anos (escola especial)	Solteira	Do lar	Região Metropolitana
3	Messias (pai)	Não	Sim	68	M	3 meses	Casado	Aposentado por invalidez	Interior
3	Tim (filho)	Sim	Não	40	M	Não consta	Casado	Não consta	Interior
3	Leandro (filho)	Sim	Não	31	M	Não consta	Solteiro	Pintor	Interior
4	Salvador (pai)	Não	Sim	55	M	Técnico de enfermagem	Casado	Aposentado por invalidez	Interior
4	Júnior (filho)	Sim	Não	25	M	Não consta	Solteiro	Padeiro e confeiteiro	Interior

continua...

continuação...

Entrevista	Usuários do serviço	Com demanda (ou não)	Entrevistado	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Trabalho	Regional
5	Socorro (mãe)	Não	Sim	Não consta	F	Técnico de enfermagem	de Separada	Técnico de enfermagem	Interior
5	Linda (filha)	Sim	Não	38	F	Não consta	Não consta	Não trabalha	Interior
6	Maria da Penha	Sim	Sim	29	F	Ensino médio	Separada	Não trabalha	Região Metropolitana
7	Irma (irmã)	Não	Sim	Não consta	F	Não consta	Casada	Confeiteira	Região Metropolitana.
7	Getúlio	Sim	Não	52	M	Superior (História)	Solteiro	Não atua	Região Metropolitana

conclusão...

7.2 Apresentação dos usuários do Serviço

Entrevista 1: Elisa – “A Mendinga”

Elisa tem 41 anos, não é alfabetizada (“*ou se esqueceu*”, “*tá aprendendo a escrever o seu nome*”), trabalhou por cinco anos em empresa de reciclagem, tem seis filhos de pais distintos. Cinco meninos foram criados pelos pais e uma menina que completou um ano (de pai desconhecido) foi retirada de Elisa na maternidade e levada para um abrigo. A criança está sob a guarda provisória de uma prima de Elisa e de seu marido, e o contato com ela não está autorizado por responsáveis pela criança. A retirada da criança da mãe, o encaminhamento para abrigo, a solicitação de guarda pelo casal foram realizados sem o conhecimento de Mário (filho) e de Cleonice, sobrinha por consideração. Elisa era moradora de rua, sobreviveu do lixo durante a gravidez, e era conhecida como “A mendinga”. Seus irmãos foram responsáveis pela autorização e entrega da criança na maternidade. Elisa é portadora de transtorno mental, e em sua família existe histórico de duas irmãs com quadros psiquiátricos, sendo que uma delas suicidou. Seus irmãos se apropriam de seus benefícios, se utilizam de seu dinheiro, e se desfizeram de uma casa e de um barraco, que eram de sua propriedade. Enquanto isso, Elisa permanecia na rua, vivia do lixo e era exposta a diferentes privações e violência. Cleonice não pode resolver a situação de Elisa “por não ter grau de parentesco legalmente reconhecido”. Com a maioria de Mário, e com a iniciativa de Cleonice de trazê-lo do nordeste para São Paulo, foi possível internar Elisa. Ela permaneceu em hospital psiquiátrico por 10 dias e, à época da entrevista, tinha tido alta e encontrava-se em acompanhamento ambulatorial no CAPS. Mário buscou o tratamento para a mãe, deu início aos processos de sua interdição junto à DPESP e ao de solicitação da guarda da irmã.

PARTICIPANTES: filho e sobrinha

Mário é filho de Elisa, tem 21 anos, é casado, pai de um menino e mora em uma fazenda do pai, no nordeste, juntamente com esposa e filho. Aos quatro anos, mudou-se para o nordeste com o pai, ocasião em que Elisa havia resolvido deixar a família, e o

filho não teve mais contato com a mãe.

Cleonice é sobrinha do pai de Mário, e de Elisa por “consideração”. Atendente de Unidade Básica de Saúde e tem um casal de filhos. Mora com seus filhos na casa de seus pais, com mais dois irmãos e um primo. A casa de seus pais também abriga Mário e Elisa, enquanto Mário permanece em São Paulo para resolver a situação da mãe. Cleonice relata ter sido cuidada por Elisa quando criança e que era na casa da mãe de Cleonice que Elisa buscava ajuda, de tempos em tempos, nos períodos em que vivia na rua.

Entrevista 2: “A veia louca”, “O aleijado” e “A retardada”

Mãe e filha buscam a DPESP por serem vítimas de violência doméstica por parte do filho mais velho da família, Abel, 54 anos, vigia, pai de cinco filhos de relacionamentos distintos. Ele morava na casa dos pais até determinação judicial recente para sair. Abel as agredia física e emocionalmente assim como ao pai acamado. Além de sofrerem agressões, o filho entrou com processo de interdição dos pais e da irmã alegando insanidade, motivo pelo qual acionaram a DPESP para se defenderem. Abel havia entrado com esse processo de interdição, também pela DPESP. De acordo com mãe e filha, por interesse no imóvel do pai, em que a família mora, e em uma pensão que a irmã recebia (atualmente não recebe mais). Segundo as entrevistadas, Abel se dirige aos familiares como “a veia louca”, “o aleijado” e “a retardada”. Relatam diversas situações de agressões; ocorrências policiais constantes; tentativa de internação da mãe e da irmã alegando insanidade (que não se concretizou por intervenção dos vizinhos). Abel chegou a ser preso após agredir o pai. Atualmente, é impedido de entrar na casa dos pais, mora de aluguel e os processos de interdição da mãe e da irmã estão em andamento. Embora tenha sido mencionado na entrevista que havia solicitação de interdição do pai, as referências de terem passado por audiência e por perícia psiquiátrica se restringiram a mãe e a filha. Os resultados são parcialmente conhecidos, a mãe não foi considerada incapaz – “louca”.

PARTICIPANTES: mãe (idosa) e filha (deficiente mental)

Maria das Dores, 73 anos, casada, dona de casa, mãe de quatro filhos, cuida do esposo

que tem sequelas de acidente e de AVC, e é acamado. Ela também foi vítima de AVC e tem algumas dificuldades de fala, faz acompanhamento medicamentoso, tem também dificuldades de locomoção por problemas nos pés, tendo se submetido a uma cirurgia à época da entrevista.

Cristal, 40 anos, solteira, estudou até a terceira série e permaneceu em escola especial por 20 anos. Fez tratamento no Hospital das Clínicas, no CAPS, atualmente faz tratamento neurológico e faz uso de medicamentos que são retirados no CAPS. Entretanto, não soube informar seu diagnóstico, embora tenha posse de um laudo. Ela cuida da casa, faz serviços de banco, de farmácia e de supermercado, acompanha a mãe em todas as suas atividades em casa e fora.

Entrevista 3: O “Clínico Geral” e o “Especialista em pintura”

Senhor Messias busca a DPESP encaminhado pelo CAPS para solicitar internação compulsória para seus dois filhos usuários de drogas:

Tim, 40 anos, em segundo relacionamento, 3 filhos (18, 21 e 5 anos), usuário de maconha, cocaína e crack (“ele se diz Clínico geral: o que vier eu pego”). Já passou por 11 ou 12 internações em diferentes hospitais e Comunidades Terapêuticas, ficou internado por cinco meses e meio e teve alta antecipada porque a clínica teve seu convênio encerrado com a prefeitura. Está em tratamento no CAPS e frequentando o Amor Exigente. A última internação foi compulsória, ele estava falando de suicídio, estava “louco”, havia emagrecido 12 quilos em 2 meses, o médico tinha dado no máximo 6 meses de vida pra ele, caso não fosse internado. Ele mesmo dizia que se não fosse internado iria morrer. Foi por esse motivo que foi encaminhado à DPESP. Quando menor de idade, se envolveu em ocorrência policial por causa de drogas, mas não ficou preso.

Leandro 31 anos, solteiro, mora com os pais, “especialista em pintura”, usuário de crack, passou por 8 ou 9 internações em comunidades terapêuticas em diferentes municípios. Ele sumia com objetos da casa, dinheiro, mentia na rua pra pedir dinheiro para droga. A família tinha que deixar tudo trancado na casa para ele não trocar por drogas. Envolvia-se em dívidas. O pai assumiu suas dívidas de carro e de cartão de crédito. Chegou a se envolver em situações de desacato à autoridade, roubo para

comprar drogas e ser intimado a pagar cesta básica. A última internação foi compulsória porque se recusava a ir ao CAPS, entretanto não se opôs à internação. Está internado em Clínica Terapêutica em município vizinho ao de seus pais.

PARTICIPANTE: o pai

Senhor Messias, 68 anos, aposentado por invalidez, faz tratamento de câncer, já passou por 12 cirurgias, morou na roça, estudou por três meses e trabalhou na lavoura. Na cidade, trabalhou em fábrica e em posto de gasolina. Viúvo, tem um filho do primeiro casamento, casou-se pela segunda vez, tem uma filha e um filho do segundo casamento e 3 netos. Sua esposa tem 67 anos e é diarista. Procurou a DPESP por necessidade de internação de dois filhos. Há 22 anos lida com o problema deles com as drogas.

Entrevista 4: Júnior - “O Zumbi”

Júnior tem 25 anos, é padeiro e confeitiro, aos 16 anos começou a frequentar o CAPS, possui diagnóstico de “esquizofrenia moderada”. Abandonou o tratamento no CAPS e se envolveu com drogas (maconha, cocaína e crack), apresentando maior gravidade a partir dos 20 anos. Sumia de casa por dias, ficou um “Zumbi”, perdeu o discernimento do que era certo e do que era errado. A mãe tem “Esquizofrenia Crônica”, assim como os irmãos dela. Ela nunca foi internada, Sr. Salvador optou por cuidar da esposa em casa. Para o filho, ele procurou ajuda na Prefeitura, que encaminhou novamente ao CAPS. Do CAPS foi orientado a buscar a DPESP, já que seu filho não aceitava a internação voluntária. Na DPESP, providenciaram a internação compulsória. Permaneceu na Clínica, localizada em outro município, por cinco meses e meio. Quando saiu, passou a fazer uso descontrolado de drogas e a roubar para conseguir dinheiro para consumir as drogas. Após um mês da alta, foi preso por ter se envolvido em um roubo. Enquanto isso tramitava a solicitação do pai junto à DPESP para outra internação, que foi autorizada quando Júnior já estava detido. Na data da entrevista, fazia um ano que Júnior estava preso e desde então a DPESP passou a cuidar de seu processo criminal.

PARTICIPANTE: o pai

Senhor Salvador, 55 anos, vigia aposentado por invalidez (epilepsia, angina e infarto), trabalhou muitos anos na lavoura, doze irmãos, casado, tem um filho biológico de 25 anos (Júnior) e uma filha de criação (sobrinha) de 35 anos (casada e com filhos). Técnico em enfermagem. Faz tratamento para Epilepsia e Coração. Procurou a DPESP para buscar internação para o filho que tem diagnóstico de esquizofrenia e é usuário de drogas – “O Zumbi”.

Entrevista 5: “Linda”

Linda tem 38 anos, é mãe de dois filhos, um de 17 e outro de 11 anos. Desde a adolescência apresenta problemas psiquiátricos que se agravaram após o nascimento do primeiro filho. Diagnosticada como Portadora de Transtorno Bipolar (“Psicose Maníaco Depressiva”) permaneceu em situação de rua, fazendo uso de drogas e se envolvendo em situações de riscos (com possibilidade de ter sido estuprada), de promiscuidade, e em ocorrências policiais. Socorro, a mãe, procurou a DPESP por necessidade de se proteger das agressões da filha. Ao mesmo tempo, pessoas do comércio do centro da cidade estavam acionando a justiça por motivos de tumultos causados por Linda. Ela chegou a ser presa por roubo. A própria Linda buscava a DPESP para reivindicar a guarda dos filhos. Seus filhos foram recolhidos em Orfanato, lá permaneceram por um ano, e Linda perdeu o poder familiar. Eles foram colocados para adoção, ocasião em que Socorro entrou com o pedido da guarda e conseguiu. Quando em surto, Linda tem comportamentos muito agressivos e por várias vezes atentou contra a vida da mãe. Passou por 26 ou 27 internações em hospital psiquiátrico na cidade. Por intermédio da DPESP foi providenciada a sua internação compulsória em Clínica de Recuperação de drogas, em outro município. Após 6 meses de tratamento teve alta, iniciou tratamento no CAPS ad. Foi encaminhada ao CAPS mental, surtou novamente, voltou a ser internada. A seguir, voltou para a casa de Socorro, faz acompanhamento medicamentoso, não usa drogas há três anos. Não consegue permanecer em emprego, mas “Cuida da casa, cozinha, lava e passa do jeito dela, é vaidosa. É Linda” (Socorro).

PARTICIPANTE: a mãe

Socorro é técnica em enfermagem, tem uma filha e dois netos, não tem contato com o

pai de sua filha, última notícia que possui foi a de que ele estava em condição de morador de rua, ele é dependente químico com histórico psiquiátrico. Socorro mora com os dois netos na casa ao lado da casa da filha. Buscou a DPESP por necessidade de se proteger dos riscos aos quais estava exposta pelo comprometimento psiquiátrico e uso de drogas da filha Linda.

Entrevista 6: “Maria da Penha”

Maria da Penha relata diversas dificuldades no relacionamento com a mãe, para quem foi destinada a guarda provisória de seus dois filhos. A mãe a impedia de ver as crianças e, a sete semanas da data da entrevista, havia entregado as crianças para o pai. Desde então, Maria da Penha não teve mais contato com seus filhos, não sabe nem mesmo o endereço do ex companheiro. Maria da Penha permaneceu com o pai das crianças por um período aproximado de dois anos, o convívio sempre foi de muita briga e de agressões físicas, faltava comida e ela teve anemia durante a gravidez. Ela relata que sofria agressões físicas também de seus familiares (mãe e irmãos) tendo, inclusive, registrado boletins de ocorrência contra o irmão e contra o marido. A mãe conseguiu a guarda das crianças há aproximadamente 3 anos, época em que Maria da Penha relata que não conseguia limpar a casa, cuidar dos filhos, que queria fazer as coisas, mas não conseguia; estava completamente “perdida”. Logo após a separação, o pai pagava pensão, às vezes. Ela conseguiu Bolsa Família, mas não conseguia trabalhar porque não tinha quem ficasse com as crianças. Sua situação foi se agravando, chegou a envolver a polícia, e foi internada por duas vezes. Recebeu diagnóstico de Esquizofrenia, permaneceu internada dois dias (primeira internação) e nove dias (segunda internação). Atualmente, faz acompanhamento com psicólogo e com psiquiatra e há oito meses está sem medicamento. Seu pai e uma prima são as pessoas que, esporadicamente, a ajudam. Anteriormente, Maria da Penha já havia acionado a DPESP por duas vezes para tratar da separação, pensão e guarda das crianças. Já foram feitos acordos com o pai para pagamento de pensão e ele, inicialmente, estava cumprindo. Depois, deixou de pagar. Atualmente, Maria da Penha busca a DPESP para pedir sua defesa, para que possa conseguir a guarda de seus filhos.

PARTICIPANTE: Maria da Penha, 29 anos, ensino médio completo, separada, mãe de duas crianças (um menino de 9 e uma menina de 8 anos), mora em uma casa ao lado da casa da mãe, tem dois irmãos que são casados e moram próximos. O pai é separado da mãe e mora em outro bairro da mesma cidade. Vive com benefícios do Programa Bolsa Família. Possui diagnóstico de Esquizofrenia e faz tratamento. Busca a DPESP para reaver a guarda de seus filhos.

Entrevista 7: “O Político e a Malévola”

Getúlio é irmão de Irma por parte de pai. Ela sempre morou com a mãe e com a irmã, após o pai ter abandonado a família e ter ido morar com a mãe de Getúlio em outra cidade. O contato com o irmão somente foi feito há 15 anos, quando o pai faleceu, ocasião em que ele ficou sozinho, a mãe havia deixado a família quando ele ainda era criança. Apesar de possuir formação superior e ter trabalhado como professor do estado, Irma encontrou o irmão sujo, descuidado, isolado na casa, sem documentação, com todas as contas da casa atrasadas, saúde debilitada. Segundo os vizinhos, Getúlio era violento com o pai e tinha “Síndrome do Pânico”. Ele foi levado por Irma para a sua cidade, ela providenciou pensão, tratamento médico, documentação, interdição baseada no diagnóstico de esquizofrenia e tentativa de suicídio. Ela conseguiu também seu benefício (em torno de \$700,00 mensais). Atualmente, ele faz acompanhamento médico, mas não segue a recomendação de uso de medicamentos. Ele relata ouvir muitas ameaças de vozes, de políticos e governantes (na maioria das vezes) que querem prejudicá-lo, vindas da televisão ou de computadores. É ele quem busca a DPESP com o objetivo de se defender dessas ameaças. Anteriormente denunciou a irmã na Vara da família por acreditar que ela estava se apropriando dos seus bens. Ele fica agressivo nas crises, mas é uma pessoa muito articulada e politizada, que as pessoas gostam muito. Sempre frequentou o CAPS, frequenta Centro Espírita, cuida da aparência, de sua alimentação, de seu dinheiro, vai ao cinema, e se desloca pela cidade com o transporte gratuito, ao qual tem direito. Recentemente se envolveu em uma situação confusa em um supermercado da cidade, a irmã não sabe exatamente o que ocorreu, mas ele acionou advogado e, ela acredita que, provavelmente, a DPESP também. Irma considera que foi chamada a DPESP por Getúlio ter acionado o serviço já que ela não acredita nas

estórias dele. Segundo Irma, ele aciona diversos serviços para defendê-lo. Para ele, a irmã é “malévola”. Ela mesma já havia procurado a DPESP anteriormente para entrar com ação contra o INSS visando pleitear a aposentadoria dele. O que não foi possível, na época. Já o processo de interdição, ela o encaminhou por orientação do sindicato dos professores e foi conduzido por estagiários da Faculdade de Direito obtendo resultado favorável.

PARTICIPANTE: a irmã

Irma, casada, 2 filhos e um neto. Mora com o marido e com a mãe, e cuida do neto. Confeiteira, curadora de seu meio irmão Getúlio, de 52 anos, diagnosticado como portador de esquizofrenia. Ela chegou a DPESP por ter sido chamada a comparecer, tendo em vista que seu irmão buscou o serviço solicitando defesa alegando ameaças que vem recebendo.

A VOZ DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO

7.3 As condições de existência das pessoas que recorrem ao Serviço da DPESP com demanda de Saúde Mental

A seguir são apresentadas as diferentes características mencionadas pelos participantes, as quais foram consideradas significativas para descrever a demanda de saúde mental, e que possibilitam refletir sobre as suas condições de existência. Foram consideradas como demanda de saúde mental as pessoas com sofrimento psíquico portadoras de transtornos mentais e, também, aquelas com sofrimento mental que não necessariamente apresentavam tais transtornos, porém traziam histórias de vida de violência e de intensos conflitos emocionais.

A análise dos dados permitiu observar três temas centrais que emergiram dos relatos dos usuários do serviço e se entrelaçaram reiteradamente: doença mental, uso abusivo de drogas e violência. Tais temas, abordados a seguir, foram denominados por: *A existência diagnosticada* (Existência incompreensível; Existência rotulada); *A existência violentada* (Existência na condição de agressor doméstico; Existência na condição de vítima de violência doméstica; Existência na condição de vítima de violência em situação de rua); *A existência compulsória* (Existência dependente; Existência infracional; Existência ameaçada; Existência tutelada).

A EXISTÊNCIA DIAGNOSTICADA

A temática da doença mental, com referência aos diagnósticos e às nomenclaturas médicas, se mistura ao longo de diversas definições apresentadas pelos participantes, evidenciando diferentes esforços em busca de compreensão das definições sobre si ou o entendimento sobre os familiares. Identifica-se a presença de referências aos tratamentos e aos diagnósticos, tanto com informações vagas e distantes do repertório dos usuários do serviço (existência incompreensível), quanto demonstrando certa apropriação e reprodução do

linguajar técnico da psiquiatria (existência rotulada).

Existência incompreensível

Observa-se o distanciamento do saber diagnóstico médico e o saber e a compreensão dos usuários dos serviços. Os participantes buscam explicar o que os definiria (ou a seus familiares) a partir desse parâmetro, mas evidenciam o estranhamento sobre o que esse saber define sobre si ou sobre o outro.

“Aí ela perguntou, mas o que que ela tem? Aí ele falou assim, eu não sei, eu não sei o que ela tem. Só que aí, na alta, ele colocou esquizofrenia. Só que ele tinha falado que não sabia o que eu tinha. E ficou nisso. Na hora eu não vi, mas depois eu fui ver o que tava escrito no diagnóstico” (Maria da Penha).

“Eu perguntei pra ele por que esquizofrenia, o quê que era, porque eu também não sabia direito. Aí ele falou assim pra mim que eu tinha falado que não sentia tristeza. Só que eu achava que não sentia tristeza, é que eu não ficava chorando; eu ficava parada, paralisada assim. Eu achava que não era tristeza. Foi o que eu falei pra ele, e ele falou que era esquizofrenia, porque eu não sentia tristeza. Só que essa coisa de desvio de pensamento que ele falou eu não ficava falando coisa sem sentido, nem nada. Eu falava normalmente” (Maria da Penha).

“Ela tem problemas, né? Eles falam que ela tem, não sei, um retardamento, né? Ela tratô nas Clínicas, o médico falou, como é que fala? Ela não tem o “M” na mão, eu não sei o que isso significa, ela não tem o “M” na mão, tem a mãozinha curta. Então, os irmãos são tudo grandão, ela parece o pai, mas o tamanho puxou pra mim” (Maria das Dores – Cristal).

“Como é que fala? Eu queria lembrar o nome da... Detimia... distimia... alguma coisa assim” (Messias – Leandro).

Existência rotulada

A compreensão da existência é descrita com tentativas de apropriação do saber diagnóstico médico. Os discursos incluem repetições de nomenclaturas e tentativas de explicitar a gravidade das patologias, buscando enquadramento em diagnósticos e em graus de comprometimentos.

“Eu sei é que ela tem o CID F29, é, se não for engano meu, eu acho que é depressão pós-parto, só que o dela não tem mais cura” (Cleonice – Elisa).

“Esquizofrenia, eu não me lembro o grau, não é aquele grave, por que tem o grau né, 1, 2, 3, né? Eu não sei qual é a esquizofrenia dele, não sei te falar qual é agora... é a moderada, leve moderada, alguma coisa assim ...” (Irma - Getúlio).

“Ele tinha um pouco de esquizofrenia, não acentuada, mas uma esquizofrenia de grau

moderado” (Salvador – Júnior).

“Ela é bipolar, psicomaníaca depressiva. Quando ela teve o primeiro filho, ela teve o surto psicótico” (Socorro – Linda).

A EXISTÊNCIA VIOLENTADA

Nesse grupo temático foram agrupadas as diferentes formas de violência vivenciadas pelos usuários do serviço. Em si, a temática da violência já poderia ser analisada como conteúdo que provoca grande sofrimento, o que já justificaria a presença e o estudo aprofundado quando se trata da demanda em saúde mental. Entretanto, nos casos em estudo, identificou-se a coexistência de questões que acabam por problematizar ainda mais a reflexão em pauta: violência doméstica contra a mulher idosa; violência doméstica contra a mulher portadora de necessidades especiais; violência doméstica contra a mulher portadora de transtorno mental; violência em situação de rua contra a mulher portadora de transtornos mentais; violência doméstica provocada por mulher portadora de transtorno mental e usuária de drogas; e violência doméstica provocada por homem portador de transtorno mental.

Existência na condição de agressor doméstico

A ênfase recai em situações em que a pessoa que apresenta demanda de saúde mental é descrita como tendo comportamentos violentos contra familiares em ambientes domésticos. São descritas violências físicas e psicológicas:

“E quando ela tá surtada, se tiver que matar um ela mata. Ela perde a noção do perigo. E começou a ficar complicado porque o Conselho Tutelar me dava aquela guarda provisória. E o quê que ela fazia? Pegava os filhos pra almoçar de manhã e usava o dinheiro pra comprar droga. Ela tentou por várias vezes me matar. Meu neto não aceitava ela como mãe, não. Ele fala, você é minha mãe! Porque ela me agredia fisicamente, verbalmente, sem condições” (Socorro – Linda).

“Um dos vizinhos lá, disse que ele batia no meu pai durante os surtos e nesse período o meu pai não pediu ajuda pra gente, não sei se ele se sentia constrangido por tudo o que tinha acontecido, né! Então meu pai nunca pediu ajuda pra gente, nunca contou nada. E os vizinhos falavam assim que ele batia, que ele falava que se meu pai não desse, ah, sei lá, o que ele queria, ele batia no meu pai, entendeu? Meu pai chegou a apanhar muito dele. Mas eu fico assim boba de ver, porque ele é assim, baixinho, magrinho; meu pai grandão, forte, se deixar bater, entendeu? No mínimo ia empurrar ele, fazer alguma coisa, sei lá, não sei. Segundo o pessoal lá, ele ficava violento de quebrar as coisas, às vezes de jogar as coisas, entendeu?” (Irma – Getúlio).

“A verbal, sem comentários, é pesadíssima. A primeira vez que ela me agrediu fisicamente foi muito triste! Não foi uma vez só, foram várias. Eu trabalho muito isso no meu psíquico, porque é a pior dor que uma mãe pode sentir. Sem comentário. É o pior! Te dá uma sensação de impotência tão grande que se você não tiver a cabeça boa, você comete uma besteira que você se arrepende pro resto da vida. Porque na hora eu só pensei em matar, mas Deus teve compaixão de mim, porque não era da minha índole. É assim, eu procuro não discutir muito com ela, porque assim, ela é uma criatura que discute muito. Aí ela, o que ela tem, ela taca. Aí é difícil pra você suportar isso” (Socorro – Linda).

Existência na condição de vítima de violência doméstica

Relatos de manifestações violentas nas quais as pessoas com demandas de saúde mental vivenciam a condição de vítimas em ambiente doméstico.

Violência física:

“A gente nunca ficou bem. Sempre brigando, ele me batia, saía de casa e depois voltava, não comprava as coisas. Por exemplo, na minha gravidez ele não comprava alimento, ficava sem comer. Fiquei com anemia. [...] Aí ele me machucou, cortou meu pescoço, machucou meu pescoço, apertou o meu pescoço e me machucou” (Maria da Penha).

“Meus irmãos sempre fizeram de tudo pra me prejudicar. Eles me xingavam, me batiam também. Teve uma vez que o meu irmão deu bastante pancada na minha cabeça, que eu fiz um boletim de ocorrência. [...] Ela (mãe) me deu um soco que meu rosto ficou inchado [...]. Ela sempre foi dessas pessoas que tá com raiva e quebra as coisas, bate porta, grita, xinga. Ela já me agrediu várias vezes” (Maria da Penha).

Violência física e psicológica:

“Ele me deu revolvada na cabeça, não tinha paz. Ele batia na mulher, quebrou os dentes dela. Ele queimou ela (irmã) com ferro, ficou o ferro direitinho aqui (aponta o braço). Fala que ela é louca, retardada, que eu sou louca, que o pai é aleijado. O veio daquele jeito, ele pegava o veio e jogava. Nossa!! Ele não anda!! E ele colocou um rato no quarto dela (irmã), um ratão dentro do guarda roupa, tá tudo quebrado lá, quebrou pra matar o rato, e até hoje não consegui ainda arrumar o guarda-roupa. Tadinha, na vez de melhorar, ela piorava” (Maria das Dores).

“Quebrava a casa inteira, quebrou as portas, o quarto, quebrou tudo. No quarto não tem nada. Quebrou tudo, quebra a casa inteira. Ele queria ficar com a casa e internar eu!! Se a polícia não tirasse ele, nós já tava era tudo morto!” (Cristal).

Violência física, psicológica e patrimonial:

“Ele queria, quer ficar com a casa, por causa de uma casa quer ser tutor dela, mas ela não recebe dinheiro, não recebe pensão, recebeu seis meses e foi cortado. E ele, o que fazia? Batia em mim, batia nela, batia no pai. Era chute. Vixe, quantas vezes eu apanhei dele. Chutava tudo, polícia toda semana!!” (Maria das Dores).

“Eu não entendo o porquê, ela tava bem, ela tava trabalhando, por que que tiraram a casa dela? Por que que fizeram parar de tomar o remédio pra ela voltar pra rua, pra ela virar mendiga? Por que que comeram o dinheiro dela? Se não tava cuidando dela, por que que foram mexer no dinheiro dela? Deixasse lá o dinheiro dela. Se o governo comesse, que comesse. O filho dela não veio procurar ela? Esse dinheiro deveria tá lá, pra ele recorrer, pegar esse dinheiro de volta e comprar uma casinha pra ela. Agora não, não tem mais esse dinheiro. Os irmão dela comeu o dinheiro dela, deu fim nas casas dela, deu fim na filhinha dela. Agora porque ela tá na situação que ela tá eles ficam jogando ela no lixo? Não admito! Não admito isso!” (Cleonice – Elisa).

“O juiz não tá com ela 48 horas! A defensora pública não tá com ela 48 hora! Ela na mente da gente pedindo pra vê a filha, que eu quero vê a minha filha. Ela vê os outro na rua com criança, ela vai pra cima, o povo acha que ela vai atacar, ela não vai atacar, ela só quer ver, aí ela olha, ah não, essa não é a minha. Eles não sabe o que é todo dia você ouvir de uma pessoa a mesma coisa, a pessoa dormindo acorda gritando que tá ouvindo a nenê chorar, a pessoa não sabe o que significa isso. Eles nunca passaram por isso!” (Cleonice - Elisa).

Existência na condição de vítima de violência em situação de rua

Relatos nos quais foram evidenciadas vivências de violência em situação de rua, em que pessoas com demandas de saúde mental estavam em condição de vítimas:

“Porque ela já tem trauma. Ela tem bastante trauma. Ela sofreu muito na rua. Os outros jogava água nela, xingava ela. Se você fala em polícia ou se você fala em ir no Hospital, ela tem bastante trauma (...). Ela tinha casa, e os irmãos dela tirou tudo isso dela, vendeu a casa dela, ela conseguiu um barraco, vendeu. O benefício dela a gente não sabe quem tirava. Ela morava na rua. E, o ano passado, nasceu uma menina e deixou ela mais louca ainda. E tiraram a menina dela” (Cleonice-Elisa).

“Também depois parece que alguém estuprou ela debaixo do pontilhão. Então são muitas dores juntas. Mas aí eu não posso precisar o que é verdade e o que não é. Existia a mania de perseguição, então...” (Socorro – Linda).

A EXISTÊNCIA COMPULSÓRIA

A demanda de saúde mental relacionada ao uso abusivo de drogas emerge na verbalização dos familiares, tendo em vista que não se identificou, nessa situação, casos de busca espontânea pelo serviço. Entretanto, foram mencionadas circunstâncias em que os filhos explicitam a necessidade de intervenção dos pais para tratamento, por admitirem o risco de não sobrevivência ou insanidade. Ficam evidenciados aspectos de vulnerabilidade e de

riscos para os usuários, envolvimento em atos de vandalismo e infrações, situação de abandono da casa dos pais e recusa de tratamento ambulatorial. Ressalta-se que há casos em que a demanda de uso abusivo de drogas coexiste com outros quadros de transtornos mentais. Nessa categoria, a existência descrita como dependente surge como sendo intermediada, controlada, tutelada por instâncias institucionais e autoridades.

Existência dependente

As condições existenciais relacionadas ao consumo e a dependência química; as condições de vida na casa e na rua; e as alternativas encontradas para a aquisição da droga.

A dependência e as condições de vida:

“Quando o médico perguntava, quando passava psicóloga ou assistente social e perguntava qual era a droga, ele falava assim, oh, eu sou clínico geral, tudo que vim eu pego mesmo, o meu ponto forte é o crack” (Messias - Tim).

“O Leandro ainda se enrolava mais com pouca coisa, assim, vamos supor, era uma, duas, três pedra. Agora o Tim chegou um momento que ele falou, pai, se tiver um caminhão eu queimo tudo” (Messias-Tim-Leandro).

“Tá limpa, faz uns quatro, faz três anos que ela tá limpa. Ela usou bebida alcoólica primeiro, cocaína e maconha, segundo ela” (Socorro – Linda).

“A primeira coisa, as coisa de casa não podia facilitar, some tudo se deixasse. E a porquice!! É, no quarto fede! De um dia pro outro. Cheio de papel, tranqueirada, cachimbo. E eu catava e jogava tudo no mato. Bituca de cigarro, palito de fósforo, latinha amassada. Que infelizmente acabava fumando dentro do quarto!” (Messias – Leandro).

“Ele começou a infiltrar no mundo das drogas mesmo. Aí foi onde ele começou a fumar, como é que chama aquela que é pó? Cocaína! Sumiu. Uma vez ele ficou dois, três dias sumido. Aí eu descobri que tinha passado pro crack, já. E tomando os medicamentos forte e fumando, consumindo droga. Começou a consumir a droga abusivamente, né? Começou a perder o discernimento do que é certo e do que é errado juntamente com aquela patologia, que eu falei, moderada, que é uma doença mental (esquizofrenia)” (Salvador-Júnior).

“Chegou ao ponto de eu trancá-lo dentro de casa. Mas eu vi que eu não conseguia! Ficou um mês assim, um mês com ele trancado dentro de casa. Não acorrentando ele, eu trancava as portas!” (Salvador- Júnior).

As formas de aquisição:

“Piscô o zoio, deixou dinheiro em casa, cinco reais, dez reais, mais de cinquenta nunca catou, mas cinco, dez, quinze! Celular, rádio, ferro de passar, pacotinho de arroz, litro de óleo. Essas coisas era só trancado no quarto, não podia bobiar” (Messias - Leandro).

“Ele saía de tênis, todo arrumado. E voltava de bermuda velha e chinelo de dedo, que não era nem dele. Você saiu com uma blusa boa, uma jaqueta boa, uma calça boa, um tênis bom... desapareceu? Era droga! Vendi pra droga! Quer dizer... Ele usava a droga, dava a roupa do corpo por droga porque a droga já tinha feito dele um dependente dela feito um robô, porque a droga faz um robô dela! Zumbi! Principalmente o crack...” (Salvador-Júnior).

Existência infracional

Relatos de comportamentos infracionais e de conflitos com a lei.

“Vamos supor, chuta lata, bate nos poste, nos poste de placa, saía querendo entortar plaquinha, vandalismo na rua. Os guardinha parou, os dois teve um desentendimento, desacato, então foi processo. Ele ficou muito tempo respondendo esse processo. Ia em casa lá o oficial de justiça e falou, oh, pra poder quitar isso aqui tem duas cesta básica aqui, Leandro, pra você poder pagar. Enrolou, enrolou. Infelizmente por bondade, por froxura da justiça, vamos se dizer assim, tava liberado. Tá respondendo outro (processo), sexta-feira agora tem que levar um papel lá, já tá avisado lá. Acho que já faz um ano e ainda tá assinando, mas o outro cara foi preso, né? Invasão de domicílio. O outro cara era meio violento, ele tava drogado e tá respondendo esse processo” (Messias- Leandro).

“E nós veio ajudar aqui na igreja, no armoço. Quando eu cheguei em casa, até que arruma mesa, arruma cadeira, eu cheguei em casa umas três hora, três e pouco. Tirei só o sapato e encostei no sofá pra descansar, bate parma. Saí, era a viatura com meu filho dentro, ele era de menor. A mãe deles (netos) e o meu filho dentro da viatura. A família dela tudo envolvida com droga, os irmão, eles vendia. E aí, pegou!” (Messias-Tim).

“Eu sei que biciretas, alguma coisa assim, pra ele se manter na droga, ele falou que roubou muitas” (Messias- Tim).

“Ela chegou a roubar, ficou presa, acho que ficou dez dias presa. Acho que devolveu o dinheiro. Ah, teve muitas situações... muitas ...” (Socorro-Linda).

“Aí, ele saiu da clínica, na mesma semana sumiu e começou a usar descontroladamente, pior do que tava! Pior do que tava. Tanto que ele começou a roubar, a furtar e aí num desses furtos ele foi preso. Ele saiu dia 20 de junho, dia 25 de julho do outro mês seguinte ele foi preso por roubar pra consumir a droga. O outro elemento nunca achou, ninguém sabe onde que tá, mas ele acabou levando toda a culpa, porque ele simulou que estava armado. Mentira, meu filho nunca usou porcaria de arma, é por causa da droga, a droga faz a pessoa ficar, né? Perder toda a razão de ser. Aí ele, ele está lá até hoje” (Salvador – Júnior).

Existência ameaçada

Foram identificadas situações em que o consumo abusivo ameaçava as condições de existência; riscos de suicídio; falta de cuidados pessoais e nutricionais; situações de riscos por envolvimento em brigas; vulnerabilidade em situação de rua e de exposição em área rural.

“Ele já tava assim, andando que nem um louco, né? Tava falando em suicídio, que ele não queria mais, que ele queria acabar com a vida dele, que não tinha mais jeito e tatatá” (Messias - Tim).

“Ele chegou pra mim e falou, pai, infelizmente eu tô viciado no crack. Ele falou pra mim chorando eu não consigo largar! Se o pai me ama, me dá um dinheiro pra mim comprar, pai? Senão eu não sei o que vai acontecer... chorando [...] Aí ele sumiu! Sumiu de ficar uma semana fora, de pessoas ligarem pra mim e avisar que ele tava não sei aonde, no meio do mato” (Salvador-Júnior).

“Quando ele trouxe a carta do médico, o médico deu uma carta bem mais sofisticada [...] porque o caso dele tava muito pior. O médico ficou preocupado, falô que se não internasse imediatamente, eu vou dar um prazo de vida pra vocês, seis mês. Ele tava, fazia dois mês que ele tinha passado no médico, ele esmagreceu 12 kg” (Messias - Tim).

“Eu já cheguei a pegar a Linda morta, de ter que passar sonda gástrica porque ela tava desnutrida, pra não morrer. É que não era a hora” (Socorro – Linda).

“Aí depois ele quase morreu, os cara pegou ele na rua, os cara bateu tanto que a camisa dele sanguento tudo. Aí ele ficou meio alongado pro mato e aí... Eu já pedi pra Deus que não quero vê ele sofrendo. Se chegar e falar assim, morreu, foi matado, pra mim... qualquer hoje pra mim passa isso... o mais que passa em mim é o medo de ficar sofrendo, então... é muito, muito, muito difícil” (Messias – Tim).

Existência tutelada

Referências a diferentes instituições e/ou autoridades acionadas para tutelar a existência das pessoas com demandas de saúde mental. Tutela, nesse contexto, está sendo entendida como as diferentes intervenções envolvendo terceiros para interceder diante das demandas de saúde mental.

“Ele ficava, oh pai, e lá (DPESP) pai? Não me chamaram (processo de internação compulsória)? Pelo amor de Deus pai, se tiver que ir amarrado eu vou! Se tiver que ir amarrado e algemado com a polícia eu vou! Eu vou morrer, pai! Nossa!!! Aquilo era de... aí, foi que deu certo, e graças a Deus tá bem. No dia, ficou fora a noite toda. Fumou, fumou, chegou o SAMU ele tava desmaiado no sofá (Messias – Tim). Foi demorado (o processo de interdição), foi triste, não vou te falar que é triste! Tentar convencer ele de interditar ele foi difícil. Que nem eu falo pra ele assim, a única coisa que ele não pode fazer é casar sem a minha autorização, o resto ele pode fazer tudo, não é?” (Irma-Getúlio).

“A partir de agora eu vou ficar só com a responsabilidade que a senhora (psiquiatra) está me delegando, não vou negar, mas as coisas vão mudar, porque ela tem condições, ela tem raciocínio. Medicada ela tem condições de ter uma vida normal. Falei pra ela, pra ver se a gente chacoalha” (Socorro – Linda).

“Saiu no corredor, tava fumando, saiu fumando, apagou o cigarro e jogou o cigarro fora e foi embora (com a ambulância do SAMU para internação compulsória)”

(Messias – Leandro).

“Não podia falar, senão ele desaparecia e cabou! Ah, não, filho, fica tranquilo. Ele aí, tinha uma rede na área e ele ficava... ah, pai, deixa eu sair! Deixa eu sair! Deixa eu sair... tem que ver como que fica... deixa eu sair, por favor? Ele não agredia, ele nunca me agrediu. Deixa?[...] Fica tranquilo, fica calmo! Aí, de repente, 7h30 chega o SAMU pra levar ele” (Salvador – Júnior).

“As crianças foram recolhidas em orfanato, é muita história! Ficaram um ano. O juiz acho que tentando ver que rumo ela tomava, porque até então, não dava pra você diagnosticar. A droga acho que mascarava” (Socorro-Linda).

“Aí quando eu peguei (guarda dos netos) foi definitivo, ela perdeu o pátrio poder, ela não saía daqui (DPESP). Ela não entendia o que era isso. Hoje ela não tira mais, o mais velho, também, não tem nem como. Mas o pequeno ela não leva pra onde ela quer. [...] A vida dela se resumia lá na Vara da Infância e da Juventude, Delegacia da mulher, Orfanato, Vara da Infância e Defensoria. Eu quero meus filhos de volta!” (Socorro – Linda).

A análise das características de existência das pessoas que buscam a Defensoria Pública no Estado de São Paulo com demandas de sofrimento e/ou de transtornos mentais evidencia histórias de vida de grande complexidade de privações, violência e violação de direitos. Condições de existência em que não *apenas* a dignidade humana encontra-se ameaçada, mas a própria vida.

No início da análise, as alusões ao estranhamento e à busca de compreensão do linguajar da área médica remetem ao desconforto vivenciado pela dificuldade de entendimento sobre si e as tentativas de procurar nomear, a partir do repertório linguístico do outro, suas próprias circunstâncias de vida (ou a de seus familiares): um desconhecimento, uma alienação, uma existência de difícil compreensão. Pessoas que vivenciam o sofrimento constante proveniente dos mais diferentes tipos de violência, tanto em ambiente doméstico como em situação de rua, endereço que as pessoas em sofrimento podem buscar, mesmo em casos que familiares se fazem presentes. Relatos de existências permeadas de riscos para a própria sobrevivência seja por exposição a situações de violência, por falta de alimentos e submetendo-se às adversidades, ou ao consumo de drogas. Existências incompreensíveis, violentadas, ameaçadas ou “não existências”, mas que de alguma maneira se mostraram presentes na DPESP, ou por busca espontânea ou por familiares que procuram alternativas para existências caracterizadas pelo sofrimento mental.

7.4 A Trajetória de busca por acesso aos Direitos

Tendo sido abordadas as características de existências da demanda de saúde mental que chega à DPESP, o estudo prosseguirá com a análise dos trajetos já percorridos por esses participantes em busca de acesso aos seus direitos, considerando-se, inicialmente, as referências à busca pelos serviços do Sistema de Saúde e, posteriormente, pelo Sistema de Justiça. As referências específicas aos serviços da Defensoria serão analisadas separadamente.

TRAJETOS PERCORRIDOS NO SISTEMA DE SAÚDE

As referências expressas pelos usuários relacionadas às buscas por serviços, as quais foram consideradas como alternativas encontradas por eles, em suas trajetórias, para terem acesso aos cuidados com a saúde garantidos constitucionalmente, serão o foco da presente análise. Tais temas foram agrupados em internações, serviços extra-hospitalares encontrados na rede de saúde, e, mais especificamente, no CAPS. Críticas à gestão da saúde mental juntamente com as alusões às insatisfações com os serviços prestados pelo CAPS e por Clínicas Conveniadas com o SUS se fizeram presentes, apresentando-se agrupadas ao final.

Trajetórias de internações: impotência e impactos

Ao abordarem o tema das internações, fica evidenciado o papel ativo, sofrido e ambivalente do familiar na busca pela internação da pessoa com demanda de saúde mental; os períodos de internação; a presença do SAMU e da polícia em face de dificuldade da família para efetivar a internação; a impotência da pessoa internada diante da decisão do familiar e da conduta dos profissionais da instituição que a recebe.

O impacto da decisão de internar:

“Ela teve um surto mesmo e saiu de cena, perdeu a noção de tudo. Assim, de tomar banho, de tudo. Não reconhecia o filho que tava, na época, com oito, nove meses. Não reconhecia como filho, tinha medo dele. Aí eu tive que interná-la, foi quando ela teve a primeira internação com diagnóstico de psicomaníaco depressivo. Ficou poucos dias porque eu não suportei o sofrimento de vê-la no hospital psiquiátrico” (Socorro - Linda).

A intervenção policial e o serviço do SAMU:

“Aí ela pegou e chamou, acho que foi os policiais, falando que eu tava agressiva. Só que eu não tava! Eu tava conversando com ela normal. Aí eles me pegaram e me levaram lá pro hospital. Pro Pronto Socorro. Aí eu cheguei lá e ela que ficou falando com o médico, né? O médico pegou e passou um medicamento pra eu tomar e ficar lá.

Eu falei que não, que não tinha necessidade dele me passar remédio pra eu tomar sendo que eu tava normal, que eu não tinha nada. Ele, ah, mas sua mãe tá falando... e os policiais estavam lá, eles me deixaram lá. Aí foi no outro dia que o médico passou lá no quarto e falou que eu tava de alta” (Maria da Penha).

“Eu até estranhei porque eu achei que o SAMU vinha, além do motorista, vinha um enfermeiro, achei que vinha uma enfermeira pra internar ele, mas não, quem internou ele fui eu. Foi um técnico de enfermagem, mas quem na realidade deu todo o seguimento pra internar fui eu lá na clínica, pra ele e tudo. Assinei tudo e tudo mais. Graças a Deus ele ficou lá seis meses, cinco meses e meio” (Salvador- Júnior).

“Ele (Mário) chegou dia 30, quando foi dia 3 ela andou rondando lá a minha casa e aí com a ajuda do psicólogo que trabalha na UBS comigo, a gente conseguiu pegar ela. Aí ele pediu, solicitou uma ambulância, deu trabalho, mas a gente conseguiu internar ela. Ficou do dia 3 ao dia 13. O médico deu alta, falou que não tinha mais o que fazer. E aí agora ia ser com a família. Só os remédios que ele ia passar e o resto ia ser com a gente” (Cleonice - Elisa).

A impotência e a indignação:

“Internei a primeira vez ele na Casa de Recuperação (instituição religiosa), ficou dois mês. Também não adiantava nada, de lá ele saía e já ia dormir na rua. Eles vendia uns 10 jornalzinho, eles trazia 10, talvez, pra casa lá, que era uma casinha lá que tinha uns 20 que ficava pra rua vendendo jornal. Acha que quem tá doente pode ficar na rua? Não pode! E ainda pegando dinheiro? Com o dinheiro ele usa droga ou álcool, se for o álcool” (Messias-Tim).

“E lá do hospital me levaram pra lá (clínica em outro município), porque ela (mãe) tinha conseguido a vaga. Aí chegou lá na clínica o médico conversou com ela. Falou assim deixa ela aqui que nós vamos observar ela uma ou duas semanas [...]. A primeira coisa foi que eu fiquei nervosa, assim, que eu fiquei revoltada. Só que eram vários contra mim e eu naquela situação não tinha como me defender. Aí eu fiquei. Só que aí, depois que eu vi que eu ia ter que ficar lá, que eu não tinha como me defender, que não tinha, naquela situação não tinha como ninguém acreditar em mim e aí eu me acalmei. Me acalmei e comecei a lembrar de Deus e deixar acontecer e tentar melhorar, mas sem tentar ficar fazendo do meu jeito... Tentava do meu jeito, com a minha força, falando demais, mas não adiantava. Tentava falar, tentava colocar meu ponto de vista, que não era daquele jeito, que eu tava sendo injustiçada, mas não ia adiantar ficar falando e falando” (Maria da Penha).

Trajetória em serviços extra-hospitalares: o princípio de diálogos

Ao serem observadas as referências aos serviços extra-hospitalares constata-se a presença de diferentes profissionais da saúde e possibilidade de maior abertura de diálogo entre usuário do serviço e profissionais. Contudo, embora a relação com o profissional possa se instaurar de modo mais dialógico e com maior aceitação do tratamento por parte da pessoa que busca o serviço com demandas de saúde mental (quando comparado às referências

apresentadas nas trajetórias de internações), tal aceitação não repercute na adesão ao tratamento medicamentoso.

A presença de um exercício dialógico também é identificada em referência à convivência comunitária, à troca de experiência entre os moradores de um mesmo bairro sobre as temáticas da saúde mental e em iniciativa de instituição de ensino para conversar sobre as experiências das pessoas com tais demandas.

A relação com a equipe de saúde: a presença do diálogo e a questão medicamentosa:

“Eu faço terapia com psicólogo uma vez por semana e o psiquiatra que eu passo depois que eu saí do Pronto Socorro, que ele pediu pra eu ficar passando de quatro em quatro meses. Só que já fazem oito meses que eu não tomo remédio, que eu falei pra ele que eu não via diferença e também eu tava tomando e tava me fazendo mal, minha cabeça ficava pesada quando eu acordava, eu tomava à noite. Então eu acordava e ficava sentindo muito calor, e falei pra ele que ia ficar sem tomar. Ele falou, ah, se você tá falando, vamos ver, então. E já tem esses oito meses, e eu só tô melhorando, cada vez mais melhorando” (Maria da Penha).

“Médico, lidamos com ameaça de suicídio, entendeu? Foi psicólogo, psiquiatra, tudo que você imagina, entendeu? Eu tava comentando com ela (assistente social), ele faz psicólogo, psiquiatra, ele faz nutricionista, cardiologista, urologista, ele faz tudo que é ista, entendeu? E por que ele não melhora? Porque não toma remédio!!” (Irma - Getúlio).

“O psiquiatra mesmo já me falou que não tem nada que me impeça. Nas primeiras vezes, nos primeiros meses minha mãe ia comigo, e o psiquiatra falou pra ela: como é que vão saber que ela não pode cuidar dos filhos dela, se não deixarem ela cuidar? Falou que não tem nada que me impeça de ficar com meus filhos” (Maria da Penha).

A ampliação dos envolvidos no diálogo sobre saúde mental:

“Eu vou, tem uma terapia que ele faz que é com massagem. É quatro semanas de massagem, e aí depois ele conversa. Ele vai mudando os lugares do corpo, cada semana é um lugar. Eu vou lá no Pronto Socorro. Pronto Socorro não! É o Postinho de Saúde. Foi a conselheira (tutelar) que me indicou, porque a minha mãe tava querendo me internar de novo. A conselheira até foi lá, conversou com a minha mãe, na minha casa e tudo. E minha mãe quer me internar de novo. Só que eu conversei com a conselheira, né? Eu falei que não precisava e tudo... e ela só me encaminhou pra passar no psicólogo” (Maria da Penha).

“Primeiro, do Posto de Saúde é uma equipe multidisciplinar. Então tem psicólogo, todo mundo conhece a Linda, que eu sempre morei ali. Então acaba que o médico vai lá, aquele que atendeu você, a gente conhece todo mundo, a enfermeira é a que foi minha professora, outro... Então, assim eu tô bem cercada. Meus vizinhos, hoje, são muito compreensíveis comigo e com ela. Porque vê a luta e vai aprendendo também. E queira ou não, sempre tem um alcoólatra, acaba que eu virei uma referência no bairro” (Socorro - Linda).

“Aí me ligaram em casa no outro dia, a assistente social, maravilhosa, aí eles me falou que tava formando na Universidade, no final de 2013, que precisava formar um grupinho pra tirar algumas ideia, trocar umas ideia, pegar algum conhecimento. Mas no caso dos familiares da pessoa, do dependente. Foi bem esse caso aí. Aí nós começou. Nossa, mas foi tão bom!! Era uma meia dúzia de pessoa envolvida nesse caso. E foi assim, muito bom. No começo a gente percebeu, assim, eles tava querendo pegar um ou outro pra tirar algum conhecimento, e no final nós tava era perdidos de tanto conhecimento que eles desenvolveram, um tanto de conhecimento, de passar informação, de tudo... de umas dinâmica que fizeram. Foi muito, muito bom” (Messias – Tim - Leandro).

A trajetória no CAPS

A trajetória no CAPS surge com diferentes enfoques. São apontadas as intervenções e a rotina dos trabalhos, assim como os aspectos positivos da proposta e as limitações do serviço. A rotina é mencionada em relação ao horário de atendimento, às intervenções e exames médicos necessários, à continuidade (ou não) do tratamento, à convivência com o psiquiatra e à equipe:

“Tanto é que quando ela voltou da clínica, eu comentei com a equipe do CAPS-ad uma suposta hepatite, um HIV, e graças a Deus eles conversaram, ela fez todos os exames, todos! Todos imagináveis, graças a Deus não teve. E o mais importante de tudo isso foi o psiquiatra do CAPS-ad que conheceu a Linda em “n” internações no Hospital Psiquiátrico com a drogadição e ele que acompanhou a internação, acolheu quando ela voltou e acompanha até hoje, de longe. No começo ela ia no CAPS mental todos os dias, o dia inteiro, daí foi espaçando. Hoje ela tá indo de quarta e sexta, só” (Socorro - Linda).

“Ela continua no CAPS, só que não dorme lá. Ela vai durante o dia. A gente leva de manhã e pega de tarde. Enquanto ele (Mário) tiver aqui correndo atrás da irmã, ela (Elisa) fica fazendo tratamento no CAPS, quando for embora com ela pro nordeste, também vai fazendo tratamento lá” (Cleonice-Elisa).

“Aqui tinha o CAPS que atende com a assistência de terapia ocupacional. Aí, atendeu ele prontamente, aos 17 anos, 18, 19. Ele começou a fazer aquela terapia ocupacional. Às vezes, ele fugia um pouco da realidade, às vezes ele misturava o real com o irreal, e a coisa é tremenda! Com 20 anos ele foi estabilizando, foi fazendo a terapia, levando ele no psiquiatra, foi tomando remédio. Mais tarde eu procurei uma assistente social da prefeitura, ela falou assim, ele já tratava? Eu falei sim, ele já tratou no CAPS tudo, mas não surtiu muito efeito porque ele abandonou a terapia ocupacional, acabou abandonando por causa da droga mesmo, né? Ah, então você vai ter que procurar a Defensoria pra ver a internação dele. Aí eu falei assim, ah, mais eu acho que é melhor ver se ele interna, não por compulsória, através de ação judicial, vamos ver se ele interna por voluntariamente. Aí eu conversei com ele, tudo, cheguei até a ir com ele lá, que tem clínicas que cuidam disso aqui, mas não por medida judicial, compulsória, é voluntariamente. Mas ele não quis. Aí ele sumiu!”

(Salvador - Júnior).

Faz-se presente comentários positivos à proposta de trabalho do CAPS, assim como são apontadas as dificuldades e limitações.

“Já teve o CAPS. A gente frequentou muito aqui esse CAPS. Ia junto, né? No comecinho tinha que ir, depois ele foi melhorando, né? E os psicólogos, os psiquiatras vão embora e ele continua lá. Daí eles falam assim que tem casos muito piores e que não tem o que fazer, não tem como ajudar. Ele tem um problema sério com horário, se você marca as dez, ele vai chegar dez e meia. Aí quando ele chega atrasado, eles falam ah, volta outro dia. Porque não tem como ajudar. É que agora não tem mais CAPS, agora é no Posto. Daí eles falam o que você quer que eu faça? Você não toma remédio, como é que eu vou te ajudar?” (Irma - Getúlio).

“Era o que tava gritando naquele momento, mas o mental dela gritava dentro de mim. E chegou em um estágio, nessa época, que ou eu cuidava deles, que não tinham nada nem ninguém, ou eu me deixava levar pela sandice dela. E eu optei por eles. Foi quando eu coloquei ela na rua, porque ela não educava, não cuidava e não me deixava fazer. A saúde mental, antes do CAPS, era só dopar! Eu vivenciei isso! Não se buscava uma causa, não se buscava tudo o que o CAPS busca hoje. Coitado do CAPS. Tem vontade, mas não tem como; quer andar, mas não tem como” (Socorro - Linda).

Críticas à gestão da saúde mental

Foram identificadas referências que apresentaram oposições e críticas tanto aos serviços do CAPS e aos de Clínicas Conveniadas, quanto aos aspectos mais amplos de gestão da saúde mental.

O descaso da política e da gestão de saúde mental:

“O pior serviço que pode existir na saúde é a saúde mental. Não pior pelos profissionais, porque eles são limitados. É muito complicado. O primeiro descaso tá na política. A política de saúde mental tá deixando muito a desejar. Eu não falo só isso como mãe, eu falo como profissional. Onde eu trabalho é um hospital, e a saúde mental lá não existe, não existe! Eu acho que os estudos sobre a saúde mental deixam a desejar. Eu acho que não levam a sério a saúde mental no Brasil. Sabe, ah, já chegou aquele louco, aquela louca que tá aí. Sabe, eu sou da área da saúde e é assim que eu vejo como mãe e como profissional. É muito triste, Edilene. Eu acho que a justiça tem mais responsabilidade, eu acho que a justiça tem mais política de responsabilidade com a saúde mental que a saúde mental propriamente dita” (Socorro -Linda).

O descaso do município:

“Por exemplo, quê que adianta a Defensoria me disponibilizar, tudo que ele pode fazer ele fez. A justiça determinou que ela tem que ser internada e o município não tem onde internar essa criatura! Se você for fazer um estudo no hospital que atende os doentes mentais aqui no município, você vai ficar desiludida. Não se tem espaço

físico, não se tem uma alimentação adequada, não se tem profissionais responsáveis! Eu tive um problema seríssimo com o médico que atendeu minha filha. Sério! Eu procurei a gestão da saúde. Eu faço parte, quando tem aquelas reuniões na Câmara eu venho, venho brigar pela saúde mental, não só pela minha filha, de quem vir. É um descaso muito grande. Não ter leito disponíveis pra tirar da crise?!” (Socorro-Linda).

O descompasso entre a proposta do CAPS e a sua realidade:

“E o que se oferece nesse CAPS é uma vergonha! Os CAPS que foram inventados é só pra inglês vê! No papel é muito bonito, mas na prática não funciona! O que você vê são profissionais estressadíssimos, a técnica de enfermagem fazendo serviço de terapeuta, a terapeuta fazendo serviço de psicóloga e você vai reclamar pra quem? É complicado, Edilene. A saúde mental, a saúde em si no Brasil tá por terra, e a mental pior ainda! Porque se é o físico, você quebra o braço, você vai no hospital, ah, não tem vaga? A família arranca não sei de onde, vai lá, paga um ortopedista e cola o seu braço, e o mental? Uma consulta com um profissional sério, me fugiu o termo, hoje está em torno de 400 reais, da onde você vai tirar isso? E depois, fazer consulta com particular você não pode pegar medicação na rede. Já fui funcionária da prefeitura também. Então, Edilene, eu conheço a coisa, assim, nas entranhas. A saúde mental, que é o que eu mais uso, né, até então o que eu mais usei até hoje, sinceramente...” (Socorro - Linda)

O descaso de profissionais e dos serviços conveniados de saúde:

“Tá existindo alguma coisa que tá deixando a desejar. E é com um profissional que é médico, você entendeu? E é muito complicado. Eu já cheguei até a fazer um boletim de ocorrência por maus tratos verbais desse profissional. Que, oh, eu tenho os meus direitos como cidadã, como mãe da paciente. Levei o caso pro CAPS. O que me explicaram? É um hospital que presta serviço pro SUS, ele não é do SUS e até então eu não sabia. É conveniado, onde que eu me senti barrada? Que eu fui no município pra levar a queixa, mas o município não é responsável por esse profissional. Então, teria que ser a equipe que contrata o serviço desse hospital. Aí você sabe que a burocracia e a hipocrisia moram lado a lado” (Socorro-Linda).

A ausência de profissionais em Comunidade Terapêutica Conveniada:

“Cinco meses e meio lá, e todo mês eu ia visitá-lo, eu e minha esposa. Cada visita que eu ia, eu via que não tinha progresso. E além de que não tinha progresso, eu não tinha um respaldo com profissionais, que nunca pegou e me chamou em uma mesa pra falar o que estava sendo feito ou não! A única coisa que eu via que tinha lá eram reuniões com ex dependentes químicos dando palestra, mas não era isso que eu queria. Eu queria conversar com pessoas responsáveis, tipo uma psicóloga, uma assistente, um médico, sabe? Fiquei quase seis meses ali, eu não conheci sequer uma assistente social, a não ser pelo telefone. Ah, esse mês seu filho precisa de cigarro, precisa de uma roupa, precisa daquilo e daquilo outro mais. Só isso! No mês que deram alta pra ele, uma alta esquisita pra ele, ele estava ruim! Eu cheguei a comentar meu filho não está bem! Meu filho não tá bom, ele vai ter alta mesmo assim? Ele tava com um olho assim, tava estático, aquele olho parado, aquele olho assim, parecia que ele tinha consumido droga aquele dia ali dentro da clínica” (Salvador- Júnior).

A crítica à ausência de fiscalização das clínicas por parte do Estado:

“O Governo Estadual ou o Governo Federal, vamos supor, quem põe dinheiro nessas

clínicas pra que recupere, começar a pôr, também, auditores e fiscais pra dar uma olhada nessas clínicas periodicamente, pra ver realmente o que tá acontecendo, e sentar na mesa e começar a conversar. Não deixar pra sentar na mesa pra conversar com o fulano de lá depois, o multidisciplinar depois. Faz uma conversa coletivamente e, depois conversar no individual, não custa nada (Salvador-Júnior).

Uma coisa, assim, que eu poderia estar sugerindo, não só pedir a internação e do juiz determinar, mas ter alguém pra fiscalizar essa internação. Alguém pra acompanhar, de longe, não precisa ser lá em cima. Mas acho que tá faltando um acompanhamento do judiciário em cima” (Socorro-Linda).

TRAJETOS PERCORRIDOS NO SISTEMA DE JUSTIÇA

Diante da perspectiva de violação de direitos ou receio de que possam vir a ser, os participantes apresentam os caminhos que encontram para buscar garantias relacionadas a situações de violência, de disputa por guarda de filhos, de interdição e de benefícios.

Trajetos de violência e a relação com a polícia

A percepção das relações com a polícia surge ora como a instituição que acolhe a denúncia de violência para que possa ser feita a defesa da vítima, e ora como composta por profissionais de quem é preciso procurar se defender.

“A vez que o pai dos meus filhos apertou o meu pescoço e me machucou lá na casa dos pais dele, eu fiz o boletim de ocorrência. E teve uma vez que o meu irmão me bateu, deu bastante pancada na minha cabeça, eu também fiz um boletim de ocorrência” (Maria da Penha).

“Ficou violento, aí veio um pessoal e... eu não sei se era policial da guarda civil municipal, lá no centrão de São Paulo, e daí eu tive que interferir se não o pessoal ia bater nele, queriam levar ele... e eu não, é meu irmão, é meu irmão... ele está assim porque eu deixei ele nervoso... tive que contornar a situação, entendeu? Com medo que levassem ele, que batessem nele, que fizessem alguma coisa, né?” (Irma-Getúlio).

Trajetória de disputa jurídica pela guarda dos filhos

As diferentes situações em que a família apresenta a questão da disputa da guarda dos filhos, quando está em pauta a temática da saúde mental e a justiça é acionada para definir

a responsabilidade dos familiares diante de demandas de saúde mental:

“Ficaram um ano no orfanato. O juiz, acho que tentando ver que rumo ela tomava, porque até então não dava pra você diagnosticar. A droga acho que mascarava. Até que viu que não tinha como, eles ficaram à disposição pra adoção e aí eu entrei com o processo” (Socorro-Linda).

“Aí uma prima da mãe dele pegou a criança, só que também mesmo assim não comunicou nós. Ela pegou em dezembro. O juiz deu a guarda provisória pra ela de 180 dias. Fui no fórum. Esse aí é o registro do nascimento, guarda provisória por 180 dias” (Cleonice-Elisa).

“Já tem umas sete semanas, por aí, que a minha mãe pegou e entregou os meus filhos pro pai, que ela não ia cuidar mais porque tava trabalhando e comigo ela não ia deixar mais, e entregou pro pai. E nesse tempo eles não estão me deixando ver as crianças. Eu nem sei onde que ele mora. Aí eu fui lá no Conselho Tutelar falar com o conselheiro e ele me mandou ir lá no fórum falar com o promotor no Ministério Público” (Maria da Penha).

Trajetórias de busca por interdição e por benefícios

A busca por direitos aos benefícios previdenciários e os impasses diante da possibilidade de interdição encontram-se presentes dentre as diferentes temáticas de direitos negados aos usuários do serviço com demandas de saúde mental. Tais conteúdos surgem com alusões aos processos movidos contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); aos processos em andamento na Vara da Família concernentes a possíveis usos impróprios de recursos por parentes e curadores; e aos de busca por profissionais da saúde que possam declarar a incapacidade das pessoas em processo de interdição.

“Fomos atrás de documentação, procurar no estado, porque ele foi professor durante quinze anos e não tinha uma aposentadoria. Aí, como fazia muito tempo que ele tava nessa situação, ele perdeu todos os direitos dele no estado, a gente não acredita nisso até hoje, entendeu? Eu não sei o que o estado tem lá, eu não sei te explicar aqui agora, eu sei que tem uma história lá que perde o vínculo lá de professor, foi considerado abandono de emprego, entendeu? E foi um longo processo. Processamos o INSS, arrumamos um advogado, sindicato dos professores. Eu só interditei ele porque foi a única maneira, deixo isso bem claro e conto pra todo mundo, porque foi a única maneira de conseguir o LOAS³⁴ pra ele, que é o dinheiro que ele come, o dinheiro que ele se veste, que é a única maneira que eu tive pra conseguir o tal do LOAS, porque ele ficou Totalmente desamparado” (Irma-Getúlio).

“Dia 16 ela tem uma consulta com o psiquiatra. Eu vou falar com o Dr. Paulo, se tem como ele me dá um papel pra gente aposentá, não o benefício, aposentá ela. Por quê? Hoje ela pode trabalha, amanhã ninguém sabe como ela vai acordar (Cleonice-Elisa).

³⁴ Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas), no valor de um salário mínimo.

Eu pagava a pensão e fazia assim, 50 reais pra você passar a semana; na outra semana eu dou R\$ 20,00; na outra semana eu te dou R\$ 30,00. Ele não foi aqui na Vara da Família me denunciar?! Ele foi falar que eu estava pegando o dinheiro dele. Eu tive que escrever, mostrar todos os gastos. Aí, depois, até sair a interdição dele eu dava o dinheirinho e ele assinava o recibo” (Irma-Getúlio).

“Daí, como eu sou a curadora, eles acham que eu tenho que cuidar de tudo. Não! Então, da última vez eu falei pra juíza, então, a partir de hoje vocês tomam conta dele, o Estado toma conta dele. Taí! Arruma um advogado pra administrar os bens dele, uma aposentadoria de 700, 800 reais e vocês vão tomar conta dele. Taí! Aí contornaram, porque não, não é assim, a senhora está muito nervosa, está muito estressada... Conversaram muito com ele. Falou que ele não pode ir lá reclamar de tudo de mim, né?! Que tem casos bem mais tristes” (Irma-Getúlio).

A análise das iniciativas dos participantes na busca por acesso aos serviços públicos do Sistema de Saúde evidenciou os impactos e sofrimentos vivenciados diante das situações de internação. Trajetórias descritas como de impotência e de indignação. As referências aos serviços extra-hospitalares mostraram-se menos aversivas e com maior possibilidade de diálogo com os profissionais. Entretanto, a dificuldade de aderirem ao tratamento medicamentoso e de dar continuidade ao acompanhamento esteve presente. Especificamente, em relação ao CAPS, embora a proposta tenha sido enfatizada de maneira favorável, surge como idealizada, distante da realidade. As críticas à gestão da saúde mental se fizeram presentes com ênfase na necessidade de fiscalização por parte do Estado das clínicas conveniadas com o SUS.

Os participantes mencionaram, também, outros percursos percorridos em busca da garantia de seus direitos. O Sistema de Justiça aparece como tendo sido acionado para requerer a guarda de crianças de mães com transtorno mental e/ou uso de drogas, reivindicação de benefícios para pessoas portadoras de transtornos e busca em situações de solicitação de interdição de familiares com transtornos mentais. Também é mencionado nos trabalhos da polícia, que tanto é vista como aquela que poderá proteger e é buscada para a realização de boletins de ocorrência, quanto é lembrada como representada por profissionais que podem bater, agredir, e de quem é preciso se defender.

7.5 A busca por acesso à Justiça na DPESP

OS MOTIVOS DA BUSCA PELA DPESP

Dentre os motivos mencionados pelos usuários do serviço para a busca pela DPESP, destacam-se: reivindicar o direito à guarda de irmã; interdição da mãe; defesa em processo de interdição movido pelo filho e por irmão; internação compulsória do filho; defesa em processo de filho preso por roubo para aquisição de drogas; intervenção em processo de acusações da filha e guarda de netos; ação contra o INSS para requerer aposentadoria de irmão; proteção diante de ameaças e pensamentos persecutórios; reivindicação de pagamento de pensão para os filhos; disputa por guarda de filhos; procura de tratamento médico; solicitação de defesa diante de situações de violência; e reivindicação de benefícios.

Busca por defesa diante de persecutoriedade e reivindicação de benefícios (INSS):
“Quem veio pra cá foi ele reclamar dessa questão que ele está sendo perseguido, que ele está sendo ameaçado, que tem gente que xinga ele, que tem gente que ele quer processar, mas a gente não sabe quem também. Diz que parece a voz daquela Rosana Jatobá e quem manda ela ameaçar ele é a Dilma, esses políticos corruptos, só fala nisso, que eles que ficam ameaçando ele, que ficam prejudicando ele, entendeu? [...] A gente acha que ele fez alguma coisa errada no banheiro do mercado e alguém deve ter dado uma prensa nele e ele tá com medo. Então por isso que ele veio aqui, que ele foi atrás do advogado querendo processar o mercado. O advogado me ligou, ele foi aqui na vara da família, ele andou indo lá... Desculpa! Eu acho que é um caso tão simples... ele que vem reclamar, vai em todos os lugares...”(Irma – Getúlio).

“A gente fez foram dois processos contra o INSS, dois ou três e não conseguimos, foi declarado indeferido” (Irma-Getúlio).

Solicitação de internação compulsória de familiar:

“A luta foi muito grande. Então o internamento desse meu filho mais velho, com essa que saiu em fevereiro, eu... ele andou internado aqui umas porção de veiz. Acho que foi a décima segunda ou a décima primeira veiz. Esse que tá lá, acho que é a oitava ou a nona. Ele internou tudo em comunidade terapêutica. A única vez que foi compulsória foi agora, pela Defensoria, que foi esse mais velho [...]e o mais novo que tá em [...]Procurei a Defensoria pra compulsória, o mais novo tava falando de não ir mais, o mais velho tava falando em suicídio, que ele não queria mais, que ele queria acabar com a vida dele, que não tinha mais jeito e tatatá” (Messias – Tim-Leandro).

Busca por internação de familiar e de defesa criminal desse:

“Eles (CAPS) falaram, olha, o senhor tem que procurar porque o estado que ele tá agora ele precisa de uma internação...” (Salvador-Júnior).

“Ele começou a roubar, a furtar e aí num desses furtos ele foi preso, foi preso por roubar pra consumir a droga, junto com outro elemento. O outro elemento nunca achou, ninguém sabe onde que tá, mas ele acabou levando toda a culpa, porque ele simulou que estava armado. Aí ele está lá até hoje. [...] Está arrolado junto a esse processo criminal o problema dele psicológico... No respeito com esse processo tudo, agora ele tando preso, o defensor está acompanhando” (Salvador-Júnior).

Reivindicação de guarda e de pensão alimentícia para os filhos:

“Há três anos minha mãe conseguiu a guarda provisória dos meus filhos. Não deixava eu ver eles. Eu fiquei uns quatro meses vendo eles só no quintal, só quando ela não tava por perto. Meus filhos, às vezes, entravam escondidos na minha casa, só que quando ela percebia que eles estava lá, ela começava a gritar mandando eles saírem. E se eles não fizessem o que ela mandava, ela colocava eles de castigo. Nos últimos meses eu não tô nem vendo eles, ela entregou para o pai das crianças faz sete semanas. Ele não me deixa mais ver eles. O que mais incomoda é eu ficar longe dos meus filhos, ter perdido a relação que eu tinha com eles antes. Eu vim aqui pra pedir a guarda dos meus filhos. Quando eu me separei do pai dos meus filhos eu vim aqui pra ver a pensão alimentícia, a gente tinha feito o acordo só que ele não cumpriu” (Maria da Penha).

Reivindicação da guarda da irmã e de interdição da mãe:

“A gente precisa de tudo isso que tá aqui (lista de documentos solicitados pela DPESP) pra ver se a gente consegue ter a guarda da neném (Cleonice – Elisa). A gente tendo ou não interdição da mãe dele, pra rua ela não volta. Não volta” (Cleonice-Elisa).

Reivindicação de internação da filha, da guarda dos netos e de proteção e defesa:

“A primeira procura, deixa eu ver se consigo lembrar direitinho, era pra, sempre foi pra internar. Eu já procurei a Defensoria pra me defender das acusações dela, por causa que ela surtava, ela ia na delegacia da mulher, fazia “n” acusações; ia no Conselho Tutelar, porque eu tenho a guarda das crianças, um de 17 agora, outro que tá com 11. Então, assim, tudo que ela podia fazer pra tumultuar, ia na escola atrapalhar a aula, por causa do transtorno, né? Então eu vim procurar a Defensoria pra me resguardar, ela estava em situação de rua já. E quê que aconteceu nessa época? Toda a sociedade, a maioria das pessoas, principalmente dos lugares que ela frequentava aqui no centro, tinha boletim de ocorrência que ela tava causando tumulto nos estabelecimentos. E aí, quase simultaneamente eu procurando a Defensoria pra me defender, que ela não aceitava o tratamento, e a sociedade procurando, assim, incriminando-a, né? Porque ninguém sabia que ela tinha transtorno mental e ninguém quer saber” (Socorro-Linda).

Busca por defesa em processo de interdição e situações de violência doméstica:

“Ele diz que interna eu e o veio, que nós vamos morar debaixo da ponte, e essa aí ele interna ela, porque ele disse que consegue fácil internar, batia nela, até cobra ele levou dentro de casa! Ele quer a interdição, só, e quer ela, ficar com ela, pensando na pensão, ela não recebe, veio 6 meses e cortaram, que ela tem problemas, né? Eles falam que ela tem, não sei, um retardamento, né? Ele quer tirar nós da casa, ficar com a casa, internar ela” (Maria das Dores).

“Se você vê ele aqui, é uma educação com a senhora, em casa é o cão, quebra tudo,

agride, quebra, e fala que a gente que é louca, não ele” (Cristal).

Busca da Defensoria para instaurar processo de interdição de familiares:

“Ele arrumou advogado aqui (DPESP). Pediu uma audiência, levei 10 testemunhas, não precisou. Era polícia lá 24 horas, morria de vergonha, ele não, ele saía rindo, precisa de ver. Aí teve uma audiência, aí ele pôs que eu era louca, né? Aí a juíza me perguntou, você tem conta no banco? Falei, tenho. Tudo o que ela perguntava eu respondia. Aí ele, doutora, a senhora não vai internar ela? Ela falou, não. Eu não sou médica, mas pra mim, ela não é louca, ele ficou tinindo. Aí eu tive que ir lá na Barra Funda passar num médico, não sei a resposta, a dela (filha), a minha eu sei. Não deu como louca, né? A dela eu não sei a resposta ainda. Ainda não terminou esse processo. E eu pegava remédio dela no CAPS. Então, quando ela tinha umas reuniões lá que a gente ia, mas só assim, palestras, ele foi vê que ela se tratava no CAPS. Eu pegava os remédios no CAPS. E ele foi ver, tin-tin por tin-tin. Você trata no CAPS, você é louca!” (Maria das Dores).

O ENCAMINHAMENTO E O ACESSO À DPESP

Em relação às fontes de encaminhamentos dos usuários aos serviços da DPESP foram mencionados: (i) Encaminhamento pelo CAPS; (ii) Encaminhamento pelo Fórum; (iii) Encaminhamento pela Associação dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (APEOESP); (iv) Encaminhamento por intermédio da Assistente Social do Serviço de Saúde (Maternidade); (v) Encaminhamento pelo Serviço Social da Prefeitura (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e, também, (vi) a busca espontânea por conhecimento prévio dos trabalhos da DPESP.

A orientação do CAPS:

“Soube pelo CAPS, que aí indo no CAPS, fazendo as reuniões de grupo de família... aí, no internamento eles falou, oh, tem que dar entrada na Defensoria pra poder pedir o internamento porque lá trata da saúde do seu causo, né! Então, foi o CAPS que me mandou pra cá, com uma certa dificuldade que, não tanto, posso dizer assim, nem pelo CAPS, nem pela Defensoria, mas por causa dos filho ir lá fazer o acompanhamento, passar pelo médico pra trazer a carta do médico; que sem a carta do médico, a Defensoria, o promotor não libera pra internar ninguém (Messias-Tim). Eu fiquei sabendo pelo CAPS mesmo. Eles falaram olha, o senhor tem que procurar porque o estado que ele tá agora ele precisa de uma internação. [...] Ele saiu dia 20, quando foi na outra semana eu já corri aqui pra entrar com internação pra ele novamente. Eu pedi outra internação pra ele aqui e saiu, saiu a internação dele pra janeiro desse ano, parece que janeiro ou fevereiro desse ano” (Salvador-Júnior).

A orientação recebida no fórum:

“Ela (avó das crianças) ficou com a guarda provisória, ela foi lá no fórum e conseguiu. Depois de um tempo que eu fui lá no fórum que eles me mandaram vir” aqui (DPESP) (Maria da Penha).

A sugestão recebida no Sindicato dos Professores (APEOESP):

“Eu mesma vim aqui só uma vez, nem eu sei. Me indicaram? Me indicaram por causa dele que veio aqui reclamar, que o pessoal acha que eu não cuido dele. Quem me indicou foi o pessoal da APEOESP, o sindicato dos professores” (Irma-Getúlio).

O encaminhamento do Serviço Social da Maternidade:

“Eu fui na maternidade quando o povo começou a comentar que a mendinga ganhou nenê, e falavam que era um casal de gêmeos. E aí a gente foi atrás. Mesmo assim não me deram informação. Falaram que nós não tinha direito. Falei tá bão, eu vou trazer o filho dela e aí a gente vai vê se nós tem ou não direito. E aí a gente foi atrás, chegou lá a assistente social deu todas as informação, e mandou vim na Defensoria Pública, porque a criança tava num abrigo” (Cleonice-Elisa).

O encaminhamento do Serviço Social da Prefeitura:

“Elas (assistentes sociais do CREAS) vinham aqui, elas me trouxe de carro, né? Da prefeitura. Aqui nessa salinha mesmo. Porque elas tá a favor, porque elas vão em casa e sabe que nós não tá louca, que ele queria provar que nós era louca” (Maria das Dores-Cristal).

A busca espontânea:

“Eu sabia que tinha a Defensoria há bastante tempo. Eu vim aqui pra pedir a guarda dos meus filhos. Quando eu me separei do pai dos meus filhos eu vim aqui pra ver a pensão alimentícia, a gente tinha feito o acordo só que ele não cumpriu. Acho que já tinha uns quatro anos, mais ou menos, nessa situação, que eu voltei aqui e acho que, eu não lembro direito o que a gente veio conversar, mas eu voltei por causa da pensão. E mesmo assim, depois ele não continuou pagando. [...] Quem resolveu procurar a Defensoria fui eu, as duas vezes ele veio” (Maria da Penha).

“Olha, na verdade a Defensoria faz parte da minha vida desde esse primeiro surto dela. Eu queria a guarda do meu neto, mas eu não consegui. [...] Ela tentou por várias vezes me matar. Foi nessa época que a gente, simultaneamente se encontrou, e eu tava buscando eles (DPESP) e eles estavam me buscando. De lá pra cá teve muitas histórias. Com Conselho Tutelar, com a Defensoria mesmo, porque assim as crianças foram recolhidas em 2005 pro orfanato, é muita história! Vinte e seis internações, vinte e sete em dezessete anos. Teve uma que foi até a Defensoria que conseguiu” (Socorro-Linda).

PROCEDIMENTOS NA DPESP

As citações aos diferentes procedimentos adotados pela DPESP, envolvendo o CAM, que pudessem descrever a rotina de trabalho implantada, visando proporcionar o acesso da população à justiça foram agrupadas. A essas foram acrescidas as percepções dos usuários sobre as providências tomadas pelos profissionais, expectativas, reclamações e impasses relacionados aos procedimentos. Foram mencionados os diferentes profissionais que trabalham no serviço e o fluxo do trabalho na recepção, triagem e atendimento psicossocial. A ênfase recaiu sobre os atendimentos individuais (“conversas”); anotações e relatórios; visitas domiciliares e contato com vizinhos; contato com as crianças e demais familiares envolvidos em cada caso; orientações sobre documentos necessários e procedimentos para a elaboração da defesa nos casos de atuação judicial.

As referências foram organizadas em (i) protocolo de rotina do serviço; (ii) escuta e a identificação das demandas; (iii) elaboração de relatório e instrução para defesa; (iv) encaminhamento para internações; (v) reconhecimento, reclamações e impasses; (vi) expectativas dos procedimentos da DPESP.

O protocolo de rotina do serviço

Composto pela descrição da rotina do serviço e os diferentes papéis desempenhados, assim como os procedimentos adotados para cada etapa do trabalho: o trabalho de recepção e triagem, atendimento psicossocial e/ou com os estagiários, para a orientação sobre encaminhamentos ou documentação necessária para a elaboração da defesa nos casos de ação judicial.

Orientações iniciais na recepção:

“Na realidade o procedimento aqui ainda não foi nem tomado ainda. Da primeira vez que eu vim aqui ela tava internada, e a atendente lá embaixo pegou e falou assim pra mim, o filho dela já é de maior? É de maior. Ela falou, então, quando ela sair você vai vim aqui com o filho dela, vocês vão explicar o caso, e vai falar também do caso da neném. Quem entra, o promotor (defensor), e aí se o promotor achar que tem que contratar, colocar um advogado ele mesmo vai pôr. Se não, ele mesmo vai tomar a frente de tudo, até o dia da audiência” (Cleonice-Mário-Elisa).

O retorno à instituição e a orientação para comparecimento na triagem:

“Ela ficou internada do dia 3 ao dia 13, aí eu truxe ela. Aí eu vim aqui, aí a moça

falou que eu tinha que voltar depois de manhã pra pegar uma senha” (Cleonice-Mário-Elisa).

O atendimento psicossocial:

“Aí foi quando a assistente social atendeu nós. Aí ela falou que ia passar o caso pra o promotor (defensor), que ela até fez um relatório, aí que a gente falou, ela falou comigo só, conversou com ele só, e aí ela falou que eu tinha que voltar aqui na terça feira. Só que na realidade eu não conversei com um defensor” (Cleonice-Mário-Elisa).

O atendimento com o estagiário:

“Conversei com uma estagiária. A assistente social deu esperança, falou assim que ele é irmão e ela é mãe, que aí eles iam pedir alguns documentos dele. Mas quando a gente chegou aqui ontem, essa moça que atendeu a gente falou que a gente pode até entrar com o pedido de guarda, mas provavelmente a gente não ganha. E aí, ela já falou, só volta aqui com esses papel, todos esses papel que eu pedi, e ela falou que a guarda não é da noite pro dia, demora de 3 anos a 5 anos. Quê que é isso? De 3 ano a 5 ano, com quantos ano essa nenê num vai tá? Aí não vai adiantar. O juiz logicamente não vai me dá” (Cleonice-Mário-Elisa).

A escuta e a identificação das demandas

Foram identificadas referências que ilustram as relações dialógicas entre os profissionais e os usuários do serviço. É enfatizada a procura por entendimento da demanda e as dificuldades vivenciadas nesse processo.

As possibilidades e as dificuldades de diálogo:

“O psicólogo também teve grande participação. Ele fez uma elaboração de um documento aqui, que ele me fez perguntas pra mim, que tava até adormecida, mas que a gente começou a lembrar de coisas que o meu filho falava lá, coisas que acontecia, coisas que ficou, da pergunta ser tão bem colocada que a gente não esqueceu mais do que aconteceu. Na parte que diz respeito a primeira internação eu consegui. Graças a Deus eu consegui. Agora ele tando preso, o doutor está acompanhando. Só conversei com o defensor uma vez diante do estagiário. Não vou dizer que foi eficaz, porque não foi. Muito, muito vazio! Ah, eu tô vendo tal coisa... tudo bem, fique tranquilo. Mas eu queria, é bom a gente ter esse contato, sabe? Por que ele tá vendo o empenho. Será que essa pessoa não vai no computador? Isso não fica registrado quanto tempo eu tô vindo aqui? Tem que ficar, tem que ficar no sistema. Eu sou bem atendido, não vou falar que não sou. Mas eu queria ter uma conversa a respeito do parecer dele pra mim. Me chamar e falar, olha, tá assim, assim, assim; as possibilidades de acontecer isso é isso, isso, isso, já me tranquilizava mais” (Salvador-Júnior).

O discurso persecutório e a possibilidade de ser ouvido:

“Aí ele chegou aqui na Defensoria e encaminharam ele pra conversar com a psicóloga, assistente social. Daí o que elas acham? Que ele não tem respaldo, que ele não tem quem ajuda. Daí eu tô explicando pra elas que não, que ele tem sim. Porque

ele me levou um papel que era pra eu estar aqui dia 24 do 11, e eu falei pra ele que não ia vir pagar esse mico. Entendeu? De vim aqui pra falar pra ela que ele tá bem, que ele não toma remédio, que ele escuta vozes na televisão, mas que não existe essas vozes, entendeu? Que ele escuta vozes sei lá, da televisão, do vídeo, mas que não existe, que não tem motivo pra ninguém ameaçar ele, entendeu? [...] Eu vim hoje, ah, eu tive que contar toda a história, né, porque aí até pegar o fio da meada, acha que ele tá abandonado. Que nem ela (assistente social) falou, que queria conversar comigo pra encaminhar ele pro psicólogo. Já faz, entendeu? O quê que elas podem fazer também, coitadas?” (Irma-Getúlio).

Elaboração de relatório e instrução de defesa

Apresentação dos procedimentos para o levantamento de informações que possam instruir o processo e auxiliar nos encaminhamentos a serem adotados: entrevistas e as anotações das informações coletadas; visitas domiciliares; entrevistas com familiares e vizinhos; encaminhamento judicial. Em tais procedimentos, mencionaram-se contatos com estagiários e diferentes profissionais do serviço – defensor, assistente social e psicólogo.

Procedimentos para instrução em processo de defesa:

“Eu não sei se ela era estagiária, eu acho que não. Eu não lembro o nome dela. Ela falou que a minha defesa ia ser feita. Ela me encaminhou aqui num outro horário pra falar com uma outra pessoa, eu não lembro com quem foi a primeira que eu falei, porque aqui tem um monte de pessoa, né? Estagiário é um monte, então eu não lembro com quem foi que eu falei, só sei que é com quem trabalha com a defensora. [...] A assistente social conversou comigo junto com a psicóloga e foi anotando tudo o que eu ia falando pra fazer minha defesa. Ela conversou comigo e com o meu pai no outro dia” (Maria da Penha).

“Eu acho que a gente fez foram dois processos contra o INSS, dois ou três e não conseguimos, foi declarado indeferido. Tentei, mas não consegui, o processo andou e a resposta foi negativa” (Irma-Getúlio).

Visita domiciliar, entrevista com familiares e com vizinhos:

“Tive contato com psicólogo, assistente social, defensor, tanto eu vim aqui quanto eles foram em casa fazer a visita, muito simpáticos, as crianças têm eles como referência. Eles (netos) conhecem tudo, tudo, tudo o que se passa aqui também. Eu me afastava da Defensoria porque o negócio era só com o juiz, lá com o pessoal do orfanato que é da adoção e tudo mais. A Defensoria estava por trás de tudo isso porque ela não saía daqui pra pegar a guarda das crianças de volta [...]. Aí pra internar eu tive que vim pra Defensoria de novo. Graças a Deus eles já conheciam a história dela, eles foram até mim, entrevistaram as crianças, os vizinhos, né, porque tem que ter todo um estudo. Eles já conheciam toda a história dela” (Socorro-Linda).

Encaminhamento para internações

Apreciações aos procedimentos adotados nos casos em que a internação foi a alternativa encontrada diante dos comprometimentos de saúde mental dos usuários do serviço.

A intervenção da DPESP para efetivar a internação:

“Vim na Defensoria Pública, conversei com o pessoal da Defensoria pra poder uma internação pra ele, né, uma internação compulsória porque ele não aceitava... Pedi a internação. Aí, levou o quê? Uns quatro meses, por aí. Aí, graças a Deus veio, veio através do documento do fórum, veio a internação pra ele. Aí deu o que fazer essa internação. Eu não podia falar, senão ele desaparecia e cabou!” (Salvador-Júnior).

O acompanhamento contínuo do caso:

“A coisa chegou num ponto, que não era mais a saúde, em si, que ia resolver meu problema naquele momento. O Posto fazia o que podia, me dava carta de internação, mas ela não ia e ninguém vai internado na marra, só com uma ação judicial. Eles (DPESP) conseguiram a internação numa clínica de recuperação, né? Ela ficou seis meses internada, a Defensoria acompanhou todo o tempo, e depois que ela saiu da clínica ela não ficou mais sozinha de vez. Foi a partir daí que a gente conseguiu. De lá da clínica ela veio pro tratamento no CAPS ad. Aí o ad deu alta pra ela porque ela não tinha mais o problema com a droga, passou pro mental, ela não aceitou. Foi quando ela não aceitou que ela era doente mental, surtou e tivemos que internar de novo. Aí tive que vim buscar de novo a intervenção do pessoal da Defensoria pra conseguir a internação pra ela. Que não tinha condições. Ela tava correndo sérios riscos. Era CAPS ad, Defensoria, internação. Clínica, CAPS ad. CAPS ad, CAPS mental. CAPS mental, Defensoria. Defensoria, hospital psiquiátrico. Hospital Psiquiátrico, CAPS mental. Hoje já é outra situação, o CAPS já tá na frente. Se ela tiver um surto ou qualquer coisa assim, o CAPS mesmo encaminha. Mas foi a partir do trabalho da Defensoria, que já conhecia toda a história dela desde lá, praticamente do nascimento do primeiro filho, que agora as coisas estão fluindo. O quê que aconteceu? Se fez outra internação compulsória pelo psiquiatra e ela sai do psiquiatra, e ela não tem remédio se ela não for pro CAPS mental. Se ela não tiver o remédio, vai entrar em surto, vai voltar pro hospital e ela não quer” (Socorro-Linda).

Reconhecimento, Reclamações e Impasses

Ao se analisar questões relativas aos procedimentos adotados pela DPESP é possível identificar situações de reconhecimento positivo do trabalho, além de circunstâncias que geraram desconforto, reclamações e impasses, tanto entre os usuários e profissionais, como em relação às condições de atendimento.

O reconhecimento:

“Olha, todas as vezes que eu precisei, dentro do limite dela, que tem um limite, né, penso que a Defensoria foi tudo na minha vida. E se não fosse a Defensoria, pra mim, eu tava dando murro em ponta de faca até hoje. Foi a Defensoria que conseguiu, via judicial, interná-la, a internação compulsória, né, na clínica de recuperação. Foi a partir daí que passou a melhorar tudo e eles têm acompanhado de perto todos os

trâmites da situação. Aí, ela volta pra cá, vem pro CAPS ad. Fica um tempo, aí eles conseguem identificar que a questão da droga está mais sob controle. E aí que ficou claro o transtorno que ela tem. Porque ninguém conhecia ela sem a droga. Então aquilo que a gente tá presenciando hoje, é a Linda” (Socorro-Linda).

Reclamação da morosidade:

“Pra falar a verdade, poucas pessoas procuram a Defensoria porque sabe da demora. Tem pessoas, que nem eu tava falando pra ele, depois de ontem do que ela falou pra mim, eu falei Mário, eu vou conversar com meus irmão que eles banca as coisa em casa e meu salário a gente paga um adeogado” (Cleonice-Elisa).

“Porque eu vim aqui, mas eu acho que eu não consegui nada na época, estava assim oh! Só pra você ter uma ideia, é uma reclamação, eu fiquei a manhã inteira no telefone e não consegui falar. Então eu acho que eu vim aqui e tava, acho que marcaram, assim, com uma agenda muito longa e eu acabei conseguindo antes com os advogados (processo de interdição) né, que estão estudando ainda na faculdade...” (Irma-Getúlio).

“Saímos de casa cedo, fomos pro Poupatempo, do Poupatempo fomos no banco, do banco nós viemos pra cá, ficamos mais de duas hora esperando, daqui a gente foi pro INSS, chegamos em casa 6 horas da noite. Eu falei pra ela, ela não sabe quanto custa uma passage, ela não sabe quanto custa um prato de comida na rua porque a gente tem que comprar remédio, ela toma remédio de manhã, ela toma remédio meio dia, ela toma remédio de noite. A gente não pode deixar ela com fome. E não é um lanche, tem que dá comida, os remédio dela é forte, tem que dá feijão e arroz pra ela comê. Agora, eu saio de casa 5, 6 horas com ela e eu não sei que hora eu vou voltar, eu sei que hora eu vou sair, que nem ontem, a gente tomou um chá de banco aqui, daqueles!” (Cleonice-Elisa).

Impasses e dificuldades com a burocracia:

“Se ele tá falando que ele é pai, tem necessidade de trazer o documento do filho dele pra provar que ele é pai? O que ele fala não adianta? Tem que provar no papel? Pra mim, ela desacreditou. O xerox do nascimento do nenê dele é fácil, mas agora um comprovante? Lá não é que nem aqui que a gente tem comprovante de residência, água e luz, lá é candieiro! Ah mas deve ter um correio lá que recebe as correspondências pra distribuir pras casas dos fazendeiros. Não é assim que age lá, eu acho que ela anda assistindo muito filme! A gente tem que ligar lá pra providenciar um endereço, que a gente não sabemos como vai providenciar. Eu não sei como aqui o povo da cidade grande vê como é uma fazenda. Uma fazenda não é como o povo acha que eu vou mandar uma carta e vai chegar lá. Fazenda é lugar de mato, lugar de animal, sabe? Lá num é que nem aqui, não é fácil que nem ela tá achando que vai ser. Eu já fiz reclamação dela. Se for pra ser a mesma estagiária a gente não vai vim mais aqui” (Cleonice-Elisa).

Expectativas dos procedimentos da DPESP

São apresentadas as expectativas dos participantes em relação aos trabalhos que

estão em andamento na DPESP:

“A Defensoria tem que dar pra gente a interdição dela porque se não sacar esses aqui, que tá retido lá (INSS) não saca mais, se não sacar esse ano não saca mais, porque depois de 5 anos você não consegue mais. A gente precisa de tudo isso que tá aqui pra ver se a gente consegue ter a guarda da neném. Ontem a gente foi no banco, pegamos um extrato, sabemos de um valor que o irmão dela tirou de uma vez só, e o restante que tá lá saque com cartão, nem ele e nem a irmã dele admite que sacou. E tem outros valores que o INSS puxou de volta, só que esses a gente vai conseguir. Hoje a gente já foi lá, já conversamos, pediu pra gente 20 dias, só que a Defensoria aqui vai ter que dar um papel pra gente ir lá no juiz pra interditar ela, pra ele poder pegar, porque sem essa interdição... A gente vai ter que interditar ela agora” (Cleonice-Elisa).

“Eu espero que eles consigam enxergar a situação, mudar a situação e fazer justiça, porque é injusto o que tá acontecendo. Espero que eles consigam ver, e possam recuperar a minha relação com os meus filhos e que eu possa estar com eles como era antes. Eu sinto assim, que eu fiquei doente e de certa forma se aproveitaram dessa situação pra tirarem meus filhos de mim, se afastarem. E não era isso que eles tinham que fazer. Que eu vejo que ela tirou a guarda provisória de mim, que não era pra ela afastar eles de mim, era pra ela me ajudar a recuperar pra conseguir tá com eles, ao mesmo tempo ficar perto dos meus filhos pra recuperar e não ela fazer isso que ela fez. O que eu espero agora é que só me devolvam pra mim os meus filhos [...]. Eu me sinto bem, que eu posso fazer as coisas, que eu vou conseguir fazer as coisas, tô limpando a minha casa direito. Já faz um ano que eu tô bem, capaz. Eu também me apeguei com Deus, e é isso, eu tenho forças agora” (Maria da Penha).

A análise dos dados permitiu identificar os principais objetivos pelos quais os usuários recorrem à Defensoria (solicitação de benefícios; defesa em processo de internação e/ou de interdição; disputa por guarda de filhos; defesa de filho envolvido em roubo; proteção e defesa diante de violência doméstica; defesa diante de ameaças delirantes); as fontes de informações e de encaminhamento (CAPS; APEOESP; CREAS; Serviço Social de Hospital; FORUM) possibilitaram: (i) que os participantes tivessem acesso à informação dos trabalhos da Defensoria; (ii) chegassem até a Defensoria; (iii) comparecessem ao serviço de atendimento da triagem, no horário estabelecido para o atendimento; (iv) conseguissem a senha para conversar com o estagiário e/ou defensor; (v) fossem submetidos à avaliação socioeconômica; (vi) alcançassem o atendimento psicossocial; (vii) recebessem orientações e, então, cada caso pudesse receber o encaminhamento de acordo com a identificação das demandas.

Dentre os procedimentos realizados por profissionais do CAM, destacam-se: (i) entrevistas para aprofundamento sobre as demandas; (ii) orientações jurídicas; (iii) visitas domiciliares e contato com familiares e vizinhos; (iv) elaboração de relatórios para instrução de defesa; (v) contato com serviços da rede, encaminhamentos para internação e

acompanhamento contínuo de tratamentos. O reconhecimento sobre a qualidade do serviço prestado, reclamações sobre a morosidade, as dificuldades burocráticas e de entendimento; e expectativas da atuação da Defensoria, também se fizeram presentes. Tais elementos possibilitam identificar alternativas e barreiras encontradas pelos usuários do serviço na busca pela efetivação do acesso à justiça na Defensoria, e que serão retomadas no capítulo 8.

O perfil e a voz dos profissionais da Defensoria Pública de São Paulo...

8 CAPÍTULO 6

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA DPESP

Foram entrevistados quarenta e sete profissionais, sendo quarenta e seis vinculados à DPESP e um representante de movimento social que atua junto à DPESP desde o período de luta por sua implantação em São Paulo. A presente análise incluiu a participação dos profissionais tanto da etapa de entrevistas exploratórias com representantes da Defensoria (RDP) e de Movimento Social (RMS), quanto das etapas das entrevistas com profissionais atuantes no CAM de todo o estado (presenciais e não presenciais).

Os resultados foram organizados na seguinte sequência: (i) inicialmente, as tabelas com os dados sociodemográficos dos participantes (gênero; região administrativa; área de atuação e região administrativa; estado civil e cargo; idade e cargo; escolaridade por área de atuação; tempo de serviço); (ii) Total de convidados e de participantes que atuam no CAM e área de atuação; informações sobre o perfil dos profissionais do CAM de todo o território do estado; (iii) análise temática visando responder as questões sobre a caracterização da demanda de saúde mental e o processo de acesso à justiça descrito pelos participantes atuantes no CAM; e (iv) análise temática visando responder as questões sobre a caracterização da demanda de saúde mental e o processo de acesso à justiça descrito pelos representantes da Defensoria (RDP) e de movimento social (RMS).

Todos os participantes que atuam no CAM foram identificados por siglas (e números), a saber: Defensor Público (DP); Agente de Defensoria Psicólogo (ADP); Agente de Defensoria Assistente Social (ADAS). Aqueles que atuam em áreas estratégicas (considerados os objetivos do estudo e não necessariamente cargos por designação), e que participaram da etapa de entrevistas exploratórias, foram identificados como Representantes da Defensoria Pública (RDP) e o Representante de Movimento Social (RMS) ³⁵.

8.1. Dados Sociodemográficos dos Profissionais

A observação das tabelas a seguir permitiu identificar, dentre outros aspectos, que: (i) o grupo é composto por um número maior de pessoas do sexo feminino que do sexo masculino; (ii) o maior número de participantes é proveniente do interior; (iii) houve participação expressiva de profissionais de diferentes cargos (defensores, psicólogos e

³⁵ Para a apresentação de informações inseridas nas tabelas, nos casos em que o profissional que participou da entrevista exploratória enquadrava-se nos cargos de Defensor Público ou de Agente de Defensoria, esse enquadramento foi mantido, reservando-se a especificação de RDP para a análise temática.

assistentes sociais); (iv) o estado civil dos participantes predominante foi o de casados; (v) do Total de quarenta e sete participantes, quarenta e um possuem idade de 27 a 37 anos; (vi) em relação ao nível de escolaridade, do Total de quarenta e sete participantes, seis afirmaram possuir a graduação, e os demais contam com, no mínimo, uma especialização incompleta (ou em andamento); trinta e duas especializações completas foram relatadas (casos de mais de uma por participante ou de especialização e mestrado); seis apresentam mestrado incompleto (ou em andamento); doze possuem mestrado completo, e dois estão com doutorado em andamento; (vii) em relação ao tempo de serviço anterior à DPESP, dez do Total de quarenta e sete participantes mencionaram ter experiência igual ou superior a de sete anos; (viii) em relação ao tempo de serviço na DPESP, trinta e dois participantes afirmaram ter quatro anos; treze possuem mais de 5 anos, e dois participantes menos de quatro anos de experiência; (ix) quanto ao tempo de atuação no CAM, cinco participantes declararam não possuir experiência; trinta e dois dispõem de experiência 4 anos; dez participantes têm experiência inferior a 4 anos; e (x) do Total de profissionais convidados a participarem do estudo por possuírem experiência com o CAM, em relação às diferentes áreas de atuação, identificou-se um retorno de: 92% dos Agentes de Defensoria Assistentes Sociais; 68% dos Agentes de Defensoria Psicólogo e 54% dos Defensores Públicos.

Tabela 6 - Distribuição de participantes em relação ao gênero

Feminino	29
Masculino	18
Total	47

Tabela 7 - Distribuição de participantes em relação às regiões do estado as quais pertencem

Capital	20
Região Metropolitana	05
Interior	22
Total	47

Tabela 8 - Distribuição de participantes em relação à área de atuação (ou representação) e à região do estado às quais pertencem

Área de atuação por região	Capital	Região Metropolitana	Interior	Total
Defensor Público	04	02	09	15
Psicólogo	07	01	09	17
Assistente Social	06	02	04	12
Representantes da Ouvidoria	02	-	-	02
Representante de movimento social	01	-	-	01
Total	20	05	22	47

Tabela 9 - Distribuição de participantes em relação ao estado civil e ao cargo (ou representação)

	Defensor Público	Psicólogo	Assistente Social	Representante Ouvidoria	Representante Movimento Social	Total
Solteiro	5	7	6	-	-	18
Casado	7	8	5	01	01	22
União Estável	1	1	1	-	-	3
Divorciado	1	1	-	-	-	2
Não consta	1	-	-	1	-	2
Total	15	17	12	02	01	47

Tabela 10 - Distribuição por idade do participante e cargo (ou representação)

Idade/cargo	Defensor	Psicólogo	Assistente social	Representante Ouvidoria	Representante Movimento social	Total
27	1	-	1	-	-	2
28	1	-	-	-	-	1
29	1	2	-	-	-	3
30	-	2	4	-	-	6
31	1	1	4	-	-	6
32	1	7	1	-	-	9
33	3	1	1	1	-	6
34	1	-	-	1	-	2
35	2	1	-	-	-	3
36	-	1	-	-	-	1
37	1	-	1	-	-	2
38	1	-	-	-	-	1
43	-	1	-	-	-	1
46	-	1	-	-	-	1
69	-	-	-	-	1	1
Não consta	2	-	-	-	-	2
Total	15	17	12	2	1	47

Tabela 11 - Distribuição por escolaridade e por área de atuação

	Defensor público	Psicólogo	Assistente social	Representante da ouvidoria	Representante de movimento social
Graduação	03	01	-	01	01
Especialização incompleta/em andamento	01	02	02	-	-
Especialização	10	12	10	--	-
Mestrado incompleto / em andamento	01	02	03	-	-
Mestrado	03	06	02	01	-
Doutorado incompleto / em andamento	-	01	-	01	-
Doutorado	-	-	-	-	-

Tabela 12 - Distribuição por tempo de serviço

	Anterior a DPESP	Atuação na DPESP	Atuação no/ com o CAM³⁶
1	5 anos e 4 meses	4 anos e 4 meses	6 meses
2	7 anos	4anos e 4 meses	4 anos e 4 meses
3	2 anos e 3 meses	4 anos e 4 meses	4 anos e 4 meses
4	3 anos e 6 meses	7 anos	3 anos
5	5 anos	5 anos	3 anos
6	n/c tempo/consta lugares	4 anos e 4 meses	4 anos e 4 meses
7	4 anos	4 anos	4 anos
8	4 anos e 4 meses	4 anos e 4 meses	4 anos e 4 meses
9	1 ano	4anos	4 anos
10	15 anos	4 anos e 5 meses	4 anos e 5 meses
11	5 anos	4 anos	4 anos
12	4 anos	4 anos	4 anos
13	4 anos	4 anos	4 anos
14	4 anos e 3 meses	4 anos e 3 meses	4 anos e 3 meses

continua...

³⁶ Considerada a experiência de profissionais que atuam no CAM e na Assessoria Técnica Psicossocial, que gerencia o CAM.

continuação...

	Anterior a DPESP	Atuação na DPESP	Atuação no/ com o CAM ³⁷
15	2 anos e 6 meses	4 anos e 5 meses	4 anos e 5 meses
16	25 anos	4 anos	4 anos
17	3 anos	4 anos e 5 meses	4 anos e 5 meses
18	7 anos	4 anos e 8 meses	4 anos e 8 meses
19	6 anos	4 anos e meio	4 anos e meio
20	4 anos	4 anos e meio	4 anos e meio
21	3 meses	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses
22	n/c	5 anos	4 meses
23	8 anos	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses
24	4 anos e 9 meses	7 anos	4 anos
25	4 anos	4 anos	4 anos
26	4 anos	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses
27	n/c	7 anos e 6 meses	2 meses
28	Menos de 1 ano	7 anos	2 anos
29	13 anos	2 anos	3 meses
30	3 anos	4 anos	4 anos
31	4 anos	4 anos e 5m	4 anos e 5 meses
32	6 anos e 6 meses	3 anos e 9 meses	7 meses
33	8 anos	7 anos	4 anos
34	7 anos	4 anos	4 anos
35	3 anos	10 anos	3 anos e 6 meses
36	5 anos	7 anos	4 anos
37	Não tem	4 anos	3 meses
38	Não tem	4 anos	4 anos
39	13 anos	8 anos	Não consta
40	7 anos	7 anos	Não tem
41	Possui experiência / não consta tempo	4 anos	Não tem
42	Possui experiência / não consta tempo	4 anos	Não tem
43	Não tem	7 anos	4 anos
44	Não tem	4 anos	4 anos
45	Possui experiência / não consta tempo	10 anos	Não tem
46	3 anos	4 anos	4 anos
47	Não consta	4 anos	4 anos

conclusão

³⁷ Considerada a experiência de profissionais que atuam no CAM e na Assessoria Técnica Psicossocial, que gerencia o CAM.

8.2 A análise do perfil do profissional atuante no CAM

Na sequência foram sistematizados os dados dos profissionais com atuação no CAM. Do Total de sessenta e dois profissionais convidados, quarenta e dois participaram, num Total de doze nas entrevistas presenciais e trinta e oito nas entrevistas não presenciais³⁸.

Tabela 13 - Total de convidados e de participantes com experiência nos serviços do CAM discriminados por área de atuação

	Convidados	Participantes	%
Defensor Público (coordenador)	24	13	54%
Psicólogo	25	17	68%
Assistente Social	13	12	92%
Total	62	42	67%

Em relação à participação dos profissionais atuantes no CAM em diferentes regionais do estado de São Paulo ressalta-se que foram convidados para participar das entrevistas não presenciais os sessenta e dois profissionais das vinte e quatro regionais distribuídas em todo o território do estado, as quais estão organizadas em três regiões — Região Metropolitana, Capital e Interior — (Tabela 13), e que estavam no exercício de suas funções durante o período destinado para a coleta de dados (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição e localização de regionais da Defensoria Pública no território do estado de São Paulo

Região	Regionais	TOTAL
Região Metropolitana	Osasco; Guarulhos; Mogi das Cruzes; Grande ABCD.	04
Capital	Norte Oeste; Central; Leste; Sul; Criminal; Infância e Juventude.	06
Interior	Araçatuba; Bauru; Campinas; Jundiaí; Marília; Presidente Prudente; Ribeirão Preto; Santos; São Carlos; São José do Rio Preto; São José dos Campos; Sorocaba; Taubaté; Vale do Ribeira.	14
Total		24

³⁸ Conforme apresentação de participantes por etapas constante no item 5.4.1 Participantes.

A distribuição dos profissionais convidados em relação aos diferentes cargos que ocupam nas três regiões da Defensoria (Região Metropolitana, Capital e Interior) pode ser observada a seguir, na tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição de profissionais convidados a participarem da etapa de entrevistas não presenciais do estudo por regional e por cargo que ocupam

Região	Defensor Público	Agente de Defensoria Psicólogo	Agente de Defensoria Assistente Social	Total
Região Metropolitana	04	02	02	08
Capital	06	09	07	22
Interior	14	13	05	32
Total	24	24	14	62

Do Total das vinte e quatro regionais, vinte e uma tiveram participantes nessa etapa do estudo, com um Total de trinta e oito profissionais que estão agrupados pelas três regiões (Região Metropolitana, Capital e Interior), a saber:

Tabela 16 - Distribuição de profissionais por região da Defensoria a qual pertencem e por cargo que ocupam, e que participaram das entrevistas não presenciais do estudo

Região	Defensor Público	Agente de Defensoria Psicólogo	Agente de Defensoria Assistente Social	Total
Região Metropolitana	02	01	02	05
Capital	02	05	06	13
Interior	08	08	04	20
Total	12	14	12	38

A participação dos profissionais foi considerada bastante expressiva por diferentes aspectos. Isso porque, a abrangência das regionais representadas por seus profissionais proporciona a análise de possíveis diferenças e semelhanças na atuação do CAM no território do estado, assim como possibilita reflexões sobre características da demanda atendida em diferentes regiões. Esses dois parâmetros contribuem para a busca por entendimento das possibilidades de acesso à justiça para a demanda de saúde mental no estado de São Paulo.

O primeiro dado que chama a atenção, logo após a constatação da participação expressiva de profissionais da maioria das regionais (vinte e uma regionais, de um Total de vinte e quatro), relaciona-se à participação dos Agentes de Defensoria Assistentes Sociais, tendo em vista que de quatorze profissionais convidados, o retorno foi de doze participantes.

Indispensável registrar que a participação dos defensores públicos da Capital e da Região Metropolitana foi de dois profissionais para cada região. A Região Metropolitana possui quatro defensores coordenando o CAM, e a Capital seis. No interior, de quatorze defensores públicos convidados, oito participaram.

Em relação aos Agentes de Defensoria Psicólogos, em termos absolutos em todo o estado, foi o cargo com maior número de participantes. No Interior, região que contou com maior participação, esse número foi equiparado ao dos defensores públicos, com participação de oito profissionais. Relembrando que, proporcionalmente, nenhum desses resultados (bastante expressivos) superou a participação dos assistentes sociais nas três regiões.

Tendo em vista que o número de profissionais do interior em exercício é superior aos das demais regiões, identificou-se que, proporcionalmente, a participação dos profissionais da Região Metropolitana e do Interior foi a mesma, e essa foi um pouco superior à da Capital.

Entende-se que foi abrangente o retorno obtido em termos de participação dos profissionais no decorrer das três etapas, proporcionando informações sobre o perfil desses profissionais para subsidiar a contextualização do estudo, e material relevante para a realização da análise temática inserida a seguir.

A VOZ DOS PROFISSIONAIS DO CAM

8.3 Resultados das Entrevistas Presenciais

8.3.1 Características das pessoas atendidas pela DPESP com demanda de Saúde Mental

A busca pelo conhecimento sobre quem são as pessoas atendidas pela DPESP, que pudesse contribuir para a compreensão das possibilidades de acesso à justiça em saúde mental, caracterizou-se como um exercício de grande complexidade. Complexidade essa decorrente da possibilidade de que fossem incluídas nessa demanda as diferentes formas de sofrimento humano vivenciadas por uma população submetida a amplo leque de violências e de violações de direitos. Nesse capítulo, a voz será dada àqueles que se colocam diariamente na linha de frente da instituição para receber, ou ir ao encontro de pessoas que carregam em sua história de vida as marcas de uma sociedade extremamente desigual, sociedade essa que produz invisibilidade e silêncio, ausências e “não existências”.

A aproximação dos atores-profissionais da instituição se caracterizou como um exercício constante de busca de entendimento sobre qual era a perspectiva desse profissional, sobre as pessoas com as quais convive em sua rotina de trabalho, e que poderiam pautar a análise da saúde mental na instituição. Foram consideradas como demandas de saúde mental as pessoas portadoras de transtornos mentais e consideradas, também, aquelas pessoas em sofrimento que não necessariamente apresentavam tais transtornos, mas traziam histórias de vida de violência e de intensos conflitos emocionais. Inicialmente, são apresentados os resultados que foram considerados relevantes para responder a questão sobre quem são as pessoas atendidas pela DPESP que possuem demandas de saúde mental, e quais são os direitos que lhes são negados. Posteriormente, a análise das estratégias de trabalho que emergiram a partir da implantação do serviço para possibilitar a reflexão sobre o acesso à justiça, espaços e (im) possibilidades a fim de que seja dada visibilidade às ausências e aos sofrimentos constantemente silenciados. Finalizando, um exemplo de atuação que está sendo construído pela Defensoria para possibilitar a reflexão sobre alternativas de atendimentos para essa demanda.

A pessoa em atendimento na DPESP teve previamente que comprovar a sua situação socioeconômica, evidenciando a necessidade de defesa de seus direitos pelo Estado, por carência de recursos. “Superou”, então, a primeira barreira para chegar ao profissional que irá identificar suas demandas jurídicas. São esses os profissionais - Defensores Públicos e Agentes da Defensoria (Psicólogos e Assistentes sociais) - que terão a palavra a seguir.

As respostas sobre a caracterização da demanda em saúde mental foram organizadas a partir da reflexão sobre os aspectos do sofrimento mental mais destacado, e sobre a ênfase individual ou coletiva da demanda. São abordados, também, os direitos considerados pelos participantes como sendo negados a esses usuários do serviço e àqueles reivindicados nos atendimentos.

DEMANDAS INDIVIDUAIS

Em relação às referências individuais, foram recorrentes as alusões à busca de atendimento por familiares de usuários de álcool e outras drogas (com ênfase em crack); aos conflitos familiares e sofrimentos desencadeados por divórcio, disputa por guarda de filhos, violência doméstica; e às pessoas com discursos delirantes persecutórios em busca de defesa diante de conflitos com familiares e com a comunidade, ameaças vivenciadas em seus delírios e/ou diante de violações de seus direitos. Também se fizeram presentes referências aos temas de busca por internação e/ou interdição; conflitos envolvendo disputa de bens, situações envolvendo cuidados de idosos, e de pais diagnosticados como portadores de transtornos mentais que requerem a restituição da guarda de seus filhos.

A ênfase nas demandas de violência doméstica e de conflitos familiares:

“Aqui chega de tudo, de tudo mesmo. Por exemplo, saúde mental: dependência, uso e abuso de drogas psicoativas; questão da violência contra a mulher; acolhimento de crianças, questão da área da infância; a questão do atendimento à família; a questão das conciliações [...]; casos que envolvem idosos, a questão do cuidado com o idoso da família, pra tentar fazer o acordo; quando envolve criança, a guarda” (ADAS 01).

“Principalmente nessa área de Família. Nessa que a gente nota sofrimento, muitas vezes, boa parte chega como violência, de violência doméstica, aí a pessoa chega ou por conhecimento da Defensoria mesmo ou muitas vezes por encaminhamento de algum órgão da rede, principalmente pelo Centro de Referência da Mulher. Às vezes chega uma pessoa muito fragilizada por conta de histórico de violência familiar. Violência doméstica sempre vem com a demanda de medida protetiva. Acho que até

pela mídia. Ah! A mulher tem direito, então eu vou vir aqui porque eu quero uma medida protetiva, eu quero afastar. E família vem atrás de pensão, divórcio. A procura inicial é sempre essa, sempre essa, relacionada a esses pontos específicos jurídicos” (DP 01).

Conflitos relacionados a bens de família, internação e interdição:

“Eu não sei o que ele é, acho que ele tem transtorno, acho que ele é bipolar, mas ele tem uma questão jurídica. Foi levantado, ele trouxe, acho que é uma questão de bens da família. Ele trouxe, o pessoal pesquisou e constatou que tem mesmo, então ele é atendido. Os defensores atendem ele e já estão acostumados” (ADAS 01).

“Já na Família, a principal entrada era a família sim. Principalmente na interdição. Então, ia lá eu preciso interditar meu pai, meu tio, meu parente porque ele é portador de transtorno, tô com o laudo médico aqui que ele é esquizofrênico e etc. E de vez em quando, como eu te falei, vinha uma pessoa que tinha dificuldade de comunicação, às vezes a pessoa tinha uma narrativa confusa, aparentemente delirante” (DP 01).

“Às vezes, as pessoas têm resistência pra internar, eu já internei um caso de esquizofrenia aqui, entrei com a ação e o hospital não queria receber, entrei com a ação e o juiz não deu aqui, eu recorri, ganhei e a pessoa está internada. Ela tinha surtos psicóticos, não sei se é assim que fala, ela tinha crises, ela era esquizofrênica séria, e a família não tinha condições de cuidar dela. Como é que a gente vai fazer com essas famílias? A gente não vai protegê-las também? [...] Já vi mãe aqui que é tanto drama que torce até pro pior. Porque não aguenta mais! Não aguenta mais! Hoje eu atendi uma mulher aqui que o filho dela está usando dez, doze pedras de crack por dia. Ela falou assim, eu tô rezando pra ele ser preso; se ele for preso vai ser um alívio pra mim; tomara que ele morra na cadeia. Ela usou esses termos. Pra uma mãe chegar nisso!!” (DP 03).

Pais em busca da restituição do poder familiar:

“Na área da Infância o familiar com o diagnóstico de transtorno também vinha, mas, mas por que, por algum motivo a prole dele tinha sido acolhida numa instituição sob a justificativa de que aquela família, aquela mãe e aquele pai não estavam dando os cuidados necessários, para o Conselho Tutelar. Então, tinha o acolhimento institucional, aí, com a notificação de algum órgão, ou até se a pessoa comparecesse na Defensoria e ah, eu vim... eu quero a guarda do meu filho de novo, quero ter acesso, quero ter a companhia dele. Aí vai ser investigado no processo da infância, você via que a pessoa tinha, os pais tinham algum transtorno” (DP 01).

As ideias persecutórias e a busca por defesa:

“Muitos se queixavam de problemas com a família, ou que se desentendiam com alguém da família ou tinham uma ideia persecutória em relação a alguém da família ou alguma ideia persecutória em relação a algum órgão da cidade, alguma coisa de, Ah! Fizeram isso comigo; estão me espionando. Bastantes ideias persecutórias, de fixação em cima de alguma coisa. Questões familiares, eu acho que em quantidade ganhava. É assim, meu irmão tá fazendo isso, minha mãe tá fazendo aquilo, desconfiando de alguma coisa” (ADP 01).

“Eu ganhei a Mega-Sena e não querem me dar, eu quero que você entre com uma ação contra o governo porque eles não querem me dar a Mega-Sena. Ou pessoas que, por exemplo, olha, eu fui raptado e me implantaram um chip na cabeça, e aí eu quero

que vocês processem essas pessoas, eu sei quem é... E aí tem as coisas mais idiossincráticas, né? Por exemplo, mas como é que o senhor sabe que te implantaram esse chip? Ah, porque eu penso e a televisão muda de canal ou eu sei que a pessoa do programa de televisão tá falando comigo, tem câmeras na minha casa... Essa também é uma coisa bastante comum... tem câmeras e estão violando a minha intimidade e eu preciso de uma compensação em dinheiro. Então tem muita gente que vem atrás de um processo de indenização porque tem câmeras na casa dele. Então, são mil histórias diferentes, mas de um núcleo pulsante que tem essa coisa da persecutoriedade e de uma fantasia em torno da figura da lei” (ADP 02).

Embora referências aos atendimentos individuais estejam mais presentes nos discursos dos participantes, caracterizando sua predominância na rotina de trabalho, foram também mencionadas demandas coletivas, em que se nota constante entrelaçamento das dificuldades sociais e do sofrimento mental das pessoas usuárias dos serviços da DPESP.

DEMANDAS COLETIVAS

Para a presente análise serão consideradas as menções que foram feitas pelos participantes nas quais a consideração de necessidades identificadas para determinados grupos de usuários do serviço estavam evidentes, caracterizando iniciativas da instituição para a reflexão e a inclusão das demandas coletivas em suas estratégias de atuação, que podem (ou não) ter gerado Ações Cíveis Públicas (ACPs).

Em pauta questões relativas: à falta de transporte para pessoas com deficiência e à violência da guarda municipal dirigida às pessoas em situação de rua (incluindo usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais). E, ainda, reivindicações por serviços de saúde; por medicamentos; e demanda relativa às condições e violações de direitos das instituições para tratamento em saúde mental.

As dificuldades de deficientes para o transporte:

“Aqui no município não tem passe pra portador de deficiência, tem trinta ações, trinta ofícios separados, nós vamos intervir contra a prefeitura. Que pese que tenha uma lei municipal que regulamenta uma lei federal, a prefeitura não dá passe pra portador de deficiência! O Hospital me oficiou, eu mandei um ofício um tempo atrás no nome dos trinta portadores de deficiência do hospital [...] e que não podem se locomover, muitos fazem tratamento fora, muitos têm atividades e a prefeitura não dá o passe. A gente tá estudando se vai ser uma ação coletiva ou individual. Eu vou conversar primeiro com eles, pra que eles resolvam isso; alguma coisa se consegue, pra evitar uma ação eles resolvem, eu vou ver se essa vai ser uma situação. A lei municipal prevê, é uma coisa óbvia, se até transporte interestadual eles conseguem um passe

que seria mais caro, entendeu? Tem uma regulamentação e aqui não cumpre isso, tamanho o que o município é violador de direitos” (DP 03).

Moradores de rua: omissões do poder público e violência da guarda municipal:

“A gente foi procurado, há pouco tempo atrás, pelo Fórum de Atendimento à População de Rua, principalmente relacionado a algumas omissões do poder público e violência da guarda municipal em relação a eles. A gente chegou a fazer esse atendimento, organizou um atendimento no centro da cidade pra atender eles e a gente nota que, pelos relatos da Secretaria de Assistência Social, muitos deles têm histórico de transtorno mental. Dos moradores de rua, parte, boa parte são usuários de drogas e boa parte com outros transtornos. E a demanda que tá sendo pedida por eles é de coibir violência e obstáculo que eles têm da liberdade de ir e vir ali. Teve relatos deles que eles não podiam circular na área, que chegava o guarda municipal e falava oh! Você vai ficar, mas ficar circulando, não vai parar e sentar. Começou assim. Então a demanda é pra coibir isso, mas indiretamente a gente sabe que parte deles é portador” (DP 01).

“Esse ano, acho que por conta da Copa, teve uma atuação mais incisiva naquilo que já existia que a gente percebia [...]. Tem uma pessoa com consultório na rua que ligou, falou que queria conversar com a gente e trazer essa dificuldade [...] Oh! Eles estão apanhando, eles estão sofrendo porque não estão tendo os direitos básicos ali e tá acontecendo uma coisa muito paradoxal. Inclusive, a gente acabou escutando do próprio morador uma coisa curiosa. A prefeitura, a partir da assistente social dá alguma coisa pra eles, daí o outro falou assim: a prefeitura vem e me dá o cobertor pra eu dormir na rua, que tá chegando a época de frio e aí vem a guarda municipal e me tira ele, literalmente. Então assim, a gente está com sérios problemas. Então, vamos fazer o atendimento e colher declarações deles, desse sofrimento que eles estão de violência e, eventualmente, outros que eles têm. Aí aparece tudo, né? O sujeito que não tem contato com a família faz tempo, que tá em débito com a justiça. Ali se percebe que tem transtorno mental que precisa de um atendimento de saúde e etc., mas o ponto principal foi esse, de colher todas essas fontes. Foi um atendimento durante uma manhã e uma tarde recolhendo essas declarações deles e agora estamos pensando coletivamente em atuar em relação à violência [...]. E teve uma colega nossa, que voluntariamente atendia em horários diferentes alguns representantes da assistência social aqui e acabava cuidando de outros casos, principalmente relacionados à criminal” (DP 01).

Demanda de serviços de saúde e de medicamentos:

“Demanda coletiva, a questão do DRS, que a gente teve um problema do DRS que envolvia tudo. Eles tinham um Posto de Atendimento. Eles queriam deslocar o Posto pra... (município vizinho) e as pessoas que tivessem, seja de saúde mental, seja de medicamento, essas coisas, qualquer intervenção nesse sentido teria que ir pra lá. Ah! Aí nós oficiamos um procedimento, brigamos, falamos um monte de coisa e aí ficou esse Posto, hoje funciona, conseguimos manter aqui pras pessoas. Porque ia ser uma forma de restringir o acesso das pessoas, o objetivo era esse. Porque com o fundamento na municipalização do sistema de saúde, a lei do SUS prevê isso! Eles queriam, também, nem ter nada pra receber requerimento aqui! Então era uma forma de prejudicar a população inteira do município! Que eu me lembre, assim, de forma coletiva, foi essa” (DP 03).

“Eu ia falar dos medicamentos, mas não foi, medicamento de alto custo aqui em São Paulo, mas acho que não foi uma ACP, foi um Termo de Convênio como esse que a gente vai fazer, com a Secretaria de Saúde Municipal [...]. Do medicamento foi uma parceria pra que a população conseguisse medicamento de alto custo sem entrar com processo contra a Secretaria da Saúde. Acho que era estadual, na verdade, não era nem municipal. Existe uma previsão até de alto custo sem a necessidade de uma parceria. Mas acho que a ideia era assim olha Defensoria, não judicializa, indiquem para essa porta de entrada que a gente tem e aí, se não tivesse aquele medicamento listado na portaria, aí sim a Defensoria entraria com a ação. Até porque já é mais ágil para o usuário, já tem lá, mas acho que não era uma Ação Civil Pública” (ADAS 02).

CONDIÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

As violações de direitos em Comunidades Terapêuticas:

“A gente recebe denúncias tanto de pessoas que já foram internadas quanto de familiares de pessoas internadas, de conselhos de direito, vigilância sanitária, de qualquer órgão, e muitas vezes a gente vai até essas comunidades e faz uma espécie de fiscalização [...]. Porque a gente identificou que essas comunidades terapêuticas hoje representam um obstáculo grande mesmo ao fim dos manicômios, à superação dessa lógica manicomial. Ainda que nos CAPS você tenha uma vez ou outra dificuldade e posturas que não são tão humanizadas, de uma maneira geral, a rede CAPS tem essa vocação. Que ela já está mais descentralizada, os profissionais são contratados sob essa perspectiva mais crítica da luta antimanicomial. As comunidades terapêuticas são, em sua gigantesca maioria, instituições privadas, que, portanto, muitas vezes acham que não precisam seguir as diretrizes da Lei, e a gente tem relatos escabrosos do que acontece nessas comunidades, inclusive de pacientes que relatam que eu acordei na minha casa com três caras em cima de mim, eles entraram pela janela, me pegaram, colocaram numa ambulância e eu tô aqui. Eu quero ir embora, eu tô aqui há três meses não sei por quê. São internações, não é nem internação compulsória, é sequestro! Sei lá, é outro nome! Muitas vezes sem uma avaliação médica, o sujeito chega nessas comunidades, e lá é que vão fazer o laudo médico dizendo que ele deveria ter sido internado. Então, algo completamente ilegal é que a gente encontra [...]. É um exemplo de atuação coletiva. A gente denuncia para o Ministério Público, a gente tenta alguma adequação mínima pra que sejam mais bem tratadas as pessoas desses locais. Mas tem uma dificuldade muito grande, muito grande porque são instituições privadas, né? Então é uma dificuldade adicional” (ADP 02).

Poder público e o descumprimento da desinstitucionalização:

“Recentemente teve uma experiência interessante de uma colega que começou a se aproximar de um grupo de movimento social pra acompanhar pessoas com transtorno mental, lá ainda é um polo de instituições totais, no sentido de que as pessoas lá internadas ainda não foram desinstitucionalizadas. E teve um movimento lá, da Defensoria junto com o Ministério Público e esse movimento social [...] pra que obrigasse o município a cumprir o que estava previsto na reforma. Criação de leitos, por exemplo, de leitos não, de vagas em residência terapêutica, que as pessoas historicamente perderam seus laços, né? Enfim, e que essas pessoas saíssem. Já teve

avanço. Era mais de uma clínica que tinha essas pessoas lá, morando, residentes. Essas pessoas em nenhum momento iam conseguir chegar à Defensoria; a pessoa que está lá institucionalizada há anos perde referência de várias coisas da sociedade, do dia a dia, enfim, não ia chegar à Defensoria pra falar, olha, eu quero sair daqui. Então dependeu da articulação com esses movimentos sociais, com o serviço da saúde mental e com a Defensoria pra viabilizar isso. A gente tanto recebe como a gente pode, também, buscar” (ADP 04).

A insuficiência do CAPS

“De demanda coletiva, eu não tive acesso nessa área. O que a gente tá tendo agora são duas, que talvez se transformem em demanda coletiva. Em relação a transtorno mental é um, mas isso não foi uma liderança que veio até a gente, um colega foi identificando falhas e tá percebendo que é um caso de demanda coletiva, que é a necessidade de criação de CAPS em um município da regional. Parece que lá tem um CAPS só e que não faz o atendimento que deveria. Então ele vai identificando a partir das demandas individuais dele, que existe uma demanda coletiva. Ele chegou a fazer um relatório bem circunstanciado sobre a questão da deficiência do atendimento da saúde mental de lá, pra ajudar ele a instruir e obrigar o município, ou quem for que seja a ampliar a rede, e tem que ser de acordo com as regras do SUS, inclusive, por número de habitantes. Mas não tem ainda essa demanda judicializada, mas tem potencial a demanda” (DP 01).

Violações de direitos em instituição asilar

Embora, na situação a seguir, a relevância tenha sido dada a um caso específico, entende-se que contribui para a reflexão de uma política de trabalho que atende a uma coletividade, motivo pelo qual foi realizada a inserção desse exemplo na análise de demandas coletivas de saúde mental.

“A psicóloga de um CAPS ligou porque ela tinha reparado num paciente, que ele ia todos os dias, estava bem organizado, era paciente de anos, deixou de ir. De um dia pro outro deixou de ir, e ela quando tentou entrar em contato com a família, a irmã, que era a única parente viva dele e que morava junto, falou que tinha colocado ele numa instituição pra idosos. Ele tinha quarenta e cinco, quarenta e sete anos! Não tinha um perfil pra tá numa instituição, estava contra a vontade dele. Enfim, aí essa profissional, preocupada com a situação, acabou indo visitá-lo nesse, era como se fosse um asilo, era um formato de uma instituição asilar mesmo; e ela foi visitá-lo porque era ali no bairro mesmo, e viu que ele estava muito triste, que ele não queria estar lá, que ele estava contra a vontade dele, mas foi essa irmã que tinha procurado. E ela ficou um pouco sem saber o que fazer, nossa, como é que eu vou fazer com essa situação? Vendo ali que estava infringindo qualquer lei, vários direitos dele, que estava lá contra a vontade dele porque tinha transtorno mental, e ele estava começando até a ficar desorganizado no sentido psíquico por conta de toda aquela imposição. Tinha deixado o tratamento no CAPS que ele tinha vinculado, só continuou tomando o medicamento, tava meio dopado e, enfim, sendo violentado de alguns direitos dele. Então era esse caso que ela nos trouxe e falou, e aí, o que é que vocês acham? Tem alguma coisa que a gente pode fazer? E aí a gente junto com ela começou a acompanhar o caso, junto com um defensor, também, porque tinha uma irmã que falava que estava com processo pra interditá-lo. Então, por isso que a gente

até conversou com o defensor junto, já consultou e tinha mesmo um processo de interdição e de internação contra a vontade dele; dois processos judiciais que ele não estava sabendo e que muito menos ia conseguir se defender. E a gente fez toda uma articulação pra chamar essa irmã pra conversar com ela; aí a gente foi na clínica conversar com os funcionários e a gente percebeu que os profissionais não tinham noção, eles tinham meio que aceitado a informação de que ele era interditado e que ele tinha que ficar contra a vontade dele; estava completamente irregular” (ADP 04).

Apresentadas as diferentes referências de demandas mencionadas pelos participantes com temáticas a serem pensadas e trabalhadas coletivamente, assim como as diferentes maneiras pelas quais foram identificadas, quais sejam por solicitações individuais com temáticas recorrentes, por lideranças de movimentos sociais ou por profissionais da saúde, por decisões políticas cujas consequências atingiriam grupos de pessoas ou todo o município, identifica-se que a instituição inclui em sua agenda além do atendimento às necessidades individuais, uma atuação que vai ao encontro de demandas coletivas, com o reconhecimento de dificuldades e limitações.

Possibilidades e limitações diante de demanda coletiva:

“Eu acho que a Defensoria é ainda muito tímida nas ACPs. Os defensores ficam muito sobrecarregados com processos que eles falam que são mais rotineiros, mais simples, pilhas e pilhas, e não conseguem fazer esse estudo pra fazer Ação Civil Pública” (ADAS 02).

“Nós já tivemos ações coletivas, por exemplo, em um bairro de uma das cidades da comarca, pra resolver a questão de asfaltamento, a questão de Posto de Saúde, questão de limpeza de terreno público. A gente tem que pensar no contexto geral, na comarca, não podemos pensar em um único município, envolve outras cidades. Mas eu acho que a gente tem expandido nosso serviço e, principalmente, nessa área da Fazenda Pública, que envolve essa questão social, acho que aí que tá o foco principal que tem dado certo. Todas as pessoas conseguem creche, todas as pessoas conseguem remédio, dificilmente não dá certo numa ação judicial, entendeu? Mas lembrando das falhas que todos os órgãos têm a gente precisa sempre estar aprimorando, que muitas coisas em razão da demanda, da pouca estrutura e de determinadas questões prejudicam o serviço” (DP 03).

“Muitas vezes, a gente tem pensado muito nessas Ações Cíveis Públicas, a gente ganhou uma das creches contra o município de São Paulo, pra construção de creches. O município não cumpriu. Ele tem que pagar multa diária, mas as famílias continuam na mesma situação. A gente cria uma nova porta de entrada porque agora vem uma avalanche de pessoas querendo vaga em creche e é uma impotência, sabe?” (ADAS 02).

Tendo sido situadas as temáticas relativas às características da demanda em saúde mental (e suas diferentes manifestações de sofrimento psíquico) atendida pela DPESP, individuais ou coletivas, a reflexão se dirige aos aspectos abordados pelos participantes com

destaque em suas percepções sobre os direitos que avaliam como negados às pessoas atendidas e os direitos reivindicados por elas.

8.3.2 A Percepção dos direitos negados e os direitos reivindicados

A diversidade de temas mencionados aborda direitos relativos à liberdade de escolha, de trabalho, de renda e de moradia, acrescida da menção aos direitos à saúde, à informação, ao acesso às políticas públicas de saúde, de assistência social e de segurança que compõem, em sua essência, o respeito ao exercício de cidadania desses indivíduos.

Direito de escolha, de trabalho, de renda e de moradia:

“Acho que o acesso ao trabalho é um direito muito negado e é difícil, também, garantir esse direito. Depois eu acho que tem, porque isso envolve direito a ter um acesso à renda, sobrevivência e tudo mais. E moradia, também, acho que é uma questão que não se resolve. É muito difícil, pessoas com transtorno mental alguns também não conseguem viver sem um acompanhamento próximo, então, a família também não quer, e aí a rede de saúde não tem residência terapêutica pra todo mundo, alguns casos nem é caso de residência. Eu acho que isso é um nó, garantir essa questão mais estrutural, sabe? Do trabalho, renda e moradia. Eu acho mais difícil” (ADP 02).

“Pessoas sem acesso a condições mínimas, até financeiras pra qualquer coisa, pra comprar qualquer coisa que eles queiram, pra escolher comprar o que eles queiram, pra ter essa independência; muitos deles têm um benefício que fica administrado por outra pessoa, em caso de interdição. Isso é gritante e a pessoa não tem nenhuma participação naquilo. Muitas vezes não pode escolher o que fazer, que atividades frequentar porque tem que ficar em casa porque muitas vezes a família acha que não vai dar conta. Então, acho que é isso, essas escolhas de o que fazer da vida mesmo, desde atividade, desde com quem se relacionar, por exemplo. Lembrei-me de uma pessoa que estava grávida, pessoa com transtorno mental, e aí a família procurou a gente que queria uma interdição dela. Aí conhecendo a história, enfim, ela ia ter o filho e queria que o pai da criança visse, ficasse com ela na maternidade e a família não queria. E aí, com a justificativa de que ela tem transtorno mental, a família queria que esse pedido dela não fosse respeitado. Não! Ela é louca, não tem que ouvir isso, a gente sabe o que é melhor pra ela! Desde isso até outras coisas mesmo, né, o que fazer, do que participar, até onde ir. Esse direito de escolher, de participar, de integrar na sociedade. Acho que tem uma tendência, ainda, de ficar isolado em casa, de ficar restrito no universo familiar e não poder se desenvolver em outras atividades” (ADP 04).

Direito à saúde:

“Só o fato daqui não ter um CAPS de saúde mental já é o maior direito negado, o direito à saúde deles, ao tratamento, isso é básico [...]. Existe muito a cultura da

internação aqui. A pessoa que tem um problema psiquiátrico precisa ser internada. E se tivesse outros mecanismos, outros órgãos, outras possibilidades, talvez aquilo não fosse necessário [...]. O Hospital Dia aqui é muito bom. A pessoa vai, faz o tratamento e vai embora. Só que são poucas vagas [...]. Então, se tivessem mais serviços como o Hospital Dia, por exemplo, talvez diminuísse o número de internação; se tivesse um CAPS estruturado com todo o equipamento de saúde mental que na lei fala que tinha que ter, as internações diminuiriam bastante, ia desafogar essa fila de internações. Mas não é só aqui, todas essas cidades aí, é muito pequeno o número de cidades que têm todos os equipamentos da rede de saúde mental. Então, complica. Se tivesse, talvez melhorasse a situação” (ADP 01).

“Quando a família procura a gente, eu tenho a impressão de que o direito mais negligenciado é do tratamento, do acompanhamento, e aí a família chega, por exemplo, a família ou pra um do uso abusivo de drogas ou pro transtorno mental a família chega com o pedido de internação. Porque culturalmente ainda é muito forte na mídia, pra questão de drogas então, tem um estigma de vamos internar essas pessoas, internação é a solução e pro transtorno mental ainda tem forte. Então, a pessoa chega com essa demanda, mas a família, eu tenho a impressão que a maioria dos casos que a gente orienta na perspectiva da política antimanicomial, a possibilidade dos CAPS e tal, a gente vê que a demanda deles é, realmente, o acompanhamento, né, não é uma internação necessariamente, é realmente de ter algum suporte” (ADP 04).

Acesso às políticas públicas de saúde, de assistência social e de segurança:

“No primeiro atendimento, a pessoa que vem muitas vezes é assim não aguento mais. Ele quer ter direito a sossego. Em segundo lugar, é que o familiar seja curado da doença dele. Depois que você identifica, conscientiza, conversa e explica, eles querem ter. Normalmente vem o familiar que tem uma convivência mais saudável e pacífica. Porque são casos de convivência difícil por histórico de violência, por causa do uso abusivo, ou até por cometimento de infração penal ali dentro de casa pra conseguir sustentar o vício [...]. Buscar que sejam atendidos os direitos básicos nas redes de atendimento, que ele esteja num centro de saúde mais adequado, que ele tenha um serviço social que dê um melhor encaminhamento, um programa habitacional que atenda a necessidade da população e um programa de segurança pública que seja mais consciente das dificuldades, das necessidades, das mazelas e não simplesmente que trate das questões com violência. Porque a gente vê assim oh! O meu familiar, ele tem problema, ele furta, mas ele sai na rua e eu quero acorrentar ele. Porque quando ele sai na rua, ele apanha da polícia. Porque ele é pego comprando droga e ele não vai ser preso apesar da previsão, dão um cacete e vão embora. Então, proteção!” (DP 01).

Direito à informação:

“O que eu sinto que falta mesmo é a orientação, o esclarecimento. Muitas vezes a família vai a qualquer lugar, vai à Defensoria Pública. Então a pessoa chega aqui com certo esgotamento, mas eu já fui lá, eu já fui aqui, ninguém resolve, vocês também não querem resolver. Não, não é que a gente não quer resolver, a gente precisa orientar e ver o que é que pode ser feito, então, daí, fazer os contatos, se for necessário, com os locais pra eu tá devolvendo, mandando pro lugar certo” (ADAS 01).

Direito de ser repetido, de ser cidadão:

“Eu quero consumir de um modo controlado que não me prejudique, mas ainda que eu use, que seja recreativamente, que seja. Eu sou uma pessoa honesta, eu posso trabalhar, eu tenho amor à minha família, não é a droga que me faz ser diferente. Aparece esse sofrimento, é nítido isso. Eu não sou um vegetal incapaz por causa disso. Eu posso ter alguns extremos que sejam problemáticos, mas eu quero ter meus direitos, também. Eu quero ter meu direito de escolha, não é você que pode escolher por mim se eu vou ser internado ou não, quanto tempo que eu vou ficar porque eu quero ter acesso. Eu sou pessoa, eu sou cidadão e tenho direito a tudo e não é esse uso problemático que me faz menos gente que os outros” (DP 01).

Em resposta à questão inicial proposta para a presente etapa do estudo, identifica-se que ao dar a palavra aos profissionais para que diante de todo o público atendido pela DPESP procurassem descrever quem são as pessoas que apresentam demandas pertinentes à saúde mental, o leque de sofrimento vivenciado por essas pessoas se abre para um conjunto amplo de dificuldades e de violências. Foram dois caminhos explorados, um deles em que a busca pelo serviço é individual e nesse eixo foram enfatizadas as temáticas familiares e relativas à infância, à violência doméstica, divórcio e disputa pela guarda de filho e, ainda, disputa por bens, interdição e internação de familiares. Merece destaque a ênfase apresentada reiteradamente sobre o uso abusivo de drogas (principalmente, o crack) e à violência doméstica. A busca individual registrou, também, os casos em que a capacidade de pensamento do usuário do serviço encontra-se alterada, com delírios persecutórios descritos com diferentes temáticas e que motivam a procura pela instituição com a expectativa de efetivação de defesa diante das ameaças sofridas.

Em um segundo eixo temático, identificou-se situações em que as formas de sofrimento atingem uma coletividade: as dificuldades para transporte de deficientes; violência contra moradores de rua provocadas pela guarda municipal; inexistência de medicamentos e de tratamento adequado; violência vivida em Comunidades Terapêuticas, em instituições totais e asilares; não cumprimento da legislação para a implementação de CAPS; não cumprimento (ou parcial) da política de desinstitucionalização dos tratamentos de saúde mental.

Especificamente, em relação à percepção dos profissionais sobre os direitos que consideram negados (e/ou reivindicados) às pessoas com demandas de saúde mental, a ênfase recaiu sobre o direito à liberdade de escolha; ao trabalho; à renda; à moradia; ao acesso às políticas públicas de saúde, de assistência social e de segurança; à informação; ao respeito e à cidadania.

Tendo sido identificadas as necessidades da demanda, a análise prosseguirá na

direção da investigação do entendimento das estratégias para o seu atendimento e sobre a proposta de uma política institucional de ampliação do acesso à justiça.

8.3.3 A construção de estratégias para o acesso à justiça

Retomando o desafio inicial do presente estudo, por meio de métodos que permitam entender as possibilidades de acesso à justiça para demandas de saúde mental, dentro da proposta de uma instituição caracterizada por um discurso democrático e inovador no sistema de justiça, nesse tópico as atenções serão direcionadas para as estratégias de trabalho que estão sendo construídas desde a implantação do serviço do CAM.

Por meio do resgate do processo de movimentos populares que antecederam a implantação da DPESP e sua importante mobilização e elaboração do projeto de criação da instituição, observa-se que a sociedade civil foi ouvida em muitas de suas reivindicações, que passaram a pautar sua política institucional. Dentre essas, já constava na agenda dos movimentos sociais a reivindicação da inserção de psicólogos e assistentes sociais no quadro de servidores da DPESP. Entende-se que tais contratações objetivavam garantir um atendimento no sistema de justiça que pudesse alargar a escuta de demandas sociais, proporcionando maior proteção e defesa a essa população em face das diversas violências às quais está submetida.

Entretanto, no período da implantação da DPESP não houve contratação imediata desses profissionais, exceto convênios firmados com instituições para as quais eram encaminhadas algumas demandas. No decorrer do tempo, tal modelo de contratação de serviços apresentou dificuldades, tendo sido substituído pela contratação de profissionais de carreira.

Durante o período que antecedeu a contratação desses profissionais, que assumiram os cargos denominados Agentes da Defensoria, a instituição teve que lidar com situações paradoxais, que envolviam pessoas que traziam discursos confusos, delirantes, e reações pouco convencionais, às vezes agressivas, as quais dificultavam ao operador de Direito a identificação de demandas jurídicas. Foi se estabelecendo um impasse: como manter a proposta de uma instituição democrática, de livre acesso aos cidadãos (de “portas abertas”), sem negar (ou restringir) o acesso à justiça àqueles casos em que o pensamento do cidadão obedecia a uma racionalidade distinta daquela dos operadores do Direito? Ainda, como negar

o acesso à justiça nos casos em que as pessoas traduzem suas demandas jurídicas por meio de um dialeto próprio, alheio ao repertório do saber de domínio dos operadores de Direito? Nesse contexto de impasse, a DPESP, que já previa em sua legislação a contratação de psicólogos e assistentes sociais, formalizou a abertura da instituição a esses novos e distintos saberes (e não saberes) profissionais, com a expectativa de que viessem contribuir com um serviço de tradução desses novos interlocutores que chegavam democraticamente a essa nova instituição.

Outras justificativas importantes também se fizeram presentes para a vinda desses profissionais para a DPESP. Dentre elas, merece destaque, a expectativa de que com o trabalho desses profissionais no atendimento à população, muitos dos conflitos a serem judicializados pudessem ser administrados em acordos extrajudiciais, em trabalhos de conciliação e mediação, o que teria efeito significativo na diminuição de processos no sistema judiciário e na ampliação da atuação extrajudicial na construção dessa nova instituição do sistema de justiça.

Nas referências dos profissionais entrevistados (psicólogos e assistentes sociais) sobre o período inicial na instituição predominou a ênfase sobre o desconhecimento prévio (ou poucas informações) relativo à instituição, aos seus propósitos e a sua história de luta para ser implantada no Estado de São Paulo; a importância e a empolgação provocada durante o processo de acolhimento no curso inicial; e a primeira atribuição conjunta: a elaboração da proposta de deliberação para a regulamentação do atendimento ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental.

A chegada dos novos saberes (e não saberes) na DPESP:

“Eu não conhecia a história de luta dos movimentos sociais. A gente teve duas semanas de acolhimento e foi uma ótima recepção. A gente acabou entrando em contato com essa história, então vieram pessoas do próprio movimento pela implantação da Defensoria falar. Eu acho que o acolhimento foi muito importante pra colocar os profissionais que estavam entrando em contato com essa história de reivindicação. A Defensoria tenta, pelo menos, se manter um pouco aberta à sociedade civil por uma série de canais. Nossa ouvidoria é externa, então não é um defensor; o nosso Conselho Superior tem um Momento Aberto que qualquer um pode ir lá falar, inclusive o servidor pode ir lá; tem a figura das Conferências, o que é algo inovador no campo da justiça. Porque no campo da saúde, da assistência, da educação é algo bastante consolidado, mas é meio inimaginável você pensar em promotores ou juízes sentando com a sociedade civil pra discutir, como é que vai ser, como é que serão os próximos dois anos do Tribunal de Justiça. E na Defensoria isso acontece. Claro que toda proposta de debate tem lá os seus atravessamentos, então, tem muitas demandas da sociedade civil que a gente não consegue atender. Mas, então, eu fiquei sabendo de tudo isso depois, antes eu não sabia não” (ADP 02).

“A recepção foi muito, como eu poderia, que palavra, não sei se utópica. A gente foi muito bem recebido e causou uma certa ilusão, uma expectativa nos profissionais.

Porque tinha todo o investimento, nossa! É a primeira Defensoria do país que vai contar com esses profissionais, olha como somos abertos, vamos construir junto essa proposta de trabalho. Então, a princípio, acho que geral, todos ficaram encantados. Nossa, que instituição é essa, né? Então, as pessoas com experiência em outros serviços, outra estrutura municipal, estadual e aí, você pega uma instituição nova, com poder, com autonomia e recebendo dessa forma, então, a expectativa foi superalta, né?” (ADAS 02).

A proposta de atuação:

“A proposta inicial, que foi passada pra gente seria ampliar o atendimento ao usuário da Defensoria, que antes tinha um atendimento basicamente jurídico. E com a chegada de psicólogos e assistentes sociais, ampliar a gama de área de formação para atendimento ao usuário. Fazia muito sentido porque muita gente que vem na Defensoria não tem um problema estritamente jurídico, precisa de muitas outras coisas, mas não precisa de um advogado especificamente. Essa foi a justificativa da inserção de psicólogos e assistentes sociais aqui. Pra ampliar o leque de possibilidades de atendimento ao usuário. Depois, na prática, a gente foi vendo que isso amplia, que a gente amplia também o leque para os defensores. Tanto no que eles pedem de atendimento, como nos processos deles mesmos pra fazer documento, pra fazer laudo. Amplia também, vamos dizer assim, a possibilidade do defensor atuar dentro da área de atuação dele. Não é só o usuário, mas, também o defensor fica mais munido de outras ferramentas” (ADP 01).

“Aí a gente entendeu no nosso curso de acolhimento, por exemplo, que o assistente social e o psicólogo foram pensados pra esta instituição justamente por conta da pessoa com transtorno mental, que eles chamavam de esquisitões. Falaram muito disso pra gente no nosso curso de acolhimento e o que a gente pensou? Bom, o que a gente pode fazer com esse público que nos procura aqui? E as pessoas foram chegando, e foram chegando pessoas com outras demandas também” (ADAS 03).

A elaboração da Deliberação:

“A gente construiu nessas primeiras semanas o que seria a nossa deliberação, instituição jurídica adora uma deliberação, né? E aí, a gente pode e isso foi interessante, da gente poder construir a nossa, tinha essa coisa do novo, de começar a dar a cara do que seria o nosso trabalho aqui, de ter certo espaço pra isso, não Totalmente aberto, lógico que já tinham várias expectativas em torno do que eles queriam da gente, os defensores já estavam aqui. Mas a gente pôde colaborar e colocar coisas que tinha a nossa cara, como preocupações, orientações dos conselhos profissionais, por exemplo, da psicologia e do serviço social e depois a gente foi pras unidades” (ADP 04).

“A gente tem uma deliberação que prevê todas essas atribuições que a gente falou. Inclusive, inicialmente, houve um movimento muito legal de discussão dessa deliberação conosco. Então, quando a gente entrou não existia ainda deliberação, existia uma minuta e nos últimos dias daquela capacitação, daquele acolhimento inicial, essa minuta foi proposta pra nós que estávamos entrando. Então a gente pôde sugerir uma série de alterações, algumas foram aceitas e outras não, mas eu achei interessante o movimento. É claro que assim, quando a gente fez esse debate, a gente não tinha essa experiência cotidiana, ninguém tinha trabalhado na Defensoria, então foi muito legal a proposta de discutir conosco, mas foi um debate abstrato” (ADP 02).

AS FORMAS DE APROFUNDAMENTO DA “ESCUTA” NA INSTITUIÇÃO

Ao reconhecer que a criação da DPESP surge após serem ouvidas diferentes vozes que se manifestavam na sociedade civil; ao se admitir que a lei de implantação da instituição ecoa reivindicações e manifestações dos mais diferentes movimentos; ao serem enfatizados os diferentes canais de oitiva da população que foram abertos (Ouvidoria externa, Conferências Públicas, o Momento Aberto na reunião do Conselho Superior da DPESP); entende-se que fica ilustrado o quadro de uma instituição que se propõe democrática e inovadora no sistema de justiça pelo aprofundamento da escuta.

Isso posto, se estabelece o fio condutor a ser utilizado para a busca de compreensão das estratégias que estão sendo desenvolvidas pela DPESP, para a análise de como a proposta de ampliação de escuta, na prática, vem caracterizando a construção do acesso à justiça para a população considerada de maior vulnerabilidade social (“ausente”; “não existente”).

O aprofundamento da escuta da demanda

O aprofundamento da escuta nos processos de busca de acordos extrajudiciais: Conciliação, Mediação ou Composição Extrajudicial.

A relevância e a implantação:

“A minha visão é que a conciliação é potencialmente revolucionária dentro do sistema de justiça, na medida em que devolve a autonomia para as partes. As partes produzem a solução junto com o sistema de justiça. Isso pra mim é muito revolucionário e isso faz todo sentido com a ética de psicologia, de autonomia” (ADP 02).

“A gente começou a estruturar um trabalho de mediação, de conciliação. Desde a faculdade nós éramos muito estimulados a ter uma visão multidisciplinar do Direito. E o que eu fiquei contente é que aqui, começando com esse trabalho de mediação, de escuta, muitas das demandas a gente começou a descobrir que não era simplesmente judicializar. A gente começou a perceber que essas demandas, se a gente conseguisse além do olhar jurídico aglutinar outros olhares de outras ciências, a gente poderia dar uma resposta muito mais efetiva para os usuários. Porque muitas vezes eles não queriam um papel da justiça, eles queriam a efetividade dos acordos” (DP 02).

A busca de uma caracterização:

“Tem gente que fala de resolução extrajudicial de conflito, tem gente que não gosta de resolução. Então uma composição, se compõe com as partes. Composição extrajudicial de conflito. Pra não dizer que é mediação, que é conciliação, até porque a gente vai dizer que a gente é mediador, a gente não tem formação pra isso [...]. A gente faz um relatório de atendimento. Porque a gente fazia um termo de acordo extrajudicial. A gente tem esse entendimento de que a gente não tem que fazer esse termo, que é um termo jurídico. Existem locais em que alguns profissionais ainda fazem, existem locais em que chegou a um combinado, olha um faz uma parte o outro faz outra, mas o termo mesmo quem redige é o defensor, e outros lugares não” (ADP 03).

“A gente faz uma mediação de conflitos, mas também não é mediação de conflitos porque a gente tem um período muito curto pra fazer isso. Um encontro, dois encontros, três encontros, estourando. Porque a gente tem um volume de casos muito grande pra atender e o processo mediativo, por excelência, é um processo pensado pra ser mais longo e tudo mais. Mas por outro lado não é só uma conciliação, uma conciliação no sentido mais objetivo desse termo em que um vai fazer uma sugestão, outro vai fazer outra, o conciliador vai fazer uma terceira e acaba por aí” (ADP 02).

Uma proposta de política institucional:

“No começo a gente tinha a crítica de que a instituição delegava ao CAM a responsabilidade pela política de mediação e conciliação. O CAM é que fazia. E hoje a gente tá num processo pra tentar reformular isso, pra que a política de conciliação seja uma política da instituição, e não do CAM. O ideal é que o Direito possa compor junto com o saber da psicologia e do serviço social a prática mediativa em si, no momento. Muitas vezes, a conciliação e a mediação são entendidas só como uma maneira de diminuir o número de processos judiciais. E aí eu acho que isso até pode ser uma consequência positiva da prática, mas não deve ser a causa pela qual a gente implementa uma política de mediação. Eu acho que em relação à Defensoria, o CAM era, muitas vezes, visto como o pessoal que ia desentulhar a nossa mesa de processos. Então vamos botar eles pra fazer conciliação, pra isso que eles vieram e isso ajuda” (ADP 02).

Os diferentes saberes (e não saberes), possibilidades e limitações:

“Às vezes a gente atua em situações cíveis que envolvem, por exemplo, direito de herança, que é supercomplicado, e aí não dá pra fazer sem o trabalho do Direito, sem a atuação do Direito (...). O psicólogo tem a possibilidade de olhar pra aquela situação a partir do conflito. Só que ao longo do conflito, aparecem as dúvidas que são jurídicas. É muito interessante quando a gente trabalha junto. O defensor, o estagiário de Direito, ele costuma ter uma visão muito mais objetiva. Ah, você tá falando isso, isso não pode porque a lei não permite. E aí a tendência é encerrar a discussão e ele sugerir muito mais do que o psicólogo sugere. Então as duas coisas são muito interessantes, mas às vezes o psicólogo quer fechar um acordo que é juridicamente impossível. Então a gente tem que trabalhar junto, não tem outra saída” (ADP 02).

Embora procedam de objetivos comuns, as atribuições dos agentes da Defensoria diferem de acordo com as demandas regionais e com o sistema de gestão implantado pelos

responsáveis em cada localidade. Tal caracterização é abordada em um próximo capítulo, em que são analisadas as questões do acesso à justiça na DPESP nas diferentes regionais distribuídas pelo território do estado. Especificamente em relação ao tema de Conciliação, ressalta-se que em algumas regionais tais atribuições ficam sob a responsabilidade de convênio estabelecido com o Centro Judiciário de Solução de Conciliação e Cidadania (CEJUSC).

Convênio com o CEJUSC:

“A conciliação aqui pra gente hoje não é o carro chefe. Já foi! Principalmente no início lá na outra Unidade. A gente tinha o período da tarde lá destinado só pra conciliações e a maioria casos de família, de divórcio, que envolvem guarda, questão da visita das crianças, justamente pra gente fazer orientações técnicas pro casal, principalmente se tinha caso de infância no meio, de criança. Mas depois, com a vinda do CEJUSC, essa demanda acabou sendo deslocada pra lá. A gente conversou e a gente achou por bem que casos que fossem um pouco mais delicados, que envolveram cuidados com idosos, coisas que de repente demandassem uma atenção maior, que fossem encaminhados pra gente e não pra lá” (ADAS 01).

“Em uma das regionais eu sei que eles têm uma parceria com o CEJUSC e os casos mais simples eles encaminham para o CEJUSC. Algumas defensoras perceberam que muitos casos que eles encaminhavam, voltavam. Então elas acharam que não era muito legal e preferiam encaminhar para o CAM. Eu sei que no fórum central, existe. Na minha regional não tinha CEJUSC, então tudo eles encaminhavam para o CAM” (ADP 03).

O aprofundamento da escuta para a construção da argumentação da defesa

Elaboração de laudos: atribuições, expectativas e ajustes entre saberes:

“É uma atribuição do agente de Defensoria, todos os agentes devem ou podem produzir esses documentos a pedido de um defensor público. No começo, muitos defensores achavam, e é compreensível que eles achassem isso, que o nosso laudo iria oferecer uma defesa, só que técnica, psicológica ou social. Então eles chegavam pra gente, por exemplo, numa disputa de guarda, eles estavam defendendo a mãe que queria ficar com a criança e falavam olha, você produz pra mim um laudo em que você fala que a mãe é que tem que ficar com a criança. E a gente falava opa! Eu não posso produzir um laudo assim, isso é antiético dentro dos princípios da minha profissão. Eu vou olhar a situação e vou emitir um juízo técnico a respeito de como é que eu acho que essa situação poderia ser mais bem resolvida. Pode ser que isso te ajude na defesa que você está construindo e pode ser que não. Pode ser que eu conclua que não. Olha, de fato a mãe, agora, nessa situação não tem capacidade nenhuma de ficar com essa criança. E aí começou a gerar essa tensão [...]. O advogado trabalha pela lógica da parte, ele é parcial no processo, ele está lá para ser parcial. Inclusive, se ele não for parcial, ele pode ser substituído. Ele está sendo antiético se não for parcial. E nós, se formos parciais, é que estaríamos sendo antiéticos” (ADP 02).

“Outra área que a gente atuava muito era na área da Infância. Casos de crianças que foram acolhidas em abrigos. Só que era uma demanda da área da infância, mas que era atendimento familiar, muitas vezes porque a gente ia defender essas famílias. O Conselho Tutelar foi lá e retirou a criança, levou para um abrigo com uma denúncia de negligência, enfim. O defensor, geralmente, ia defender essa família, pra ela restituir esse poder familiar, retomar a guarda da criança. E aí a gente atuava bastante como assistente técnico, que é fazer uma entrevista ou como assistente técnico, como por exemplo, os peritos dos juízes fizeram um relatório dizendo que aquela família não tinha condições e se esse relatório tinha alguma questão tecnicamente frágil, a gente podia entrar pra dizer não, espera aí, isso é muito moral, não é um conhecimento técnico e a gente está aqui para contrapor isso. Mas, não era só a atuação processual a gente também trabalhava com a família pra ver também alguma dificuldade, ajudar essa família a se reorganizar, que políticas públicas a gente pode pensar que vão ajudar nessa reorganização dessa família. Então tinha tanto essa atuação junto com a família mesmo, quanto no processo” (ADP 03).

A contestação de laudos:

“Essa parte técnica dos fóruns e outros lugares deixam a desejar em vários aspectos. A gente já teve vários problemas. Conselho Tutelar, quantos problemas a gente já não teve com Conselho Tutelar nesse sentido! Eles faziam muitos relatórios com base em sei lá o quê e já tivemos que contestar, mas a gente não fazia isso no processo, fazia isso ao vivo. Tinha que falar, olha, e isso aqui? O que é eu vou fazer com esse relatório que vocês fizeram? O defensor tinha que tomar providência e não podia tomar por causa do relatório do Conselho Tutelar, por exemplo. E aí? Na prática, no dia a dia, essa parte de contestar laudo, contestar relatório a gente faz na raça. Já fui solicitado, mas não a produzir documento, não formular quesitos, quando você vê um laudo de um psicólogo que você quer contestar algumas coisas, você faz uma formulação de quesitos, e faz um monte de perguntas em cima do laudo anterior. Isso eu nunca fiz formalmente, mas eu fiz informalmente pegando os processos dos defensores, lendo tudo e falando pra eles. Tem muita coisa não fundamentada; muitas inferências por parte do psicólogo; preconceitos, muitos. Assim, de onde ela tirou isso aqui? De onde ela tirou essa informação? Basicamente isso” (ADP 01).

A partir do aprofundamento da escuta dos usuários do serviço; o estabelecimento da “escuta” e o diálogo com profissionais da rede.

Explorando informações em atendimentos e entrevistas:

“A pessoa pode chegar aqui com o discurso mais absurdo possível, com demandas imaginárias. Mas se a pessoa veio na Defensoria, no horário certo, porque não é toda hora que você pode vir aqui, tem horário restrito pra pegar senha; tem que ter uma documentação específica; tem que saber aonde ir. Se a pessoa sabe tudo isso, quer dizer que não tá tão grave assim. A pessoa teve essa noção de que precisava ir à Defensoria, de que precisava desses documentos, ela passou com essa documentação, fez avaliação. Então, quer dizer, ela não é uma pessoa que você vai desconsiderar tudo o que ela vai falar, né? A grande parte das pessoas que vêm aqui que têm questões da saúde mental, elas têm alguma fixação, mas em outras áreas ela não tem limitação. Com raras exceções assim” (ADP 01).

“A circulação das pessoas com transtorno mental historicamente na sociedade, e

como elas eram mediadas pelos serviços de justiça, era com relações de violência, de segregação. E a Defensoria traz uma perspectiva de trabalho de fazer isso de uma maneira diferente. Primeiro de dar espaço, de dar escuta e de dar outras soluções pra essas problemáticas que aparecem e isso muito com a rede. Então se for pensar nessa área da saúde mental, tem a ver muito com abrir esse espaço” (ADP 04).

“Normalmente, é a primeira providência tentar conversar com alguém pra ver, alguém da residência próxima ali pra ver. Elas sabem e aceitam, na grande maioria. Então, se ela vem se queixar do familiar, vamos supor, do pai. Aí você não pode chamar o pai aqui. Mas, a gente fala, e a mãe? E o irmão? E mais alguém? Aí acaba chamando outra pessoa. Ela aceita” (ADP 01).

Acolhendo a demanda:

“O defensor, antes do CAM, não entendia, ele respondia, mas isso é juridicamente impossível, eu não posso entrar com uma ação contra o Silvio Santos, você não é filha dele, você tem provas? Se você apresentar provas, eu entro com uma ação contra o Silvio Santos. Quando a gente entrou a gente falava: peraí, isso é extremamente perigoso, se você começar a pedir provas, o sujeito pode começar a ir atrás dessas provas. Então, começa a quebrar a casa atrás de câmeras, eu não sei o que o sujeito pode fazer. O defensor, ele tinha essa lógica, que é a lógica do Direito, olha, se você me apresentar provas de que têm câmeras na sua casa a gente vai entrar com a ação, mas enquanto você não fizer isso eu não tenho nada o que fazer por você. E a gente fazia um procedimento que não era esse, era de compreender por que ele chegou até mim e o que a minha instituição representa dentro do delírio ou sintoma que ele apresenta, e aos poucos, tentar fazer essa passagem pra uma outra instituição que pode, de fato, cuidar” (ADP 02).

“Então, acho que foi uma demanda que fomos convidados pra pensar o que podemos fazer. Pra começar, ouvindo essas pessoas, não afastando, não eliminando o que elas trazem na demanda inicial, geralmente vem vinculado a uma situação aparentemente persecutória ou que não faz sentido pra um processo judicial, mas que podem ter outras coisas. Então pra começar a gente foi ouvindo o que mais poderia ter ali, aí a gente foi pensando em outras articulações possíveis, aí eu acho que até por conta da experiência de trabalhar com políticas públicas dos outros profissionais, pela perspectiva, por exemplo, da reforma. Então a gente foi começando a buscar contato com os serviços de saúde pra tentar se articular” (ADP 04).

“Outro elemento é conseguir distinguir no meio daquela produção, muitas vezes delirante, uma fala muitas vezes confusa, se existe ou não uma demanda jurídica. Então tem esse ponto de encaminhamento mais humanizado pra rede, não é simplesmente falar, olha, não é essa instituição, você tá maluco, então não é aqui que você vai resolver esse teu problema, é aqui, mas olha, vamos fazer um caminho. E tem outra vertente do atendimento, é que muitas vezes chega assim o encaminhamento do defensor, eu não consigo entender o que o sujeito tá falando ou verificar se tem alguma demanda jurídica. Porque muitas das vezes, o que a gente percebe é isso, existe uma construção delirante muito grande, mas existe um núcleo que, de fato, aconteceram violações de direito graves muitas vezes, outras menos, e que de fato talvez tenha uma demanda jurídica ali, e que vale a pena investigar” (ADP 02).

Partindo de uma postura de abertura para uma escuta aprofundada das

necessidades e da realidade dos usuários do serviço - apresentada em discursos com características próprias, que exigiram dos profissionais reconhecer que o conhecimento engloba diferentes formas de saber, de dizer e de não dizer, inicia-se o trajeto dos agentes em busca da aproximação dos serviços e das políticas públicas, disponibilizando nessa etapa uma escuta aprofundada para outros atores sociais, os profissionais dos serviços da rede.

MAPEANDO A REDE

Mapeando a rede e estabelecendo contatos e possibilidades de parcerias:

“A gente levantou primeiro os tipos de serviço que a gente queria colocar nesse catálogo. Depois a gente começou a fazer visitas e telefonemas. A gente teve muita articulação com a rede na regional. A gente ligava confirmando a população atendida, endereço, horário de atendimento e começamos a catalogar isso. Fizemos um mapa da região, recortamos por distrito, então você procurava por bairro e você tinha todos os serviços. A gente conseguiu mapear isso, e colocamos todas as siglas, o que era CRAS, UBS, CAPS, e a gente fez uma reunião de entrega desse material. Nessa reunião a gente explicou o que era saúde e o que era assistência dentro da política pública, até pra explicar um pouco o que o serviço social faz, o que a psicologia faz dentro desses serviços. Estavam na reunião todos os defensores. E foi muito interessante, porque aí você se coloca num lugar profissional, que tem um conhecimento, que tem algo a contribuir. Foi muito interessante, eles anotavam enlouquecidamente. E a gente conseguiu falar, olha, a gente pode contribuir pra uma Ação Civil Pública, porque deveríamos ter x CAPS e temos tantos CAPS, porque segundo a lei, e eles, nossa, a gente não sabia disso” (ADAS 02).

Estabelecimento de Grupos de Trabalhos (GTs) para mapeamento da rede:

“A gente criou os GTs, Grupos de Trabalho de Saúde Mental, de situação de rua, habitação, álcool e outras drogas, e de defesa dos direitos da mulher. O papel inicial desses GTs era de mapear e articular com essa rede de serviços, falar da entrada de assistentes sociais e psicólogos na Defensoria, e depois desses serviços mapeados, a gente encontrar essas lacunas. Por exemplo, a criação de um CAPS num território onde já existia um CAPS e aquele CAPS não tava dando conta; CRAS; CAPS i, por exemplo. Então chegavam pra gente denúncias das pessoas que iam pro centro de acolhida durante o dia, tinham que esperar de manhã até a noite pra conseguir uma vaga no centro de acolhida e no final não conseguiam. Então a gente entendia ali, onde é que estavam as lacunas pra ver de que forma a Defensoria podia contribuir. Era um movimento de mão dupla. Eram várias as vias, as possibilidades de chegar essa demanda até a gente, não era só pela triagem. Depois, a gente tinha essa ideia de compilar essas informações que a gente foi encontrando nas visitas, nas reuniões que a gente fazia e dar algum direcionamento pra isso aqui na Defensoria. Então, por exemplo, desse GT saúde mental saiu, ainda tá em construção um Termo de Parceria entre a Defensoria e a Secretaria de Saúde daqui de São Paulo pra atendimento à

... pessoa com transtorno mental e o uso problemático de álcool e outras drogas [...]. A gente foi fazendo visitas na Coordenadoria de Assistência Social ali daquele território. Então a gente conhecia quem era a coordenadora da assistência social daquele território, quais eram os centros de acolhida daquele território, qual a população que atendia. Porque é muito diferente, por exemplo, o centro de acolhida que tem aqui na central dos centros de acolhida que estão na região sul de São Paulo. Os daqui, eles estão mais inchados porque a população aqui consegue ter acesso a trabalho, consegue ter acesso a outras fontes de renda, por exemplo, aqui tem um fluxo muito maior de pessoas, eles conseguem pedir dinheiro pra complementar a renda do trabalho, conseguem alimentação porque as ações sociais das ONGs estão muito mais focadas aqui na região central; e lá na região sul as pessoas não queriam ficar porque iam ficar longe do trabalho, longe do espaço em que elas guardam os produtos recicláveis, a gente foi percebendo as diferenças dos equipamentos. Aí a gente conversou, foram vários momentos de conversa com pessoas da Secretaria de Assistência, e resolveram solicitar os regimentos internos desses centros de acolhida de toda a cidade de São Paulo pra avaliarem como é que estava construído. Avaliaram, e viram que realmente havia diferenças dos equipamentos e fizeram essa normativa buscando a uniformização dos regimentos internos” (ADAS 03).

As visitas aos diferentes serviços da rede foram apresentadas como estratégia para o estabelecimento de diálogo; identificação de demandas que não chegariam espontaneamente aos serviços de triagem da Defensoria; proporcionar educação em direitos e sobre políticas públicas à comunidade, aos profissionais atuantes na rede, e aos internos em instituições de assistência e/ou hospitalares.

Identificando demandas em visitas:

“Os agentes do CAM fazem visitas, eles têm o conhecimento da rede, o mapeamento da rede, municiam os defensores com essas informações, os defensores começam a participar. E quantas dessas visitas que você chega lá e começa a perceber que muitas demandas jamais chegariam aqui na porta da triagem, criando uma falsa expectativa, porque se não chegou à triagem, é porque o problema não existe. [...] Então as pessoas com deficiências mentais, todos os problemas que a pessoa tem uma limitação no exercício da capacidade civil, essa pessoa nem sempre tem um familiar com boa vontade de trazer a demanda aqui pra triagem. Muitas dessas pessoas estão abandonadas em casa de abrigo” (DP 02).

Visitando serviços e realizando Educação em Direitos:

“Então a gente faz também esse trabalho da rede, frequentando fóruns. Os profissionais do CAM frequentam muito esses espaços de discussão. Debate com Conselho Tutelar, fórum da criança, fórum de drogas e direitos humanos, fórum de saúde mental, pra justamente fazer esses esclarecimentos das demandas de ordem jurídica. Tem também os profissionais da saúde buscando. Às vezes, a dúvida pode ser sanada por telefone. Muitas vezes, a gente encaminha casos, você acaba ficando conhecido da rede e a pessoa liga, oh, eu tô com um caso aqui, assim, assim, assim, o que eu tenho que fazer? A família tá querendo internar. Então eu fazia a orientação de um profissional da rede por telefone ou em reunião” (ADP 02).

AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Dialogando com profissionais do CAPS

A proposta de dialogar com profissionais do CAPS cumpre diferentes papéis na rotina dos trabalhos. Os profissionais da Defensoria podem exercer a função de fazer o acompanhamento das pessoas que buscam a Defensoria até o CAPS, administrando as resistências que elas possuem em buscar por serviços de saúde, muitas vezes atreladas aos históricos pessoais com esses serviços marcados por internações forçadas. Em outros casos, os agentes da Defensoria podem atuar mediando dificuldades encontradas pelos usuários dos serviços, realizando reuniões e entrevistas com a equipe do CAPS sobre impasses observados no decorrer das atividades.

Fazendo a transição entre os serviços da DPESP e o CAPS:

“A gente tem que ter toda essa sensibilidade pra acolher essa angústia, entendendo que aqui não vai ser a instituição que vai dar conta dessa angústia, ainda que por causa dos sintomas essa pessoa dirija essa angústia pra nós, e como é que a gente vai pegar isso e dirigir pra instituição mais adequada, uma instituição de saúde mental, um CAPS, por exemplo, pra dar conta disso. Essa passagem é um dos trabalhos mais importantes que a gente faz no acesso à justiça. Essa passagem é também muito variada. Tem vezes que a gente consegue fazer em um único atendimento. Então a pessoa aceita lá, por mil motivos, a gente fala; olha, talvez você vá encontrar uma solução mais apropriada pro seu caso em outro lugar, eu vou te encaminhar. Ah, tá bom, pode ser. Em outros são até agressivos quando isso acontece, eu não sou louco, eu não tenho que ir pra CAPS. Porque muitos deles chegam com uma história longa de atendimento na saúde, muitos já foram internados à força, chega com uma ojeriza do sistema de saúde. Eu não sou louco, o que eu quero é um advogado pra entrar com ação e tal. Então varia muito” (ADP 02).

O acompanhamento conjunto da DPESP e do CAPS para atender o usuário:

“Houve até um caso bastante interessante em que a gente pensou do CAPS vir atender aqui e aí o profissional do CAPS vinha, porque ele vinha sempre na Defensoria. Tinha aquele horário em que ele vinha, o profissional do CAPS começou a atendê-lo na Defensoria e aos poucos foi fazendo essa passagem de atendimento de serviço de saúde. Então assim, acho que o caminho que a gente tem tido é esse de pensar nessa ponte, pensar num vínculo, acolher essa pessoa, tentar ajudá-la a construir a compreensão de que ela precisa de uma ajuda e que não é aqui” (ADP 03).

“Teve um usuário que a gente tentou fazer um trabalho interessante com ele. Ele já era usuário do CAPS, ele fazia um trabalho ligado a uma imobiliária. Essa era a fonte de renda dele além do BPC. Ele tinha alguns conflitos com a equipe do CAPS que ele frequentava. Eu conheci um advogado lá desse CAPS, que sempre ligava pra gente. Então, hoje o fulano veio aqui falar sobre o condomínio dele, que ele não teve condições de pagar o condomínio dele esse mês, estão cobrando, o que a gente pode

fazer? Ele tá muito ansioso com essa situação e isso pode acabar prejudicando a nossa relação, a relação dele com a equipe. Então a gente fazia conversas conjuntas, eu, o advogado do CAPS, o coordenador do CAPS e o usuário do serviço pra saber de que forma a gente poderia dar conta daquela demanda ali” (ADAS 03).

Dificuldades no trabalho com profissionais da rede.

Medo e resistência dos profissionais da rede diante do Sistema de Justiça:

“No início foi muito difícil, a Defensoria era vista como um local que processava. A ponto de você fazer um contato com a rede oi, eu sou assistente social, tô chegando aqui agora, sou psicólogo, e a gente gostaria de conhecer, pode ser? Olha, pra marcar alguma coisa precisa de ordem da Secretaria. Não, mas eu só quero ir aí conversar com vocês, conhecer o serviço. Não, a gente não pode fazer nada. A ponto de a gente chegar lá, olha, a gente veio em missão de paz, a gente gostaria de conhecer e facilitar as coisas; o que vocês acham que dá pra fazer pra reduzir o número de internações compulsórias?” (ADAS 01).

“Quando a gente ia buscar o serviço de saúde aparecia muito medo, muita resistência. Parece que a gente tem desconstruído um pouco esse modelo. Historicamente, o Sistema de Justiça e o Serviço de Saúde foram sempre muito isolados. Quando o Tribunal de Justiça ou mesmo o Ministério Público entravam em contato com o Serviço de Saúde era para o cumpra-se, não eram relações de diálogo. Por exemplo, um caso que a gente atendesse a gente entrava em contato com o CAPS da região: Oi tudo bem? Eu sou psicóloga da Defensoria. Umas reações, ou a pessoa superdesconfiada não, mas, você quer que eu te passe por escrito?” (ADP 04).

“Você é da Defensoria? Espera um pouquinho. Vou passar pro gerente, vou passar pro coordenador, com medo desse ator desconhecido que agora estava também construindo essa rede de serviços em conjunto com os serviços que estavam ali. A primeira reação é de estranhamento, medo. Quando a gente fala que somos da Defensoria, eles entendem que aí já vem a imagem do juiz que é o que manda, que é o que sabe, que é o que vai falar pra gente o que tem que fazer e não há possibilidade de questionar. Muitas pessoas, muitos atores da rede já conhecem o que é a Defensoria, já têm contato com o CAM. No início foi mais difícil, mas a gente foi tentando desconstruir essa imagem” (ADAS 03).

A FALTA DE ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A ausência do CAPS e o despreparo do SAMU:

“A nossa rede aqui é um pouco complicada, nós não somos um município tão grande, mas, por exemplo, pra você ter uma ideia, a gente tem o CAPS ad. A gente não tem o CAPS Mental. Existe aqui um ambulatório de saúde mental. Ele atendia vários municípios, depois houve uma reestruturação, e eles passaram a atender só o nosso município. Então, eles falam que a gente tem o serviço de saúde mental. Não, a gente não tem um CAPS, a gente tem um ambulatório de saúde mental que não funciona como CAPS. Não, mas a gente vai, vai construir, vai fazer, já está no planejamento. Faz um tempo já que a gente tá aguardando o CAPS sair do papel. O ambulatório de saúde mental atende só que não é o mesmo cuidado que teria o CAPS, por exemplo, de tá ali, de se for necessário fazer uma busca ativa do paciente, fazer uma visita. Ali é mais o atendimento médico” (ADAS 01).

“Nem tem CAPS 1 aqui, o que tem é um ambulatório de saúde mental, que não é de portas abertas; ele precisa ser encaminhado do Posto de Saúde para o ambulatório. A gente não tem uma boa relação com eles porque já tentamos encaminhar paciente daqui pra lá, eles falam, não, só se vier do Posto de Saúde. Aí ficam muitas pessoas que têm algum transtorno mental, uma questão que precisaria de um psiquiatra, de uma medicação e eles ficam sem tratamento. O ambulatório tem consulta de quinze em quinze dias, tem um psiquiatra só, não existe uma equipe interdisciplinar pra fazer um trabalho. A gente vê muita gente que diz que tentou fazer tratamento no ambulatório e não conseguiu. Muitas vezes precisa judicializar porque não tem CAPS 1 aqui. O SAMU não tem preparo pra atender demanda de saúde mental, de surto psiquiátrico, eles sempre envolvem polícia, o pessoal não fez nada, não precisa de polícia! Parece que o SAMU tem um treinamento específico ou uma equipe específica de saúde mental, tinha que ter e não tem aqui! Quando acontecem surtos psiquiátricos, acaba sempre parando na gente aqui, daí a gente vê o que dá pra fazer na urgência ali da coisa. Já chamou o SAMU? O SAMU não vai sem a polícia; ou o SAMU foi e a pessoa falou eu não vou, eu não quero ir e não levaram; não medicaram, isso acontece bastante. Aí cabe a nós, ou ligar pro SAMU ou ligar no hospital ou ver o que dá pra fazer porque a rede é falha, isso eu posso dizer claramente, a questão de saúde mental deixa a desejar” (ADP 01).

Falta carro, falta médico, falta preparo e disponibilidade:

“Então, tem CAPS que a gente não tem maior proximidade, que os CAMs não conseguem ter uma articulação. E tem muita inadequação nos CAPS também. Às vezes a gente liga: Ah, mas como que eu vou fazer visita se a pessoa não conhece? Você sabe, a pessoa tem que aceitar. Ah, mas fazer as coisas de forma compulsória, a gente não interna. Olha, eu não tô pedindo pra você internar, eu tô pedindo pra gente pensar num tratamento pra essa pessoa. Porque a visita, é lógico, ninguém gosta, você gostaria que chegasse na sua casa sem você saber? Então vamos pensar numa busca ativa, na sensibilização junto com a UBS, tem uma pessoa no seu território sofrendo, é a obrigação do serviço fazer isso. Aí vem uma reclamação, não tem carro pra fazer, não tem profissional, não tem psiquiatra; então a gente vai se deparando,

também, com essas dificuldades da rede” (ADAS 02)

“Em alguns momentos a gente tentava a articulação só via encaminhamento, via discussão de casos por telefone, mas a gente via que tinha uma lacuna. Ou o usuário não chegava lá ou o serviço não ia. Se a gente já percebesse que o usuário não ia, a gente falava pro serviço: olha, me procurou aqui o usuário tal, ele mora no território de vocês, a gente queria que vocês fizessem uma busca ativa, por exemplo, pra ver de que forma vocês podem contribuir com esse usuário. E aí o serviço, por questões de estrutura, ah, eu não tenho carro, eu tô com a minha equipe reduzida, eu já não consigo mais encaixar essa visita no meu cronograma. Porque lá do outro lado tem muitas dificuldades e a gente entende isso” (ADAS 03).

Dificuldades para a realização de busca ativa:

“Muitos entendiam que só faziam a busca ativa em casos que já tinham vínculo com o serviço e esse vínculo ficou frágil, aí fazia busca ativa, mas, busca ativa de quem não era do serviço, não, isso a gente não faz. Mas, a gente até entende, por conta do tamanho da população, às vezes era um CAPS para 500.000 habitantes. Aqui em São Paulo é difícil assim, tá aumentado a rede, mas ainda é insuficiente. A gente solicitava seja por encaminhamento, seja ligando e conversando, diversas maneiras. Ligava pro serviço, às vezes não conseguia falar com a responsável, ou mesmo conseguia, mas aí às vezes; ah! Mas como você quer que eu vá visitar, eu tenho o meu caso aqui em acompanhamento, não tem viatura; É uma atribuição de vocês, às vezes ficava nesse embate, mas, geralmente a gente contava um pouco da história daquela família e falava que a família precisava de tratamento e encaminhava para o CAPS. Não tinha retorno, porque era um volume muito grande. Alguns casos sim, quando a família voltava e dizia que mesmo assim não conseguiu. A gente supunha que se ela não voltava, ou porque desistiu ou deu certo. Mas, sei lá, às vezes uma manhã, cinco casos desse, entendeu? Então o volume era muito grande, a gente não conseguia fazer essa contrarreferência de saber, de acompanhar” (ADP 03).

A perspectiva da gestão municipal da saúde:

“Quando a gente leva para a Secretaria Municipal tem uma fala muito contrária. Olha, tem carro sim, é só agendar, é só ligar pra supervisão de saúde. É possível a gente conseguir essa vaga pra internação, caso necessário, via administrativa. Porque é torto, chega à Defensoria, a Defensoria vai cobrar o município, que vai cair na Secretaria Municipal, vai ser um transtorno, um processo judicial desnecessário. Eles falam, não, existe vaga, existe cota, existe uma regulação. Eu acho que falta muita comunicação entre os setores, fica um trabalho desarticulado. Eu não sei, também, qual é a entrada dessas ONGs, terceirização da saúde, não tem uma diretriz concreta muito fácil de visualizar. Então, cada serviço vai fazendo um pouco do jeito que acredita e muitas vezes não sabe a diferença de uma internação compulsória; não sabe que pode pedir carro pra própria supervisão, falar olha, tem uma pessoa que precisa da internação, o médico tem medo de dizer isso. Então, eu acho que falta diálogo entre o serviço da ponta, a supervisão de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde” (ADAS 02).

ESTABELECENDO UM FLUXO DE TRABALHO COM A REDE DE SAÚDE MENTAL

Iniciando com estabelecimento de fluxo interno na DPESP:

“As famílias vêm muitas vezes porque a pessoa com transtorno mental teve uma internação breve, nos moldes da reforma, mas que tá de alta, mas por “n” razões os familiares entendem que não têm como receber aquele parente, não têm como cuidar, então ele quer deixar no hospital. Aí ele procura a Defensoria pra dar uma bronca no hospital, olha, Defensoria, você não vai ficar do meu lado? Eu quero que o hospital fique com a pessoa. E, antes de transformar essa demanda num processo, que seria o movimento do Direito, de transformar uma demanda num processo judicial, a gente foi construindo esse fluxo. Esses casos têm até normativas internas que foram construídas pra tentar acertar esses fluxos: do defensor que ouve essa demanda encaminhar pro caso ser acompanhado junto com o psicólogo ou com o assistente social, ver se tem necessidade. Bom, essa família chega, se a gente só responder dizendo pro hospital que tem obrigação de ficar lá: primeiro, a gente nem sabe se existe isso, aconteceu a reforma. A gente precisa trabalhar com a família desconstruindo isso, uma cultura manicomial que ainda existe. E através da articulação família, serviço, a equipe tá cuidando? E aí é muito interessante quando a gente propõe outras atividades conjuntas, na base do diálogo, da construção de uma discussão pra aquela questão, que cada um pode ser ouvido, são construções coletivas, né? A gente tenta fazer, meio que alinhar, criar espaços pra que essas construções aconteçam: família, serviço, equipe” (ADP 04).

O diálogo com a Secretaria Municipal para evitar a judicialização:

“A gente foi conversando com as supervisões e assim, quando a pessoa não conseguia o tratamento ela podia entrar com uma ação, não de Internação Compulsória, mas de Obrigação de fazer, contra o Estado. E aí a Prefeitura começou a receber muitas dessas ações de obrigação de tratamento. Pra eles era ruim isso, então a gente sentou com a coordenadoria e com a supervisão de saúde do município e pensamos em um fluxo. Eles têm quatorze dias pra mandar uma resposta pra gente e a gente tem monitorado as respostas, e aí quarenta e cinco dias pra um relatório final. Tem sido interessante estudar esses relatórios que chegam, em alguns casos existe um investimento do serviço pra conseguir construir aquele tratamento com a família, trabalho bem sucedido. Mas não é a maioria. Em muitos casos os serviços entendem como mais uma obrigação. Tem sido muito interessante, a gente tá trabalhando agora pra assinar o fluxo e tornar formal porque até agora o fluxo está na informalidade, mas tem funcionado bastante” (ADP 03).

“A gente criou um formulário. Se essa pessoa, se esse usuário, se essa família já foi atendida pelo fluxo normal, e não teve a sua demanda atendida completamente, não tá satisfeito, enfim, alguma coisa não ocorreu da forma como era esperada nesse fluxo normal, aí a pessoa procura a Defensoria. A gente vai fazer um relatório sobre essa situação e mandar direto pra Secretaria de Saúde, porque aí a Secretaria vai mandar pro CAPS. Só muda a forma de chegar, porque aí, chegando da Secretaria de Saúde

vai lá pra esse CAPS e eles vão se articulando pra atender essa demanda” (ADAS 03).

A análise do trajeto percorrido pelos profissionais desde a implantação do CAM na DPESP, os caminhos e as estratégias possíveis de serem implantadas revelaram aspectos que priorizaram a importância do reconhecimento do “não saber” de cada área para mobilização da busca de novos saberes, e a priorização de se aprofundar a escuta para que os mais variados atores sociais possam participar da construção do serviço.

Merecem destaque as seguintes referências de estratégias utilizadas pelos profissionais: atendimentos individuais; atendimentos de familiares; visitas institucionais; participação em eventos; realização de conexão dos serviços da DPESP com CRAS, Secretarias Municipais, CAPS, Conselho Tutelar, hospital geral e psiquiátrico; mapeamento de serviços na rede, participação em conciliações e em audiências; elaboração de laudos; contestação de laudos; reuniões com profissionais de diferentes serviços de assistência social e de saúde; estabelecimento de Grupos de Trabalhos para realizar mapeamento de rede referentes às temáticas de saúde mental como situação de rua, habitação, álcool e drogas, defesa da mulher; realização de educação em direitos; estabelecimento de fluxo de trabalho junto à Secretaria de Assistência Social e de Saúde. Deve ser reiterado que, ao descrever as demandas coletivas foram apresentadas iniciativas de trabalho que estão sendo realizadas, também, em contexto de situação de rua, comunidades terapêuticas, instituições totais e asilares.

Não foram poucas as dificuldades encontradas ao longo desse percurso pelos profissionais da DPESP, principalmente referentes às resistências devido ao desconhecimento sobre os objetivos dessa nova instituição de Direito e, também, devido às imensas dificuldades estruturais e relacionais vivenciadas diariamente pelos profissionais que executam as políticas públicas. Entretanto, observa-se a abertura de possibilidades de atuação, que podem subsidiar a reflexão e discussão sobre o acesso à justiça para uma demanda em sofrimento mental.

8.3.4 A Construção de alternativas de acesso à justiça para a demanda de Saúde Mental

O presente tópico tem como proposta considerar um exemplo de atuação da

DPESP que subsidie a reflexão sobre acesso à justiça para pessoas portadoras de transtornos mentais ou com sofrimento mental. As questões que se colocam: será possível considerar que, apesar de tantas violações de direitos às quais se submetem aqueles que vivem na invisibilidade social (por fatores políticos, socioeconômicos e culturais) e em sofrimento psíquico, possa se estabelecer diálogos (horizontais) entre atores com saberes distintos, científicos ou não, em que essa demanda seja ouvida e que tenha efetivamente existência dentro do sistema de justiça? Há alternativas?

A presente análise se detém a uma temática que, reiteradamente, surgiu no decorrer das entrevistas com profissionais: o atendimento de pessoas com discursos delirantes e persecutórios. Para tanto, foi selecionada uma atuação da DPESP referente a um atendimento de demanda individual espontânea, de um senhor que vive em situação de rua e é portador de diagnóstico de esquizofrenia. O caso foi nomeado pela pesquisadora como “Guerreiro”.

CASO “GUERREIRO”

Vários motivos foram considerados para a escolha do presente caso: por ilustrar diferentes períodos da instituição (anterior e posterior à implantação do CAM) e os recursos disponíveis em cada um deles para o atendimento de pessoa com transtorno mental; por sintetizar como, aos poucos, foi se estabelecendo o difícil diálogo entre os profissionais da Defensoria e o usuário do serviço, como foi se estabelecendo a relação de confiança e, finalmente, as alternativas possíveis que foram emergindo. Esse caso foi selecionado, também, por dar clareza à participação de diferentes segmentos da instituição (e externos) que foram envolvidos na ação.

“Quando ele vinha, a triagem ficava em polvorosa!” (ADP 02)

Em praticamente todas as entrevistas presenciais realizadas com os profissionais da DPESP da Capital, quando era apresentado o objetivo do presente estudo, a figura de um senhor, de aproximadamente 40 anos, aposentado, que vivia em situação de rua, sempre paramentado com diversos apetrechos, que andava com uma bandeira enrolada em seu corpo e usava uma mochila com vários pertences, com um discurso de difícil compreensão, pensamentos persecutórios, utilizando-se de metáforas de guerra e bélicas, e apresentava reações violentas, era mencionado. Frequentador assíduo da instituição, (por mais de quatro

anos) desde os tempos da PAJ, passou a ser conhecido por defensores, seguranças, e por servidores em geral. Ele se dirigia até a Defensoria, sua demanda jurídica não era identificada, ele se alterava, era retirado do atendimento. “As pessoas não sabiam o que fazer com ele, já não o ouviam mais” (ADAS 02). Ele se dirigia, então, até a Ouvidoria e fazia a reclamação do serviço. A Ouvidoria, dentro de sua política institucional de portas abertas, prestava-lhe o atendimento. Lá ele permanecia por horas, reclamando do serviço e de todos. Tal situação se prorrogou por anos. Em determinado momento, os trabalhos da Ouvidoria e do CAM começaram a se entrelaçar em busca de alternativas para sua situação.

“Ele chegou à Ouvidoria com uma bandeira amarrada no pescoço, todo de verde, com uma linguagem toda desconexa, bastante agressivo, aparentemente agressivo. Ele não é uma pessoa agressiva de fazer enfrentamento físico, mas ele fala num tom mais elevado, e muito nervoso com a prefeitura, a prefeitura não me paga!!” (RDP 7).

Na Ouvidoria, Guerreiro levava diversos documentos, cópias de e-mails, ofícios, manifestações redigidas por ele para os mais diferentes órgãos públicos que ele acionava frequentemente em busca de defesa diante de pensamentos de perseguição que o atormentavam. Acionava a Ouvidoria da Polícia Civil, o CONDEPE, a Secretaria de Direitos Humanos, o próprio Núcleo de Direitos Humanos e a Corregedoria da DPESP.

“Às vezes, qualquer afronta com segurança gerava um problema na Ouvidoria. Às vezes, uma simples orientação, ele achava que o segurança estava tomando uma atitude contra ele. Ele procurou vários órgãos, procurou o CONDEPE, ele na verdade foi se cercando de todos os órgãos que ele poderia achar para dar vazão para aquilo que ele estava querendo (RDP 7).

Como o discurso dele era muito difícil, a colega daqui foi pedindo apoio em outros locais, fazendo uma parceria com o CAM, tentando resgatar um pouco desses ofícios que ele encaminhava para os lugares e trazia cópia para cá, até para entender qual era a reclamação dele sobre os defensores, ele tinha várias reclamações” (RDP 7).

A Ouvidoria iniciou, então, uma busca de informações, resgatando documentos dele juntamente com a ajuda dos profissionais do CAM.

Os agentes da Defensoria (psicólogos e assistentes sociais), à época da implantação do CAM, atuavam tanto no prédio da triagem na região central, quanto nas regionais distribuídas por toda a capital. Dessa forma, havia um sistema de rodízio entre os profissionais que realizavam o atendimento no serviço de triagem. Por esse motivo, e pela capacidade de mobilização do senhor que queria se fazer compreender, toda a equipe de psicólogos e assistentes sociais passou a conhecer o “Guerreiro”. Cada dia que ele chegava,

encontrava profissionais diferentes para atendê-lo, e o ciclo recomeçava, “a Defensoria tem um discurso inclusivo e não podia deixar o rapaz para fora!” (ADP 02). Aos poucos foram sendo pensadas alternativas para a situação.

A primeira alternativa foi a de estabelecer um Agente de Defensoria como profissional de referência para atender esse senhor, dia e horário agendados para os atendimentos, e orientação de todos os profissionais da triagem, administrativos e seguranças, para esclarecê-lo reiteradamente que deveria comparecer nos dias estabelecidos.

Essa opção foi discutida internamente e passou a ser utilizada com os profissionais da triagem. Inicialmente, ele insistiu em ser atendido pelos plantonistas, mas foi se adaptando à nova situação. Foi realizado, também, acordo com a Ouvidoria para que ele fosse acolhido pelo serviço, caso os procurasse, mas que fosse orientado a retornar no dia e horário pré-estabelecido com profissional de referência. Nesse espaço e horário agendados, “Guerreiro” tinha Total liberdade para se expressar, para que fosse possível a exploração pelo profissional sobre as situações de violações de direitos às quais havia vivenciado, e a identificação de possíveis demandas jurídicas a serem trabalhadas pelos defensores públicos. Configurava-se, também, mais claramente para o profissional, a situação de sofrimento mental daquele senhor, sua história de internações, suas condições de vida, sua resistência com os serviços de saúde, dentre outros aspectos relevantes para a compreensão de sua história de vida. A possibilidade de um vínculo com o profissional começava a se delinear.

A segunda alternativa estabelecida foi o encaminhamento das demandas jurídicas identificadas pela Ouvidoria e pelo CAM (problemas com aposentadoria e com contratos consignados) para o devido atendimento jurídico com defensores públicos.

“Ele não estava recebendo os proventos dele no banco. Na verdade, ele havia encerrado a conta porque achava que o banco estava tomando o dinheiro dele. Ele encerrou, mas ele tinha contraído uns empréstimos e achava que o banco estava tomando parte do dinheiro dele” (RDP 7).

“Ele tinha lá uma demanda jurídica, por trás daquele delírio, que eu percebi depois de muito tempo atendendo. Era o fato de que ele não tinha a aposentadoria por invalidez corrigida” (ADP 02).

“Outra ação, que a gente pôde entrar por ele, foi que ele assinou aqueles empréstimos consignados que a pessoa cata você na rua e fala oh, você quer dinheiro, e tal? Numa dessas ele assinou, pegou o dinheiro, e era descontado diretamente na folha dele, e ele achava que aquilo lá era roubo, que estavam roubando esse dinheiro” (ADP 02).

A partir da identificação das demandas jurídicas, os defensores puderam dar

andamento às ações, e encontraram outras dificuldades ao longo do percurso, como por exemplo, a recusa de “Guerreiro” a abrir conta em banco para o recebimento de seus proventos. Mesmo com a orientação e acompanhamento dos profissionais da Defensoria até as agências bancárias, conversando com o gerente do banco, “Guerreiro” se recusava, e quando raramente concordava, voltava atrás e desfazia o acordo por não confiar no contrato.

“Ele não queria abrir a conta no banco porque dizia que o contrato tinha cláusulas abusivas. Não estava recebendo os proventos e ficava em situação de rua” (RDP 7).

“A defensora explicou para o juiz, não a questão do transtorno mental porque poderia gerar algum problema pra ele, né? De ser interditado. Mas dizendo para o juiz que ele estava em situação de rua, não tinha comprovante de endereço, ficava difícil abrir a conta. O juiz não voltou atrás da decisão dele. A defensora ainda fez mais, ela agravou da decisão do juiz, foi para o tribunal e ela ganhou. Conseguiu que aquele pagamento ainda fosse liberado por guia de recebimento” (RDP 7).

A alternativa encontrada de pagamento por guia de recebimento referia-se à liberação do dinheiro dos pagamentos atrasados. Retirando esses valores e ficando sem dinheiro, chegaria a um estágio no processo em que ele teria que abrir a conta, ou ele ficaria sem os rendimentos mensais, o que posteriormente aconteceu.

A terceira alternativa encontrada pelo serviço refere-se à demanda de saúde e foi se formalizando enquanto os processos tinham andamento jurídico. Havia um histórico de internação e o usuário, traumatizado, não admitia a possibilidade de buscar serviços de saúde. Deve ser ressaltado que sua aposentadoria fora provocada por surto psicótico e, consequente, internação. Ao ouvir quaisquer referências ao CAPS, ele surtava. Era preciso encontrar alternativas para aproximá-lo do serviço de saúde, para que se garantisse o seu direito aos cuidados de saúde. “Toda vez que eu falava do CAPS, ele surtava, não queria, ficava agressivo. Ele tinha sido internado umas duas vezes e falava dessa experiência de uma maneira bastante doída. Ele foi, inclusive, aposentado por conta do surto” (ADP 02).

A alternativa possível envolveu duas iniciativas: a primeira foi a de considerar a possibilidade de fazer as refeições no CAPS de sua região, tendo em vista que ele apresentou a queixa de que não tinha lugar para almoçar. E, a segunda, foi a de convidar os profissionais do CAPS, da região em que ele morava, a fazer atendimento na DPESP juntamente com o agente da Defensoria que o acompanhava. Ele criou, então, um vínculo com a profissional do CAPS. E, posteriormente, foi possível fazer a passagem do atendimento da DPESP para o CAPS.

“O interessante foi que ele começou então a criar vínculo com essa profissional do

CAPS até o momento em que ele aceitou ir fazer o mesmo atendimento que a gente fazia na Defensoria lá no CAPS. Falei pra ele é mais fácil pra você, é mais perto, não precisa vir até aqui e aí, então, eu é que ia pra lá, pro CAPS. Até o momento que eu fui saindo, e o atendimento ficou só no CAPS” (ADP 02).

O período de atendimento com o profissional de referência da DPESP foi de aproximadamente quatro meses. O fato de o usuário ter sido encaminhado para o serviço do CAPS não significa que ele tenha se adaptado plenamente ao atendimento recebido no sistema de saúde e que não tenha retornado à DPESP. Com uma dinâmica emocional com característica de oscilações constantes, vez por outra retornava à DPESP, vociferando suas indignações sobre os diferentes serviços e locais por onde passa. Por outro lado, continuavam em andamento na Defensoria suas demandas jurídicas e seu vínculo com a instituição, seus agendamentos na Fazenda Pública, aos quais sempre compareceu.

Quando faltou a um agendamento, e ficou por dois meses sem comparecer à Ouvidoria, os profissionais da Defensoria fizeram contato com o CAPS em busca de informações.

“Lá no CAPS, ficamos sabendo. Ele morava numa residência abandonada. Um dia ele estava muito alterado, muito nervoso, porque o processo dele meio que parou porque ele não queria abrir a conta no banco, não vinha mais dinheiro, aquilo foi potencializando o estresse e ele surtou. Arrumou uma confusão na rua e a polícia acabou levando ele para o hospital psiquiátrico e ficou internado 30 dias” (RDP 7).

“A primeira coisa que ele fez, quando saiu do hospital psiquiátrico, ele veio aqui, banho tomado, bem trajado, bem medicado, falando bem devagar, ainda enrolava um pouco, mas assim... a atividade intelectual dele, ele falava bem mais pausado, veio com um monte de receita de remédio. Ele voltou menos acelerado que era, e falou quero saber como é que tá o meu processo” (RDP 7).

Durante todo esse período ele não abriu a conta no banco, depois ficou internado, o processo foi andando e ele juntou oito meses de pagamentos para receber.

“Ele viu que o montante era expressivo, ele resolveu abrir a conta. Mas não foi ao banco, fez por meio de banco postal, ele foi num correio. Agora, efetivamente, ele começou a receber” (RDP 7).

Por fim, surge uma alternativa proposta pela Ouvidoria às assistentes sociais do CAM referente aos possíveis benefícios sociais a serem considerados: a tentativa de inseri-lo no Programa de Aluguel Social. A única pessoa da família, uma irmã, o recebeu por alguns dias em sua casa após a internação. Entretanto, a difícil convivência com o cunhado não

permite a permanência de “Guerreiro” na casa. “Ele é pouco sociável, não aceita ficar em abrigo, acha que as pessoas vão roubá-lo. Prefere ficar sozinho na rua!” (RDP 7).

Em síntese, o caso de “Guerreiro” contribui para a reflexão sobre a situação daqueles que sofrem constantemente por ameaças e delírios persecutórios, e que procuram a Defensoria em busca de defesa. Proporciona a análise da presença de impactos emocionais relacionados a possíveis situações de violações de direitos, por trás de um discurso persecutório.

Entende-se que a vivência de impotências e fragilidades de “Guerreiro” foi levada para dentro da DPESP, de maneira reativa, no desempenho de um senhor valente, guerreiro, defensivamente onipotente. É possível considerar que os profissionais do sistema de justiça permaneceram por extenso período identificando-se com a impotência e fragilidade dele, porém não encontravam estratégias jurídicas (nem alternativas) para o caso. Tal análise não desconsidera o fato de que os profissionais da área do Direito, tal e qual os agentes da Defensoria, participavam de rodízio no serviço de triagem, fato que potencializava as dificuldades de se dar continuidade à busca da compreensão do complexo discurso que “Guerreiro” trazia.

A partir da situação de desconforto provocada pela insistência de “Guerreiro”, ao reivindicar (muitas vezes aos gritos) o seu espaço e a oitiva de seu discurso, nessa nova instituição para o acesso à justiça, a DPESP passou a dar abertura para que os novos saberes (e não saberes) dos agentes e os oficiais da Defensoria pudessem contribuir para a busca de compreensão das demandas jurídicas presentes naquela situação de sofrimento emocional.

Entende-se que a estratégia partiu, inicialmente, do desconforto (institucional) pela consciência de limites de um determinado saber (jurídico) para a compreensão e resolução satisfatória do caso. Posteriormente, a abertura para que diferentes saberes, para diferentes atores sociais e para serviços internos e externos da Defensoria possibilitou o aprofundamento da escuta, o estabelecimento de vínculos de confiança e a construção de alternativas para o caso, juntamente com a pessoa mais interessada no assunto, o próprio “Guerreiro”.

A PALAVRA DOS PROFISSIONAIS DO CAM DE TODO O TERRITÓRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

8.4 Resultados das entrevistas não presenciais (On-Line)

O material obtido com a realização das entrevistas não presenciais foi organizado em cinco tópicos com o objetivo de proporcionar a reflexão e discussão sobre as possibilidades de acesso à justiça via Defensoria, para a demanda de saúde mental, no território do estado de São Paulo. Demanda de saúde mental entendida nessa fase como a demanda das pessoas com sofrimento mental ou portadoras de transtornos mentais, com ênfase maior nas pessoas portadoras de transtornos mentais. Inicialmente, são analisadas as respostas dos participantes às questões sobre os objetivos do CAM e às atividades realizadas na regional; na sequência, as atenções se voltam para os usuários do serviço, quando são abordadas questões relativas aos principais objetivos de busca da DPESP pelos usuários na regional, e o perfil do público atendido pelo CAM; posteriormente, o foco se dirige para as principais características das pessoas portadoras de transtornos mentais atendidas pelo CAM, assim como para os direitos reivindicados por/para elas. Essa etapa de análise se encerra abordando os procedimentos adotados pelo CAM diante das demandas em pauta e com um panorama estadual do trabalho do CAM.

8.4.1 Objetivos do CAM e atividades realizadas

Atendimentos e atuação junto à rede

Ao serem analisadas as referências dos profissionais em relação aos objetivos e as atividades realizadas no CAM na regional, observam-se dois temas que se destacam consideravelmente: um deles se refere aos atendimentos e o outro à atuação junto à rede de serviços e às políticas públicas.

Os atendimentos surgem tanto como referências aos objetivos do CAM quanto

para descreverem as atividades que realizam. Os profissionais enfatizam que o público atendido chega à DPESP espontaneamente, na maioria das vezes, ou encaminhado por algum serviço ou órgão público, e que o atendimento pelo CAM é facultativo ao usuário do serviço da DPESP.

Na perspectiva dos profissionais, os atendimentos caracterizam-se por possibilitar o acolhimento e escuta das demandas por profissionais que visam identificar as necessidades que não foram possíveis de serem compreendidas e/ou encaminhadas pelos profissionais da triagem, estagiários e/ou defensores. Enfatizam que no CAM as pessoas podem se expressar em atendimentos mais prolongados que aqueles realizados na triagem uma vez que, geralmente, no serviço de triagem, estagiários e defensores precisam atender elevado número de pessoas com diferentes demandas. Para os participantes, o diferencial é que o CAM conta com profissionais capacitados para realizar uma escuta qualificada, pode ser explorada a situação de cada usuário do serviço; ser aprofundada a busca de identificação de demandas jurídicas, ou de necessidades de inserção em serviços e em programas de políticas públicas; e, também, ser analisada situação conflituosa e encaminhada para acordos extrajudiciais.

As referências aos atendimentos surgem com diferentes destaques, com diferentes formas de expressão, mas com um núcleo comum que é a possibilidade de melhor acolher e entender demandas, que em um fluxo de atendimento exclusivamente jurídico poderiam não ser aprofundadamente ouvidas. Essas referências são apresentadas pelos participantes com a descrição das seguintes atividades: (i) atendimento psicossocial; (ii) atendimento integral; (iii) atendimento humanizado; (iv) atendimento multidisciplinar; (v) atendimento especializado; (vi) atendimento interdisciplinar; e (vii) atendimento complementar ao atendimento jurídico.

Nas palavras dos participantes, os objetivos de suas atividades:

“Realizar atendimento psicossocial complementar ao atendimento jurídico” (ADAS 01, Interior).

“Oferecer atendimento integral à população usuária da Defensoria Pública” (ADP 03, Interior).

“Efetivar atendimento integral, humanizado e interdisciplinar aos usuários da Defensoria” (DP 11, Interior).

Em um segundo tema, as diferentes manifestações dos participantes relativas à atuação junto à rede de serviços e às diferentes políticas públicas foram agrupadas. Evidencia-se a importância apresentada aos trabalhos em conjunto com a rede, visando proporcionar um atendimento integralizado e humanizado aos usuários da Defensoria. Foram constantes as

alusões aos encaminhamentos de usuários aos diferentes serviços e às políticas públicas de Saúde e /ou de Assistência Social, a orientação dos usuários sobre tais serviços, e o fortalecimento do vínculo da Defensoria com a rede de atendimento do município e do estado. Merecem destaque as reiteradas referências à realização de ações conjuntas com a rede direcionadas para a Educação em Direitos, com participação dos profissionais do CAM em eventos, reuniões, fórum, conferências, levando informações e discutindo com profissionais da rede e com a comunidade em geral, serviços da Defensoria, acesso à justiça e garantias de direitos.

Dentre as referências aos objetivos do trabalho desenvolvido com a rede de serviços, o discurso de mapeamento e da articulação com os serviços:

“Articulação com a rede socioassistencial de serviço”s (ADP 05, Capital).

“Promover a constituição e articulação de redes de serviços para a garantia de acesso à população” (ADP 04, Capital).

“Articulação com a rede de serviços para garantia de acesso dos usuários às políticas públicas” (ADAS 07, Capital).

“Mapeamento e articulação da rede de serviços por meio de estudos, visitas e reuniões” (DP 11, Interior).

“Mapeamento e articulação com serviços/políticas públicas” (ADAS 32, Interior).

“Mapeamento de atendimento local” (DP 48, Interior).

“Participação em reuniões e mapeamento da rede socioassistencial dos Municípios” (DP 58, Região Metropolitana).

Os objetivos do CAM e as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas regionais são apresentados enfatizando atuações que visem à ampliação do acesso à justiça, à busca de resoluções extrajudiciais, e, à assessoria aos defensores, qualificando tecnicamente a construção de defesas em casos que foram judicializados:

“Identificação de demandas que transcendam o âmbito jurídico stricto sensu para amparar decisões de encaminhamentos extrajudiciais para órgãos externos e atuação extrajudicial de enfrentamento de demandas” (DP 11, Interior).

“Fortalecimento do vínculo entre a Defensoria Pública e a rede de Atendimento do Município, evitando a fragmentação do atendimento e contribuindo com estratégias de atividades de composição de conflitos” (DP 12, Interior).

“Fomentar a articulação da rede no que se refere à inserção dos cidadãos nas

políticas públicas, principalmente, nos casos onde não há viabilidade jurídica para a propositura de ação” (ADP 25, Região Metropolitana).

“Qualificar tecnicamente a estratégia de defesa criminal” (ADAS 31, Capital).

Em relação, especificamente, às atividades desenvolvidas, uma temática emerge reiteradamente; o atendimento de pessoas que solicitam a internação de familiares e/ou dependência química.

“Atendimentos a solicitações de internação compulsória de pessoas com transtorno mental e/ou uso problemático de substâncias psicoativas” (ADP 16, Interior).

“Atendimento a demandas relacionadas à saúde mental e drogadição” (DP 58, Região Metropolitana).

“Atendimento de famílias que solicitam a internação forçada de seus entes por uso abusivo de álcool e/ou outras drogas” (ADAS 18, Interior).

“Principalmente pedidos de internação compulsória decorrente de quadro de dependência de álcool e outras drogas” (ADP 60, Interior).

“Casos de álcool, drogas e violência doméstica” (DP 42, Interior).

“Auxílio nos processos que tratam de internação psiquiátrica involuntária, principalmente para a questão de uso de drogas” (DP 51, Interior).

A análise das referências dos profissionais, especificamente para os objetivos dos trabalhos desenvolvidos nas regionais e atividades realizadas, evidencia a presença de elementos comuns para as três regiões. Tais parâmetros foram sintetizados em atendimentos e na articulação com serviços e políticas públicas. A perspectiva extrajudicial se manifesta predominante, no entanto também se fazem presentes alusões ao trabalho de assessoria técnica realizada pelos profissionais na elaboração de defesas em casos que foram judicializados. A articulação com a rede além de ser destacada com exemplos de reuniões e acompanhamentos conjuntos de casos, inclui projetos de educação em direitos em que são realizadas orientações e participação em eventos, conferências, simpósios, visando discutir possibilidades de acesso às políticas públicas, temas associados à saúde, ao direito, à habitação e/ou à assistência social.

Para encerrar, algumas considerações quanto às referências dos entrevistados e semelhanças e diferenças na atuação. Os registros aos trabalhos realizados predominantemente se voltaram para demandas individuais. Somente dois profissionais

mencionaram, dentre os principais objetivos de suas regionais, a atuação em Tutela Coletiva. Merece ser ressaltada a presença de menções recorrentes sobre atuação com demandas do Direito de Família, da Infância e Juventude. Para que se possa refletir sobre possíveis semelhanças e/ou diferenças na atuação das três regiões do estado, proposta para a presente etapa do estudo, algumas ponderações se fazem necessárias quanto às temáticas e as estratégias utilizadas. Destaca-se que se mostram semelhantes, entretanto uma característica que se observa é a diferença na evidência atribuída aos objetivos e atividades voltadas para o atendimento observada nas entrevistas dos profissionais do interior, e o discurso predominantemente direcionado para atuação e articulação com a rede de serviços e políticas públicas presente nas respostas dos profissionais da Capital.

Outro aspecto observado, referente aos objetivos, foi a ênfase maior dada pelos profissionais do Interior e da Região Metropolitana na atuação em Conciliação, Mediação, Composição de Conflitos e/ou Resolução Extrajudicial de conflitos. Observou-se que os profissionais procedentes dessas regiões se detiveram mais ao abordar o tema, oferecendo maiores detalhes sobre os objetivos dessas práticas em relação aos da Capital em que somente um profissional especificou o objetivo de sua atuação como conciliador. Entretanto, ao descreverem as atividades desenvolvidas nas regionais, tanto no Interior quanto na Capital, essas referências se fizeram presentes.

8.4.2 Público atendido Pelo CAM e seus objetivos na busca pela DPESP

As características de existência do público atendido

As características do público atendido pelo CAM, mencionadas pelos profissionais, enfatizaram uma população em situação de vulnerabilidade ou risco social, em intenso sofrimento, com carência de conhecimentos sobre direitos, ou que tenham vivenciado a negativa de acesso aos serviços públicos anteriormente. Baixa escolaridade, desemprego e não obtenção de benefícios previdenciários também foi apontado. Pessoas com baixa renda, predominantemente mulheres, que residem na periferia, em área não regularizada pela prefeitura, ou em contextos com culturas violentas.

“Pessoas que tiveram seus direitos violados e que estão percorrendo os serviços

públicas e não estão sendo atendidas de forma integral em suas necessidades. Verificamos que essas rotas possuem muitos obstáculos e o acesso a alguns serviços é difícil” (ADP 60, Interior).

“Socialmente vulneráveis, baixa escolaridade, em intenso conflito familiar ou mental” (DP 55, Interior).

“Pessoas em situação de vulnerabilidade social e psíquica” (ADAS 6, Capital).

“Em extrema vulnerabilidade e/ou em situação de rua” (ADAS 27, Capital).

“Famílias cuja demanda principal é habitação, em diferentes níveis de complexidade: ocupação ilegal, acolhimento institucional das crianças/adolescentes motivado por moradia inadequada ou pela falta dela, despejo por não pagamento, etc.” (ADAS 30, Capital).

Em relação aos objetivos da busca pela DPESP pelos usuários do serviço do CAM, foram apresentadas temáticas relativas a conflitos familiares, demandas de investigação de paternidade, regulamentação de direitos de visitas ou regulamentação de guarda, problemas relacionados à habitação e situações de violência. Predominaram referências de demandas de Direito de Família. Além disso, dois temas se destacaram expressivamente e são abordados na sequência: o acesso às políticas públicas (saúde, assistência social, educação, habitação) e a busca por tratamento e internação de familiares com transtornos mentais e/ou por uso abusivo de álcool e outras drogas.

Acesso às Políticas Públicas

A busca por acesso às políticas públicas se apresentou reiteradamente com alusões à saúde, à habitação, à educação e à assistência social:

“Acesso a serviços como habitação, saúde e outros” (ADAS 32, Interior).

“Acessar políticas públicas: saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras” (ADAS 18, Interior).

“Inserção e articulação da rede socioassistencial e de saúde” (ADP 25, Região Metropolitana).

“Acessar serviços, benefícios e programas preconizados pelas Políticas Públicas” (ADAS 27, Capital).

“Pessoas em situação de vulnerabilidade social e violação de direitos, que recorrem à Defensoria para acesso a serviços, programas, equipamentos e benefícios previstos pelas Políticas Públicas” (ADAS 17, Interior).

A busca por tratamento e internação

Ao se remeterem aos objetivos da busca da DPESP pelos usuários do CAM, os profissionais incluíram a solicitação de intervenção do estado para resolver os problemas relacionados com a necessidade de tratamento de familiares, dentre os motivos mais frequentes. O enfoque recaiu nos casos de pessoas com transtornos mentais e/ou com dependência química.

A ênfase na busca por tratamento:

“Tratamento médico para pessoas com uso abusivo ou dependência química” (DP 11, Interior).

“Acesso a tratamento de drogadição” (DP 54, Capital).

“Atendimento de saúde mental para familiares” (ADP 33, Capital).

A ênfase na busca por internação:

“Internação de um/a familiar que possui transtorno mental e/ou em uso problemático de substâncias psicoativas” (ADP 16, Interior).

“Solicitar internação forçada de seus familiares” (ADAS 18, Interior).

“Solicitação de internação compulsória de familiares com transtorno mental e/ou uso problemático de álcool e outras drogas” (DP 50, Interior).

“Internação compulsória de parente usuário de drogas” (DP 53, Região Metropolitana).

*“Internação compulsória para dependentes químicos” (ADP 03, Interior).
Pedido de internação “compulsória” de familiares que fazem uso abusivo de drogas ou que têm transtorno mental (ADP 05, Capital).*

Embora tenha sido expressiva a presença da temática de busca por tratamento para casos de dependência química e/ou de transtornos mentais nas diferentes regiões, observou-se diferenças na forma de abordagem do tema. Enquanto nas respostas dos profissionais do Interior e da Região Metropolitana tenha sido recorrente a referência da busca por internações forçadas e/ou compulsórias, na Capital os profissionais enfatizaram o acesso à saúde, a procura por tratamento ou acesso a tratamento. No Interior, as referências à busca por internação compulsória e à procura por tratamento foram mencionadas de forma equiparada. Na Capital, somente um profissional fez alusão ao termo internação compulsória e destacou a

palavra (compulsória) entre aspas possivelmente para caracterizar que seria a fala do usuário do serviço, não a dele. Todos os demais profissionais da Capital ao se referirem ao tema, mencionaram a busca por tratamento ou a busca por acesso aos serviços de saúde.

8.4.3 Características das pessoas atendidas pelo CAM e os direitos reivindicados

Para iniciar a abordagem dos profissionais sobre o tema de atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais, primeiro foi perguntado se nas regionais de todos os participantes havia demanda e realização de atendimento dessas pessoas. Do Total de trinta e oito participantes, quatro afirmaram que em suas regionais não há essa demanda. Desses quatro profissionais, dois pertencem à mesma regional. Portanto, de vinte e uma das regionais participantes, não há atendimento de pessoas portadores de transtornos mentais em três, de acordo com as informações obtidas, sendo duas regionais do Interior e uma da Capital.

A percepção dos participantes sobre as pessoas portadoras de transtornos mentais

Os resultados daqueles que afirmaram receber a demanda demonstraram que, ao descreverem as características das pessoas portadoras de transtornos mentais atendidas, são reiteradas as referências da presença de pensamentos desorganizados e persecutórios, que dificultam a compreensão da existência (ou não) de demandas jurídicas; vínculos familiares conflituosos ou rompidos; as condições de vida como moradores em situação de rua; e as dificuldades de aderirem aos tratamentos, geralmente, por trazerem históricos de internações forçadas e traumatizantes. Os participantes ressaltam que essas pessoas geralmente chegam sozinhas ao serviço, relatam histórico de segregação e abandono e possuem baixa (ou nenhuma) renda.

Referências aos pensamentos persecutórios, conflitos familiares e não aderência a tratamento:

“Na maioria das vezes encontram-se desorganizados e reivindicam ajuda para coibirem situação de perseguição (paranoia); reivindicam valores monetários (dano moral) ou a prisão de alguém. Há também casos relativos ao levantamento de interdição” (ADP 25, Região Metropolitana).

“Discurso não linear, vínculos familiares rompidos, dificuldade em aderir a propostas de tratamento, independente da modalidade” (ADAS 08, Região Metropolitana).

A essas características somam-se a falta de rendimentos e o histórico de violações e de abandono:

“Geralmente apresentam discursos aparentemente persecutórios e fantasias. No relato há histórico de violações, segregações, abandono, conflitos familiares ou pouco contato com familiares; não vinculação com a rede de serviços de saúde ou outras políticas públicas. Falta de renda” (ADP 05, Capital).

“Normalmente as pessoas com transtornos mentais atendidas possuem pensamentos persecutórios e/ou delirantes, na maior parte das vezes não há demanda judicial envolvida e geralmente comparecem sozinhos ao atendimento” (ADP 37, Capital).

Referências à condição de morador em situação de rua, aos vínculos com familiares e com a comunidade frágeis ou rompidos, e a recusa ao encaminhamento para serviços de saúde:

“É comum estarem em situação de rua ou viverem em ocupações, e terem vínculos familiares frágeis ou rompidos. Também é comum não fazerem/aceitarem acompanhamento da saúde mental. A interdição é ainda sugerida por membros da própria instituição como forma de proteger essas pessoas” (ADP 33, Capital).

“Vínculo frágil ou inexistente com recursos da comunidade e com a família de origem e/ou extensa; vulnerabilidade social; dificuldade de compreensão da demanda judicial, quando ela existe; são usuários que geralmente retornam constantemente à instituição; são pessoas que, em sua maioria, já recorreram a diversos órgãos/instituições e não são acolhidas; relatam desrespeito por parte de outros serviços que já os atenderam; entendimento bastante restrito acerca das possibilidades de atuação dos serviços de saúde, com destaque para os CAPS (acreditam que o tratamento é apenas medicamentoso); muitas destas pessoas relatam situações de internação forçada por familiares e, por isso, recusam qualquer encaminhamento a equipamentos de saúde; algumas revelam grande sofrimento por não serem ouvidas na sociedade; outra característica importante é que vários usuários que nos procuram e que têm transtorno mental estão em situação de rua ou na iminência de ficarem, por conta de conflitos com vizinhos, locatários, familiares ou mesmo por conta de despejo por falta de pagamento ou outros motivos” (ADAS 07, Capital).

Históricos de internações, a recusa aos tratamentos e pedido de interdição:

“Pacientes com longo histórico de internações coercitivas e que apresentam recusa a realização de tratamentos; pessoas que nunca realizaram tratamento, pela recusa mencionada; pessoas que necessitam de maior suporte familiar, previdenciário, da assistência social, saúde, educação, habitação; pessoas que possuem dificuldades para expressar o que desejam” (ADAS 17, Interior).

“Possuem discurso ligeiramente organizado sobre suas necessidades e reivindicam atenção da instituição para a sua demanda que, muitas vezes, não necessita de judicialização. Em parcela significativa dos casos se pode identificar violação

concreta de direitos. É comum que alguns casos definidos como de suposto transtorno mental para atendimento do CAM tenham, como questão propulsora, o pedido de interdição por parte de um familiar” (ADAS 18, Interior).

“As pessoas com transtorno mental atendidas nesta unidade possuem demandas diversas, entre elas destacam-se a interdição e benefícios, além de tratamentos nos CAPS ou inserção em Serviço Residencial Terapêutico” (ADP 61, Interior).

A percepção da tendência à cronificação dos quadros de transtornos, das práticas farmacológicas, da baixa autonomia e da banalização da interdição judicial:

“Considerarei o termo portadores de transtornos mentais como pessoas em sofrimento por transtornos mentais e por uso abusivo de substâncias. Falta de acesso à política pública integral de saúde, territorializada, promotora de saúde sem foco na patologização da pessoa, com práticas de redução de danos, manejo e prevenção de crises/recaídas. Assim, a tendência à cronificação dos quadros em virtude de tratamentos voltados a práticas médico-centradas ou apenas farmacológicas é uma das características da população. Outra característica seria a baixa autonomia pela falta de serviços territorializados e propostas individuais, além das práticas farmacológicas, também agravadas pela banalização da interdição judicial. A escassez de recursos também é uma característica saliente pela pobreza, parca oferta de serviços públicos e estreitamento dos laços e rede social” (ADP 41, Interior).

Direitos negados e reivindicados às pessoas portadoras de transtornos mentais

Após serem abordadas as principais características das pessoas com transtornos mentais atendidas pelos profissionais, torna-se possível a análise de quais seriam os direitos reivindicados por e/ou negados para elas. Para os profissionais, é bastante ampla a relação de direitos violados e/ou reivindicados para esses casos. A ênfase recai na busca por acesso aos serviços e/ou às políticas públicas, incluindo assistência social (benefícios, moradia, transporte) e serviços de saúde. Estiveram presentes as questões relativas aos pedidos de internação e interdição, partindo de familiares de pessoas com transtornos mentais associados (ou não) à dependência química e solicitações de levantamento de interdição e de mudança de curador, nos casos em que a busca do serviço é realizada pela própria pessoa com transtornos mentais.

“Os direitos reivindicados para portadores de transtornos mentais são os mais diversos possíveis. Podem ser inúmeras as demandas jurídicas trazidas e o trabalho do CAM é inserir estes usuários na rede de serviços, de maneira que tenham um atendimento contínuo, se for o caso” (DP 64, Capital).

“Acesso aos equipamentos que compõem a política pública de saúde; acesso aos equipamentos e benefícios da política pública da assistência social; respaldo familiar (para suporte financeiro ou simplesmente para acompanhamento); direito de acesso ao sistema judiciário, via processo, se for o caso” (ADAS 7, Capital).

“Levantamento de interdição; acesso a tratamento médico e medicamento; recebimento de benefícios ou de auxílio por parte da família” (DP 11, Interior).

“Serviço de saúde adequado, interdição (curatela), acesso gratuito a tratamento e medicamento, demandas de Direito de Família para solução de conflitos familiares” (DP 12, Interior).

“No que concerne ao serviço social, as demandas centrais são o acesso a serviços de saúde, bem como a atuação processual contra pedidos de interdição movido por familiares” (ADAS 18, Interior).

“Interdição e medida de segurança. Tratamento em saúde mental. Moradia” (ADP 61, Interior).

“Benefícios do INSS, transportes, tratamento (entendido como internação em instituição Total)” (ADP 25, RM).

Em algumas situações, os profissionais especificaram os casos em que os direitos reivindicados partem da própria pessoa portadora de transtorno mental e não do familiar. Surgiram menções à busca por defesa em situações de delírios; demanda judicial associada à interdição; queixa de maus tratos; reivindicação do direito de permanecer com seus filhos, e solicitação de mudanças de curadores.

“Na maioria dos casos, a ideia de direito aparece de forma indireta, em razão dos delírios que permeiam a vida do cidadão (exemplo: pedido de prisão daqueles que o perseguem; dano moral por acreditar em uma ameaça imaginária)” (DP 53, Região Metropolitana).

“Em sua maioria, eles reivindicam direitos ilusórios que estão relacionados aos seus delírios, solicitam heranças de pessoas famosas, atitudes em relação às pessoas que os perseguem, entre outras. Quando há demanda judicial, normalmente são pessoas interditadas que se queixam de seus curadores” (ADP 37, Capital).

“Geralmente gostariam de entrar com ação judicial por se sentirem perseguidos. Também quando o poder público ameaça ou retira os filhos do convívio familiar” (ADP 35, Capital).

“Que pessoas ou órgãos deixem de prejudicá-los em seus pedidos; mudança de curador; relatos de que estão sendo maltratados por familiares ou terceiros” (ADAS 8, Região Metropolitana).

A heterogeneidade da demanda, e a busca da DPESP realizada pela própria pessoa

ou por familiar da pessoa portadora de transtorno mental, abordada e detalhada por um dos participantes:

“As pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental trazem demandas heterogêneas: pedidos por ações indenizatórias contra o Estado, familiares ou terceiros, porque as pessoas se sentem perseguidas, ameaçadas ou humilhadas. Nesses casos, poucas são medidas judiciais viáveis. As pessoas com transtornos mentais também trazem questões jurídicas objetivas (divórcio, usucapião, inventário, pensão alimentícia, acesso às políticas públicas) de modo que o discurso delirante, quando há, em nada atrapalha a compreensão da demanda. Outras vezes, o conteúdo delirante dificulta a avaliação sobre a existência ou não de demanda jurídica. Alguns usuários/as solicitam acesso aos serviços de saúde mental e questionam falta de profissional médico, as medicações prescritas, ausência de atendimento psicológico individual, ausência de relatórios médicos que viabilizem o requerimento do BPC (Benefício de Prestação Continuada) e bilhete especial. Enfim, as pessoas questionam seu projeto terapêutico singular (ainda que a construção se dê na relação paciente-equipe de saúde). Os familiares das pessoas com transtornos mentais solicitam internação, principalmente quando há uso problemático de drogas associado. Muitas vezes não apresentam solicitação específica para Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, Instituição de Longa Permanência ou Residência Terapêutica. Os familiares buscam Interdição para fins burocráticos, tais como obtenção de laudo favorável em perícia do INSS (ainda que regulamentação interna do Órgão indique que a Interdição não é necessária); para administrar o Benefício/Aposentadoria, ou para viabilizar internação” (ADAS 27, Capital).

Ênfase nas barreiras de acesso e na demanda reprimida:

“São inúmeros os casos. A triagem da Defensoria Pública atende diariamente mais de 100 pessoas. Os portadores de transtornos mentais chegam ao atendimento com problemas cotidianos como divórcio, briga com vizinhos, etc. Há casos, também, de pessoas que procuram a Defensoria Pública com demandas específicas de portadores de transtornos mentais como levantamento de interdição, mas, em geral, a procura é feita para os problemas rotineiros da população. Talvez isto ocorra aqui porque ainda é uma cidade de cultura hospitalar e onde muitos portadores de transtorno mental estejam presos nos hospitais, o que pode fazer com que haja uma demanda reprimida” (DP 51, Interior).

“Pessoas com transtorno mental têm as mesmas necessidades de outras pessoas tidas como normais, têm questões cíveis/ familiares, enfim, pedem divórcio, pleiteiam alimentos, guarda etc. e às vezes quando são interditadas pedem a reversão disto, o que na prática é muito difícil” (ADAS 32, Interior).

Em síntese, os temas identificados possibilitam observar ampla gama de características das pessoas portadoras de transtornos mentais e dos direitos reivindicados por e/ou para elas. Pessoas com pensamentos delirantes que buscam defesa para poderem ser protegidas pelo Estado diante das ameaças que vivenciam; carência de rendimentos, maus tratos e vínculos familiares fragilizados. Por vezes, vivência em situação de rua, com histórico

de internações coercitivas, de não adesão aos tratamentos, foram características apontadas. Os direitos reivindicados estão atrelados à definição de quem busca a Defensoria, se é realizada pela própria pessoa portadora de transtorno ou por seu familiar. Quando a busca parte do familiar, na maioria das vezes ele solicita acesso a tratamento, interdição, internação e/ou benefícios. Em casos de busca pela própria pessoa portadora de transtornos, as reclamações englobam a defesa diante de delírios (ou violações reais) que as ameaçam, requisitam levantamento de interdição e/ou mudança de curador, demandas de serviços ou de dificuldades de acesso a esses, reivindicação do direito de permanecer com seus filhos. Não foram observadas diferenças nas descrições desses temas em relação às regiões de procedência dos profissionais.

8.4.4 Procedimentos adotados pelo CAM

A análise dos procedimentos adotados pelos profissionais do CAM, especificamente, para o atendimento das pessoas portadoras de transtornos mentais nas diferentes regionais do estado, possibilitou identificar muitas semelhanças às atividades descritas no bloco temático 1: foram enfatizadas as atividades de atendimentos e de articulação com os serviços e as políticas públicas. Entende-se que tais semelhanças são coerentes com uma proposta política de inclusão que proporciona às pessoas portadoras de transtorno possibilidades de compartilharem o ambiente e serviços de escuta qualificada, assim como de iniciativas para o acesso às diferentes políticas públicas e aos serviços da rede, da mesma maneira que todos os outros cidadãos que buscam a DPESP.

“Atendemos da mesma forma que atenderíamos qualquer cidadão/ã. Oferecemos o acolhimento, a escuta qualificada, dando liberdade e tempo para que a pessoa possa dizer sobre sua demanda e seu sofrimento na condição de sujeito e não objeto, apostando na construção de vínculo e confiança para que possamos melhor realizar acordos/encaminhamentos para a situação, na intenção de minimizar o sofrimento social e psíquico da pessoa em tela. Vale destacar que no atendimento não confrontamos o discurso da pessoa” (ADAS 20, Região Metropolitana).

Observa-se que a escuta qualificada e o trabalho interdisciplinar visam acolher e reconhecer a presença de demandas jurídicas (ou não); identificar as trajetórias percorridas por essas pessoas na busca por acesso aos serviços (e as negativas), programas e políticas públicas; analisar as possibilidades de encaminhamento e de resolução extrajudicial das

demandas.

Identifica-se a frequente referência dos profissionais de realizarem atendimentos com as pessoas portadoras de transtornos mentais e com seus familiares, procurando ampliar a compreensão das questões trazidas e do contexto familiar no qual estão inseridas; são também realizadas visitas domiciliares em busca de uma compreensão das condições de existência das pessoas, da observação das relações com a comunidade e os recursos disponíveis que possam contribuir para os encaminhamentos possíveis para cada caso.

Atrelado a todo o trabalho de escuta realizado nos atendimentos individuais e/ou familiares, os profissionais atuam realizando articulação com os diferentes serviços de assistência social e de saúde, objetivando a inserção das pessoas nos programas e políticas assistenciais no território onde as pessoas vivem.

“Na maioria dos casos, os familiares desconhecem os serviços ambulatoriais (CAPS ou unidades de referência). Dessa forma, nossa atuação gira em torno de tentar o encaminhamento dessa família ao serviço mais próximo da residência. Outras vezes as famílias já tentaram aproximação ao serviço, mas relatam não ter obtido resolatividade; então nós fazemos contato com o serviço, discutimos a situação para tentar entender o que já fora realizado e o que ainda pode ser tentado” (ADAS 29, Capital).

“O CAM pode acessar este público por duas formas distintas: a) por meio da triagem; b) por meio de Procedimento Administrativo instaurado por defensor público. Na primeira situação, se busca promover um acolhimento da pessoa e identificação da demanda, com consequente contato aos familiares e encaminhamento para serviços, se necessário. No segundo caso, quando há instaurado um prejuízo no direito, após a leitura dos documentos e entendimento processual da demanda, normalmente a pessoa é convidada para uma entrevista ou é realizada uma visita domiciliar, com vistas a levantar elementos que possam colaborar para a restituição do seu direito violado/cidadania” (ADAS 18, Interior).

Embora as práticas descritas pelos profissionais nas três regiões tenham sido bastante semelhantes, e seja possível observar reiteradamente a presença de atendimentos (que visam ampliar o entendimento de cada caso, e acolhimento das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares) e de intervenções junto à rede, a análise das respostas possibilita algumas considerações: (a) nas três regiões predominaram referências aos atendimentos, à articulação com a rede, aos trabalhos com familiares; (b) na Capital os profissionais priorizaram a ênfase nos diálogos que se estabeleceram com outros serviços públicos, na articulação e nos contatos externos à Defensoria; (c) no Interior as referências aos atendimentos e aos diálogos internos entre profissionais do CAM e defensores tiveram maior destaque, e (d) tanto na Capital quanto no Interior, referências às visitas domiciliares se

fizeram presentes.

“Dentre os procedimentos adotados pelo CAM nesses casos, pode-se mencionar o encaminhamento ao CAPS, onde poderão ter um acompanhamento contínuo. Além disso, pode haver elaboração de relatórios pelo CAM, explicando a situação do usuário, o que auxiliará no encaminhamento da questão jurídica” (DP 64, Capital).

“O CAM busca acolher essas pessoas, compreender a solicitação apresentada na Defensoria Pública, a existência de demanda jurídica, a reunião de número máximo de informações sobre esse usuário, que auxilie na concretização das medidas possíveis pela Defensoria; busca a orientação e aproximação dos familiares; articula a rede de serviços para oferecimento de todo o suporte necessário a essa população; discute os casos junto aos defensores públicos, buscando a resolução das situações jurídicas e demais pontos que envolvam essas pessoas; realiza atendimentos aos familiares e discussões de caso com os profissionais da rede de serviços, objetivando articular toda a rede de suporte a essas pessoas” (ADAS 17, Interior).

“Atendimento longo para extrair o maior número de informações possíveis; pactuar a possibilidade de envolver familiares e serviços de saúde no acompanhamento da problemática trazida pelo usuário; trabalho de acompanhamento e referenciamento na rede de saúde, através de reuniões com a rede (serviços de assistência social e saúde – CRAS/CREAS, UBS e CAPS) e familiares para sensibilização desses na importância de contribuir para a compreensão da situação do usuário e sensibilização desses para uma devida análise do que é necessário em termos de saúde” (ADAS 08, Região Metropolitana).

Há presença de referências dos procedimentos de assessoria técnica para a elaboração de defesa:

“Encaminhamento e articulação com a Rede de Atendimento, atendimento com grupo familiar, atuação como assistente técnico em processos judiciais e suporte ao atendimento jurídico” (DP 12, Interior).

“Escuta privativa e interdisciplinar da pessoa com deficiência mental; escuta privativa e interdisciplinar dos familiares, caso existam; diligência perante a rede para saber se há prontuário ou histórico de atendimento; discussão do caso com o defensor público natural a fim de validar eventuais encaminhamentos ou propositura de ações judiciais” (DP 11, Interior).

“Atendimento ao usuário. Contato e articulação da rede, se possível com técnico de referência. Estudo dos autos e discussão de caso com defensor responsável” (ADP 61, Interior).

Há também menções a procedimento em que a presença do profissional do CAM se faz necessária para intermediar o atendimento, e procedimento em que o defensor não identifica essa necessidade:

“Caso haja alguma dificuldade de entendimento da demanda jurídica trazida por

conta de dificuldade de comunicação, a psicóloga do CAM é chamada para intermediar o atendimento. Porém, nem sempre isto é necessário. Caso o atendimento seja para um caso de levantamento de interdição, divergência de entendimento com o curador, etc., provavelmente, o caso será encaminhado ao CAM para acompanhamento, porém isto não ocorrerá necessariamente somente porque se trata de um portador de transtorno mental. Caso ele compareça para uma orientação jurídica comum e consiga ser orientado a contento, o CAM pode nem ser acionado” (DP 51, Interior).

A descrição dos procedimentos desde o acolhimento inicial à adesão ao tratamento:

“Escuta do cidadão para compreensão da demanda; levantamento de possíveis familiares para dar atenção ao caso; articulação da Rede de Saúde Mental para acompanhamento conjunto; suporte a ações judiciais quando existentes; atendimentos individuais, encaminhamento para o serviço público adequado e verificação, até que se perceba que o cidadão aderiu ao serviço adequado, como o CAPS ou CAPS-Ad, por exemplo” (DP 53, Região Metropolitana).

Por fim destacam-se a relevância no trabalho de orientação sobre a política de saúde mental, as internações de longa permanência, os impactos da interdição e orientação sobre possibilidade de levantamento de interdição:

“Acolhimento e Escuta qualificada; orientação sobre acesso aos direitos sociais e exercício da cidadania; articulação com os serviços preconizados pelas Políticas Públicas, especialmente CAPS, a fim de garantir o acompanhamento em saúde mental; esclarecimentos sobre a Política de Saúde Mental e Histórico da Reforma Psiquiátrica, diante de pedidos por internação de longa permanência; diálogo com Defensor/a quando eles indicam curador/representante (interdição) temendo comportamento inesperado do usuário em Audiência Judicial. Conversamos com o Defensor sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, estigma e preconceito. Orientação aos familiares e usuários sobre interdição, sua ineficácia em muitas situações, o significado simbólico que ela carrega (marca o sujeito como incapaz e dependente). Também orientamos sobre a possibilidade de levantamento de interdição”(ADAS 27, Capital).

8.4.5 Um Panorama Estadual

O estudo do acesso à justiça com interesse específico na área de saúde mental, no estado de São Paulo, partiu de uma inquietação em busca de elementos que permitissem refletir sobre a atuação para a garantia de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, historicamente excluídas da sociedade, naquele que é o estado responsável por mais

de 31% do PIB nacional, com Índice de Desenvolvimento Humano elevado, e de máquina de governo mais bem aparelhada burocraticamente e com a maior população do Brasil.

A análise da participação da Defensoria Pública nesse cenário apresenta elementos considerados relevantes por contar com uma distribuição que abrange 24 regionais em todo o estado. Os resultados das entrevistas evidenciaram a implantação de um serviço que passou por adaptações conforme as características locais e de formação das equipes, que não aconteceram de forma homogênea nas três regiões do estado (Capital, Região Metropolitana, Interior), em decorrência do número de profissionais contratados em cada especialidade. Somam-se a essas características, as maiores facilidades e/ou dificuldades de interação da equipe; as características de participação de diferentes órgãos e de serviços públicos nos trabalhos realizados junto à Defensoria naquela localidade; dos serviços no local; da disponibilidade (ou não) dos gestores de serviços públicos para realização de articulações dos trabalhos naquela região; da participação (ou não) da sociedade civil e de movimentos sociais na rotina das regionais, e características das demandas locais.

Entretanto, apesar da diversidade de fatores que envolvem o estudo sobre o CAM em todo o território abrangido pela Defensoria no estado, ficou evidente a presença de um discurso bastante coerente nas três regiões (Capital, Região Metropolitana, Interior) em relação aos objetivos e as atividades desenvolvidas, assim como a percepção dos profissionais sobre a demanda de saúde mental presentes em suas regionais.

Quanto à formação das equipes, a maior concentração de equipe completa (que conta com Defensor Público, Agente de Defensoria Psicólogo e Agente de Defensoria Assistente Social) ocorreu na Capital. Na prática, a aproximação maior ocorreu entre psicólogos e assistentes sociais, tendo em vista que a coordenação do CAM é uma das atribuições do defensor público, não é uma dedicação exclusiva como a dos agentes da defensoria.

A possibilidade de uma interação maior entre as áreas dos agentes não aconteceu no Interior e na Região Metropolitana, em que prevaleceu a presença de defensores públicos e agentes de defensoria psicólogos, na maioria das regionais. Entende-se que essa característica influenciou a maneira como cada regional acabou por estabelecer suas atividades. A formação dos assistentes sociais com ênfase em conhecimentos sobre políticas públicas e interação com a rede parece ter tido grande influência nos trabalhos na Capital. Por outro lado, o fato do psicólogo, no interior, não ter a possibilidade de interagir com o agente assistente social rotineiramente parece ter influenciado no estabelecimento de relações mais próximas com o trabalho de defensores, proximidade essa que se configurou de maneira diferente de acordo

com as características pessoais de cada equipe.

O que os resultados das entrevistas indicaram foi um discurso de profissionais da Capital mais voltado para a atuação junto à rede de serviços e políticas públicas, e no interior e região metropolitana com destaque em atendimentos. Também no Interior e na Região Metropolitana foram mencionados mais detalhadamente dentre os principais objetivos de atuação: conciliação, mediação e acordos extrajudiciais. Entretanto, na Capital, estiveram presentes tais referências quando foram descritas as atividades desenvolvidas. Ou seja, fazem parte das atividades desenvolvidas, mas não foram selecionadas como sendo objetivos principais para esses profissionais.

Deve ser ressaltado, que mesmo no Interior e na Região Metropolitana os profissionais atuam na articulação com a rede de serviços e políticas públicas, mesmo com equipes com menor número de profissionais. Em algumas regionais, por maior participação da sociedade civil nos trabalhos da Defensoria ou por maior identificação do profissional do CAM com a inserção nos trabalhos com a rede, tais relatos estiveram presentes.

Em relação aos trabalhos que estão sendo desenvolvidos para pessoas portadoras de transtornos mentais, foi enfatizada a escuta qualificada nos atendimentos para a compreensão das demandas; a identificação de demandas jurídicas ou de necessidades de inserção em serviços da rede; visitas domiciliares; contatos com familiares e com a comunidade mais próxima; estabelecimento de contatos com profissionais da rede para a inserção das pessoas em programas e em serviços públicos; orientação sobre direitos; esclarecimentos sobre as políticas de saúde mental e os tipos de encaminhamentos possíveis. E, também, assessoria técnica aos defensores na elaboração de defesa nos casos judicializados. Ressalta-se que dentre os direitos que são reivindicados para essa demanda estão solicitações de acesso aos serviços da rede; de internações, de interdição e de levantamento de interdição.

A voz dos representantes da DPESP e de movimento social...

Eu acho que o movimento tem que continuar cobrando.

Não, não pode desistir não.

Lutamos tanto pra ter essa Defensoria.

E, ainda, com todos os problemas ainda é o órgão mais democrático que tem nesse país. É o mais democrático!

(representante de movimento social)

9 CAPÍTULO 7

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM
REPRESENTANTES DA DPESP E DE
MOVIMENTO SOCIAL

A VOZ DOS REPRESENTANTES

A etapa exploratória do presente estudo foi de fundamental importância. O processo dessa etapa foi se estabelecendo como um grande mosaico em que cada peça (entrevistado) contribuía significativamente para a ampliação do entendimento sobre a Instituição, sua história desde o Movimento por sua criação, os desafios iniciais e as superações. E, ainda, sobre as barreiras do acesso à Justiça, o espaço que foi se estabelecendo para a atuação em temas relativos à saúde mental, a identificação das principais características das pessoas com demandas mais específicas, envolvendo sofrimento mental, e as possíveis portas de acesso, para que essas demandas fossem acolhidas pela instituição.

O material coletado foi de significativa amplitude, de maneira que a tarefa de tratamento dos dados tornou-se instigante. Foram diversas as vozes, variados os olhares e perspectivas institucionais. Entrevistas extensas, com pessoas que possuem significativos conhecimentos em suas áreas e que abordaram aprofundadamente seus relatos. A considerar o impacto que ficou a partir da realização dessas entrevistas exploratórias, foi possível reconhecer que a pesquisadora estava diante de uma instituição bastante diferenciada pela possibilidade de acesso às informações e aos diferentes espaços institucionais. Tal impacto também foi observado diante da sensibilidade e da análise crítica dos profissionais selecionados para discorrerem sobre a temática de saúde mental.

9.1 A Implantação da DPESP e a participação dos Movimentos Sociais: da luta pela implantação aos dias atuais

9.1.1 A implantação da DPESP

A inserção da temática da implantação da DPESP teve como objetivo a compreensão do processo de luta pela implantação, dos diferentes atores envolvidos, da repercussão dos princípios e ideais iniciais, nas políticas que foram se estabelecendo no decorrer dos trabalhos pós-implantação, e a observação de possíveis portas de acesso para

pessoas com sofrimento mental (e/ou barreiras de acesso) para posterior análise dos recursos disponíveis para a efetivação dos direitos dessa demanda.

As temáticas que emergiram foram abrangentes: referências à participação no processo da Constituinte e luta pela inserção da Defensoria Pública na Constituição de 1988; a relevância do tema da busca por defesa diante das violências vividas pela população em todo processo de mobilização pela defensoria; os diferentes interesses e atores durante o processo de luta pela DPESP com destaque para o posicionamento da OAB, da Procuradoria Geral do Estado e do Sindicato dos Procuradores; a elaboração do projeto da DPESP, áreas de atuação, critérios, e inserção de Núcleos Especializados.

9.1.2 A luta pela Inserção da Defensoria Pública na Constituição De 1988

A mobilização social, por necessidade de luta pelo direito à ampla defesa decorrente de diferentes tipos de violência vividos pela população, o processo da Constituinte, e a inserção da Defensoria na Constituição de 1988, foram aspectos referenciados pelos participantes para o início da abordagem sobre a implantação da Defensoria Pública:

“Eu sou velha, então eu já vivi muita coisa. Sou militante política, não sou de partido, mas já fui, e sempre me preocupou a injustiça aqui no país, então, estou sempre discutindo o acesso à justiça também por conta disso. E quando eu participei do processo Constituinte, naquela participação popular eu estava lá reivindicando direitos. Um dos direitos que nós reivindicamos naquela época foi o direito à ampla defesa, e o direito à ampla defesa que está lá no artigo quinto da Constituição exige que tenha sempre um advogado, que você sempre tenha um advogado. O advogado é um profissional que cobra muito caro pra população. Então, como é que a população tem acesso? Via Defensoria Pública. Então foi criado esse direito lá na Constituição” (RMS).

A temática da violência e a mobilização para a criação da Defensoria Pública:

“Então nós falamos, nós vamos acompanhar tudo, todos os direitos que nós temos. Nós fomos pra Brasília não sei quantas vezes, discutir. Nessa época, a gente precisava urgentemente desse direito de ampla defesa, por muitas razões, inúmeras. Quem batalhou muito por isso e levantava sempre essa questão era o pessoal que trabalhava com os adolescentes, o adolescente é morto aqui ou prende ou mata ou leva não sei aonde. Não tem nem advogado, a família é sempre pobre. Eu sou feminista, sou do movimento de mulheres e as mulheres nunca tiveram, como mães elas não têm acesso à justiça e como mulheres também, que são alvo de violência, aí então nós vimos que a questão era discutir essa Defensoria Pública” (RMS).

9.1.3 Os diferentes atores sociais e suas posições diante da implantação da DPESP

As referências à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e à Procuradoria Geral do Estado no processo de luta pela implantação da DPESP:

“Foi muito bom porque a gente mobilizou vários segmentos da sociedade, e a OAB foi a grande instituição contrária à criação da Defensoria Pública. Ela era radicalmente contrária por interesses corporativistas, não tem nenhuma explicação, nenhuma lógica. Por sinal, hoje tem a Defensoria Pública e grande parte do orçamento da Defensoria vai pra OAB. Por isso que ela permitiu, porque ela não perdeu nada, pelo contrário, ela ganhou. Mas esse é o final da história, hoje é isso. Mas nós discutimos muito com a OAB sobre a importância da Defensoria Pública e foi muito bom pra gente fazer a discussão, assim política, do acesso à justiça, mas não conseguimos nada. Mas a gente fazia, tinha campanha pra criação da Defensoria Pública, nós fizemos isso quase que isoladamente, porque era assim, a Procuradoria Geral do Estado tinha um serviço de assistência judiciária que era chamada PAJ, a Procuradoria de Assistência Judiciária. Pra Procuradoria já tava resolvido, São Paulo já tinha a Defensoria, que era a PAJ, que era até um órgão, do meu ponto de vista, é antiético, porque ao mesmo tempo em que você tá defendendo essa parte você tá defendendo a outra, no mesmo órgão. Você defende o Estado e defende a população. A população, praticamente, é a maior vítima. O maior agressor, autor de crimes contra a população é o Estado. Então, quer dizer, um procurador defende o Estado e o outro procurador defende o pobre? A gente queria um órgão público com essa finalidade, defender a população necessitada, que é o que está na lei. Aí nós juntamos com o Sindicato dos Procuradores, porque tinha um grupo de procuradores que eram a favor da criação da Defensoria Pública do Estado. Aliás, uma vergonha. Um estado rico, o estado mais rico da nação, foi um dos últimos a criar a Defensoria, foi uma luta imensa, a gente tinha que vir na ALESP, juntar o povo todo, fazer reunião, fazer porta a porta nesses deputados, eles nem sabiam o que é que era Defensoria, nem distinguem Defensoria de Procuradoria, de Ministério Público! Eles nem fazem distinção. E nós ali...” (RMS).

A importância do Sindicato dos Procuradores na luta pela implantação da DPESP e a elaboração do projeto de Defensoria:

“Fizemos muito movimento pra criação junto com o Sindicato dos Procuradores. Eles eram procuradores e defendiam a Defensoria. Ali no sindicato que nós conseguimos elaborar o projeto de lei pra criação da Defensoria com as nossas propostas. Nossas propostas eram basicamente as seguintes: a Defensoria tinha que atender, a gente queria que atendesse mais do que atende porque a gente queria que atendesse também na área do trabalho, porque o que o pessoal passa humilhação, sofre por violação de direitos na área do trabalho, não tá escrito. E aí você tem que ter um advogado particular ou então sindicato, que é aquela confusão. E não tem na Defensoria, ela não atende previdência que é da Defensoria da União, a legislação trabalhista, assim, eles não atendem. Mas atende família, atende criminal, e mais alguma outra coisa aí, área civil e tal. Isso é o trabalho da Defensoria, isso eles falaram que tinha que ser assim porque tinha que ser, nunca entendi porque que tinha que ser, mas nós falamos tudo bem, se atender isso bem já tá bom. Porque crime tem que defender, porque a

gente volta e meia tá sendo criminalizado, nos movimentos sociais, toda hora a gente tem que se defender, família porque família é uma confusão só! Cruz e credo! Civil tem aí, questão de habitação, tem questão de danos morais, que é na área civil, então tem que ter. Nós aceitamos desse jeito, e como que seria: atendimento individual, teria que ter os critérios, que eu acho um absurdo, mas também, se não tem critério vai uma pessoa do Morumbi ser atendida e os outros não. Foi discutido também a questão de como ela seria estruturada pra atender bem. Ela teria um atendimento, teria Núcleos Especializados pra atender a população conforme suas necessidades e esses núcleos teriam uma função de articular com a sociedade pra ver o melhor atendimento, fazer um trabalho de preparação, de sensibilização e capacitação dos próprios defensores pra que atendessem bem dentro dessa área. Aí que entram os portadores, as pessoas deficientes, que entram mulheres, entram gays, lésbicas, travestis, a questão racial, a questão da população carcerária. Eles fizeram um Núcleo de Habitação também, porque em São Paulo a moradia é um problema gravíssimo. Muita violação de direitos nessa área, e foi fazendo assim, foi discutindo e tal. Eu tô falando a discussão teórica, em tese” (RMS).

9.1.4 A relevância da participação dos movimentos sociais na luta pela implantação da DPESP

A abordagem do tema sobre a participação dos Movimentos Sociais foi discutida com diferentes enfoques: as características da presença de movimentos sociais em diferentes períodos, desde a luta pela implantação aos dias atuais; os diferentes espaços institucionais previstos para a participação social desde a elaboração do projeto; a análise crítica da participação atual dos movimentos sociais nesses espaços; a idealização de um serviço de justiça que estabelecesse diálogo com os cidadãos; e a valorização da escuta e da democratização no Sistema de Justiça.

“Quando a Defensoria precisou mais dos movimentos sociais foi nos primeiros tempos. Ela precisava até pra conseguir a aprovação da lei, pra conseguir se impor como um órgão público, a ter uma carreira de remuneração. Isso aí implica muito e tal, uma carreira e remuneração equivalente ao Ministério Público, porque nós falamos, quem atende pobre tem que ter o mesmo status que quem defende a sociedade, defende o Estado e tudo mais, tem que ser igual. Isso aí foi tudo defesa do movimento social. Então, quer dizer que houve tempos em que eles precisavam mais do movimento social. Hoje eles não precisam. Hoje eles são. Hoje a Defensoria é consolidada, eles estão com um salário muito bom que eles conseguiram” (RMS).

“Eles precisavam dessa representação e nós criamos o movimento, nós queríamos a Defensoria. Talvez seja a organização que teve nos momentos de pré-criação a maior participação popular do Brasil. Primeiro porque em São Paulo qualquer coisa dá. Se você chamar 20 movimentos, você chama fácil. Se você for lá numa cidadezinha,

talvez você não tenha nem 2 movimentos. Aqui tem 20, 30, 40, 50. Principalmente pra uma Defensoria Pública que é pra tratar da área criminal e da área de família, só isso aqui em São Paulo, nessa redondeza, são 20 milhões de habitantes praticamente. Nós vivemos num estado criminalizador, quantas pessoas estão criminalizadas por algum motivo. Se você falar pras mulheres, manda a sua mãe lá, minha filha, porque olha tem que ter uma Defensoria, você tem que ter um atendimento de advogado. Vou mandar! Você vai lá nos homens, então, manda a namorada, manda não sei quem... Vai! Entendeu? Acho o seguinte, não é nem mérito do movimento falar olha movimento social maravilhoso!! Nem da Defensoria. O mérito é da necessidade que você tem que dar. A necessidade é tão grande, existe uma população organizada. Então você canaliza a sua força pra aquele movimento ali pra que possa acontecer essa Defensoria. Então vamos todos pra lá. Entendeu? Que hoje já não tem mais esses movimentos em torno da Defensoria” (RMS).

9.1.5 A valorização de um Modelo de Serviço de Justiça que fosse Democrático e aproximasse o Cidadão do Servidor Público

A construção de um modelo de serviço de justiça que dialogue com o cidadão:

“Até fazendo um resgate de nascedouro normativo, a partir da Constituição de 1988 todos os estados passam a ter a previsão de contar com a Defensoria Pública para garantir o acesso à justiça àqueles que não têm condições de contratar um advogado particular, sem prejuízo do seu sustento ou do sustento de sua família. Nesse cenário me chama especialmente atenção o fato de São Paulo ter sido um dos últimos estados a implementar essa Defensoria. Isso se dá, na minha leitura, por uma série de fatores políticos colocados no cenário geral do estado de São Paulo e que só conseguem ser superados quando há uma grande mobilização com a criação do Movimento pela Defensoria Pública, que congrega mais de 400 entidades mobilizadas pela criação desse órgão que seria garantidor do acesso à justiça daqueles que mais precisam dela. Esse Movimento, quando se organiza pra buscar a criação de uma nova instituição de justiça, também decide que essa instituição não pode, sob o prejuízo de não fazer sentido, de não alcançar os seus objetivos. Essa instituição não pode seguir o modelo de outras instituições de justiça que já estavam postas. Não pode seguir modelo da Magistratura, do Ministério Público, e mesmo da Procuradoria, que é aquela instituição de justiça que não dialoga com o destinatário do serviço, que faz do cidadão um objeto da prestação da justiça e não o sujeito dela. O Movimento pela Criação de Defensoria mais que reivindica, ele se torna um sujeito dessa construção à medida que ele desenha qual é o modelo de instituição. O sindicato dos procuradores, à época, teve um papel muito importante na normatização dessa vontade e, juntos com esse Movimento todo, construiu um anteprojeto de lei que deu a origem à Defensoria Pública” (RDP 2).

A retomada do papel de Servidor Público, a valorização da escuta e da

democratização no Sistema de Justiça:

“Então o que se busca, na verdade, é recolocar o operador público do direito na condição de servidor público, daquele que tem que servir ao público, e que nessa perspectiva tem que dialogar com o destinatário do seu serviço. É o que eu sempre brinco que o promotor, o juiz, o defensor, o advogado, é aquele sujeito que usa uma roupa que ninguém usa, que fala uma língua que ninguém entende, e que segue procedimentos absolutamente misteriosos para a população. Como é que isso pode ser servir ao público? O que é que está se forjando com o encastelamento tão vangloriado? Ao invés disso ser historicamente questionado, isso foi historicamente valorizado pelas carreiras jurídicas. O que na minha leitura se busca com essa democratização é ter um contraponto a esse encastelamento, com mecanismos que garantam o diálogo, que haja mecanismos de abertura para escuta como a Ouvidoria, o Ciclo de Conferências, e que ela reverbere na instituição como Plano de Atuação, que resulta do Ciclo de Conferências. Ou seja, você tem a escuta como um primeiro passo de um diálogo que precisa ser refletido numa resposta institucional, isso é revolucionário, a gente conseguir fazer com que isso, de fato, se torne uma sistemática efetiva. A gente tem aí um passo histórico” (RDP 2).

O papel dos Movimentos Sociais e a cidadania em pauta na construção do projeto de Defensoria:

“Eles (movimentos sociais) foram sujeitos dessa construção. Havia de fato um acúmulo em torno do exercício da cidadania, que já havia avançado nas esferas do poder do Executivo e do Legislativo. Se você conversa com um líder comunitário, se você conversa com um coordenador de uma organização não governamental, seja de organizações formais ou informais, ou de movimentos de base, eles já sabem como vão acionar a sua prefeitura, o estado e até mesmo o governo federal. A mesma coisa, eles sabem dialogar com o seu vereador, é uma coisa que faz parte do dia a dia. E esse Movimento olhava para o Sistema de Justiça, bom essa é outra esfera do poder e cadê o diálogo? Onde é que isso fica? Então, na minha perspectiva, havia a expectativa concretizada no projeto de lei, de que a cidadania constasse também na relação com o Sistema de Justiça. E à medida que você tem a elaboração desse patamar crítico e a concretização disso em mecanismos institucionalizados no projeto de lei, você passa a ter um avanço de qualidade democrática muito importante. Então, por exemplo, quando vem a ideia de trazer pra Defensoria uma Ouvidoria Externa como a gente já vivenciava na ouvidoria de polícia desde a década de 1980, quando a gente vem ao Ciclo de Conferências, que era uma realidade que vinha ganhando força sobretudo na esfera federal. Ou seja, na verdade é um movimento que traz pra dentro da Defensoria experiências democratizantes vividas em outros poderes. É a primeira vez que isso acontece dentro de um Sistema de Justiça, mas como reflexo da experiência vivida no exercício da cidadania em outras esferas” (RDP 2).

9.1.6 A previsão de espaços para a participação da Sociedade Civil na DPESP e a ocupação desses espaços pelos Movimentos Sociais

Os espaços previstos para a participação da sociedade civil na DPESP: o Momento Aberto no Conselho Superior, as Conferências Públicas e a Ouvidoria. A presença de diferentes espaços possibilita que cada movimento social com as suas temáticas específicas possa ocupar o espaço que considere mais apropriado a sua causa.

“Tem os caminhos dentro desse projeto pra participação, pra essa cobrança. Tem tudo que nós que fizemos. Mas não funciona. Funciona muito mal. Aquela conferência, eles querem engessar cada vez mais a Defensoria, querem limitar a discussão, limitar reivindicação, eu falei, eu não vou mais em conferência. Tô muito velha pra ficar tendo essa manipulação, as meninas mais jovens vão, e quando há alguma manifestação mais radical contra a Defensoria, a resposta deles é que tem gente manipulando essas radicais, querendo desqualificar as radicais. Eu falei isso pra eles. Eu não aceito a desqualificação do movimento porque vocês não concordam. Fala que não concordam porque vocês estão dentro de um estado limitado mesmo, vocês são funcionários desse estado, vocês não têm liberdade mesmo e nem querem ter também, vocês estão bem assim, tudo bem. E o trâmite interno ainda está na mão deles porque o único órgão que não está na mão deles é a Ouvidoria, que eles estão querendo passar pra mão deles, o que é uma safadeza, um golpe, ai gente, nossa! Que vergonha! A Ouvidoria é o único órgão pra ouvir a população e encaminhar o que ouviu, discutir com a população e essa foi a nossa proposta. Agora eles querem pôr um defensor lá. Ele já vai reduzir a sua fala, que é isso que eles fazem. Tem uma instância, isso tudo foi dentro da estrutura que nós fizemos. Uma instância seria o Conselho Superior que tem reuniões semanais e que teria um Momento Aberto para a população, isso é uma coisa inteiramente nova em termos de órgão público. Ninguém abre pra população assistida, o que devia ser. Porque o princípio da transparência exige que tudo seja aberto, mas não é. Agora, eles fizeram isso e eu acho que a gente conseguiu muita coisa, nós do movimento social. Havia um bom diálogo entre nós e eles, que foi se afastando. Eles mais voltados pra corporação mesmo, pros direitos deles e nós mais insatisfeitos nas nossas reivindicações, no nosso atendimento. Então existe hoje uma dificuldade” (RMS).

Os Núcleos Especializados foram enfatizados, também, como espaços de participação social. Entretanto, o Momento Aberto do Conselho Superior surge como a opção do Movimento de origem da representante que participou do presente estudo.

“Esses movimentos devem ter nos Núcleos. Acho que dentro do Núcleo deve ter participação. E talvez, onde tenha menos participação seja no NUDEM porque nosso grupo resolveu participar do Momento Aberto e não do núcleo. Nós queremos que todos os núcleos funcionem, nós vamos levar as reivindicações do nosso, mas nós queremos que tudo funcione, né? Acho que nós somos o único movimento social que vai no Momento Aberto do Conselho Superior. E o Momento Aberto é para todo mundo, não é só o nosso” (RMS).

Os temas presentes e a análise crítica sobre a atual participação dos movimentos sociais na DPESP:

“Na Defensoria o que o movimento das mulheres tem levantado é a violência, que é a questão mais forte do movimento. O movimento dos deficientes, esse é mais fácil pra eles controlarem, em agradarem eles. Ainda mais se é deficiente mental, é fácil, mulher não é fácil. Isso que eu falo com eles, nosso movimento é ideológico, nosso movimento é autônomo, vocês não vão enrolar como vocês enrolam os autistas, os deficientes, esses aí é fácil, é só passar a mão na cabeça, fica todo mundo feliz. Eu já vi assim que, por exemplo, quando nós vamos lá e eles ficam sabendo, eles chamam o pessoal dos deficientes ou de algum outro lá pra ir lá defender eles, nossa, eu quero agradecer muito ao Dr. fulano pelo que ele tem feito pelo meu filho. Eu não vou lá agradecer doutor nenhum porque eles estão lá pra isso, primeiro porque eles são pagos pra isso, não tem que agradecer. Segundo que não é uma questão individual, eu tô lutando por outros. Meu movimento não é uma questão pessoal, é uma questão política, uma questão ideológica. O nosso movimento não é cooptável. Os outros são fáceis de cooptar. O movimento de habitação bota nome na fila, um dia vai conseguir uma casa. Se você coopta... é bom ter esse movimento porque a hora que eles precisarem, mas se precisar de povo, esse povo vem, fala. Se bem que agora eles não estão precisando muito não. Não tem relacionamento, é muito desigual, todo relacionamento entre o defensor e da estrutura da Defensoria com o povo é desigual. Por que eles são um baita de um poder e o povo tem poder? Qual? Aonde? Não tem. É desigual. Eu parto dessa premissa, nem tô pretendendo ser igual, enquanto movimento ser igual à Defensoria, não, sou só um movimento, movimento é frágil, é vulnerável, é disperso, uma hora pode, outra hora não pode. Movimento é, ainda mais no Brasil. Historicamente nós sofremos desse vai e volta” (RMS).

9.1.7 O esvaziamento dos movimentos sociais na DPESP

Ao analisarem os diferentes momentos da Instituição os entrevistados foram observando as diferenças da participação social em cada uma das fases desse período: de uma participação mais intensa, no início, a uma percepção de esvaziamento de determinados grupos historicamente mais presentes.

As referências sobre o esvaziamento dos movimentos sociais na DPESP:

“É até natural que tenha um esvaziamento, né? Depois que cria o serviço, que o serviço ganha corpo, ganha sua própria dinâmica, é natural que ele não necessite o tempo todo do movimento. Então nós vamos ter um afastamento. Eu ainda vejo hoje que o movimento tem dificuldade em denunciar. Em cobrar, não é denunciar. Jamais nós vamos denunciar a Defensoria, que nós que lutamos pra que ela fosse criada! Nós somos sempre a favor, a gente vê muita gente contra a Defensoria por puro reacionarismo, porque é ultradireita mesmo. Eu já vi gente aqui, que nem na OAB até hoje, sabe aquelas coisas horríveis, mas então não, com isso aí a gente não vai fazer coro, não com esse pessoal! Mas por outro lado, tem gente que fala não, eu não vou brigar com a Defensoria. Muita gente fala isso, porque é a Defensoria, nós lutamos por ela. Mas nós temos que cobrar” (RMS).

“Eu não posso dizer que esse esvaziamento, que ele é equânime, em todas as áreas e em todos os pontos do estado. A Conferência está aberta pra todos os sujeitos, e todos aqueles com quem a unidade da Defensoria tem contato, um diálogo, são chamados a estar presentes. Você nota um esvaziamento de movimentos sociais do terceiro para o quarto ciclo significativo. Você ainda consegue ter unidades que mantêm ou avançam na qualidade do diálogo com a sociedade civil. Se a gente pensar a de 2007, a Defensoria é de 2006, era uma coisa ainda muito pequena. E era uma simbiose ainda muito profunda. Você tinha os movimentos sociais na Defensoria, realmente, muito unidos. O de 2009 começa a ter uma estrutura um pouco maior, e a partir de 2011 é que eu tenho mais condições de dizer mais concretamente. Então, me chama muito a atenção o fato da gente ter pré-conferências aqui na Capital com quatro pessoas. A gente tem unidades do interior que não têm quase ninguém de sociedade civil, você tem muito mais representação de Conselhos de Direitos, Servidores Municipais, não é sociedade civil strictu sensu, você não tem ali a representação que se desejaria. Outro fator que me chama a atenção é o esvaziamento de alguns grupos de trabalho, dois eixos centrais, que historicamente foram muito próximos da Defensoria, o eixo da Situação Carcerária em diversas pré-conferências sequer teve quorum mínimo pra se formar. O Movimento de Mulher, as promotoras das mulheres fecharam a posição de não acompanhar o Ciclo de Conferências esse ano. Eu acho que o não comparecimento ao Ciclo de Conferência na verdade é sintoma de um outro problema. E é o estopim. Você tem ali o problema, olha realmente as pessoas não vêm mais. Por que que elas não tão vindo? Elas não estão vindo por que não existe um diálogo? Elas não estão vindo por que elas não acreditam mais nessa porta de entrada? Por que que elas não estão vindo? Esse é um diagnóstico que precisa ser feito. Há a possibilidade durante esses ciclos de conferências de eleição de 150 delegados pelo estado. Não tivemos 150 delegados eleitos. Por que em algumas pré-conferências não havia interessados, não havia sequer presentes em número suficiente. E há uma necessidade de maturidade institucional pra entender que essas críticas precisam ser feitas de maneira construtiva. Sem melindres. Porque isso é um eixo estruturante. Se não for olhado com zelo, com o devido cuidado, corre-se o risco de se colocar esse projeto em risco” (RDP 2).

9.1.8 A Identificação com a Instituição e a importância de continuidade da presença dos Movimentos Sociais

A Perspectiva da participação social na DPESP:

“Eu acho que o movimento tem que continuar cobrando. Não, não pode desistir não. Lutamos tanto pra ter essa Defensoria. E, ainda, com todos os problemas ainda é o órgão mais democrático que tem nesse país. É o mais democrático! Porque Ministério Público você não sabe o que é aquilo, não tem a menor noção. Poder Judiciário, então, é uma zona! Defensoria de São Paulo porque as outras eu não conheço, mas a daqui de São Paulo eu acho que faz muito sentido, sabe? Eu acho que tem gente que

prioriza a Conferência. Tem outros que priorizam a participação direta no Núcleo. Acho que varia. No Momento Aberto eu não vejo movimento nenhum participando. Mas não quer dizer que não tem nos outros, né? Agora, eu acho que reduziu muito. Antes a discussão era maior, dos movimentos em geral, mas nossa... nós precisamos da democracia, nós precisamos ter participação, nós precisamos de justiça. Então, nós temos que ter participação na Defensoria. Temos que ter mesmo” (RMS).

“Eu vejo ela (transição do projeto para a efetivação da participação) com fluxos e contrafluxos. A gente vive, principalmente, no começo da Defensoria, de simbiose. Uma instituição ainda engatinhando, se desenhando, e o movimento social ainda como sujeito desse espaço. Ainda acho que a Defensoria é um espaço diferenciado, é uma instituição diferenciada quando se compara com as demais instituições de justiça e mesmo quando se compara com outras instituições públicas, é uma instituição de destaque, mas ela é uma instituição em disputa. O modelo que se foi desenhado está em disputa. Eu não olho hoje e tenho a certeza de que esses mecanismos institucionalizados, se olharmos em perspectiva, garantirão de fato uma diferença institucional como havia sido combinado” (RDP 2).

A ênfase do papel da DPESP para garantir o acesso à justiça e o desafio de não se perder o compromisso com o social perante a força institucional do Estado:

“A importância da Defensoria Pública do ponto de vista, assim, do acesso à justiça, não é possível, do formato que era o Judiciário, o formato que é o Ministério Público, não é possível você acessar esses órgãos sem a Defensoria Pública. Ela é fundamental para a democracia desse país, agora ela tem que garantir a participação popular. Porque ela tem dificuldade ainda de garantir. Não é novidade, por que esses outros órgãos nem... e eles não aprendem isso né? Cheguei a conclusão de que o defensor, ele faz um curso pra fazer o concurso. O concurso não pede, acho que não tem sobre participação popular, como você lida com isso, não tem...” (RMS).

“Eu acho que esse negócio de instituição, o Estado é muito forte. A instituição é mais forte que as pessoas. Porque chegou muita gente boa. Porque o movimento estimula as pessoas a fazer concurso. Eu conheço várias pessoas que fizeram concurso e passaram. Pessoas engajadas, pessoas com compromisso social. Agora, chega lá fica amarrada, engessada, a força institucional é maior que a força do compromisso social dessas pessoas. Pra mim é essa a contradição que existe em todas as instituições. Mas eu como já tô velha, eu vejo as pessoas entrando naquela instituição, acompanho, falo gente como perde aquela beleza, aquela espontaneidade, nossa, muito difícil se manter com aquela perspectiva de fazer mesmo. O Estado absorve. Esse Estado que a gente não vê, esse ente abstrato é terrível, ele é opressor demais. Ele consome as pessoas. É horrível. Então, eu acho que é uma pena. E esse é o desafio dos defensores” (RMS).

9.1.9 A crítica, a preocupação e a defesa da instituição

Uma instituição atualmente em disputa:

“Eu me formei em Direito e eu sei como é você desde o primeiro momento você ser forjado para ser uma autoridade. Eu acho que a gente tem nesse cenário alguns elementos-chave incidindo. A gente tem uma busca de correlação de forças com alguns elementos postos, a gente tem os movimentos sociais e os usuários lutando pra que a Defensoria siga atenta, rigorosa estritamente aos seus princípios. Ao mesmo tempo a gente tem uma inegável pressão do Executivo que é o diretamente afetado pela atuação da Defensoria Pública. E isso a gente nota, por exemplo, em como a Defensoria se tornou mais robusta. A sua robustez depende de iniciativas do executivo, todo gasto público depende de iniciativa exclusiva do governador e isso cria uma relação de especial delicadeza quando se pensa nesse modelo de instituição. A autonomia que se tem e a autonomia que se busca. Porque um outro elemento de muita importância é, os elementos da instituição, o que é que esses sujeitos aspiram, desejam, são sujeitos. Do que é que essas pessoas são sujeitas. Elas são sujeitas da construção diária de uma instituição diferenciada ou elas são sujeitas da construção diária da reprodução de valores postos em outras instituições? É nesse ponto que eu acho que a gente tá em disputa. Acho que ainda é uma instituição diferenciada, mas está em franca disputa. A gente entra naquela correlação de forças que eu estava te dizendo antes, que é o Executivo também cedendo naquilo que a Defensoria pública pede. Que tipo de interesses passam a ser negociados nesse momento? Então, se a gente olhar pra esses últimos 4 anos que foram de tamanha violência estatal, ao mesmo tempo você tem uma neutralização institucional a medida em que você tem nesse período 30% de aumento de salário para defensor, 20% pra servidor, criação de 400 cargos de defensor, criação de 500 cargos de servidor, mais 50% de aumento pra defensor, e mais 50% de aumento pra servidor. A gente tá falando aí de pelo menos 6 projetos de lei que já foram aprovados, mas em momentos-chave você tinha aí uma instituição que deveria fazer o enfrentamento a todo custo, seu crescimento frente a um necessário enfrentamento” (RDP 1).

Apesar dos problemas, a manifestação da defesa da Instituição:

“A Defensoria, eu vou lutar sempre por ela, fiz campanha, campanha mesmo. Fiz campanha, expliquei para as pessoas o que é Defensoria, qual o número da lei, o número de não sei mais o quê, expliquei tudo, e defendendo, mas tenho essas críticas. Eu tenho essas críticas” (RMS).

“Eu acho que a criação da Defensoria já é uma conquista. O status político do defensor é altíssimo. Ele hoje se compara a um promotor. Eu acho que por mais dificuldade que eles tenham, esse esforço que eles fazem de entender a gente é uma conquista. Eles não entendem, mas fazem um esforço. A própria estrutura da Defensoria é extremamente democrática, a estrutura que nós fizemos e que eles estão pondo em prática. Eu acho que tudo que tem de bom na Defensoria, e é muita coisa, ela existir, ela tem um quadro razoável, cresceu o quadro. Nós precisamos de muitas dessas estruturas democráticas, elas foram concretizadas, agora a democracia pra funcionar, se não tiver povo organizado, não funciona, pode deixar a porta aberta que não vai funcionar nada. Se não tiver o povo organizado, chegar e falar, eu quero isso, isso, isso. Não adianta. E isso aí falta, não vou responsabilizar a Defensoria pela falta da participação popular. Agora, só acho que a Defensoria, e isso é muito comum, o

Estado absorve e o estado faz a cooptação, então, a Defensoria tem que tomar consciência disso, que ela é Estado e ela enquanto Estado quer cooptar a gente o tempo todo. Eu já falei isso com eles, prestem atenção nisso, nós não somos cooptáveis. Então, essa é a contradição. É uma contradição, mas eu mesmo tenho um monte de amigos dentro da Defensoria, e eu incentivei eles a fazerem concurso, tudo jovem, então eu fico orgulhosa. Mas eu falo, toma cuidado pra não ficar quadrado porque a tendência aqui é ficar tudo quadrado. É forte demais! Ainda mais que ganha bem, né?” (RMS).

A busca por compreensão do processo de implantação da DPESP possibilitou identificar um conjunto de atores sociais envolvidos, e a proposta de criação de um espaço democrático para a defesa de uma população carenciada, muitas vezes, violentada. A elaboração do projeto abrangeu a discussão das áreas do Direito a serem atendidas, critérios de elegibilidade, previsão e estrutura de espaços para a participação social, e previsão de núcleos para atendimento especializados. Importante papel foi desempenhado pelo Sindicato dos Procuradores na condução desse processo.

Uma das críticas mencionadas em relação à situação atual da DPESP foi o seu caráter de disputa que é visto como intimidador à proposta dessa instituição democrática, reconhecida como um avanço significativo no Sistema de Justiça.

A participação social permeou toda a apresentação do tema, mencionada de uma maneira crítica, referente aos diferentes momentos da instituição. Um envolvimento intenso durante a luta pela implantação no período inicial da instituição, e, nos dias atuais, um esvaziamento, que preocupa pela consciência dos participantes em relação à necessidade de se manter a luta pela manutenção de espaços democráticos.

Merece destaque na construção do projeto da DPESP a previsão de espaços para o exercício da cidadania e diálogo com a sociedade civil: Conferências Públicas, Ouvidoria Externa, Momento Aberto no Conselho Superior, e Núcleos Especializados (Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos; Núcleo da Infância e da Juventude; Núcleo da Habitação e Urbanismo; Núcleo da Segunda Instância e Tribunais Superiores; Núcleo da Situação Carcerária; Núcleo dos Direitos da Mulher; Núcleo de Combate à Discriminação; Núcleo do Idoso e da Pessoa com Deficiência; e Núcleo do Consumidor).

A partir da reflexão sobre a previsão dos espaços de participação social, torna-se possível conduzir a presente análise sobre quais dentre esses espaços podem se caracterizar como portas de acesso alternativas para as demandas de saúde mental.

9.2 A saúde mental na DPESP

A temática de Saúde Mental na DPESP emerge nas falas dos participantes de maneira reflexiva e crítica, evidenciando limites da prática e posicionamentos institucionais diversos diante de alguns temas opostos. No decorrer dos relatos, foi possível observar que analisar a prática na área da saúde mental evoca limitações e indignações em referência aos casos de violações de direitos de pessoas que, em casos extremos, não conseguem se defender e nem mesmo ter acesso ao serviço da Defensoria.

9.2.1 Barreiras de acesso à DPESP e a necessidade de portas alternativas

Inicialmente, são apresentadas as dificuldades de acesso à DPESP e a necessidade de se pensar em estratégias ou portas alternativas para o acesso à justiça. Merece destaque nessa busca por alternativas a reflexão sobre uma atuação que vá ao encontro da garantia de direitos e não da supressão desses, com fundamentação em um discurso de proteção.

Os casos de vulnerabilidade extrema e a falta de acesso aos serviços da DPESP:

“Acho que na vulnerabilidade extrema, quem mais precisa acaba não procurando, quem procura é a pessoa que tem com quem deixar o filho, quem tem dinheiro para o passe e que pode de alguma maneira perder uma manhã de trabalho e que tem acesso à informação. Que, também, já ouviu falar que alguém com problema semelhante foi lá e foi bem tratado, e que conseguiu. Então, vaga em creche, começa a disseminar porque é uma coisa que a gente já faz há um tempo. Divórcios, são coisas clássicas. Agora, que pessoa com transtorno mental procurou e teve um bom atendimento e saiu por aí falando que conseguiu? Tem poucos defensores que acabam se dedicando mais ao tema e que acabam tendo acesso ao tema, não pela porta de acesso tradicional” (RDP 3).

Barreiras de acesso: a localização da DPESP, as filas de espera, as condições precárias de atendimento; a privação de liberdade, os conflitos com curador, o desconhecimento do trabalho da DPESP.

“O que acaba acontecendo com as pessoas que têm sofrimento mental ou portador de transtornos mentais ou definições afins: elas teriam que bater na porta da Defensoria pra procurar os seus direitos e enfrentar toda a fila, às vezes até, principalmente aqui na Capital, uma condição inicial mais precária de atendimento, misturada com “n” problemas que chegam. A pessoa portadora de transtorno mental, muitas vezes, ela

pode estar privada de liberdade, seja porque fisicamente mesmo ela é contida, ou em algum estabelecimento de internação, ou por familiar, ou porque de alguma maneira ela tem alguma desorganização. Eu tô falando dos casos mais extremos. E aí ela não vai, ou às vezes ela é interditada e ela procura e o defensor vai pedir o curador, e existe algum conflito com o curador. Ou até porque a Defensoria não é muito conhecida. Também tem o fato da Defensoria ser muito central. Em geral ela fica em bairros não periféricos, ela fica em bairros mais nobres, digamos. Ela não é centralizada e localizada em ponto que fique perto das pessoas que mais necessitam. Até hoje a gente não cumpre adequadamente o nosso dever que é a descentralização numa cidade como São Paulo, mesmo em cidades do interior, você pode ver que em geral a Defensoria fica em bairros não populares. Tudo bem que os bairros centrais têm uma facilidade maior de acesso, de transportes. Mas eu acho que a gente tem que estar mais próximo da população que a gente tem o dever de atender” (RDP 3).

Portas de acesso alternativas:

“Porque tem algumas portas de entrada. Recebi um estudo que foi liderado por um professor universitário sobre o excesso de mortes nos manicômios de um município, ele trouxe um estudo super bem fundamentado, protocolou formalmente e pediu atitude. Então, foi aí que a gente começou, obrigatoriamente, porque fomos instados e tal. A gente começou a entrar nesse universo mais amplo do drama das questões das internações, do modelo antigo da internação como isolamento, que isso ainda é presente, que isso se renova nas comunidades terapêuticas, e se você vai e começa a mexer no caso, como aconteceu, você começa a ficar um pouco mais conhecido, aí sei lá, o Conselho Regional de Psicologia manda ofício pra pedir pra fazer inspeção em comunidade terapêutica, e assim vai. Eu fui dar uma palestra em outro estado e uma mulher pegou o meu contato. São portas de entrada heterodoxas, digamos assim. Outra coisa, eu já recebi demanda de gente internada, por carta” (RDP 3).

A situação de internação e violações de direitos, denunciada por carta:

“A gente conseguiu soltar. Era um homem de 40 anos, carioca, eventual usuário de cocaína, cuja mãe e parentes queriam vender um apartamento, isso é um lado da estória. Mas estavam de alguma maneira cansados dele, ligaram para essas clínicas, esses serviços de remoção, que não é caçamba e nem entulho, é remoção de gente! A clínica se utilizou de internos da própria clínica, muito comum, foi até o Rio, deu um mata leão na pessoa de 40 anos, que tinha trabalho, era usuário de cocaína, mas enfim, não era interditado, maior de idade, de qualquer forma ele foi removido, pra não dizer sequestrado, para uma clínica no interior de São Paulo. E ele não podia escrever correspondência porque elas eram interceptadas. Isso são praxes absolutamente usuais nesses estabelecimentos, ele era proibido de falar com familiares, só de receber a visita da mãe de vez em quando, era proibido de enviar cartas. E nessas, tinha a mãe de outro interno que também era carioca, ele entregou uma carta pra ela, ela entregou na Defensoria do Rio e a Defensoria do Rio mandou pra gente. E aí, enfim, a gente tomou algumas providências e ele acabou sendo solto, depois de 7 meses de internação. A previsão era um ano, o que é absolutamente irregular do meu ponto de vista, pra falar o mínimo, mas tem locais com internação, e eu não estou falando de locais de loucura, estou falando de locais de droga, 2, 3, 4, 5, 6 anos de internação!!” (RDP 3)

9.2.2 Limitações da DPESP e atuação na supressão de direitos

A necessidade de outras portas de acesso na DPESP, e de se repensar a atuação na supressão de direitos em saúde mental:

“Meu ponto de vista: a Defensoria tinha que ter outras portas de entrada que não só esse atendimento que chega à porta tradicional, que chega fisicamente. Acho que a gente tinha que criar outras portas de entrada. E tinha também que identificar essas populações vulneráveis, fazendo visitas in loco, coisa que acontece muito pouco. No fundo o que eu quero dizer; o defensor fica muito cheio de processos, esperando no seu gabinete que a demanda apareça, e em geral, demanda já conhecida, a demanda da pessoa portadora de transtorno mental pode ser supervariada. Mas ela implica um universo que muitas vezes o defensor não tem conhecimento, ela exige que o defensor faça uma escuta atenta para a qual às vezes ele não tem formação. E muitas vezes, a Defensoria acaba atuando em prol do familiar que tenta suprimir o direito, atua muito mais em saúde mental na supressão dos direitos das pessoas do que na garantia, infelizmente” (RDP 3).

“É claro que tem situações que o familiar busca de fato um auxílio respeitoso ao seu familiar portador de transtorno, mas às vezes não. Às vezes ele busca pelo cansaço, ele reitera preconceitos que é a exclusão, ele quer um respiro ou quer de alguma forma um controle daquela pessoa. Muitas vezes, é que existem mais modelos de interdição, se você põe na internet, ou o MP faz, ou algum defensor já fez, tem muito mais modelo de interdição do que de levantamento de interdição, de curatela. Eu já ouvi de defensor assim, mas como é que eu vou atender ele, se ele é interditado? Então, o quê que acaba acontecendo é que a Defensoria acaba não tocando de maneira adequada e sistêmica esses casos. Às vezes a Defensoria atua só em prol da interdição, não faz a defesa da pessoa interditada” (RDP 3).

9.2.3 Impasses relacionados aos Direitos das pessoas portadoras de Transtornos Mentais

Referência à necessidade de criar estratégias de suporte para pessoas portadoras de transtornos mentais poderem cuidar dos filhos:

“Eu gostaria de poder aprofundar mais algumas questões, mas encontro uma dificuldade. Uma dessas questões seria a gente pensar estratégias pra esses sujeitos, porque mesmo que a pessoa faça um tratamento, compareça no CAPS, tomando medicação, e estejam mais ou menos equilibrados os sintomas aí do transtorno, a instituição tem muita resistência a devolver a criança para uma pessoa que tenha transtorno, mesmo que ela esteja sob tratamento, se não tiver um apoio de uma rede social, familiar ou alguém que se disponha a fazer uma espécie de supervisão. Essa ideia de que pode ter um surto a qualquer momento, que pode ter uma recaída. Eu

gostaria de aprofundar um pouco isso, nas possibilidades que a gente tem de suporte, seja na linha de saúde, seja na linha socioassistencial, pra gente quebrar um pouco dessa ideia de incapacidade de cuidado associada diretamente aos quadros de transtornos, incapacidade de cuidar dos filhos. Um programa de acompanhamento terapêutico, não sei, precisaria pensar porque isso aí são buracos em políticas públicas” (RDP 6).

A vulnerabilidade da demanda de saúde mental para se defender perante os trâmites e órgãos da justiça que decidem sobre sua capacidade ou incapacidade. Os impasses institucionais em relação às solicitações de interdições:

“Se a Defensoria tivesse que atuar em tudo, um defensor até poderia pedir a interdição, vamos supor, em tese, e outro aleatoriamente iria fazer a defesa do interditado. Aí tem um debate interno que é assim; a lei diz que se a Defensoria pede o MP faz a defesa do interditado. O MP não é uma instituição que dê voz às pessoas individualmente nos seus dramas. O MP não tem atribuição pra isso. Ele é meio que o controlador genérico da matéria. O advogado ou o defensor é aquele que dá voz, que escuta e fala por, então, é equivocada essa ideia. Só que muitas regionais trabalham nessa lógica. Nós pedimos a interdição, e se nós pedimos o MP que faça a defesa. E aí, na prática, muitas vezes, o MP não faz a defesa. Faz um olhar formal, genérico, sobre o processo. De novo, essa pessoa ficou substancialmente sem defesa” (RDP 3).

A crítica à lógica binária do Direito diante da pessoa portadora de transtorno mental:

“O profissional do Direito tende a ver o mundo do ponto de vista jurídico. Quando ele olha pra uma pessoa com transtorno ele vê duas alternativas. Na área penal, vou ver aspectos de insanidade mental, medidas de segurança. E se ele vê alguma demanda na área civil, será que esse sujeito tem capacidade civil ou não tem, vamos fazer uma interdição ou não, vamos nomear um curador. Você conseguir transcender isso aí para um profissional com essa formação, porque o livro trata só desses assuntos, é essa a interface do transtorno mental com o Direito, ou na capacidade civil ou na capacidade penal, e aí o sujeito sai formado nessa perspectiva. É binário, ou você é incapaz ou você é capaz. Ou você é imputável ou você é inimputável. Tem um semi-imputável, que é uma coisa ainda mais obscura. De qualquer forma é o preto ou o branco. Eu trabalho numa sala com colegas da Família, a banalização que a gente sente com interdição, a justiça tem que começar a não dar, entendeu? Porque nós fazemos o filtro de olha, esse eu não vou propor porque não é caso. A gente pode conversar e orientar a pessoa, mas a justiça precisa começar a colocar um limite nisso também. Você tem toda uma perspectiva hoje de pensar a interdição a partir da classificação de capacidades, de funcionalidade, da classificação da funcionalidade. Então você não vai fazer aquela derivação direta de tem transtorno, portanto é incapaz. Não, em quê que o transtorno naquela pessoa específica afeta tais dimensões da vida dela. Nos laudos que são demandados vem é capaz ou incapaz para os atos da vida civil. Não adianta você me dar um diagnóstico, isso não gera uma consequência jurídica” (RDP 6).

As demandas por internações de familiares usuários de drogas e a atuação da

DPESP:

“Outra demanda são os casos em que a família chega e pede a internação por droga. Muitas vezes, o defensor vê lá, tem o laudo médico, tem o modelo de internação, então ele vai lá e pede a internação. O juiz dá, invariavelmente. E aí a gente começou a fazer debates internos e a falar, não, olha, não é assim, primeiro que o laudo médico tem que ser circunstanciado. Segundo porque a gente tem que ver se foram esgotados os meios para o tratamento ambulatorial, tem que ver se o CAPS fez visitas, se a família está sendo atendida pelo CAPS. Aí a gente desenhou um fluxo de atendimento, que não é obrigatório, mas que tem se expandido, de que esses casos sejam primeiro atendidos pelo CAM. Na parte de saúde mental que tem muitas variáveis, às vezes a relação conflituosa familiar, às vezes a internação acirra isso, depois a pessoa volta mais cindida ainda dos laços. A gente, às vezes, acaba causando danos, nessa atitude de tá bom, você quer uma internação, eu vou te dar a internação. E aí também tem a questão de onde se internar. Não pode internar em comunidade terapêutica, mas tem defensores que acabam, como não tem leito em hospital geral, então eles acabam fazendo orçamento de 3 comunidades terapêuticas e falam ao juiz, interna em qualquer uma dessas 3, e aí a gente não faz a fiscalização desses estabelecimentos, não sabe muitas vezes que a comunidade terapêutica não pode praticar a internação” (RDP 3).

Divergência em relação ao atendimento de pessoas interditadas na DPESP:

“Uma coisa que às vezes em conversa com os colegas discutíamos: porque você tem que ver se o sujeito não tá interditado, se não for interditado... aí você tem que falar com o representante, com o curador, não sei o quê. Aí é uma bobagem Total, você tem o sujeito lá! Inclusive, ele pode estar lá pra questionar essa condição, a própria interdição, a cidadania que ele tá vivenciando ou discutir se a interdição é Total ou parcial, se o prejuízo dele é global ou é pra alguns aspectos da vida. Eu acho que isso implicaria por um lado trabalhar isso com os defensores em termos de formação intensiva pra se quebrar o preconceito que nós temos em relação à pessoa com transtorno mental. Preconceitos que giram em torno do estigma da incapacidade e da periculosidade, que ele não é capaz de nenhuma autonomia, e além do quê você tem o medo!” (RDP 6).

A defesa de pessoas portadoras de transtornos mentais que perdem o direito de convívio com filhos:

“Eu tenho muitos casos de famílias que perdem o direito de convívio com os filhos em razão de transtorno mental. Muitas vezes, essas pessoas respondem processos e seus filhos são encaminhados para adoção. Esses casos vêm pra questionar o acolhimento dos filhos. Eu não consigo dar continuidade, são pessoas que têm transtorno, são classificadas como incapazes de prover cuidados mínimos pra uma criança, e a família extensa não acolhe. Essas crianças acabam indo pra serviço de acolhimento, e essas pessoas passam a responder processo, e a Defensoria faria a defesa delas. A grande maioria dos casos, quando o oficial de justiça a intima pra apresentar o defensor, ela não comparece, e quando ela comparece, vem uma única vez e aí eu não consigo mais, e o caso acaba se perdendo. Uma parte desses casos é de portadores, se a gente for pensar nesses quadros de psicoses mais clássicas assim delirantes, alucinatórias, tem um número razoável. Se a gente estender isso para os quadros que

eles classificam como quadros de dependência de drogas, aí é um volume significativo” (RDP 6).

9.2.4 Críticas à Lei 10.216/2001

As referências e críticas às legislações e às práticas para garantir os direitos em saúde mental: a incumbência da Defensoria de fazer visitas em instituições de internação e a realidade; as limitações e críticas à Lei 10.216 e à atuação de profissionais e de militantes da área.

A legislação da Defensoria e a previsão de visitas a estabelecimento de internação:

“Apesar de na nossa lei estar escrito que nós temos a incumbência de fazer visitas a estabelecimentos de internação, a gente não dá conta de todas as demandas da Defensoria, a gente tende a dar conta daquelas demandas arroz com feijão que a gente sempre deu. É um desafio incorporar nas mentes, na estrutura da Defensoria a convicção e a prática de que nós temos a incumbência clara de atender essa população, identificar onde elas estão. Antes disso tudo, ter um entendimento do que é o fenômeno mesmo. Caso contrário, a Defensoria corre o risco de tomar contato com esses pleitos de transtorno mental e agir tradicionalmente. E aí vira um acesso à justiça formal, ou nem formal” (RDP 3).

A exclusão da Defensoria Pública do projeto original da Lei 10.216, a ausência da Defensoria Pública nas Portarias do Ministério da Saúde que tratam de transtornos mentais, e a sobrecarga de demandas da Defensoria: diferentes barreiras para a atuação da DPESP em saúde mental.

“Eu acho que a lei nº 10.216 também não ajuda. No projeto original as comunicações das internações involuntárias eram para a Defensoria Pública, que em pouco tempo deveria emitir um contralaudo ou um laudo confirmando a alta, era uma coisa maravilhosa. Só que aí excluíram a Defensoria, colocaram o MP que, com todo respeito, não tem como atribuição a defesa de direitos individuais, não tem como atribuição dar voz a essas pessoas. Muitas vezes o MP ainda é aquele que encarcera essas pessoas, é aquele que interdita essas pessoas. Tradicionalmente, o MP, principalmente aqui em São Paulo, tem um papel atrasado com relação ao transtorno mental, salvo honrosas e importantes exceções. Então você entrega a esse órgão a incumbência de fazer a defesa do interesse manifesto dessas pessoas e exclui a Defensoria por completo. Nem nas Portarias do Ministério da Saúde que tratam de transtorno mental você vê a Defensoria. Então veja, a Defensoria acaba tendo uma justificativa para não atuar ativamente, porque ela tem na lei dela incumbências genéricas, essa é uma delas, mas entre mortos, feridos e pobretões tem tanto pra escolher, e a gente não tem estrutura mesmo pra cuidar de tudo, acabamos cuidando daquilo que a gente é instigado para fazer” (RDP 3).

“No caso de transtorno mental, a lei não fala que nós seremos comunicados, a lei dá brecha para que se a Defensoria pedir a interdição, o MP faça a defesa. É possível essa interpretação em termos legais. A pessoa portadora de transtorno mental muitas vezes está numa situação de vulnerabilidade que ela não procura a Defensoria nas vias tradicionais. O defensor, também está atribulado de coisas arroz e feijão, às vezes de menor complexidade, às vezes nem tanto, às vezes de complexidade. Tem muitos defensores dedicados às demandas de menor complexidade, pensão alimentícia, divórcios, e tal. Ironicamente a gente acaba não tendo um desenho institucional e uma estrutura institucional pra tangenciar essas pessoas, pra identificar onde elas estão, o que elas precisam, e aí fica tudo como dantes, entendeu? Meio que fica bonito na letra da lei, mas na prática ainda é bastante deficiente a atuação da defensoria nessa área” (RDP 3).

As limitações da Lei 10.216, a ausência de posicionamento crítico diante dela, a não implementação da proposta prevista na lei tendo passados 15 anos, a falta de registros das internações, violações de direitos e invisibilidade:

“Há um status de que a gente tem a lei 10.216, isso é falado até por militantes importantes: A lei 10.216 é maravilhosa porque a internação é o último recurso. O quê????!!! Não, olha, ela tem muitas falhas, ela diz muito pouco, ela não coloca o tempo da internação, ela não fala que não pode internar em manicômio, ela fala o termo “instituições asilares”. Alguns trabalhadores e alguns militantes, apesar de saberem da realidade, eu não acho que tudo é problema de lei, não acho que lei muda a realidade, mas ainda falta uma massa crítica acumulada com relação ao que a gente tem de arcabouço legal e exigência de que se melhore. É claro que a gente tem lutado contra os retrocessos. E a gente não tem um grande avanço em termos práticos, e em termos legislativos. A lei 10.216 é muito ruim em alguns aspectos, é muito aberta, é boa nos princípios e muito ruim nos critérios. Mas a gente não chegou nem na implementação dela, passados mais de 10 anos, quase 15. E, na verdade, você fica tentando refrear retrocessos a essa lei que sequer virou realidade. Na questão do sistema carcerário tem toda dificuldade, mas ali pelo menos tem uma verdade construída num processo. Você tem registros, hoje em dia a maior parte das internações, do isolamento de pessoas com transtorno mental, que não são comunicados a praticamente ninguém. Às vezes só ao Ministério Público, que não tem atribuição, ele não faz o trabalho adequado. Você não tem nenhum processo formal de legitimação daquela exclusão. É uma exclusão absolutamente silenciosa, que não se dá ao trabalho de formar nem uma carochinha, uma estorinha que vai virar um documento como acontece num processo penal. Então, assim, é de novo a invisibilidade, é ainda a invisibilidade dessas pessoas, é um drama, um sistema extremamente atrasado. Acho que é mais grave a situação da violação de direitos das pessoas com transtorno mental do que a das pessoas vitimadas pelo sistema penal, das pessoas encarceradas. Acho que é mais grave em termos de garantias, acho que é assim a ponto do iceberg, mas você pode estender isso a outras violações decorrentes dessa que acabam sendo decorrentes dessa invisibilidade” (RDP 3).

9.2.5 A lógica da proteção, o afeto autoritário e a tentação do bem

Esteve presente no posicionamento dos profissionais em relação à temática uma preocupação com o lógica da proteção de direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais fundamentada numa linguagem amorosa atrelada a supressão de direitos, um afeto autoritário ou uma tentação do bem.

“Na Defensoria, se a gente pedisse que os laudos viessem mais refinados e circunstanciados em relação às diversas dimensões da vida dele, isso poderia ajudar. E o atendimento é esse, você tá falando pra alguém, aparentemente louca, é incapaz então eu tenho que falar com o seu representante legal, eu vou entrar com uma ação no nome desse sujeito? Não. Vamos fazer interdição primeiro. Um desses fluxos iniciais da proposta que eu acho que não prevaleceu era assim; se a pessoa vem com uma demanda jurídica e ela aparenta transtorno mental você encaminha para o Ministério Público ajuizar uma interdição. Era esse o fluxo. Ela ia lá pra buscar um direito e tiravam outro! E aí a gente viu e conseguiu barrar essas coisas. Mas é uma leitura que talvez a maioria dos profissionais deva achar que é assim que tem que fazer porque afinal a interdição é pra ajudar, né? Essa coisa da proteção, pra ser usada pra essa finalidade, submissão, segregação. É a tentação do bem, a tentação do bem!” (RDP 6).

“Eu tive uma constatação do quanto a realidade é distante da letra da lei, dos princípios da lei. Isso a gente vê em muitas áreas, mas nessa área das pessoas com transtorno mental é mais assustador e, talvez, mais assustador e mais díspare o verbo ou a letra da lei e a realidade porque tem a lógica da proteção. Na questão da saúde mental entra o afeto autoritário, que é a lógica da proteção. O que eu pude perceber é que a gente vive enquanto sociedade e enquanto sistema de justiça na lógica da proteção no sentido hierárquico, eu sei o que é melhor pra você que não sabe, você não sabe o que quer, entendeu? E esse, que eu chamei de afeto autoritário, se a gente for fazer uma revisão histórica, causa muitos danos. Ele é muito perigoso, e ele é mais palatável porque ele tem uma linguagem quase amorosa, quase de segurança e proteção, por baixo disso existe a supressão de direito. O aviltamento dessas pessoas, a promoção de condições absolutamente indignas” (RDP 3).

9.2.6 Crítica à privatização na Saúde Mental e a falta de Fiscalização das Instituições

Consequências de decisões de internações baseadas em dramas familiares: sucateamento do serviço público e a falta de defesa de quem se interna.

“Juizes, promotores e defensores que se envolvem no drama pessoal daquela família que pede a internação, às vezes não se dão conta de que através do sistema de justiça nós estamos fazendo um sucateamento do serviço público e uma intensificação do

serviço privado de internação, e de serviço inadequado. Nenhum desses lugares é clínica exatamente. Não é hospital geral. É chácara! Você não põe um atropelado numa chácara. Você põe em um leito de hospital geral, Pronto Socorro. Então assim, todo mundo acaba dormindo bem porque ouviu o drama daquela mãe. Ela chega mais aliviada, só que a gente não vê o lado escuro, não visita o estabelecimento de internação, aí essa pessoa não foi defendida adequadamente. Às vezes não foi nem ouvida. Às vezes é feito o pedido de busca e apreensão de pessoas, no meio da rua, é dada a ordem de internação sem que ela seja avaliada ou ouvida. É super complicado! Só que todo mundo se sente protegendo, todos respiram aliviados e a corda estoura do lado mais fraco. E é isso, né?” (RDP 3).

As críticas ao processo de terceirização e privatização do atendimento (internações) em saúde mental:

“Acho que na maior parte das vezes não tem avaliação de pra onde tá mandando, como se, enfim, o juiz vai saber. E também o juiz não sabe, e aí deixa à revelia do município que é condenado a achar vaga, ou o estado, a achar vaga, e aí os governos contratam vagas sem licitação em local inadequado. E dessa maneira a gente não estrutura a rede de atenção psicossocial, porque existe uma terceirização via judiciário. Uma privatização do atendimento. Quando na verdade, num mundo ideal, o que a Defensoria deveria fazer? E eu me incluo nessa crítica. Deveria mapear os locais e os equipamentos da rede de atendimento psicossocial, que são deficientes, e entrar com uma ação para que seja implementada, entendeu? Por exemplo, leito para desintoxicação em hospital geral, a gente sabe, por exemplo, aqui na cidade de São Paulo quantos faltam? Qual seria a proporção? A gente nunca fez esse mapeamento. E normalmente a Defensoria, os defensores estão atribulados com demandas de quem bateu na porta. Com processos, e aí a gente não faz a promoção proativa dos direitos” (RDP 3).

9.2.7 Compromisso da DPESP com a demanda de Saúde Mental e a análise crítica de sua atuação

O compromisso da DPESP com quem a procura, tendo ou não demanda jurídica:

“Tem casos que você não tem uma providência jurídica a ser adotada, mas que mesmo assim eu acho que a instituição tem um papel enquanto componente de uma rede que essas pessoas de alguma maneira recorrem ou de alguma maneira têm uma ligação. Se a gente pensa numa ideia de uma sociedade sem manicômios ou minimamente que o lugar de louco não é institucionalizado, se a gente acha que ele tem que circular nos espaços sociais como qualquer pessoa, ele vai usufruir dos serviços. Todos os serviços têm que ter uma disponibilidade e têm que estar, de alguma maneira, assumindo uma responsabilidade também pelo bem estar do sujeito com a saúde. Se existe de alguma maneira essa pessoa que, talvez, devesse estar vinculada a algum serviço de saúde mental, mas não está, e de alguma maneira ela

procura a nossa instituição, a gente tem um compromisso de facilitar a circulação, fazendo uma mediação com o serviço que ela precisa. A Defensoria assumindo esse papel implica que de fato a gente fizesse um trabalho articulado com a rede de saúde mental, sobretudo aí os CAPS. Pra que essa transição do sujeito pra um serviço mais vocacionado a atendê-lo fosse feita de uma maneira adequada, se valendo do vínculo de confiança que ele está depositando na instituição. Não é simplesmente fazendo... olha, o problema do senhor não tem nada a ver, vai lá no CAPS, e dá uma cartinha pra ele ir no CAPS. É entrar em contato com o CAPS, chamar o CAPS pra vir na Defensoria pra que a gente converse junto. Pode ser que esse direcionamento seja feito aproveitando o que ele representa da nossa instituição enquanto um espaço pra dar conta de alguma demanda pessoal dele. Se ele procurou o espaço da Defensoria, o ideal seria que o funcionário do CAPS fosse até o espaço da Defensoria, pra que a gente pudesse fazer essa passagem de forma mais adequada. Seria responsabilidade de todas as instituições públicas, pelo menos em algum sentido, garantir o apoio, oferecer os apoios necessários pra que ele consiga um atendimento, e sofra menos. Os casos que eu sigo na Defensoria você percebe uma angústia muito grande em razão do que ele tá pensando, daquilo que vai acontecer com ele, e aí precisa de fato de uma atenção, e a gente precisaria tanto de uma rede de saúde mental, CAPS, disponível pra fazer um trabalho articulado com a própria Defensoria, reconhecendo que ela tem um papel importante nessa transição de uma instituição pra outra. Essa é uma proposta que eu acho que deveria ser discutida dentro de uma política maior da instituição, que é um papel que não é, digamos, um papel legal ou institucional. Eu acho que tá dentro de um papel geral que não vem da lei da Defensoria, mas vem da proposta de um atendimento que prescindia da desinstitucionalização do sujeito, uma sociedade que acolha esse sujeito como cidadão” (RDP 6).

Análise dos resultados obtidos pela DPESP na atuação em saúde mental:

“Eu posso contar nos dedos os casos que eu consegui manter um atendimento continuado com algumas pessoas com esses quadros e que de fato acabassem criando vínculo com a Defensoria, viessem com frequência pra que a gente pudesse estar trabalhando. Quando eu consigo, não é simples o trabalho, o que a gente acaba fazendo é reforçando um pouco o discurso que é o que impera na justiça, que tem que fazer o tratamento, se não fizer o tratamento, se não aderir ao tratamento etc. etc. etc. não tem como eles acolherem os filhos, a gente acaba reforçando esse discurso porque de fato não dá pra você vir com outra tese de defesa que tenha a mínima probabilidade de conseguir algum sucesso que não seja isso. E aí, muitas vezes, a gente acaba repetindo um pouco esse discurso de cobrança, de exigência, um discurso muito prescritivo, não tem muito espaço pra pessoa dizer das dificuldades dela ou apresentar as queixas que ela tem em relação ao serviço que tá aí. Acabo, no meu caso, não fazendo um trabalho mais diferenciado que a gente poderia esperar que a Defensoria fosse dar que fosse um trabalho que não incorporasse um discurso culpabilizante, que é um discurso que acaba predominando nessa esfera que eu trabalho que é da criança e do adolescente. É muito complicado mesmo, porque é o que eu acabo repetindo, o discurso restritivo que ela recebe em todos os lugares que ela passa” (RDP 6).

“O que a gente conseguiu fazer foi destampar uma panela e perceber o tamanho da encrenca. Acho que isso foi a coisa que a gente mais conseguiu fazer. E sair falando por aí o tamanho da encrenca, por exemplo, que as políticas manicomiais não são do passado, que essas pessoas não são defendidas, que existe um trabalho inadequado do

sistema de justiça, trabalhando em prol da internação e da terceirização, mandando internar em clínica privada. Eu acho que o melhor e o maior trabalho que a gente fez foi esse, de colocar a boca no trombone. Eu percebo que virou uma voz dissonante num verniz social do sistema de justiça e num acordo de cavalheiros, tanto que é interessante que a Defensoria trabalha pouco nesse tema e ficou um pouco conhecida como uma voz dissonante, alguém que se pode contar pra algumas coisas. Sem falsa autocritica ou sem retórica nenhuma, a gente deixou de fazer muito mais do que fez! Agora foi o possível. Pelo menos se construiu assim uma contraposição a um estado de coisas” (RDP 3).

Analisar a temática de saúde mental na DPESP mobilizou diferentes perspectivas e relatos críticos. A primeira abordagem do tema chama a atenção para as diferentes (e por vezes intransponíveis) barreiras de acesso à justiça no sistema tradicional em vigor na instituição para o acolhimento dessa demanda. Na sequência, a crítica às barreiras se dirige para a análise das portas de acesso alternativas, já identificadas, assim como para a necessidade de serem criadas novas portas de acesso, e que se atente para não provocarem a supressão de direitos, tendo como referência um discurso protetor.

Ao abordarem os temas de interdição e de internações, os participantes problematizam a questão sobre as dificuldades de se lidar com a lógica binária da formação jurídica, sobre as divergências em relação ao atendimento de pessoas interditadas; as dificuldades de defesa da demanda perante a distribuição das atribuições entre Defensoria e Ministério Público; e as dificuldades de defesa de famílias que perdem o direito de convivência com os filhos em razão de transtorno mental ou uso abusivo de drogas.

Não foram poucas as críticas apresentadas em relação à legislação em vigor para garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, também, à dificuldade para que se cumpra a previsão de visitas em instituição de internação constante na legislação de criação da Defensoria.

Decisões de internações baseadas em dramas familiares, sucateamento do serviço público, terceirização de atendimento (internações) em saúde mental e a falta de defesa de quem se interna, também foram enfatizados.

Na sequência, destaca-se a preocupação com o compromisso da DPESP com quem a procura e apresenta demanda de saúde mental, e com a necessidade de que a instituição se disponha a atuar juntamente com os demais serviços da rede pública, para acolher na sociedade os cidadãos em sofrimento mental.

Por fim, ao abordarem os resultados de suas práticas, envolvendo demandas de saúde mental, enfatizaram limitações por não conseguirem fazer um trabalho diferenciado nos casos de infância, muitas vezes repetindo discursos restritivos de que é preciso realizar e

aderir ao tratamento para conseguirem pleitear a convivências com os filhos. E, em relação às políticas de internação e terceirização em saúde mental, a constatação de que *“a gente deixou de fazer muito mais do que a gente fez. Agora foi o possível. Pelo menos se construiu uma contraposição a um estado de coisa”*.

9.3 A atuação do CAM

9.3.1 O contexto institucional, a mudança de paradigmas e a emergência de novas práticas

A temática da inserção do atendimento multidisciplinar na DPESP surge, inicialmente, com referências ao contexto da criação da instituição. Foram abordadas, desde a previsão constitucional e a ausência da DPESP, à mobilização social que precedeu a sua criação. É a participação social no processo de implantação que é apresentada como tendo influenciado na inserção de um atendimento multidisciplinar e integral que visa à diferenciação de atuações exclusivamente judiciais. Experiências prévias dos procuradores e defensores com o trabalho do Centro de Referência e Apoio à Víctima (CRAVI) e com a ONG Pró-Mulher foram mencionadas como tendo subsidiado a elaboração da proposta do CAM. Esse serviço surge como um órgão de apoio à DPESP em um projeto inovador em relação ao trabalho multidisciplinar de alguns estados por ter previsão na lei de criação da Defensoria³⁹ e, conseqüentemente, maior respaldo institucional se comparado com contratação de prestação de serviços ou atuação de profissionais em cargos comissionados.

A criação da DPESP e a inovação de um atendimento multidisciplinar:

“A Defensoria foi criada em São Paulo só em 2006. Antes disso, a assistência jurídica gratuita, que é prevista na Constituição, era exercida por um braço da Procuradoria do Estado. Por meio da Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ) alguns procuradores atuavam nessas demandas e por um Convênio com a OAB de São Paulo, por meio de advogados dativos. Com a criação da DPESP esse atendimento ganha em qualidade, através de defensores públicos dedicados exclusivamente para

³⁹ Única exceção se observa no estado do Paraná, que segue a proposta de previsão do serviço em sua lei de criação como a da DPESP. Entretanto, naquele estado as dificuldades políticas e orçamentárias têm impedido a implantação do serviço.

esses atendimentos e, gradativamente, vem reduzindo o número de casos encaminhados para o convênio, que ainda se mantém porque a Defensoria não tem ainda estrutura para atender a população do estado inteiro. Quando de sua criação, houve uma grande participação dos movimentos sociais para a estruturação dessa Defensoria, que coincidiu aí com uma obrigação do estado, de criar a instituição por conta de estar prevista na Constituição de 1988. Esses movimentos apresentaram ao governo uma proposta consistente de como poderia ser essa instituição, que acabou sendo acolhida para a criação da Defensoria Pública. Essa participação dos movimentos sociais fez com que a cara da Defensoria de São Paulo fosse um pouco diferente das dos demais estados. E uma dessas inovações é o atendimento multidisciplinar, interdisciplinar” (RDP 1).

A previsão do CAM como diferencial do atendimento das defensorias dos outros Estados:

“O atendimento multidisciplinar não surge no estado de São Paulo porque existem outros serviços multidisciplinares em outros estados, a diferença é quanto ele faz parte da estrutura da instituição. Em São Paulo, se você busca na lei de criação da Defensoria Pública nº 988, você já vê nos primeiros artigos a previsão de que a Defensoria deve oferecer um atendimento interdisciplinar. A Defensoria conta como um de seus órgãos auxiliares o Centro de Atendimento Multidisciplinar, isso previsto em lei, o que dá uma sustentabilidade para essa atuação muito maior do que em outras onde o atendimento interdisciplinar entra como um projeto ou como um apoio, como uma iniciativa do administrador, que cria um núcleo ali, mas que não há essa missão legal de que a instituição tenha esse órgão como parte integrante de sua estrutura organizacional” (RDP 1).

A necessidade de um atendimento integral:

“A Defensoria Pública para atender melhor e adequadamente a população mais pobre e com mais necessidades precisaria de um atendimento muito mais integral do que exclusivamente a assistência judiciária ou prestação de um serviço advocatício. Além dessa questão dos movimentos e dessa previsão legal, parte dos procuradores que eram da Procuradoria de Assistência Judiciária, e que optaram por se tornar defensores públicos, teve uma experiência de atendimento interdisciplinar com uma parceria que existia com o CRAVI, Centro de Referência e Apoio à Vítima, aqui em São Paulo, e de alguma maneira tiveram ali os rudimentos do que seria experiência interdisciplinar. Oitenta e sete procuradores, à época, optaram por essa nova carreira de defensor público com redução de salário, com a condição de estrutura pior, mas porque estavam envolvidos com o projeto de Defensoria Pública. Tem ali além da participação de movimento para a inclusão na estrutura da instituição, também o início de prática de futuros defensores públicos em relação à importância desse atendimento interdisciplinar para as pessoas que procuravam esses serviços de assistência judiciária” (RDP 1).

O Convênio com a ONG Pró-Mulher: a primeira aproximação dos diferentes saberes.

“De 2006 a 2010 o CAM ainda não tinha sido implantado. Nesse período houve um convênio com uma ONG chamada Pró-Mulher, que tinha psicólogos e assistentes sociais. Alguns casos eram encaminhados a essa ONG para ter uma composição de

atendimento, principalmente, casos de conciliação e de mediação. Um convênio, essa contratação um tanto quanto precária e externa à instituição. Em dado momento esse convênio teve que ser interrompido e foi possível o concurso para a estruturação da carreira própria. Então, para inserção dos psicólogos, assistentes sociais, e outros, foi criada pela Lei n.º 1.050 para a carreira de Agente de Defensoria Pública, que seria o quadro de apoio de ensino superior. Foi realizado concurso para essa carreira no início de 2010, e a gente tomou posse em abril de 2010. Com a entrada desse quadro é que se implanta efetivamente os Centros de Atendimento Multidisciplinar que estavam previstos na lei” (RDP 1).

9.3.2 O Processo de construção de um Novo Modelo de Atuação

Embora previsto na lei de criação da instituição, o CAM começa a ser sistematizado somente após a contratação dos Agentes da Defensoria Psicólogos e Assistentes Sociais, em um difícil diálogo em que a influência de diferentes paradigmas e expectativas somadas ao desconhecimento de o quê exatamente poderia ser feito, vão compondo uma proposta de atuação. Alguns parâmetros iniciais subsidiaram o processo: (i) a necessidade de se elaborar uma deliberação em que se estabelecessem objetivos, atribuições e funcionamento do Centro; (ii) a definição de procedimentos para o encaminhamento de casos de pessoas com transtornos mentais; (iii) o entendimento de que o serviço deveria seguir os objetivos e a missão institucional, e, conseqüentemente, não se estabelecer atuação semelhante a dos demais órgãos do Sistema de Justiça ou de outras instituições já existentes.

O processo de discussão e de elaboração da deliberação trouxe à pauta expectativas institucionais de um trabalho de diagnóstico que direcionasse a identificação da existência ou não de demandas jurídicas nos discursos das pessoas consideradas como portadoras de transtornos mentais. O posicionamento dos novos profissionais começa por procurar descaracterizar a possibilidade dessa expectativa de diagnóstico de transtornos e a apresentação de propostas de atuação baseadas nas diretrizes de políticas públicas e de um atendimento diferenciado, abrindo espaço para a busca de entendimento das diferentes necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais. Inicia-se assim a construção de uma proposta de trabalho mais alinhada aos princípios da Cidadania e de Direitos Humanos.

Elaboração de uma deliberação:

“Com a nossa entrada, a Defensoria teve que se haver pela primeira vez em como vai funcionar esse serviço tendo, inicialmente, defensores públicos pra pensar esse serviço. Eles esboçaram, fizeram algumas pesquisas, mas não havia um exemplo pra eles seguirem em Defensorias outras de outro estado. Eles compuseram um grupo,

com defensores públicos interessados na matéria para dar um desenho inicial, uma cara inicial pra nossa recepção. Mas uma opção da instituição foi de que uma regulamentação mais refinada de como seria a atuação desses profissionais, considerando que a maior parte desse quadro de apoio que entrava era de psicólogos e de assistentes sociais, fosse construída junto com esses profissionais ingressantes. Então, na nossa semana de recepção foram reservados dois dias de atividades para discutir a regulamentação específica das nossas áreas. Foi apresentada uma minuta original desse grupo que contou com o apoio de um defensor público que tinha mais proximidade com a área, e os próprios profissionais ingressantes foram lapidando, desenhando uma proposta de como seria essa regulamentação, que falava das atribuições, da organização do serviço, da finalidade, coisas importantes pra gente saber o que tem que fazer na instituição” (RDP 1).

A expectativa do diagnóstico:

“A primeira coisa que eles pediram pra gente tinha a ver com transtorno mental. Eles tinham lá uma deliberação que eles estavam tentando aprovar no Conselho Superior, mas eles tinham algo muito rudimentar e não tinham a ideia de se aquele que era o caminho e aí eles deram uma cópia pra cada um e disseram olha, a gente gostaria que vocês lessem e amanhã a gente discute sobre isso pra ver se já dá pra encaminhar. E o que foi interessante, quando a gente leu Serviço Social e Psicologia, cada qual na sua especialidade, a gente percebeu essa expectativa que eles tinham de que a gente ia diagnosticar pessoas e dizer se realmente dava pra atender ou não, e se aquela demanda era legítima ou não, se não era fruto de algum transtorno mental dela” (RDP 5).

A proposta de atuação alinhada às diretrizes de políticas públicas e de atendimento:

“A gente se comprometeu a propor algo na linha de diretrizes e política pública e, também, de atendimento interno na Defensoria, que garantisse um melhor atendimento da pessoa com transtorno mental. Então, ao mesmo tempo em que a gente trabalhou na proposta da criação da deliberação, que dizia como o Centro de Atendimento iria funcionar, a gente também trabalhou com a outra deliberação que era do atendimento da pessoa com transtorno mental dentro da Defensoria. Isso foi interessante porque eles realmente deixaram espaço pra que a gente pudesse dizer de que lugar é esse que a gente fala e porque a gente entende que pra trabalhar com essa população não pode seguir uma lógica linear, a mesma lógica de fila, o mesmo raciocínio de uma demanda mais ordinária da Defensoria Pública” (RDP 5).

“Um marco importante aí na criação do CAM: três meses depois dessa construção, a proposta foi apreciada pelo Conselho Superior da Defensoria Pública, que é um órgão aqui na instituição que tem a competência para regulamentar a atividade. Houve algumas propostas de alteração, que faz parte do processo democrático, colocar os pesos aí da administração e da missão da Defensoria, e foi editada a primeira regulamentação do Centro de Atendimento Multidisciplinar, que é a Deliberação do Conselho Superior nº 187, de 2010. Esse ano a gente fez uma edição, um aperfeiçoamento dessa norma, mas é a que orienta a atuação do CAM na Defensoria” (RDP 1).

9.3.3 Os Pressupostos de um Novo Modelo

A construção da atuação dos profissionais evidenciou um processo dialógico (i) nas dificuldades vivenciadas pelos profissionais da Defensoria no atendimento e no entendimento do discurso das pessoas portadoras de transtornos mentais; (ii) nos princípios democráticos propostos para a Instituição, priorizando o acesso à justiça e o cuidado na avaliação de denegação de atendimento; (iii) e na valorização de uma atuação, coerente com a proposta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, embasada na perspectiva dos Direitos Humanos, que foram norteando as reflexões e a definição de um novo paradigma de atendimento dentro do Sistema de Justiça.

Os impasses no atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e a iniciativa da Ouvidoria (anterior à contratação dos Agentes de Defensoria) de elaboração de uma normativa para incidir sobre o problema:

“A Defensoria, mesmo antes da nossa entrada, se ateuve às dificuldades de encaminhar os atendimentos de pessoas portadoras de transtornos mentais. Pessoas que chegavam aqui, os defensores interpretavam que atrapalhavam o atendimento, tinham receio de questões de segurança em relação a essas pessoas, medo mesmo delas serem perigosas, diziam que o atendimento era inócuo porque as pessoas não falavam coisas que faziam sentido para a demanda jurídica, que vinham recorrentemente à instituição. Então, esses eram problemas que se deparava a instituição em relação ao atendimento dessas pessoas e que estavam impactando em um atendimento ruim oferecido a essas pessoas. Pra tentar criar uma alternativa pra esse atendimento que era ruim, e que era um problema pra ambas as partes, pra pessoa que não tinha um bom atendimento e para os defensores públicos e servidores, que também era algo que os transtornava e que eles não tinham resposta, a Ouvidoria Geral propôs uma normativa que pudesse incidir sobre esse problema. Esse processo foi para o Conselho Superior e teve manifestação do então corregedor geral da instituição contrária, apontando alguns problemas, e o processo acabou sendo arquivado. Só que aí, confiando na nossa expertise, no nosso Curso de Acolhimento, em uma das mesas fez parte do nosso material de apoio tanto a proposta da Ouvidoria quanto o voto do corregedor-geral pelo arquivamento da proposta, e um convidado externo pra debater a situação conosco” (RDP 1).

Impasses da proposta da Ouvidoria quando analisada sob a perspectiva de Direitos Humanos:

“Tendo acesso à proposta, realmente era uma proposta um tanto quanto problemática que, por exemplo, indicava que quando a pessoa estivesse em atendimento e o defensor público suspeitasse que a pessoa tivesse transtorno mental, ele deveria encaminhar essa pessoa para o CAM, que faria uma avaliação daquela pessoa. Se ela tivesse mesmo transtorno mental, indicariam que ela passasse por uma avaliação psiquiátrica pra confirmar essa avaliação, se fosse o caso, seriam tomadas

providências para a sua interdição, fariam contato com a sua família. Aspectos muito problemáticos de suspensão de direitos, de interdição da pessoa, sendo que não foi para isso que a pessoa procurou a Defensoria. Alguns pontos que, inclusive, foram destacados pelo próprio corregedor no voto dele. Então, na minha avaliação, muito adequado que tenha sido arquivada, pelo menos essa proposta. Os problemas ali eram do mérito mesmo do conteúdo da proposta, pensando numa perspectiva de Direitos Humanos” (RDP 1).

A necessidade de aprimorar a ideia proposta pela Ouvidoria para uma adequação às perspectivas de defesa de Direitos Humanos:

“Havia alguns problemas que não eram tanto da técnica jurídica, não era algo equivocado por isso, mas da perspectiva do direito mais adequado aos princípios da Defensoria em relação a uma defesa dos Direitos Humanos, ela tinha problemas. Até porque a Ouvidoria tem esse papel também de interesse na defesa das pessoas, então ela não tinha intenção de prejudicá-los, mas faltava repertório de como lidar com aquela situação, tanto que, também as propostas do corregedor quando recusa a proposta da Ouvidoria eram um tanto incipientes, tanto que não gerou uma nova normativa, só pediu o arquivamento da anterior, com algumas sugestões até interessantes, mas faltava uma proposta robusta para resolver o problema” (RDP 1).

Impasses diante das expectativas de argumentos para denegar atendimento em uma instituição com a missão de atuar no Acesso à Justiça:

“Tinha uma questão que ainda era presente, que ainda não estava resolvida que era isso: a pessoa achando que o atendimento gerava ônus, que tinha medo, e que queria ter uma normativa que regulamentasse basicamente para poder denegar os casos com segurança. Então, assim, eu não tô atendendo não é porque eu tô fechando as portas da Defensoria, é por esse, esse, e esse motivo. Era um anseio de parte das pessoas que não conseguiam lidar com esse atendimento, não era um jeito de atender melhor, mas era um jeito de falar, uma justificativa legal e coerente de que o problema não era dela. E não foi a proposta que a gente quis construir” (RDP 1).

9.3.4 As Premissas da reforma psiquiátrica como referência para a construção da Normativa para o Atendimento

“A primeira referência pra gente construir essa normativa foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial, mas de maneira geral como um processo. Compartilhando da premissa de que as pessoas estão aí, têm que viver em comunidade, e por consequência vão procurar os serviços, e por consequência vão chegar à Defensoria Pública e, inclusive, vão querer acessar a justiça. Então isso é uma premissa, tendo isso como premissa a gente não pode pensar que o acesso dela à justiça quando ela procura a Defensoria é para ser enquadrada nos artigos jurídicos que dizem da loucura, por exemplo, a interdição, no caso da proposta da Ouvidoria” (RDP 1).

“Não é assim, primeiro identifica, já que você é louco, só lhe cabem esses artigos. Ele pode ter acesso a qualquer coisa. Por exemplo, divorciar, pedir uma ação indenizatória, qualquer que seja o seu pedido, ou pedir inadequadamente aquilo que ele imaginava ser da esfera jurídica ou que não é. Qualquer que seja a demanda, ela pode bater às portas da Defensoria para ser escutada no seu pedido. Inclusive, um pedido de cuidado em saúde mental, ou de uma demanda em saúde mental que ela não está acessando por uma ineficiência do poder público em atendê-la. Então, todo esse rol de atendimento teria que ser possível da pessoa procurar a Defensoria Pública” (RDP 1).

A mudança de modelo legitimada na alteração da deliberação. A busca de uma coerência com a nomenclatura utilizada pelos movimentos antimanicomial que orientam a rede de atendimento em saúde mental:

“Para destacar essa mudança de paradigma, a gente também propõe uma mudança já de princípio no título da deliberação proposta, que abandona o portador de transtorno mental prevista na legislação, da maneira como está positivado e inclui nesse título a pessoa em sofrimento mental ou com transtorno mental, que é o alvo dessa deliberação, em sofrimento mental, seguindo a nomenclatura utilizada pelos movimentos antimanicomial e pelos teóricos e técnicos do atendimento psicossocial, que orientam hoje a rede de atendimento de saúde mental a essa população” (RDP 1).

O motivo da alteração proposta:

“Essa mudança conceitual é importante porque afasta a ideia de que o defensor público ou o atendimento jurídico tenham que identificar ou diagnosticar a pessoa para atendê-la de uma maneira que vá ao encontro de sua condição. Então, pouco importa se ela tem ou não um transtorno, o que acontece é que pode ser de fato um atendimento diferente da maioria dos demais, que isso exija um cuidado melhor, tratar e atender diferente aquela pessoa, para atingir a demanda dela e não afastá-la porque ela não fala como os demais. Então, apontar que a dificuldade de atender bem e corretamente essas pessoas não está no problema dela comunicar delírio ou dela não se comunicar bem, mas o problema de comunicação aponta para os dois lados. Precisa haver um ajuste da instituição para escutar corretamente o que as pessoas estão trazendo de demanda. Então, deixa de ser algo de apontar que ela tem um transtorno mental, então, sai da fila aqui e vai ser atendido de lá, pra ser algo assim como é que a gente vai entender o que ela está pedindo. Porque está numa condição de sofrimento ou confusão mental naquele momento, pode não ser um diagnóstico perene, pode ser uma crise, a pessoa pode já estar sendo tratada, diversas podem ser as variáveis, e fazendo esse ajuste o CAM é incluído nessa nova proposta não como um serviço que corre em paralelo para o qual são encaminhadas as pessoas, mas um serviço que apoia o atendimento jurídico da Defensoria pra que essa demanda seja mais bem compreendida” (RDP 1).

O que se propõe: um atendimento interdisciplinar.

“O que se propõe é que na medida em que o defensor público ou o estagiário de Direito tem dificuldade de compreender qual é a demanda daquela pessoa que está

com discurso confuso, está instável emocionalmente para conseguir expressar, que o profissional do CAM, seja psicólogo ou assistente social, e qualquer uma das duas áreas porque não se pretende um diagnóstico psicodinâmico da pessoa e sim uma comunicação com ela para que conjuntamente esse operador do Direito e do atendimento do CAM atendam essa pessoa e compreendam quais são as medidas possíveis, judiciais ou não. Pode ser algo de acesso a um serviço que não precisa passar por uma ação, e que possa ser resolvido por um psicólogo e por um assistente social estritamente dentro de suas competências e atribuições dentro da instituição. Essa normativa reconfigura o atendimento para essas pessoas, colocando o CAM e o atendimento jurídico lado a lado para um atendimento interdisciplinar, mais que multidisciplinar, que possa compreender melhor os pedidos e demandas da população que nos chega, inclusive aquelas que tiverem transtorno mental diagnosticado ou que de alguma maneira se apresentem de maneira diferente das demais em relação à organização de suas demandas” (RDP 1).

Propondo alteração na condução do atendimento das pessoas com transtornos mentais:

“Essa deliberação tem uma forma diferente de todos os outros atendimentos: a pessoa vem uma vez, a demanda dela tem a ver com transtorno mental? Quem diz que tem somos nós, não porque a gente diz a pessoa tem transtorno mental, mas porque no diálogo com ela, ela diz que já passou pelo CAPS, ela faz acompanhamento e tal, e a partir desse dado a gente diz que sim, a pessoa pode estar nessa deliberação. E aí ela passa a poder vir ao CAM quando ela quiser. Ela não precisa vir para a fila da triagem toda vez pra depois vir passar no CAM. Ela pode retornar ao CAM e falar, olha sabe o que é, eu fui lá no CAPS, conversei, mas não fui bem atendida, eu queria que vocês pudessem interceder de uma outra forma. A gente entende que nesse caso específico, o CAM precisa acompanhar melhor a demanda dessa pessoa. Porque uma das diretrizes que a gente tem na nossa deliberação do funcionamento do CAM é não substituir a rede de serviços. Então nessa não substitutividade o que acontece? Se a gente acompanha demais, a gente acaba fazendo o trabalho que é da assistência social, do próprio CAPS. Mas como a pessoa está vindo até a Defensoria, a gente tenta construir com ela, porque ela veio procurar a justiça, alguma lógica se formou pra ela, algo não está do jeito que ela acha que seja adequado a ponto dela vir buscar um órgão da justiça. Então a gente tenta acompanhá-la até o ponto que ela consiga de fato ser referenciada no serviço que for mais competente” (RDP 5).

9.3.5 A necessidade de estratégias criativas

A consciência da importância de um novo modelo e a identificação com a necessidade de se trabalhar na garantia e defesa de Direitos Humanos impõe a necessidade de se pensar em práticas que efetivamente pudessem proporcionar o acesso à justiça das pessoas portadoras de transtornos mentais. Paradigma novo passa a exigir novas práticas.

“O que a gente percebe é que esses casos precisam de uma estratégia criativa, não

tem um modelo pronto, o que a gente tem mesmo são diretrizes. Às vezes, num atendimento, o defensor não consegue identificar a demanda da pessoa, que seja pra judicializar ou pra resolver de forma administrativa, não consegue identificar. A gente pode ser chamado para fazer o atendimento junto com o defensor ou a pessoa pode ser encaminhada ao CAM para melhor esclarecimento da demanda. Foi isso que a gente tentou trabalhar com eles, porque a demanda da pessoa pode ser jurídica sim, pode ter uma via judicial, o problema é que de algum modo naquele momento ela não consegue expressar o que ela tem pra dizer, e a gente pode contribuir por quê? O que a gente não gostaria que acontecesse é que todos ficassem no CAM, a gente não tem nada a ver porque é transtorno mental e a gente não tem esse diálogo, então de algum modo a gente tentou essa interface. O que acontece é que no dia a dia, aí depende de cada Unidade” (RDP 5).

“A ideia da deliberação é porque no Direito tudo tem que ser normatizado, tem que estar na regra, com fluxo estabelecido, para que todo mundo diga como é que tem que ser feito. Então foi difícil estabelecer esses pontos porque é difícil para o Direito entender essa dimensão de que às vezes não é linear: Ah, mas então a pessoa chega lá, vai no CAM a hora que quer? Não, não é na hora que quer, mas é com ela que a gente estabelece um dia que ela pode vir, ela vem naquele dia sempre, num horário que é mais tranquilo, e ela pode voltar. E aí, junto com o serviço de saúde também, a gente vai organizando, tem CAM que às vezes estabelece um contato com o serviço de saúde e fala assim: Oh, vamos combinar com ele que uma semana ele vai aí, e uma semana ele vem aqui. Porque às vezes a pessoa só volta na Defensoria e não quer ir lá no CAPS. Ah, então tá bom, uma semana eu venho aqui e a outra eu vou lá? E a pessoa começa a ir. Aí, vai tentando reorganizar pra que ele não precise mais voltar tanto na Defensoria, e entender qual é o lugar da Defensoria, o que a Defensoria já fez, e como ele trabalha lá as questões, por exemplo, de perseguição e de outras coisas que podem ser construídas. Isso é um pouquinho desse trabalho” (RDP 5).

Estabelecendo portas e estratégias alternativas de acesso à justiça

A construção de uma atuação que se fundamenta no princípio da dignidade humana, e que parte de uma proposta de atendimento integral, se depara, necessariamente, com desafios de busca constante de estratégias que possam facilitar o acesso à justiça. Algumas das alternativas identificadas ilustram a seguir o percurso que os profissionais estão construindo, decorrentes de um processo de imersão na realidade dos serviços de saúde e/ou de assistência, assim como na busca constante de compreensão das necessidades das pessoas atendidas. Essas alternativas incluem o desenvolvimento de estratégias para subsidiar ações de Levantamento de Interdição; comprometimento com ações de Educação em Direitos juntamente com serviços de assistência e de saúde; estratégias que facilitem o acesso à informação; estabelecimento de rotinas de trabalho na DPESP que acolham as pessoas portadoras de transtornos mentais ou que facilitem o acesso, minimizando barreiras de comunicação.

9.3.6 A atuação em ações de levantamento de interdição e em educação em direitos

Atuação em ações de Levantamento de Interdição e em Educação em Direitos: a abertura de espaços institucionais para o questionamento das garantias de direitos nos casos de interdição de pessoas portadoras de transtornos mentais:

“Tem uma ação que chama Levantamento de Interdição em que a pessoa interditada pede pra cessar essa interdição. Um trabalho que a gente faz é de entender com a pessoa como é que ela se organiza. Entender qual a estória dela, porque, por exemplo, no judiciário não tem um paralelo do Serviço Social e da Psicologia nessa ação, eles trabalham na Vara da Infância e na Vara da Família. Apesar da interdição, às vezes, estar na Vara da Família, quando é Levantamento de Interdição não vai para a equipe. Eles entendem que é só uma avaliação médica pra se ter certeza absoluta de que se pode ser ou não uma ação de Levantamento de Interdição. E aqui na Defensoria a gente tenta trabalhar qual estratégia? Tem o acompanhamento da Psicologia junto com o Serviço Social para acolher essa pessoa, entender a estória dela, e tentar ver com ela como ela se organiza em relação à família, em relação à vida dela na comunidade, se ela trabalha. Por que o que acontece... pessoa interditada não pode trabalhar, então, em geral ela trabalha de bico ou alguém que sabe do caso dela e ela tem condições de trabalhar, então, paga, mas não paga registrado porque não pode ser feito dessa forma. Então a gente tenta acompanhar isso, acompanhar ela no serviço de saúde. Quando a pessoa vem solicitar o Levantamento de Interdição, em geral ela tá vinculada num serviço de saúde. Muitas vezes o serviço de saúde apoiou para que ela viesse à Defensoria e pedisse esse Levantamento” (RDP 5).

Estabelecendo estratégias para subsidiar a defesa em Ações de Levantamento de Interdição

“Tem um caso que a gente acompanha que o irmão quer de todo modo que ela permaneça interditada. Ela teve uma fase mais difícil, de desorganização e aí realmente ela chegou à interdição, e a mãe dela que é a curadora. Agora ela está numa outra fase porque ela aderiu ao tratamento, ela faz acompanhamento no CAPS com frequência, então ela já trabalha, já estabeleceu um relacionamento. Os motivos que levaram à interdição, na visão do CAPS, é que eles já não existem mais. Então ela vem pedir o Levantamento. A psicóloga da DPESP fez um relatório nesse sentido; olha, ela organiza a própria renda, ela organiza a vida amorosa dela, ela tem um vínculo na comunidade, ela tem contato com a mãe, com frequência ela ajuda a mãe no sistema de saúde, ela vai passear, ela tem atividade na comunidade que ela participa, ela vai ao CAPS, com frequência. A psicóloga anexou o relatório do CAPS a respeito. Tudo isso a gente faz pra subsidiar uma defesa para além de um elemento mais jurídico. Então é dizer para o juiz que essa pessoa se organiza de outro modo. Não é só o médico: Ah, o médico diz e pronto, não! Tem muito mais coisas que dizem se a pessoa tem condições ou não de organizar a própria vida. Então, a gente faz esse acompanhamento para garantir a defesa do defensor em relação ao Levantamento de Interdição” (RDP 5).

Ações de Educação em Direitos por aproximação da DPESP dos Serviços de Saúde e de Assistência do município:

“O que a gente tem feito é chegar ao serviço, informar o serviço dessa possibilidade. Nos serviços de saúde e nos serviços da assistência, que são as primeiras portas aonde a população chega, e dizer a eles, se vocês tiveram questões em que não está bem claro qual é a demanda judicial, pode ser judicial e às vezes nem é, traz primeiro pra gente conversar. E aí tanto podem ligar e a gente discutir o caso, quanto a gente pode ir ao serviço, quanto eles podem trazer a pessoal até aqui. A gente já teve caso do Centro Pop, a gente já teve caso do CAPS, e um caso do CREAS, que eles trouxeram a pessoa e eles acompanharam a pessoa até aqui” (RDP 5).

“A gente trabalha com o Serviço de Saúde Mental e as pessoas não sabem dessa possibilidade (Ação de Levantamento de Interdição). Então uma das formas que a gente tem de levar essa informação é através do CAPS. O quê que a gente faz? Não somente o CAPS, mas também as UBSSs. A gente já agendou com a Coordenadoria da Saúde Mental, e uma das coisas que a gente colocou é isso, tanto nós podemos ir às assembleias de vocês, ou em alguma outra situação, pra falar sobre o que a Defensoria pode fazer, quanto vocês podem avisar nos casos de Interdição, por exemplo, se a pessoa se sente fortalecida o suficiente pra vir procurar a Defensoria e pedir o Levantamento de Interdição, que ela venha. Porque às vezes tem uma série de violações de direitos que a gente só vai saber se ela chegar até aqui. Se vocês souberem de alguém que não está fortalecido o suficiente e precisa esclarecer dúvida, a gente pode ir até ela, pra esclarecer dúvidas pelo menos pra ela refletir, e ver o que ela faz depois. A gente trabalha com a Saúde Mental e agora a gente vai tentar trabalhar com as Unidades Básicas de Saúde, a gente vai fazer a primeira reunião com a Coordenadoria para tentar entender o fluxo, como que poderia ser feito, para gente chegar mais perto da comunidade, porque vai para o CAPS uma parcela da população, mas o grosso da população vai à UBS. E aí vamos tentar ver se eles têm grupos de comunidade, se a gente pode fazer alguma coisa a mais” (RDP 5)

A previsão da deliberação para facilitar o acesso aos serviços da Defensoria para os casos de pessoas portadoras de transtornos mentais:

“A deliberação é bem clara, nesses casos tem que facilitar a porta de entrada. Nem que seja o CAM esclarece primeiro e aí depois, tudo bem, então ele já sabe. E o que a gente costuma fazer também, e eu acho que é uma característica mais da Unidade, aqui no CAM: todo caso desse a gente escreve e depois faz uma informação, não é um encaminhamento não é nada, é para o usuário. Então, o Senhor veio aqui hoje, foi atendido por nós, e dentro daquilo que nós conversamos o Senhor já sabe que tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, tem que fazer aquilo outro, é isso que o Senhor vai levar. É um documento que ele tem que em qualquer outro lugar, porque ele vai ao CAPS depois disso, ele vai explicar para o irmão dele, que é amigo dele, que ele confia, sobre o que ele conversou aqui. Então, às vezes, a pessoa não necessariamente consegue traduzir pro outro a conversa que foi feita aqui e pode gerar uma desconfiança ou algum problema que ele não precisa ter em relação ao passos que ele precisa dar depois desse diálogo aqui no CAM. A gente faz uma informação por escrito e entrega pra ele. Ah, o Senhor precisa ir lá ao Poupa Tempo porque faltou tal coisa e o Senhor não tem a segunda via. Desde a coisa mais simples até informar à família que pode comparecer à Defensoria pra fins tais. Às vezes é um caso que a

gente descobre que não é caso de judicialização, mas que o próprio CREAS pode acompanhar e pode assumir, e aí foi dada a orientação” (RDP 5).

“Tem o Centro Pop para a população em situação de rua. Teve um caso que eles encaminharam pra gente. Quando é um caso que é preciso entender direito o que juridicamente é possível fazer, eu peço pra vir primeiro falar com a gente, pra entender o contexto pra gente falar com o defensor, e aí depois retorna na triagem trazendo os documentos, se for o caso. Tem um caso de uma senhora que tem transtorno mental, na trajetória dela tem três filhos, ela não conseguiu exercer a maternidade. Ela sempre ficava nessa situação de rua, sofria uma hostilização da família por causa disso. Recentemente, como ela está referenciada no Centro Pop, ela criou vínculo nesse lugar, então ela aceita os encaminhamentos, as propostas, retornar ao atendimento no CAPS. Ela tinha uma demanda jurídica, tem uma casa que é de herança, que foi dividido o bem, e ela não foi incluída. A gente tá construindo uma ponte com quem é da família que teria participado do inventário pra nos esclarecer, se foi mesmo o que foi dividido, pra daí a gente seguir via judicial. Porque se a gente a manda pra fila da triagem, o defensor vai fazer esse monte de perguntas sem o cuidado devido e ela pode desistir disso e falar: Ah, eu não vou conseguir nada disso mesmo! Ou ficar nervosa, sem necessidade também, então acaba sendo uma outra porta de entrada” (RDP 5).

9.3.7 A necessária pró-atividade da DPESP no acompanhamento de demanda de Saúde Mental

A reflexão apresentada sobre a atuação do CAM junto aos Serviços de Saúde ressaltou a importância da pró-atividade dos profissionais a fim de que se estabeleça uma comunicação efetiva que possibilite a chegada do usuário da DPESP ao Serviço de Saúde, e, não somente, que seja encaminhado sem o processo de acompanhamento.

A DPESP é apresentada como a instituição que atua como um termômetro do funcionamento das políticas públicas, exercendo importante papel de intervenção e de questionamento das condições de implantação da política pública de saúde mental no Estado, além de estabelecer estratégias de diálogo com a rede municipal de serviços de saúde e de assistência.

O acesso ao Serviço de Saúde e a missão da Defensoria: a necessidade da pró-atividade para que se estabeleça uma comunicação efetiva.

“Tem uma questão desse acesso ao Serviço de Saúde que tem a ver com a missão da Defensoria Pública. Porque a normativa, às vezes, é muito fria, porque ela se pauta com uma condição de voluntariedade e de decisão, que é da maioria das pessoas, mas que não é de todas. Muitas vezes, o acesso à política de saúde mental, que delega pra pessoa essa voluntariedade plena e absoluta, racional, ela inviabiliza que a pessoa de fato acesse. Precisa ter uma pró-atividade em relação a estabelecer uma

comunicação, e não estou falando de uma internação forçada, de sair caçando a pessoa na rua pra colocar em uma instituição. Mas de estabelecer esse diálogo, ir conversar e construir esse vínculo, de construir esse plano de convivência, de cuidado para o sofrimento que as pessoas têm. Porque a gente não está falando de alguns casos que chegam à Defensoria, na qual a maneira singular de viver a vida é uma maneira tranquila, tá bem. Existem pessoas que chegam sofrendo, que questionam, principalmente em função da perseguição sofrida nas ruas. Não conseguem enfrentar e pra lidar com esse sofrimento da perseguição elas procuram uma medida jurídica, e essa medida jurídica não é capaz de fazer obstaculizar a perseguição e o sofrimento que ela está relatando. Ao mesmo tempo, ela não consegue dentro dessa dinâmica perceber que é o Serviço de Saúde que poderia ajudá-la nisso. Se você for pegar empaticamente o que ela tá te falando, ela quer uma ajuda de um poder público ou de uma instituição terceira para uma perseguição que ela está sofrendo. Agora, se nessa estrutura você percebe que essa demanda não pode ser obstaculizada por uma medida de segurança ou de qualquer instrumento jurídico isso não significa que, então você vai embora e tenta se virar sozinho, a gente escutou e ela ainda acha e como ela não consegue ainda compreender porque não é a medida jurídica, acho que a responsabilidade é nossa de encaminhar para um lugar correto” (RDP 1).

A demanda de sofrimento (por persecutoriedade) que precisa ser conduzida com articulação com a rede:

“A pessoa na verdade tem a demanda quando elas procuram o serviço público, a gente percebe que outras instituições também recebem, e as injustiças como um perfil similar: delegacia, ministério público, defensorias e tribunais recebem uma demanda dessa população com alguma similaridade porque têm coerência o que eles dizem, eles estão falando de um ataque, de um sofrimento, que na percepção deles é externo e que eles associam a explicações da realidade, que se você for escutar, você diz, tem todo sentido. Se ele acredita que na rua dele estão perseguindo e ele não quer mais ser perseguido, faz todo sentido procurar a polícia, que ele procure uma medida jurídica que afastem essas pessoas dele, que lhe protejam. É muito superficial dizer não tenho como provar que têm pessoas externas, então você não tem demanda pra cá, até porque há uma dificuldade grande de perceber se de fato tem alguma situação acontecendo, ainda que não exatamente a relatada, se não houve realmente algum histórico de violência que realmente aconteceu, ou ainda que não seja tal como relatada, isso precisa ser depurado. Às vezes precisa ser depurado lá no Serviço de Saúde, com um encaminhamento da Defensoria Pública, que pode voltar dizendo eu acho que tem alguma situação de violência acontecendo mesmo, que precisa de alguma medida jurídica. Então, é preciso que as instituições trabalhem juntas pra acolher, não trabalhar separadamente do modo fordista, que não é comigo, então joga, procura aí em outro lugar. Tentar numa perspectiva de atuação do CAM para todos os casos, e que vale também para os casos de pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. É o trabalho em rede, o trabalho das políticas públicas articulado” (RDP 1).

A definição da continuidade do atendimento: acompanhar a necessidade da pessoa cobrando o funcionamento das políticas públicas.

“O papel da Defensoria Pública na medida em que é cobrar que as políticas

funcionem, muitas vezes há um problema na porta de entrada, mas não um problema dessa rede de acolher o caso. Na medida em que a gente corrige é um caso seu por causa disso, disso ou daquilo. Então ok, a gente vai seguir atendendo e cessa o atendimento da Defensoria. Esse atendimento contínuo que substitui o atendimento de saúde acontece em exceção. Mas, eventualmente, ele acontece porque se é importante encaminhar essa pessoa para um serviço de saúde e esse encaminhamento não é dar um papel para ela com endereço e telefone, não é suficiente para que esse encaminhamento aconteça, então que se faça um atendimento para construir essa proposta que é adequada para o caso, então há essa nuance. O que nos importa, o nosso trabalho se encerra, não quando a gente identifica que é um caso de saúde, e imprime um papel e dá na mão, nosso trabalho se encerra quando a gente avalia que de fato a pessoa chegará nesse lugar. E por isso, eventualmente, esse trabalho demora, o processo é mais longo. Eventualmente, pode acontecer da pessoa que não quer ir, ela não quer buscar, a maneira como ela interpreta a realidade não é a mesma que a gente avalia. A gente não vai forçar nada, mas também não vai deixar a pessoa sem respaldo algum” (RDP 1).

9.3.8 A DPESP como um termômetro das políticas públicas, a intervenção para que sejam implantadas, e a atuação em tutela coletiva

A DPESP como um termômetro do funcionamento das políticas públicas e a menção ao CAPS como o melhor modelo, mas com necessidade de aprimoramento:

“A gente acaba sendo muito um termômetro de como está o funcionamento das políticas públicas, sociais e de saúde para a população. E ainda que, eu acho, seja o modelo, o melhor modelo que a gente tem seja o modelo de atenção psicossocial, centralizada no CAPS, ainda há muito que caminhar na execução desse modelo. O que a gente vê nas cidades são CAPS consumidos pelo atendimento direto, cumprindo pouco ou quase nada daquele papel de referência com um conjunto de serviços articulados, afinal é o que se propõe no CAPS. Ali não é consulta só, mas atividades, então que ele saiba que a pessoa não vai passar o dia inteiro e todos os dias no CAPS, mas circular pelo território. Esse é um trabalho bastante tímido nos CAPS, que acaba recebendo as pessoas que batem à sua porta e, na medida em que a pessoa tenha uma aderência voluntária ao que eles estão oferecendo, que acho que é alguém do que precisa ser o papel do CAPS pra ele dar conta da política de saúde mental. E muitas vezes por falta de recursos, por falta de qualificação dos profissionais, de que a proposta não é de um ambulatório de saúde mental. Você vê ainda muitos profissionais que no discurso do CAPS você vê requícios de uma política de ambulatório de saúde mental. Então você vai discutir o caso, eles dizem no CAPS é diferente, portas abertas, até seguem um roteiro de políticas de saúde ou de artigo geral de saúde do CAPS, mas quando vai executar o serviço mesmo, a pessoa não veio na consulta, então é um paradoxo no discurso ainda. E isso a gente acaba captando aqui na Defensoria. Tem pessoas que têm demanda de saúde mental, querem apoio, e não têm respaldo no serviço” (RDP 1).

A possibilidade de a DPESP intervir e questionar as condições de implantação da política pública de saúde mental estadual prevista em deliberação; as estratégias de diálogo com a rede municipal; e a participação em processos de tutelas coletivas enquanto alternativas de atuação:

“A deliberação prevê uma questão mais estadual. Por exemplo, foram identificados 3, 4, 5, 6 municípios que não têm uma política pública de Saúde Mental organizada conforme previu o estabelecimento dos CAPS. É para notificar o governo estadual através da Secretaria Estadual de Saúde para que justifique os motivos porque não foi feito ainda ou notificar cada município. E, internamente, nos municípios, a gente tem como estratégia de aproximação com a Secretaria de Saúde e com as Coordenadorias de Saúde Mental e com os CAPS, para poder fazer um canal mais fácil de trabalho. É preciso tentar fazer essa aproximação de que os casos que a gente encaminha pra lá não sejam essa coisa de ofício, encaminha, ele dá um retorno. A gente também participa das equipes deles em alguns casos que a gente encaminhou, pra poder discutir os casos e tentar pensar as formas possíveis de intervenção. Esse foi o primeiro trabalho que o CAM ganhou coletivamente” (RDP 5).

Possibilidades e dificuldades de atuação em tutelas coletivas e o papel que o CAM tem a desempenhar.

“Ainda na Defensoria os defensores têm dificuldade com a tutela coletiva porque ela exige, por exemplo, as pessoas dizem ah entra com uma ação, uma ação coletiva, mas não é simples, porque para você entrar com uma ação coletiva você tem que estar acompanhado, você tem que ter tentado administrativamente, tem que ter bem claro os sujeitos que estão envolvidos, onde moram, quais as histórias deles, é um trabalho bem grande para uma pessoa só. E o que eu percebo é que o CAM poderia se aproximar muito mais nisso, para ajudar os defensores, e aí a gente tem uma potência de se fazer junto, inter, porque nesse a gente precisa fazer junto. Diferente desses individuais que eles também têm mais coisas e a gente acaba fazendo um atendimento e eles fazem outro, vai só conversando, mas nesse da tutela coletiva, acho que o CAM tem muita potencialidade de colaborar, fazer um trabalho inter, pra poder dizer olha, vamos fazer uma assembleia, a gente vai junto, fazer uma assembleia com determinadas pessoas interessadas, ouve o que eles têm pra dizer, vamos ouvir junto, a gente condensa esse documento, cobra administrativamente, aí não deu certo? Então vamos fazer uma audiência pública, chamem mais territórios para dizer a respeito, condensem isso de uma forma, cobrem, não deu certo, aí a gente individualiza, individualiza no sentido de mapear história por história, condensa e judicializa. Então, a gente tem dois trabalhos juntos que são complementares e que têm que ser feitos juntos, porque se você vai pra uma assembleia, você tem mil perguntas, desde as mais simples que a gente poderia responder como questões de prazos, se prescreve, questões judiciais que o defensor vai saber melhor do que a gente. Então, eu acho que na tutela coletiva a gente tem mais potencialidade de fazer um inter com o defensor público, mas isso ainda é bem devagar, tem unidades em que o defensor faz muito isso e chama o CAM, tem lugar que o defensor não faz, tem lugar que o defensor faz sozinho. Mas tem uma coisa também da gente fazer um exercício de provocação, provocação positiva. Vi tal coisa, teve cinco casos essa semana de tal demanda, pensei em fazer isso, isso, e isso, vamos fazer? Chamar junto pra fazer. Alguns defensores topam, não são todos, a gente tem ciência de que não são todos que

estão com essa disposição interna pra fazer desse modo, mas há muitos que estão, pra gente tentar fazer esse trabalho, não, tudo bem, tem essa demanda e tal. E aí a gente vai construir junto! (RDP 5).

A denúncia de usuário do Serviço de Saúde e a atuação da DPESP em Tutela Coletiva

“Teve um caso de um rapaz que fazia tratamento no CAPS e já estava na situação de sair da medicação e o próprio CAPS falou procura a UBS pra começar a fazer um acompanhamento psicológico mais próximo do seu território. Os CAPS aqui são poucos e às vezes é longe das casas das pessoas, e ele foi pra UBS. Na UBS não tinha psicólogo há um ano, então tinha uma fila à frente dele, e ele veio aqui. E eu falei, mas o senhor quer o serviço? Ele falou, não, eu vim só denunciar essa situação porque eu sei que tá errado e eu queria que a Defensoria tivesse ciência e pudesse cobrar o executivo como um direito em relação a isso. Eu achei fantástico! Eu falei com defensor e ele falou então a gente abre um procedimento de tutela coletiva e cobra o município. Fiz toda a avaliação inicial da política, da importância, do argumento dele ter vindo até aqui, o defensor fez um ofício pra lá. Foi uma atitude individual que me fez pensar, por isso que a gente vai chegar às UBSs por conta desse rapaz. Olha a importância de chegar à UBS” (RDP 5).

9.3.9 Princípios, ideais, utopias e realidade possível: um balanço do trabalho realizado pelo CAM

Uma análise crítica sobre o que foi possível ser construído em quatro anos de atuação do CAM apontou para a importância das premissas da reforma psiquiátrica e a necessidade de um repertório institucional que está sendo buscado para lidar com a demanda de saúde mental: a perspectiva quase utópica do trabalho em rede e a importância da identificação dos profissionais do CAM com a missão institucional da DPESP.

O corolário da Reforma Psiquiátrica de não trancafiar pessoas e a necessidade de construção de um repertório institucional para lidar com a demanda de saúde mental:

“Uma coisa muito nova que vejo no serviço é esse corolário da Reforma Psiquiátrica porque se a gente não vai trancafiar as pessoas e tirar das vistas, elas vão procurar os serviços. Só que elas vão procurar os serviços não da maneira como as demais pessoas procuram os serviços. Então, se a gente quer que tenha cidadania, que as pessoas tenham cidadania, elas vão procurar pelas próprias pernas, e do jeito delas pleitear as demandas para os serviços. Certo ou não, não cabe à gente julgar, porque as demais pessoas procuram, também, de maneira equivocada, então, acho que isso é um esforço mesmo de construção. Acho que esse é o ponto que a gente conseguiu chegar até agora, não vejo também como um ponto final. Até porque tem algumas nuances muito difíceis. Há casos que chegam como eu falei, da questão da paranoia, que mesmo o serviço de saúde, a gente tem notado na prática, tem pouco repertório

pra lidar. Então a gente consegue trabalhar, fazer um bom encaminhamento, pra que a pessoa procure um cuidado, um CAPS ou um ambulatório de saúde mental, e o serviço de saúde não tem repertório pra lidar com aquele caso porque não é uma pessoa organizada, não é o perfil típico do usuário que eles estão acostumados a trabalhar, das patologias que eles estão acostumados a trabalhar. Se for usar um viés mais da medicina, mas de qualquer forma, na medida em que essas pessoas chegam lá, são pessoas que dentro da sua realidade são organizadas, são pessoas combativas, que questionam regras do serviço. Não é aquela pessoa que está sofrendo e que te vê como uma grande ajuda, e que agradece a ajuda e se dispõe a fazer as atividades de inclusão, não é essa imagem. As pessoas já estavam pelas ruas, talvez não fossem vistas até a gente tratar dessa forma, eventualmente tinha aí alguma piada sobre sua figura, mas que trazem uma demanda mais delirante, pessoas que andam com pilhas de papéis, e que se for tratar com seriedade, se for cobrar do serviço de saúde, que se debruce no sofrimento daquelas pessoas, no sofrimento que estão relatando, o serviço não tem repertório, aí você pergunta um pouco a frente ah essa pessoa não tá vindo mais...” (RDP 1)

“Acho que a gente tá construindo aqui na Defensoria uma maneira de lidar com essas situações que a saúde ainda não desenvolveu. Porque essas pessoas não batem na porta da saúde e quando batem é porque a gente encaminhou e eles não sabem muito o que fazer ainda. É muito diferente. Tanto é que tem muitos casos que a gente não consegue encaminhar, e talvez não seja nem um caso de uma urgência de encaminhamento, porque a pessoa tá organizada pra enfrentar esse problema que ela atribui ser o outro perseguidor. Mas assim, ela bem organizada, tá vivendo bem a vida, é uma demanda, uma questão pra ela resolver na vida dela e não é algo que a consuma em relação aos pensamentos” (RDP 1).

Trabalho em rede: uma perspectiva quase utópica.

“Trabalho em rede é uma dificuldade muito grande que a gente tem, essa é a nossa perspectiva de trabalho só que atingir esse grau de maturidade, e da rede de atendimento, é quase que utópico pelas diferenças entre as pessoas, por rotatividade, por mudança de gestão política, por tempo, recurso nosso pra investir na articulação, mas é uma perspectiva de trabalho. Discutir caso e entrar em contato com profissionais, ser referência e se dispor a trabalhar, cobrar quando necessário, porque como a Defensoria Pública não tem como atribuição mesmo no CAM de executar um serviço de saúde ou de assistência social, ele precisa fazer com que esse serviço funcione” (RDP 1).

A identificação dos profissionais do CAM com a missão institucional da DPESP.

“O pessoal se identificou muito com a proposta da Defensoria, com o que está na missão da Defensoria, uma instituição fantástica mesmo, promover o acesso à justiça. Promover o acesso à justiça que não se confunde com o acesso ao judiciário. Fantástico. Era o que a gente procurava nas áreas de atuação, em outros lugares, então, ela recepciona muito bem a gente, a instituição, enquanto ideia, não enquanto defensores públicos. Então, como esse arcabouço institucional recebe bem as nossas áreas, pelo menos naquilo que coincide com os princípios éticos, com a nossa ideologia, fica mais fácil pensar isso. Porque só é possível construir esse lastro, porque independentemente de eu ter que convencer um ou outro defensor público,

com o nome, são propostas que convergem com o que é a proposta institucional” (RDP 1).

“Então, acho que essa construção aqui, esse arcabouço institucional da Defensoria em São Paulo, que a gente é recebido, que é claro que tem mérito das pessoas que participaram da implantação, que estavam lá, as gestões que se seguiram, mas o que a gente tem, que se assenta aqui, é uma dimensão institucional que está pra além das pessoas. E é isso que nesses 4 anos foi o intuito de fazer em relação ao CAM, que o CAM não se assentasse nas 47 pessoas que entraram, que a ideia pudesse ser transmitida e que, inclusive, a gente recebeu os novos assim, olha, aqui é direitos humanos, o nosso princípio” (RDP 1).

10 CAPÍTULO 8

DISCUSSÃO

10.1 A trajetória do estudo em discussão

Partindo do objetivo de analisar como se caracteriza o acesso à justiça para pessoas com demandas de saúde mental da DPESP, foram observadas diferentes fontes de informações institucionais, as condições de acolhimento e de infraestrutura do espaço reservado para o atendimento inicial e ouvidas diferentes vozes de atores sociais com atuações diversas na instituição. Paralelamente, uma trajetória de reflexão teórico-metodológica se delineava em um processo desafiador de se respeitar/fazer/ questionar a ciência.

Adentrar o universo do sistema jurídico para estudo, partindo de uma área do conhecimento distinta (psicologia), mostrou-se um desafio caracterizado por impactos relativos à complexidade do repertório jurídico acompanhado por diferentes lógicas de pensamento enraizadas na construção de cada um dos saberes. O estudo partiu de uma inquietação, ou melhor, uma indignação relativa às condições de vida com que as pessoas com sofrimento mental e seus familiares se deparam e dos impasses na atuação da psicologia perante tão diversificado leque de afrontas, violações de direitos, dificuldades das mais distintas, e a percepção de respostas de políticas públicas minúsculas comparadas ao sofrimento das famílias que delas dependem.

A indignação proveniente de uma prática profissional que acumulou anos de contato com pessoas portadoras de transtornos mentais em condições de violações de direitos impulsionou a busca por uma abordagem do tema que ultrapassasse a fronteira de conhecimentos disciplinares. Ficou evidente que a complexidade da temática precisava ser observada com lentes que tivessem a capacidade de contribuir para a análise das existências das pessoas com sofrimento mental (e de suas famílias) sob uma perspectiva em que a escancarada e vergonhosa desigualdade social brasileira fosse pensada tanto como um dos fatores desencadeadores de sofrimento mental, quanto responsável pelo impedimento e/ou estabelecimento precário de políticas públicas que pudessem colocar a dignidade da pessoa humana em pauta. A partir desse desconforto, o estudo avançou de uma perspectiva psicológica inicial para a análise das possibilidades jurídicas na busca por alternativas para melhor atuação diante de condições de existências cotidianamente afrontadas, em casos extremos, conforme ilustrado no caso Damião Ximenes Lopes, exterminadas.

A abordagem de diferentes caminhos normativos nacionais e internacionais pode ilustrar possibilidades que foram se construindo desde a década de 1940, após o impacto das

violências da Segunda Guerra, cujos princípios de proteção constam tão bem representados na Declaração de Direitos Humanos (ONU, 1948).

A trajetória internacional foi se delineando com a criação da ONU; a organização dos Sistemas Europeu, Americano e Africano de Direitos Humanos; a elaboração de diferentes tratados declarações; e a criação da OMS, com sua ênfase em saúde e no direito à saúde. No Brasil, a reação e a organização social das décadas de 1970 e 1980 proporcionaram grande repercussão na busca por uma sociedade democrática que trouxesse a valorização do princípio do respeito à dignidade para um primeiro plano em reação ao histórico de violações aos direitos humanos vivenciados no regime autoritário que imperava até então. A bandeira desse período foi a busca por garantias de direitos. O resultado, uma Constituição que ficou reconhecida como a Constituição Cidadã.

Em tese, caso se cumprisse as promessas constitucionais estabelecidas, a sociedade passaria a ter a garantia da cidadania e do respeito à dignidade humana. Entretanto, vivemos em um país com um dos maiores índices de desigualdade social do mundo. Dessa forma, mesmo com a previsão de direitos amplos, o acesso a condições dignas de vida está muito distante da realidade. É a partir dessa ideia que seguiu o estudo, impulsionado por este desconforto, e pela dificuldade (impossibilidade para muitos) de se ter acesso aos direitos e à justiça que o estudo se construiu, reconhecendo-se que mesmo que as normativas possuam limitações e/ou aspectos sujeitos a diferentes críticas, o maior impedimento parece se situar no percurso que deveria levar o cidadão a ter acesso aos seus direitos e, conseqüentemente, a uma vida digna. Dessa forma, as atenções se voltaram para o estudo sobre o Acesso à Justiça com o entendimento de que esse seria um caminho relevante para se pensar na qualidade das propostas de uma sociedade mais democrática.

Ao mesmo tempo em que se definiu a temática e o objetivo de buscar alternativas que pudessem contribuir para se pensar a saúde mental, questões metodológicas foram se estabelecendo como um terreno de muitos questionamentos. Era preciso encontrar um referencial que fosse coerente com as questões que se colocavam. Em primeiro lugar, o reconhecimento de que estávamos diante de um campo de conhecimento que precisaria ser estudado ultrapassando fronteiras disciplinares do saber: as questões que se colocavam remetiam ao sofrimento mental, à busca de alternativas e garantias normativas de proteção e de acesso aos serviços, políticas públicas e/ou programas sociais. Dessa maneira, a atenção se voltou para instituições e serviços que pudessem ser estudados, que trouxessem propostas nas quais diferentes áreas do saber atuassem em busca de soluções aos problemas cuja temática estivesse coerente com os interesses em saúde mental e garantias de direitos. Encontra-se na

DPESP o cenário que atenderia às aspirações propostas. Uma instituição nova no sistema de justiça, com compromisso democrático de atuação, voltada a um público com recursos insuficientes, para alcançar as tradicionais portas de acesso à justiça. E, ainda, uma instituição que insere em sua política institucional ênfase em trabalhos interdisciplinares.

Metodologicamente estava faltando, ainda, uma perspectiva que pudesse melhor atender aos objetivos propostos, e no referencial teórico crítico de Boaventura de Sousa Santos foram encontradas as respostas a essas inquietações. Tais respostas partiram de diferentes reflexões do autor e que guiaram o desenho metodológico do estudo. Ao chamar a atenção para aqueles que historicamente foram invisibilizados (não existentes) e colocados *do outro lado da linha abissal*, Boaventura nos instiga a pensar o sistema de justiça e a produção científica sem repetir as diferentes formas de produção de não existências. Vai mais além e propõe uma forma de se pensar ecológica, em contraposição à monocultura do saber, uma ecologia de práticas de saberes, que parte do pressuposto de que em todas as práticas de relação entre seres humanos participa mais de uma forma de saber e, portanto, de ignorância. Nessa perspectiva, a injustiça social é entendida estando assentada na injustiça cognitiva, isso porque o conhecimento científico não está distribuído socialmente de forma equitativa e, conseqüentemente, as intervenções que privilegia tendem a serem aquelas que fornecem os grupos sociais que detêm o acesso ao conhecimento. A proposta de uma ecologia de saberes é a de luta contra a injustiça cognitiva, o conhecimento sendo visto como interconhecimento, reconhecimento e autoconhecimento. Reconhece-se a pluralidade de saberes heterogêneos, a autonomia de cada um dos saberes e a articulação sistêmica, dinâmica e horizontal entre eles. Cruzam-se conhecimentos e, portanto, também ignorâncias. Como se considera que não há ignorância em geral, as ignorâncias são vistas como heterogêneas, autônomas e interdependentes tanto quanto os saberes. Toda ignorância é entendida como ignorante de certo saber e todo o saber como a superação de alguma ignorância. É na afirmativa da incompletude de todos os saberes que se encontra a possibilidade de diálogo entre diferentes formas de saber (SANTOS, 2010a).

Depois de um período de impasses relativos à qual seria a maneira de se abordar a temática do estudo, a aproximação da Sociologia das Ausências possibilitou identificar: (i) a ênfase em diferentes tipos de não existência e o caráter de desqualificação de formas de conhecimento que não se encaixam nos moldes tradicionais; (ii) a importância de se pensar ciência sem desmerecer a forma científica de se buscar o conhecimento, mas alertando para o fato de que não se deve descartar nenhuma forma de conhecimento *a priori*; (iii) e a proposta de uma Ecologia de Saberes. Tais pressupostos possibilitaram a constatação de que estávamos

diante de um referencial teórico que poderia dar sustentação para a reflexão a que se propunha. Ao valorizar as diferentes formas de saber, ao se propor a colocar em um mesmo nível de respeito as diferentes formas de saber, científicas ou não, e, partindo do interesse por aqueles que historicamente foram invisibilizados, desqualificados, estigmatizados, encontraram-se assim as lentes que iriam nortear a busca por entendimento da temática escolhida. Era necessário dar voz aos diferentes atores sociais colocando-os em uma perspectiva de horizontalidade de saber, tanto profissionais quanto usuários que trouxessem o sofrimento como a causa da busca pelo serviço de justiça.

Nessa perspectiva, o usuário do serviço (participante do estudo) deixa de ser considerado destinatário passivo da atuação profissional da instituição (pesquisa) para ser pensado como cidadão que faz parte da construção de uma instituição que se propõe democrática (conhecimento científico que se produz). Passa, então, a ter voz ativa, a ter visibilidade social, já não permanece *do outro lado da linha* da ciência e do sistema de justiça. Entende-se que dessa maneira trabalha-se de modo coerente com o proposto pela sociologia das ausências, valorizando as experiências até então desperdiçadas (não existentes), de modo que se tornem presentes. Amplia-se, dessa forma, a análise das experiências sociais disponíveis no presente.

Ao serem incorporadas experiências disponíveis nas análises, dilata-se a percepção do presente e torna-se possível pensar o futuro não como algo indeterminado, mas como possibilidades resultantes das diferentes alternativas, que partem de uma realidade ampliada, multiplicada por uma ecologia de saberes, ampliada por pistas e sinais, que podem ser identificadas se a concepção de presente não estiver desperdiçando experiências com a produção das inexistências. É essa consciência antecipatória que caracteriza a Sociologia das Emergências, que está estreitamente relacionada com a Sociologia das Ausências. Ambas caracterizadas pelo inconformismo, indignação e entusiasmo instrumentalizando a busca de reflexão e atuação que provoque transformação social.

A aproximação do tema de Acesso à Justiça passou, necessariamente, pelo trabalho de Cappelletti e Garth (1988), a metáfora das três ondas de acesso, e uma perspectiva compreensiva que valoriza a importância dos direitos do cidadão comum se tornarem efetivos, ressaltando para isso necessidades de reforma nas instituições de justiça. Identificando-se os obstáculos que devem ser transpostos para o efetivo acesso à justiça e fazendo crítica às desvantagens de indivíduos que têm pouco contato com o sistema judicial daqueles que são habituais, os autores foram delineando alguns dos difíceis caminhos que precisariam ser traçados pelo enfrentamento dessas barreiras. Para Sadek (2014), a Defensoria Pública tem

condições de romper com o ciclo de desigualdades cumulativas e de privações, personificando, de uma só vez, as três ondas de acesso referidas por Cappelletti e Garth (1988): garantindo a assistência jurídica para os pobres; representando os direitos difusos, com a extensão do direito de acesso à justiça não mais exclusivamente aos indivíduos, mas a grupos e categorias, valorizando em especial os grupos mais vulneráveis; e atuando na informalização de procedimentos de resolução de conflitos, simplificando os procedimentos da justiça estatal e/ou criação de meios extrajudiciais de resolução de conflitos. Santos considera a importância de se colocar em pauta no sistema de justiça aqueles que historicamente foram invisibilizados, chamando à responsabilidade o sistema jurídico para se preparar e ampliar o diálogo com outras áreas, rever a própria formação e atuação política e simbólica dos profissionais da área, fazendo assim uma transformação democrática da justiça. Nesse sentido, irá ressaltar a proposta da Defensoria Pública brasileira acumulando diferentes vantagens: universalização do acesso através da assistência prestada por profissionais formados e recrutados especialmente para esse fim; assistência jurídica especializada para a defesa de interesses coletivos e difusos; diversificação do atendimento e da consulta jurídica para além da resolução judicial dos litígios, por meio da conciliação e da resolução extrajudicial de conflitos e, ainda, atuação na educação em direitos (SANTOS, 2011).

Partindo de objetivos bastante ambiciosos, resultantes de um dos processos de movimentação social mais significativo do país, a implantação da DPESP ecoa princípios e aspirações democráticas de uma sociedade composta por diferentes vozes silenciadas ao longo de sua história. O novo sistema proposto trouxe a partir do diálogo com a sociedade civil e órgãos do sistema jurídico um desenho de instituição em que se previa a participação social, os objetivos da instituição, os critérios para a realização de atendimento, os espaços para a participação social, tudo democraticamente discutido. Uma proposta que objetivava a aproximação do cidadão com o servidor público. Dentre seus maiores desafios, destaca-se que embora a Defensoria Pública esteja prevista na Constituição de 1988 como um modelo de assistência judiciária, de responsabilidade do Estado, a universalização dos serviços de acesso à justiça está longe de ser uma realidade, conforme análise das dificuldades da universalização do sistema feita por Fefferbaum e Cunha (2014): uma dificuldade pelo crescente número de conflitos que envolvem os cidadãos e outra relativa ao modelo adotado pela Constituição Federal de 1988 e a incapacidade orçamentária do Estado em prover a oferta de serviço, cuja demanda é crescente ou ao menos permanente (FEFFERBAUM; CUNHA, 2014).

Os desafios estão postos, fazendo-se necessário o constante repensar de

alternativas em que possam ser ampliadas perspectivas para melhor atender as garantias de condições dignas de existência aos cidadãos, reconhecendo-se os diferentes interesses socioeconômicos envolvidos na composição de serviços de acesso. Lauris propõe que o movimento de ondas de acesso à justiça possa ser ressignificado como um “acesso à justiça em movimento, em que a alteração da política pública do acesso passa a depender menos da introdução unidirecional de reformas jurídicas de cima para baixo, vinculando-se à combinação das aspirações e posicionamentos de diferentes atores” (LAURIS DOS SANTOS, 2014, p. 54). Em Economides (1999), encontra-se a proposta de uma *quarta onda*, a necessidade de se analisar o acesso à justiça para os próprios operadores do Direito acrescentando a importância de considerar, de maneira tridimensional, a natureza do acesso aos serviços jurídicos, incluindo a natureza da demanda de serviços; a natureza da oferta desses serviços; e a natureza do problema jurídico que as pessoas podem desejar levar ao fórum de justiça. Justamente nesse sentido que se desenhou o presente estudo, buscando entender a atuação da DPESP no acesso à justiça, incluindo a análise das características de existência e direitos negados e/ou reivindicados para a demanda de saúde mental atendida pela instituição, e a atuação dos profissionais na garantia de direitos relativos à saúde mental.

10.2 As características de existência, direitos negados e/ou reivindicados referentes à demanda de saúde mental atendida pela DPESP

A busca por entendimento das características de existência das pessoas com demanda de saúde mental procurou seguir um caminho em que pudesse ser dada visibilidade para a percepção das pessoas sobre suas condições de existência (ou de seus familiares), que elas pudessem relatar características de suas vidas e motivos que as mobilizaram a buscar a DPESP. Incluiu, também, a análise da percepção a respeito dessas características provenientes de quem as recebe na instituição, especificamente, Defensor Público, Agente de Defensoria Psicólogo e Agente de Defensoria Assistente Social.

Importante ressaltar que alguns parâmetros de inserção e/ou exclusão social serão considerados para que se possa refletir sobre tais condições de existência. Deve ser lembrado que para a pessoa ser atendida na DPESP precisa se enquadrar nos critérios socioeconômicos dessa e, portanto, comprovar sua condição de vida de *necessitado* ou *hipossuficiente*.

Estamos, portanto, diante da primeira característica de existência a ser considerada, a identidade frequentemente estigmatizada de *pobre, carente, necessitado, hipossuficiente*. Ou seja, *incapaz* de prover seu sustento e *necessitando da proteção* do Estado. O Estado admitindo a desigualdade social passa a precisar promover ações para minimizá-las. Nessa perspectiva são reforçadas as características de um Estado que deverá prover aqueles indivíduos que não estão sendo suficientemente *produtivos* no mercado, seguindo uma lógica da produção. Nessa lógica são produzidas inexistências sobre a forma de desqualificação profissional ou de exclusão de mercado, uma das formas de não existência descritas por Santos (2010a). Junte a esse histórico de diferentes privações vivenciadas em decorrência das dificuldades de manter a si e/ou suas famílias, a presença de trajetórias de vida que tenham como característica sofrimento ou transtorno mental, agregando mais um elemento na busca da caracterização do tipo de existência às quais são submetidas, pessoas muitas vezes reconhecidas e estigmatizadas como: *doente mental, louco, esquizofrênico, bipolar, viciado, violento, agressivo, incapaz* e a lista segue repleta e negativamente adjetivada. Nesse sentido, é possível se considerar que estamos diante de uma lógica de não existência produzida pela rotulação de inferioridade, uma existência que “não pode ser uma alternativa credível a quem é superior, uma naturalização da diferença, uma forma de inferioridade insuperável porque natural” (SANTOS, 2010a, p. 103). Ou, ainda, uma lógica em que a não existência segue uma linearidade de tempo, em que aquele que é *agressivo e violento* é reconhecido como *primitivo* em seus atos tendo em vista que não apresenta condições (*evoluídas*) de pensamento capaz de conter seus impulsos. Partindo dessa perspectiva, é possível descrever a parcela da população que busca a DPESP com demanda de saúde mental como aquela que vivencia a não existência por diferentes lógicas e processos de desqualificação, descartabilidade e invisibilidade social.

A busca pela compreensão dessa demanda, para que pudesse contribuir para o entendimento sobre as possibilidades de acesso à justiça e saúde mental, caracterizou-se como um processo bastante complexo devido à possibilidade de que fossem incluídas diferentes formas de sofrimento vivenciado por uma parcela da população submetida a um amplo leque de violências e violações de direitos cotidianamente. Sofrimentos que se potencializam diante de uma realidade de desigualdades sociais e sua produção de invisibilidades e não existências.

Uma característica inicial que chama a atenção é a de que parte relevante da demanda identificada, incluindo as entrevistas realizadas com os usuários e as alusões dos próprios profissionais em suas entrevistas, é o fato de que a busca pelo serviço é proveniente de familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou usuários de drogas. Ou seja, a possibilidade de conhecimento das características de existência dessas pessoas passa,

necessariamente, pela descrição de outra pessoa. A pessoa com demanda de saúde mental passa, então, a *existir* na instituição por ser *representada* por uma terceira pessoa. Caso contrário, *não existiria* nesse contexto, permaneceriam do *lado de lá da linha abissal* (SANTOS, 2010a). Nesse sentido, diversos impasses se colocam, dentre eles, o fato de que em parte dessas situações o que se busca em nome da proteção dessas pessoas está diretamente relacionado com a supressão de seus direitos, especialmente quando reivindica-se a sua internação e/ou interdição. Consequentemente, a pessoa que é diretamente afetada pelo encaminhamento e decisão processual não é aquela que busca a instituição. Obviamente, se reconhece que nessa mesma situação são diversos os interesses que podem estar envolvidos, desde o real interesse na proteção do familiar até o exercício abusivo de restrição de direitos para a apropriação de benefícios ou para outras decisões a serem tomadas em nome da pessoa portadora de transtorno mental ou em sofrimento. O que se propõe para a reflexão é justamente o fato de que são práticas que acabam por reforçar a invisibilidade e não existência social de indivíduos seguindo as lógicas da *ignorância, residualidade, inferioridade e improdutividade*.

As entrevistas realizadas com os familiares trouxeram à pauta assuntos relacionados às constantes dificuldades vivenciadas por falta de aceitação das pessoas para serem tratadas nas situações de uso abusivo de drogas com outros transtornos mentais associados (ou não). Histórias de vida repletas de dificuldades: abandono de trabalho ou impossibilidade de trabalhar, situações de alta vulnerabilidade por exposição a diferentes riscos em vivência de rua (violência física, situação de estupro, infrações e intervenções policiais, doenças, desnutrição e fome). Existências de muita resistência a aderirem a tratamentos com históricos de diversas internações psiquiátricas e/ou em Comunidades Terapêuticas (algumas delas bastante traumáticas), resistências e dificuldades de aderirem a tratamento medicamentoso e/ou psicossocial, e situações que envolvem poder familiar, retirada de filhos do convívio com os familiares, disputa por guarda e por pensão alimentícia de filhos e netos.

Em todos os casos entrevistados, familiares se fizeram presentes na DPESP. Entretanto, o fato de a família estar de alguma maneira procurando formas para lidar com as dificuldades da pessoa em sofrimento ou portadora de transtorno mental não impediu que a rua fosse a alternativa encontrada por alguns deles, que permaneceram em situações de grandes adversidades e riscos. Existências de violências físicas, estupros e ameaças. Mas, contraditoriamente, também mencionada como espaço de vivência afetiva: *Saudade da minha casa...* (Elisa), *E onde é a sua casa?* (primo), *Uai, no lixão!* (Elisa). Se por um lado foram

relatadas dificuldades de inserção em tratamentos hospitalares ou ambulatoriais, de negativas de adesão aos tratamentos medicamentosos, o caminho da rua surge como uma alternativa para a pessoa usuária de drogas ou com transtorno mental e como uma falta de alternativa para familiares diante das constantes adversidades para administrarem os conflitos cotidianos que somente se agravam com o passar do tempo sem a devida assistência e adesão aos tratamentos.

Ao serem analisadas as condições de existências, foi possível observar diferentes formas de interação das pessoas com áreas de saber de cuidados com a saúde. Tendo vivenciado históricos em que os serviços de saúde estiveram presentes na busca de alternativas para lidar com as dificuldades com as quais se depararam, desperta a atenção as diferentes maneiras que se estabeleceram tais relações e a participação das mesmas na busca do entendimento de suas existências. Quando descreviam episódios envolvendo intervenção médica psiquiátrica, as referências evidenciavam o distanciamento entre o saber do profissional e o entendimento da pessoa atendida. As pessoas tentavam explicar a partir dos diagnósticos médicos o que as caracterizavam como pessoas. Entretanto, predominou um estranhamento, o próprio diagnóstico era de difícil lembrança, pronúncia e explicação. Algo totalmente estranho para a pessoa. Em outras situações, a repetição do diagnóstico era feita quase que automaticamente, mencionavam uma classificação médica e/ou o grau de comprometimento (leve, moderado ou grave).

As temáticas recorrentes identificadas tanto nas manifestações dos usuários do serviço quanto naquelas dos profissionais entrevistados se referiam a situações de violências, uso abusivo de drogas e presença de pensamentos persecutórios. Existências em que se sobrepõem necessidades de defesa por violações de diferentes direitos (reais ou delirantes). Identificou-se que as referências mais constantes foram as de busca do serviço por pessoas com dificuldade com familiares que fazem uso abusivo de drogas, e necessitam de tratamento. Situações de vítimas de violência doméstica, e situações de pessoas que buscam espontaneamente o serviço por se sentirem ameaçadas em delírios persecutórios e/ou condições de violência real.

Nos casos de queixas de perseguição, que podem ser delirantes ou não, a busca pela DPESP parte, mais frequentemente, da própria pessoa que se sente perseguida. A instituição passa a ser vista como aquela que poderá eliminar a origem das ameaças. Nesses casos, a existência caracteriza-se com diversos rituais de busca de proteção, muitas reservas do sujeito para o estabelecimento de vínculos com as pessoas e, conseqüente isolamento social, além de denúncias constantes nos mais diferentes órgãos de justiça, registros de

boletins de ocorrência e reclamações em diferentes esferas (municipais, regionais, estaduais e federais). As ameaças podem ser relatadas como presentes na fala de repórter, jornalista, personagens de telenovela ou filme, veiculadas ou registradas por equipamentos eletrônicos com a função de ameaçar ou espionar/invadir a privacidade (computadores, câmeras de seguranças, gravadores) e envolvem familiares, vizinhos, pessoas públicas, autoridades e celebridades.

As alusões aos mais diferentes tipos de violência deixaram bastante definido que se trata de algo recorrente na existência das pessoas com transtornos mentais ou com sofrimento. Vivências de violência doméstica e em situação de rua, tanto na situação de agressor quanto de vítima. Violências física, psicológica e patrimonial.

As existências se mostraram constantemente ameaçadas, se fazendo imperativa a intervenção de tutela. Pessoas altamente dependentes de substâncias químicas, que se submetem a condições de vida em que não há alimentação adequada nem cuidado preventivo; há exposição a adversidades de clima e falta de proteção; pessoas que se envolvem em situações infracionais para a aquisição de drogas, em situações de consumo abusivo, de risco de vida em atos de violência e/ou tentativa de suicídio; situações em que é necessária a intervenção médica para garantir o direito à vida e ao tratamento.

Na perspectiva dos profissionais, a existência das pessoas com demanda de saúde mental é descrita com ênfase na desorganização mental e reivindicação de ajuda para coibir situações de perseguição, reivindicação de valores monetários por danos morais, relatos de violações e segregações, abandono e conflitos familiares, sendo muito comum estarem em situação de rua ou na iminência de ficarem por conflitos com vizinhos, locatários, familiares ou por conta de despejo por falta de pagamento ou outros motivos, ou viverem em ocupações tendo vínculos familiares frágeis ou rompidos, não fazerem acompanhamento em saúde mental, vínculos muito frágeis com a comunidade. Trazem histórico de recorrerem a diversos serviços e de desrespeito nos atendimentos; falta de conhecimento sobre os serviços e as políticas públicas; histórico de internações forçadas; pessoas que necessitam maior respaldo previdenciário, de assistência social, saúde, educação, habitação, pessoas que têm dificuldade de expressar o que desejam. Apresentam pedidos de interdição, ou de levantamento de interdição.

Ao se observar as diferentes características de existência que envolvem pessoas portadoras de transtornos mentais ou com sofrimento sob a perspectiva das não existências proposta por Santos, atrelando-se à ampla concepção de saúde conforme definida pela OMS, podemos entender que em praticamente todos os requisitos propostos para se pensar em

saúde, essas pessoas estão do *outro lado da linha*. Relembrando, para a OMS (1946, p.1) “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Todos os relatos foram repletos de situações de violência, das mais diversas e nos diferentes contextos. As condições de vida, para alguns, se caracterizaram por períodos curtos ou longos de permanência em situação de rua, comprometendo a alimentação, a exposição aos mais diferentes riscos, envolvimento em brigas, e colocando a própria vida em situação de ameaça. Não há moradia. Não há trabalho. Não há comida decente. Há relato de gravidez e retirada de criança da mãe após o nascimento. Há relato de possível estupro na rua. Há relato de violência física. Não há condições mínimas de dignidade humana. Condições não menos indignas que as relatadas nos hospitais psiquiátricos denunciados na década de 70 que desencadearam a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Nas palavras de Santos, “direitos humanos são violados para ser defendidos, a democracia é destruída para garantir sua salvaguarda, a vida é eliminada em nome de sua preservação” (SANTOS, 2010a, p. 44).

São várias as lógicas que produzem a não existência, a desqualificação e a invisibilidade social, lógicas que produzem a forma de ignorância ou de incultura; a forma de residualização: primitivo, obsoleto, subdesenvolvido; a forma de inferioridade; a forma do local; a forma do improdutivo (SANTOS, 2010a). Ao descreverem a realidade em que vivem as pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou os seus familiares, foram constantes os relatos em que não conseguiram compreender o repertório de médicos, advogados e demais profissionais que se detinham especificidades técnicas de suas áreas, procuravam acompanhá-los para compreender a situação de saúde ou jurídica, sem sucesso. Tais constatações reforçam a importância de serem repensadas as formas de diálogos entre os diferentes atores sociais com o devido cuidado para que não se repitam nas práticas profissionais a produção das não existências em que o outro permanece excluído do diálogo pela *ignorância* de determinado saber.

Em relação aos direitos negados e/ou reivindicados para pessoas com transtorno mental ou sofrimento, não foram poucas as referências. Nos casos em que foram os familiares entrevistados, esteve presente a reivindicação de guarda de irmã recém-nascida em função das condições de saúde da mãe, portadora de transtorno mental e que vivia em situação de rua; solicitação de interdição da mãe, portadora de transtorno mental, para administrar seus benefícios e cuidar de seu tratamento; internação compulsória de filhos por uso abusivo de drogas; defesa em processo de filho usuário de drogas e portador de transtorno mental que

está preso por roubo; solicitação de proteção pessoal e de defesa em processo de acusações da filha portadora de transtorno mental; solicitação de guarda dos netos por motivo de uso de drogas e transtorno mental da mãe das crianças; reivindicação de benefícios previdenciários para irmão portador de transtorno mental; reivindicação de internação de filha portadora de transtorno mental e usuária de drogas.

Os motivos que foram identificados nos casos em que é a própria pessoa portadora de transtorno mental ou sofrimento que busca a DPESP referem-se à: solicitação de defesa em processo em que o filho reivindica interdição dos pais idosos e da irmã, que possui deficiência mental; reivindicação de pensão alimentícia para os filhos; busca por proteção em casos de violência doméstica contra mãe; busca de proteção em casos de violência doméstica contra irmã portadora de deficiência mental; mãe portadora de transtorno mental solicitando reaver a guarda dos filhos; defesa em casos de persecutoriedade e reivindicação de benefícios previdenciários; solicitação de pensão alimentícia para os filhos.

Em síntese, quando a busca parte do familiar, na maioria das vezes ele solicita acesso a tratamento, interdição e/ou benefícios. Em caso da própria pessoa portadora de transtorno, as reclamações englobam a defesa diante de delírios (ou violações reais) que as ameaçam, requisitam levantamento de interdição e/ou mudança de curador, demanda de serviços ou de dificuldades de acesso a esses, reivindicação de permanecer com seus filhos.

Para os profissionais, é bastante ampla a relação de direitos violados por e/ou negados para esses casos. A ênfase recai na busca por acesso aos serviços e/ou políticas públicas, incluindo assistência social (benefícios, moradia, transporte), serviços de saúde e de segurança. Estiveram presentes as questões relativas aos pedidos de internação e interdição, partindo de familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais associados (ou não) à dependência química, e solicitação de levantamento de interdição e de mudança de curador, nos casos em que a busca do serviço é realizada pela própria pessoa portadora com transtornos mentais. Foram lembrados também os direitos à liberdade de escolha, ao trabalho, à informação, e o direito ao exercício da cidadania como direitos que frequentemente são negados.

As referências feitas pelos profissionais sobre os direitos negados e/ou reivindicados que se referem a situações de busca individual abordaram predominantemente temáticas relativas à família e infância: violência doméstica, divórcio, solicitação de pensão alimentícia, disputa por guarda de filhos, disputa por bens e/ou benefícios; solicitação de interdição de familiar portador de transtorno mental e/ou usuário de drogas; solicitação de internação de familiar portador de transtorno mental e/ou usuário de drogas.

Os profissionais apresentaram também as situações que envolvem sofrimento e atingem uma coletividade. A ênfase recaiu sobre a omissão dos municípios para oferecer o transporte gratuito para deficientes; a inexistência de tratamento adequado e medicamentos no município e região; violências no tratamento de pacientes em Comunidades Terapêuticas e em instituições asilares; não cumprimento da legislação para a implementação de CAPS no município e região; não cumprimento ou cumprimento parcial da política de desinstitucionalização dos tratamentos de saúde mental.

10.3 A atuação dos profissionais e a caracterização do acesso à justiça para pessoas com demanda de saúde mental na DPESP

O presente estudo começou a ser pensado em 2011 e o início das atividades do CAM foi em 2010, portanto, em fase inicial de sua estruturação. Vislumbrava-se nessa proposta da DPESP uma possibilidade de construção de um serviço que poderia contribuir para inovações na área da saúde mental por seu caráter interdisciplinar em um contexto de busca por acesso à justiça. A presença de trabalho interdisciplinar na saúde é recorrente, entretanto, no Sistema de Justiça, é pouco citado.

Não foram poucas as informações coletadas em relação às atividades que estão sendo desenvolvidas pelos profissionais atualmente, e que podem subsidiar a reflexão sobre a garantia de direitos em saúde mental. Os profissionais relataram terem iniciado na DPESP sem referências sobre o que iriam desenvolver. Permaneciam, dessa maneira, na esfera do *não saber*. À época em que os Agentes de Defensoria (psicólogo e assistente social) foram convocados para a instituição havia uma expectativa de que resolveriam situações de *não saber* vivenciadas por profissionais que lá estavam (defensores públicos e equipe técnica administrativa). Interessante pensar que o serviço, hoje construído e institucionalmente estabelecido, parte de um encontro entre *não saberes*. Cada profissional precisou se remeter aos conhecimentos de sua área e associá-lo aos conhecimentos da nova realidade de maneira a contribuir para a construção de um novo saber. Situação exemplificada na busca por alternativas que ficou detalhada na descrição da atuação dos profissionais diante do caso “Guerreiro”, apresentado anteriormente na abordagem dos resultados. A estratégia desenvolvida caminhou em direção a dar espaço àquela existência até então invisibilizada.

Para não repetir a produção de não existência social, tendo em vista que esse posicionamento iria contrariar a proposta de respeito ao direito humano de acesso aos direitos, o direito a ter direitos, se fez necessária a busca de alternativas para que o atendimento não fosse denegado por falta de um saber que conseguisse identificar as demandas daquele sujeito de direito.

A instituição reconhecia a necessidade de se construir um serviço que ultrapassasse os limites disciplinares, e foram estabelecendo práticas a partir das necessidades identificadas e do potencial de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas. Todos os envolvidos tiveram que aprimorar a escuta, tanto das pessoas que buscavam a instituição quanto dos colegas de diferentes áreas e, posteriormente, dos profissionais atuantes nos diferentes serviços públicos e da comunidade em sentido amplo. Nessa fase inicial reiterou-se relatos de que todos precisavam de todos, ninguém era detentor de um *saber* sobre o que exatamente seria feito, defensores, agentes de defensoria (psicólogos e assistentes sociais) e usuários do serviço, permaneciam na *ignorância*. Em consequência, não se estabelecia uma relação de hierarquia de saberes.

Dessa horizontalidade de (não) saberes, e motivados por uma cultura institucional que se propõe democrática, a escuta teve que ser necessariamente alargada, aprimorada. Se por um lado, as pessoas não sabiam exatamente o que seria construído, por outro era bem claro o que não queriam construir. Não queriam construir nenhuma atuação que pudesse ser contraditória com a missão da instituição de ampliação do acesso à justiça. Não queriam nenhuma atuação que fosse divergente da cultura institucional que trazia em seu “DNA” a participação social e a luta pela defesa de direitos humanos. As atuações foram se estabelecendo, envolveram atendimentos individuais ou familiares, contatos e ações junto à rede de serviços, assessorias técnicas aos defensores públicos, conciliações, mediações e composições de conflitos. Havia uma consciência de se construir práticas sem seguir modelos apropriados de outras instituições. Era imperativo, conseqüentemente, permanecerem atentos às características de existência do cidadão que buscava o serviço. Desafio a ser vencido cotidianamente pelos profissionais.

Nesse espaço em que se desejava construir práticas que pudessem ser diferenciadas e coerentes com a proposta institucional, as pessoas que buscavam a Defensoria foram aos poucos tendo visibilidade em suas dores, dificuldades e demandas. Passaram a ter um espaço de escuta, de existências. A instituição pôde ampliar a percepção das diferentes formas de não existências socialmente produzidas, e passou a ser convocada a buscar possibilidades de atuação e de transformação daquelas realidades. Trata-se, dessa forma, de se repensar a realidade social.

A instituição foi criada e organizada tendo grande participação social em suas origens, com espaços previstos para a continuidade dessa participação. Incorporou em sua estrutura dimensões para que vozes até então silenciadas, realidades sociais invisibilizadas, chegassem ao sistema de justiça. Nesse contexto, as demandas de saúde mental começaram a se fazer presentes. Predominantemente, familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em busca de acesso aos serviços de saúde e internação. Pessoas portadoras de transtornos mentais com queixas de perseguição e/ou violência, pensamento confuso, solicitando defesa. Familiares buscando internação de pessoas portadoras de transtornos mentais. Situações envolvendo divórcio, pensão alimentícia e/ou guarda de filhos, dificuldades de acesso aos serviços e às políticas públicas. E, também, situações de violência doméstica ou em situação de rua. A atuação dos profissionais foi se desenhando internamente na DPESP, com trabalhos de atendimento e de mediação, conciliação ou composição extrajudicial de conflitos. E, paralelamente, em trabalhos junto à rede pública de serviços de saúde e de assistência social.

Pela frequente demanda e complexidade dos atendimentos, a Defensoria passa a ter que se deparar com desafios na área de saúde mental, solicitações de familiares para internação e interdição de usuários de drogas ou pessoas portadoras de transtornos mentais, um terreno de difícil percurso em que a supressão de direitos pode ir em direção contrária à proposta de garantias de direitos. A atuação na área traz também outros desafios. Questões sobre os motivos que levam famílias a precisarem chegar a solicitar a supressão de direitos de seus familiares com certa frequência e/ou a sua internação. Nesse sentido, surge outro espaço de atuação importante da Defensoria, o controle das políticas públicas, o trabalho de mapeamento e articulação com a rede, a atuação em fiscalização de clínicas e/ou comunidades terapêuticas. Algumas possibilidades começam a surgir, tanto em direção de atuação em demandas coletivas quanto em trabalhos de articulação com a rede de serviços.

Nos trabalhos com a rede pública, um dos aspectos que foi se estabelecendo e vem ganhando espaço refere-se à atuação em Educação em Direitos. Os profissionais, ao estabelecerem contato com os diferentes serviços municipais, passam a ser referência dentro da DPESP, e vão se engajando nas atividades dos Conselhos Municipais, CAPS, CREAS, UBS entre outros, levando informações e orientando profissionais e a população daquele território sobre procedimentos possíveis para a garantia de direitos. Importante papel em iniciativas de Educação em Direitos tem sido desenvolvido pela Escola da Defensoria Pública que tem assumido a temática da saúde mental na organização de eventos estaduais e nacionais.

Observa-se nessa descrição das atividades uma ênfase institucional em trabalhos extrajudiciais e de educação em direitos, duas vertentes que estão sendo fortalecidas na construção do modelo de atuação em saúde mental da DPESP. Paralelamente, os profissionais seguem instrumentalizando tecnicamente defensores em casos de judicialização, elaborando laudos e contralaudos, de maneira que pessoas possam contar também com informações psicossociais na avaliação dos casos. Exemplo dessa atuação acontece em situações em que pais perderam a guarda de seus filhos por serem usuários de drogas ou por apresentarem dificuldades relacionadas a transtornos mentais. Com essa iniciativa de construção de defesa com trabalhos interdisciplinares, amplia-se a garantia dessas pessoas serem ouvidas, de serem visibilizadas em seus processos. Nesse sentido, a Defensoria cumpre seu papel na defesa daqueles que dela necessitam subsidiada pelo trabalho de avaliação psicossocial, dando voz e visibilidade para quem dela precisa.

Há casos que não chegam espontaneamente à porta tradicional da triagem e os profissionais da DPESP precisam estar atentos a essas demandas que necessitam que eles se desloquem até os locais em que a demanda está. Nesse sentido, merecem destaque iniciativas de atuações relatadas por profissionais de visitas a diferentes instituições de internação, asilos, comunidades terapêuticas e, também, trabalhos que têm sido desenvolvidos para a população em situação de rua. Espaços em que existem demandas de saúde mental que precisam de garantias de direitos humanos, acesso aos serviços públicos diversos e que necessitam de *portas alternativas* de acesso à justiça. De fundamental importância o trabalho da DPESP junto às lideranças comunitárias, ativistas e representantes de movimentos sociais, que permanecem atentos às diferentes demandas relativas ao público atendido pela Defensoria e, também, a atuação dos diferentes órgãos governamentais na implantação de políticas públicas. Uma das portas de acesso da instituição para as lideranças se pronunciarem é a Ouvidoria, que exerce importante papel na articulação política dessas demandas. Outra porta que tem sido de importância fundamental para as demandas de saúde mental é o Núcleo Especializado de Cidadania e Direito Humanos, que atua em casos de violações de direitos dos grupos sociais vulneráveis, podendo os casos serem individuais, coletivos ou difusos.

Dessa maneira, encontram-se exemplificados os principais aspectos que poderão contribuir para a reflexão sobre o modelo de trabalho que está sendo construído pela DPESP, assim como os espaços institucionais para a abordagem do tema de saúde mental. O objetivo dessa análise refere-se à busca por alternativas, possibilidades plurais e concretas, simultaneamente *utópicas* e *realistas*, que se vão construindo no presente através das atividades de cuidado, conforme proposto pela Sociologia das Emergências. Entende-se que a

partir da análise do que está sendo construído hoje, com as experiências que estão sendo disponibilizadas a partir da construção de propostas que incluam as diferentes formas de não existência relacionadas com as demandas de saúde mental, torna-se possível pensar em diferentes alternativas para a atuação da DPESP perante a temática.

Ao nos remetermos a uma leitura da atuação dos profissionais da DPESP sob uma perspectiva de acesso à justiça, no sentido amplo, e observarmos nos relatos das práticas das diferentes áreas de atuação, fica ilustrada a perspectiva de Cappelletti e Garth (1988) ao proporem os movimentos das ondas para superação dos obstáculos do acesso. Observa-se que, simultaneamente, a instituição executa as diferentes formas de enfrentamento dos obstáculos: por ações de defesa individual daqueles que não possuem recursos, a primeira onda; as atuações coletivas diante das violações de direitos de grupos vulneráveis, a segunda onda; e o investimento em procedimentos extrajudiciais e de mediações de conflitos, a terceira onda.

Visualiza-se a assistência jurídica descrita na primeira onda cappellettiana através da atuação na construção de defesas que incluam a realidade social, o leque de dificuldades socioeconômicas e emocionais das pessoas que permaneceram historicamente excluídas do sistema tradicional da justiça e da sociedade como um todo.

Por outro lado, os trabalhos descritos pelos profissionais que buscam colocar em foco as demandas coletivas relacionadas às necessidades de pessoas com deficiência para que se cumpra o direito de locomoção, o combate às diferentes formas de violência vivenciadas por pessoas em situação de rua, as ações movidas contra os municípios para que se cumpra a implantação de políticas públicas de saúde e de assistência social, o acompanhamento e a cobrança da devida implantação de serviços de saúde mental de acordo com a política de desinstitucionalização, são exemplos de atuação da Defensoria voltadas para a demanda de saúde mental coletiva, conforme descrita na segunda onda cappellettiana.

Partindo do entendimento de que o acesso à justiça possui um sentido mais amplo que o de acesso ao judiciário, que representa a possibilidade de buscar alternativas voltadas para a solução pacífica de ameaças ou impedimentos de direitos, podemos pensar que as práticas descritas pelos profissionais, baseadas no constante trabalho de escuta qualificada, aprofundada, ênfase em mediações, conciliações ou composição extrajudicial de conflitos, estão sendo construídas na direção de proporcionar o exercício da cidadania com condições mais dignas de existência. O trabalho da DPESP junto à rede de serviços públicos com ênfase na orientação de direitos, possibilidades de encaminhamentos, parcerias e práticas de educação em direitos, segue na mesma direção. A sociedade passa a ser envolvida em diferentes iniciativas que visam desobstacularizar os caminhos de acesso aos direitos. Se

obsearmos as práticas descritas pelos profissionais, identificaremos as constantes buscas por superação de barreiras que dificultam o acesso à justiça para a população atendida pela Defensoria. A educação em direitos junto aos profissionais de serviços públicos, as atividades conjuntas com a rede de serviços e a atuação junto à comunidade em geral para orientação sobre direitos e sobre os serviços são exemplos de atuações que caracterizam a expansão da concepção clássica da justiça de atuação em litígios. Práticas que ilustram a terceira onda cappellettiana.

Exemplifica-se, dessa maneira, que a atuação da DPESP, por princípios, segue na direção da proposta de ampliação de acesso à justiça para a população que mais necessita da intervenção estatal por limitações de recursos. Entretanto, tais princípios não podem ser analisados desvinculados de um contexto de extrema desigualdade e de interesses públicos e privados em rota de colisão constantemente. Não há nessa leitura a ingenuidade da crença de um caminho utópico de acesso universal. Os objetivos bastante ambiciosos da DPESP configurados na abrangência de sua área de atuação, somados às dificuldades socioeconômicas enfrentadas por parcela significativa da população, colocam em posição de especial preocupação o projeto de acesso à justiça conforme proposto.

De qualquer maneira, é notória a contribuição da DPESP na construção de um novo modelo de atuação que possibilita o acompanhamento individual de pessoas com sofrimento mental para que possam ter acesso aos mais diferentes direitos que lhes são negados. Possibilita o acompanhamento da implantação dos serviços de saúde mental para que se cumpra o proposto pela política de desinstitucionalização, não apenas na ampliação de serviços, mas no seu acompanhamento e fiscalização. Infelizmente, ainda hoje, são presentes as denúncias de maus tratos e de violação dos mais diferentes direitos aos portadores de transtornos mentais. É fato, o atraso na implantação de políticas públicas adequadas às necessidades das demandas, os constantes impasses provocados por um sistema de saúde híbrido, segmentado em interesses e disputas entre iniciativas públicas e privadas, que têm prolongado as condições de (não) existências sociais. Ainda perpetuam práticas de violências tanto em instituições irregulares, para onde muitos ainda são encaminhados, muitas vezes com a anuência do poder público e por total desconhecimento das reais condições dessas clínicas ou comunidades terapêuticas. Ou ainda, por proporcionar a exposição de pessoas em sofrimento às mais violentas condições de (não) vida tanto em situações domésticas quanto em situação de rua.

Ao finalizar o presente estudo, permanece a certeza de que muito tem sido realizado com o modelo que se estabelece na DPESP para que sejam buscadas alternativas

para que as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais possam ser tratadas com maior dignidade, que sejam inseridas em diferentes contextos sociais, respeitados os seus direitos, e para que sejam minimizados os impactos de uma sociedade altamente desigual e violenta. Entretanto, o descompasso entre a necessidade e as possibilidades permanece provocando profundos danos emocionais em familiares e em pessoas portadoras de transtornos mentais.

A análise da coerência da implantação do serviço em todo o território estadual evidencia a solidez que os princípios estão sendo considerados e incorporados na política institucional. A recente ampliação do quadro de profissionais para atuar nas Unidades que não contavam com a equipe completa reitera o compromisso institucional com o trabalho.

Entende-se que a reflexão proposta baseada em um pensamento ecológico, que se diferencia de uma racionalidade em que a monocultura do saber se estabelece, em que a busca pelo entendimento dos diferentes dramas pessoais vivenciados na área da saúde mental possa respeitosamente admitir as ignorâncias de cada área do conhecimento, que possa tratar em uma relação de horizontalidade do saber não acadêmico e do saber da experiência de vidas continuamente excluídas, que as pessoas possam se policiar para não cometer *epistemicídios* em suas práticas diárias.

Muito foi construído em tempo institucional bastante restrito justamente porque ao se policiarem para não repetirem práticas de outras instituições, de outros contextos, os profissionais da DPESP permaneceram atentos às diferentes experiências que estavam ocorrendo no presente. O presente foi dilatado, conforme proposto pela Sociologia das ausências. O exercício constante do não saber possibilitou uma experiência de ecologia de saberes em que, as ausências se fizeram continuamente presentes. Uma excelente oportunidade para que ao cuidar do presente, amplie-se a análise de reais possibilidades para o futuro, conforme proposto pela Sociologia das Emergências. Não se trata de uma leitura ingênua dos diferentes impasses e disputas institucionais e entre os diferentes saberes que constituem atuações interdisciplinares.

Em relação às dificuldades encontradas pelos profissionais, houve manifestação bastante significativa relacionada ao trabalho interdisciplinar e impasses nas relações interpessoais. Paradoxalmente, o aspecto considerado como fundamental para a construção dos trabalhos, a possibilidade da horizontalidade para a busca de um saber institucional é o que surge como ameaça a uma proposta ecológica de construção de práticas que possam abrir espaço para as não existências sociais. Ressalta-se que toda a construção que se estabeleceu na DPESP é resultante de diferentes vozes, de diferentes necessidades. A continuidade das conquistas assim como a qualidade da atuação interdisciplinar na instituição está diretamente

relacionada às alternativas que emergirem da relação entre diferentes (não) saberes. “Não é nem mérito do movimento falar *olha movimento social maravilhoso!!* Nem da Defensoria. O mérito é da necessidade que você tem que dar” (RMS).

“E o que é uma emergência? É o necessário que se afirma como possível”

Boaventura de Sousa Santos, Lisboa fevereiro de 2015.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS⁴⁰

AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALBARELLO, L. et al. **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. 3. ed. Lisboa: Gradiva, 2011.

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTES, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.

AVRITZER, L.; MARONA, M.; GOMES, L. (Orgs.). **Cartografia da justiça no Brasil: uma análise a partir de atores e territórios**. São Paulo: Saraiva, 2014.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BERNARDES, E. M.; VENTURA, C. A. A. A demanda brasileira junto à Comissão e à Corte Interamericana de Direitos Humanos no período de 2003 a 2010. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 65-90, 2012.

_____. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos e os casos de violação dos direitos humanos relacionados à saúde envolvendo o Brasil no período 2003-2010. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 107-128, 2013.

BERTOLETE, J. M. Mental health legislation: a review of some international experiences. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Editora Porto, 1994.

⁴⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as referências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. **Decreto nº 678, de 06 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0677.htm>. Acesso em 10 jul.2011.

_____. **Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994**. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos territórios. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1994.

_____. **Decreto nº 89, de 03 de dezembro de 1998**. Aprova a solicitação de reconhecimento da competência obrigatória da Corte Interamericana de Direitos humanos em todos os casos relativos à interpretação ou aplicação da Convenção Americana de Direitos Humanos para fatos ocorridos a partir do reconhecimento, de acordo com o previsto no parágrafo primeiro do art. 62 daquele instrumento internacional. Brasília, DF: Senado, 1998a. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/listaPublicacoes.action?id=150944>>. Acesso em 10 jul.2011.

_____. **Lei nº9.686, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência social. Brasília, DF: Presidência da República. 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em 10 jul.2011.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Dados referentes à Reforma Psiquiátrica:** redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação do Serviço do SUS. **Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2014 –São Paulo.** 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2014/cnv/coapcirsp.def>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **RDisan**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 41-63, 2012.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, F. C. B.; FRASSETO, F. A. Em defesa da liberdade: reforma psiquiátrica e Defensoria Pública. [2010]. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/defensoria%20e%20transtorno%20mental.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

CAOVILLA, M. A. L. **Acesso à justiça e cidadania:** uma avaliação crítica da Defensoria Pública de Santa Catarina. 2. ed. Chapecó: Argos, 2006.

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. **Acesso à justiça.** Porto Alegre: Fabris, 1988.

CARDOSO, L.Z.L. **Uma fenda na justiça**: a Defensoria Pública e a construção de inovações democráticas. São Paulo: Hucitec, 2010a.

_____. **Participação social**: inovações democráticas no caso da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2010. 192 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010b.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-25, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resoluções e pareceres**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 jul. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**: sentença de 4 de julho de 2006. 2006. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2011.

COSTA, A. F. A pesquisa de terreno em Sociologia. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Orgs.). **Metodologia das Ciências Sociais**. 15. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2009.

CRUZ, R. R. R. Direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais e atuação da defensoria pública. In: RÉ, A. I. M. R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 493-533.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1995.

DALLARI, S. G.; NUNES JUNIOR, V. S. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1978, Alma Ata, Cazaquistão. 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (DPESP). Conselho Superior da Defensoria Pública. Deliberação CSDP nº 132, de 17 de julho de 2009. Altera deliberações... E cria Defensorias Públicas Regionais... **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 26 ago. 2009. Disponível em: <http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=20288>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. Deliberação CSDP nº 187, de 12 de agosto de 2010. Disciplina a estrutura e funcionamento dos Centros de Atendimento Multidisciplinar. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 20 ago. 2010. Disponível em: <http://www.fiscolex.com.br/doc_6954650_DELIBERACAO_N_187_12_AGOSTO_2010.aspx>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. Deliberação CSDP nº 219, de 11 de março de 2011. Regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 mar. 2011. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/2011.03.11_DELIBERACAO%20CSDP%20N%C2%B0219_Atendimento_Transtorno_Mental.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. **Conselho Superior da Defensoria Pública**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2872>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657**. 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019298010>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ECONOMIDES, K. Lendo as ondas do “Movimento de Acesso à Justiça”: epistemologia versus metodologia? In: CARVALHO, J. M. (Org.). **Cidadania, justiça e violência**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

FEFFERBAUM, M.; CUNHA, L. G. Repensando o papel da Defensoria Pública: uma nova estratégia para o aprimoramento da cidadania. In: RÉ, A. I. M. R. (Org.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 17-21.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights**, Boston, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.hhrjournal.org/2013/08/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FORTIM, M. F. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia na promoção da saúde: conceitos, fundamentos, estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, 2013.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

KOHARA, P. K. I. Defensoria pública, interdisciplinaridade e loucura. In: RÉ, A. I. M. R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 1001-1016.

LAURIS, E. Entre o social e o político: a luta pela definição do modelo de acesso à justiça em São Paulo. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 87, p.121-142, 2009.

LAURIS DOS SANTOS, E. O. **Acesso para quem precisa, justiça para quem luta, direito para quem conhece**. Dinâmicas de colonialidade e narra(alterna-)tivas do acesso à justiça no Brasil e em Portugal. 2013. 416 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

LEITE, A. J. M. A atuação da Defensoria Pública na promoção e defesa dos direitos humanos, inclusive perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos. In: RÉ, A. I. M.

R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 567-595.

MAZZUOLI, V. O. **Condenação internacional do Brasil por violação de direitos humanos e cumprimento de sentença Sponte Sua**. 2007. Disponível em: <http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20070817103053598&mode=print>. Acesso em: 30 mar. 2011.

MEIRELES, A. C. O que trouxe de novo à prática de saúde pública. In: _____. **Alma Ata e Ottawa: as conferências de entre as conferências...** 2008. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MENDES, A. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil - cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 113-118, 2013.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. Abordagens à pesquisa. In: **Metodologia da pesquisa para o professor universitário**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. cap 2, p. 39-59.

NASCIMENTO, P. C. B. D. Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - compartilhando reflexões e experiências. In: RÉ, A. I. M. R. (Org.). **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 663-688.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. 279 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências

Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NUNES, J. A. Um discurso sobre as Ciências 16 anos depois. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as Ciências** revisitado. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária: velhos e novos desafios ao direito e à justiça. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 87, p. 143-169, 2009. Disponível em: <<https://rccs.revues.org/1425>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. O resgate da epistemologia. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Americana dos Direitos Humanos**. San José da Costa Rica, 1969.

_____. **Protocolo adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos concernente aos direitos econômicos, sociais e culturais**. Washington, 1988.

_____. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Demandas apresentadas à Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2004**. 2004. Disponível em: <www.cidh.oas.org>. Acesso em: 29 mar. 2011.

_____. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Relatório nº 70/08. Admissibilidade. Clínica Pediátrica da Região do Lagos**. Cabo Frio, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2008port/Brasil12242port.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

_____. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos**. Aprovado pela Comissão em seu 137º período ordinário de sessões, realizado de 28 de outubro a 13 de novembro de 2009. 2009. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/u.Regulamento.CIDH.htm>>. Acesso: 8 jul. 2011.

_____. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Últimos relatórios**. 2010a. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/casos.port.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2011.

_____. **Relatório nº 45/10**. Decisão de Arquivo. Lawrence Dutra da Costa. Brasil, 2010b. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2010port?Brasil1401.06port.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Carta das Nações Unidas**. Nova Iorque, 1945.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, 1948.

_____. **Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotado pela Resolução 2200(A) da Assembleia Geral da ONU de 16 de dezembro de 1966. Nova Iorque, 1966.

_____. **Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**. Resolução nº 46. Nova Iorque, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra, 1946.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas**. Adotada em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica Latina, convocada em Caracas, Venezuela, pela OPAS, 1990. Caracas, 1990.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1954, 2013.

PEDROSO, J. A. F. **Acesso ao direito e à justiça**: um direito fundamental em (des)construção. O caso do acesso ao direito e à justiça da família e das crianças. 2011. 647 f. Tese (Doutorado em Sociologia do Estado e da Administração) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

PERRUSI, A. A lógica asilar acabou? Uma crítica à assistência psiquiátrica. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTES, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e justiça internacional**. São Paulo: Saraiva, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. 5. ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

RAEFFRAY, A. P. O. **Direito da saúde de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RASCOVSKI, L. Medicamentos: uma abordagem prática do tratamento dado pelo poder público. In: RÉ, A. I. M. R.; REIS, G. A. S. (Orgs.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 2, p. 163-192.

RÉ, A. I. M. R. A dimensão quântica do acesso à justiça. In: RÉ, A. I. M. R. (Org.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 1, p. 89-108.

ROCHA, J. C. S. **Direito da saúde**. São Paulo: LTR, 1999.

RODRIGUEZ, J. J. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 341-342, 2010.

ROSA, P. T. R. Sistema interamericano de direitos humanos. In: RIBEIRO, M. F.; MAZZUOLI, V. O. **Direito internacional dos direitos humanos**. Curitiba: Juruá, 2004. p. 357-370.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde**. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 1999.

SADEK, M. T. A. Acesso à justiça: a porta de entrada para a inclusão social. In: LIVIANU, R. (Coord.). **Justiça, cidadania e democracia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. p. 170-180.

_____. Defensoria Pública: a conquista da cidadania. In: RÉ, A. I. M. R. (Org.). **Temas aprofundados Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 1, p. 19-31.

SANTORO FILHO, A. C. **Direito e saúde mental à luz da lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. São Paulo: Verlu Editora, 2012.

SANTOS, B. S. Conhecimento e transformação social: para uma ecologia dos saberes. **Revista de Estudos Amazônicos**. Belém, v. 7, n. 1, p. 175-189, 2007.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010a. (Coleção para um novo senso comum, 4).

_____. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010b.

_____. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P (Orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010c. p. 31-83.

_____. **Para uma revolução democrática da justiça**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SÃO PAULO (ESTADO). **Lei Complementar Estadual nº 988, de 9 de janeiro de 2006**. Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. 2006. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2939>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. **Lei Complementar Estadual nº 1050, de 24 de junho de 2008**. Institui no Quadro da Defensoria Pública do Estado, as classes de apoio que especifica e dá providências correlatas. 2008. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3186>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. **Lei Complementar Estadual nº 1161, de 26 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a reclassificação dos vencimentos dos integrantes do Subquadro de Apoio da Defensoria Pública do Estado, instituído pela Lei Complementar nº 1.050, de 24 de junho de 2008, e dá providências correlatas. 2011. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2011/lei.complementar-1161-26.12.2011.html>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SARLET, I. W. Nota do Coordenador Científico. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, ano 1, n. 1, p. 9-10, 2008. Edição especial temática sobre direito à saúde.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, A. I. M. R. (Org.). **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Salvador: JusPODIVM, 2014. v. 1, p. 111-146.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VENTURA, C. A. A. **Saúde mental e direitos humanos**: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2011. 199 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

VIEIRA, O. V. **A Constituição e sua reserva de justiça**. São Paulo: Malheiros, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO - Entrevista com representantes da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (RDP) e de Movimento Social (RMS)

Dados de identificação

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridade

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto – Especifique: _____

() Ensino superior completo – Especifique: _____

() Pós-graduação incompleta – Especifique: _____

() Pós-graduação completa – Especifique: _____

Questões

Com base em sua participação junto a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, gostaríamos de conhecer a sua perspectiva sobre:

- 1) A implantação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo;
- 2) O papel do Centro de Atendimento Multidisciplinar na Defensoria Pública do Estado de São Paulo;
- 3) A atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo em Saúde Mental;
- 4) Avaliação do CAM.

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista não presencial (para profissionais atuantes no Centro de Atendimento Multidisciplinar)

A) Dados de identificação: Idade: _____; Sexo: _____; Estado civil: _____

Escolaridade

Graduado no curso de _____ em: ____/____/____ Instituição: _____

() pós-graduação incompleta. Especifique (Curso/período/em andamento ou interrompida/Instituição): _____

() pós-graduação completa. Especifique (Curso/período/ Instituição): _____

Tempo de Experiência Profissional

Tempo de experiência profissional fora da Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

Período de experiência profissional na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

Período de experiência profissional no Centro de Atendimento Multidisciplinar – Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

() regional do Interior () regional da Capital () regional da Região Metropolitana

B) Questões:

- 1) Cite 3 dos principais objetivos do Centro de Atendimento Multidisciplinar em que você atua.
- 2) Mencione 3 das principais atividades profissionais desenvolvidas no CAM em que você atua.
- 3) Cite 3 dos principais objetivos da busca da DPESP pelos usuários do CAM da regional em que você atua.
- 4) Quais são as 3 principais características do público atendido pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar na regional da Defensoria Pública do Estado de São Paulo em que você atua?
- 5) No CAM em que você atua, existe demanda específica de portadores de transtornos mentais (ou não)? () sim () não

Em caso afirmativo, responda os itens 5.1, 5.2 e 5.3.

5.1 Quais são as principais características dos portadores de transtornos mentais atendidos?

5.2 Quais os direitos que são reivindicados para portadores de transtornos mentais?

5.3 Quais são os procedimentos adotados pelo CAM diante das demandas dos portadores de transtornos mentais?

6) Mencione os principais aspectos positivos do trabalho do Centro de Atendimento Multidisciplinar.

- 7) Mencione os principais aspectos negativos (ou dificuldades) do trabalho do Centro de Atendimento Multidisciplinar.
- 8) Quais suas sugestões de melhorias para os serviços prestados pelo CAM?

APÊNDICE C - Roteiro de Observação

() regional do Interior () regional da Capital () regional da Região Metropolitana

- 1) Condições de infraestrutura da regional (localização⁴¹, identificação do local⁴², espaço físico, iluminação, ventilação, acomodações, mobília; limpeza; acesso para usuários do serviço com dificuldade de locomoção; segurança).
- 2) Características dos profissionais que atuam no serviço (número de profissionais presentes no local; apresentação pessoal; comportamentos).
- 3) Características do público presente na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (número de usuários do serviço no local; apresentação pessoal; comportamentos).
- 4) Características das informações disponíveis no local;
- 5) Horários e tempo de espera para atendimento;
- 6) Rotina do trabalho;
- 7) Manifestações verbais e fluxo da comunicação entre o público presente.
- 8) Comentários/impressões do observador.

⁴¹ Na descrição não haverá a identificação da regional e/ou da cidade, a identificação se restringirá a mencionar se a regional é da capital, região metropolitana ou interior.

⁴² Idem 2

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista presencial com profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar

A) Dados de identificação: Idade: _____; Sexo: _____; Estado civil: _____

Escolaridade

Graduação em _____ Conclusão em: _____ Instituição: _____

() pós-graduação incompleta. Especifique (curso/período/em andamento ou interrompida/Instituição): _____

() pós-graduação completa. Especifique (curso/período/Instituição): _____

Tempo de Experiência Profissional

Tempo de experiência profissional fora da Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

Período de experiência profissional na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

Período de experiência profissional no Centro de Atendimento Multidisciplinar – Defensoria Pública do Estado de São Paulo: _____

() regional do Interior () regional da Capital () regional da Região Metropolitana

B) Questões

- 1) Como surgiu a proposta do Centro de Atendimento Multidisciplinar?
- 2) Como se caracteriza o trabalho dos profissionais que atuam no Centro de Atendimento Multidisciplinar?
- 3) Quais são as características da demanda de saúde mental atendida pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar?
- 4) Quais são os direitos que são reivindicados pela/para a demanda de saúde mental atendidos pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar?
- 5) Como é a atuação do Centro de Atendimento Multidisciplinar em relação às garantias de acesso da população ao direito à saúde mental?
- 6) Como você caracteriza a interação dos profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar em relação aos demais serviços da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em relação à comunidade atendida, e em relação à comunidade em geral?
- 7) Quais são os pontos positivos do seu trabalho?
- 8) Quais são as maiores dificuldades em seu trabalho?
- 9) Como você avalia a sua formação acadêmica diante das exigências de seu exercício profissional no Centro de Atendimento Multidisciplinar?
- 10) Quais as suas sugestões para melhorias na atuação do Centro de Atendimento Multidisciplinar?

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista para familiar (ou representante legal) de usuário do serviço do CAM com demanda de saúde mental

A) Dados de identificação

Idade:

Sexo:

Nível de escolaridade:

Profissão:

Grau de parentesco em relação ao portador de transtorno mental:

Transtorno mental do familiar:

() regional do Interior () regional da Capital () regional da Região Metropolitana

B) Questões

1) Como foi que você soube da existência da DPESP?

2) Há quanto tempo você frequenta a DPESP?

3) Por qual motivo você buscou a DPESP?

4) Antes de você ser atendido pela DPESP, você procurou outros serviços? Em caso afirmativo, quais? Como foi o atendimento que recebeu?

5) Você pode me descrever como é a saúde de seu familiar e como ele se comporta?

6) Quais são as suas maiores dificuldades em relação ao seu familiar e seu transtorno mental?

7) Em sua opinião, quais são os direitos dos portadores de transtornos mentais?

8) Você considera que o seu familiar tem seus direitos respeitados (ou não)? Explique.

9) Com base no atendimento que você recebe na DPESP, me explique como é o trabalho realizado pelos profissionais.

10) Houve alguma mudança da situação de seu familiar e de sua família após o início do atendimento na DPESP (ou não)? Se sim, qual?

11) Além de seu familiar, você conhece mais pessoas que buscaram a DPESP por motivo de transtornos mentais de familiares? Em caso afirmativo, quais eram os motivos deles? O que ocorreu?

12) De um modo geral, como você acha que a sociedade vê o portador de transtorno mental?

13) O que você diria para um familiar de paciente com transtorno mental para ajudá-lo?

14) O que você sugere para aperfeiçoar os serviços prestados pela DPESP?

APÊNDICE F - Roteiro de entrevista para usuário do serviço do CAM com demanda de saúde mental

A) Dados de Identificação

Idade:

Sexo:

Nível de escolaridade:

Profissão:

() regional do Interior () regional da Capital () regional da Região Metropolitana

B) Questões

1) Você costuma vir a DPESP de quanto em quanto tempo?

2) Você sabe me dizer a quanto tempo aproximadamente você frequenta a DPESP?

3) Qual foi o motivo que fez você buscar a DPESP?

4) Como é o atendimento que os profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar fazem?

5) Antes de vir a DPESP, você esteve em outros serviços em busca de ajuda (ou não)? Em caso afirmativo, como foi?

6) Você considera que os seus direitos são respeitados (ou não)? Por quê?

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Representantes
(Entrevista)**

Estamos realizando um estudo com o objetivo de compreender como se caracteriza o acesso à justiça para portadores de transtornos mentais nos serviços do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa, em nível de doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que se intitula **O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.**

Gostaríamos de convidá-lo a participar enquanto representante da (Ouvidoria/ Movimento Social ou Defensoria Pública do Estado de São Paulo). Temos interesse em conhecer a sua perspectiva sobre a implantação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e sobre o papel do Centro de Atendimento Multidisciplinar no atendimento da demanda de saúde mental e transtornos mentais.

Está prevista a realização de uma entrevista com duração aproximada de 1h30', a ser realizada na Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Se você não se incomodar, iremos gravar a nossa conversa (gravação de áudio) para podermos estudar as informações posteriormente. Todas as informações serão cuidadosamente guardadas, somente os responsáveis pelo estudo deverão acessá-las. Manteremos o anonimato dos entrevistados.

A participação é voluntária e, se aceitar em participar e durante a entrevista quiser interromper, sinta-se à vontade para dizer que não quer continuar. Também não há obrigatoriedade de responder todas as perguntas.

Você não terá despesas ou remuneração para participar do estudo. Também não está previsto nenhum benefício direto para o participante. Entretanto, se você concordar em participar, poderemos conversar e refletir sobre acesso à justiça e à saúde mental, sobre direitos e sobre situações de desrespeito aos direitos, o que pode contribuir para o conhecimento e o exercício de direitos de modo efetivo. Você estará, também, contribuindo para que possamos aprimorar o conhecimento sobre o acesso à justiça dos portadores de transtornos mentais proporcionado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. E, posteriormente, poderemos divulgar esses conhecimentos em publicações e eventos científicos.

Esperamos que a nossa conversa transcorra sem desconforto para você, entretanto, se por acaso você não se sentir bem por algum motivo, interromperemos as atividades propostas e, caso deseje, abordaremos os assuntos que podem estar sendo desconfortáveis visando minimizar qualquer incômodo. Se preferir, cancelaremos as atividades.

Caso você tenha interesse no estudo e queira maiores informações posteriormente, você poderá entrar em contato com Edilene Mendonça Bernardes (edilenemb@usp.br) (16) 36023494 ou com a Professora Carla Aparecida Arena Ventura (16) 36023422 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou ainda, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida dos Bandeirantes, 3900, telefone (16) 36023386 (de segunda à sexta, das 8h às 17h).

CONSENTIMENTO

A pesquisa foi explicada e eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar.

Data: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Completo dos Pesquisadores: Edilene Mendonça Bernardes / Carla Aparecida Arena Ventura

Assinatura do Pesquisador Entrevistador: _____

Agradecemos a sua participação. Você receberá uma via deste documento assinada pelo pesquisador.

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais do Centro de Atendimento Multidisciplinar (Entrevista online)

Estamos realizando um estudo com o objetivo de compreender como se caracteriza o acesso à justiça para portadores de transtornos mentais nos serviços do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa, em nível de doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que se intitula **O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**.

Gostaríamos de convidá-lo a participar enquanto profissional atuante no Centro de Atendimento Multidisciplinar. Temos interesse em conhecer a sua perspectiva sobre a implantação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e sobre o papel do Centro de Atendimento Multidisciplinar no atendimento da demanda de saúde mental e transtornos mentais.

Está prevista a aplicação de um questionário composto de duas partes: parte A - dados sobre identificação (idade, sexo e estado civil), escolaridade e experiência profissional; parte B - sete questões abertas sobre objetivos do Centro de Atendimento Multidisciplinar, características do serviço; processo de implantação do Centro de Atendimento Multidisciplinar; características da demanda atendida; direitos reivindicados para portadores de transtornos mentais; acesso ao direito à saúde mental; resolutividade do trabalho do Centro de Atendimento Multidisciplinar. Todas as informações serão cuidadosamente guardadas, somente os responsáveis pelo estudo deverão acessá-las. Manteremos o anonimato dos profissionais. A participação é voluntária e não há obrigatoriedade de responder todas as perguntas.

Estima-se que o tempo necessário para a realização do questionário seja aproximadamente de 50'. Você não terá despesas ou remuneração para participar do estudo. Não está previsto nenhum benefício direto para o participante. Se você concordar em participar, estará contribuindo para que possamos estudar e desenvolver o conhecimento sobre o acesso à justiça dos portadores de transtornos mentais proporcionado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. E, posteriormente, poderemos divulgar esses conhecimentos em publicações e eventos científicos.

Se, eventualmente, algum questionamento vier a lhe proporcionar incômodo ou desconforto, esclarecemos que você poderá não responder questões que lhe desagradem e até mesmo suspender a sua participação a qualquer momento. Você poderá, também, nos contatar para que possamos conversar sobre os temas que tenham lhe incomodado visando minimizar qualquer mal estar desencadeado por nossos questionamentos. Solicitamos que anote o código de seu questionário (sua única identificação na folha de respostas do mesmo) para que possa nos comunicar, caso queira suspender sua participação após o envio de seu material.

Caso você tenha interesse no estudo e queira maiores informações posteriormente, você poderá entrar em contato com Edilene Mendonça Bernardes (edilenemb@usp.br) (16) 36023494 ou com a Professora Carla Aparecida Arena Ventura (16) 36023422 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou ainda, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida dos Bandeirantes, 3900, telefone (16) 36023386 (de segunda à sexta, das 8h às 17h).

CONSENTIMENTO

O procedimento e a proposta de estudo estão devidamente esclarecidos. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar.

Data: _____ Nome Completo do participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Completo dos Pesquisadores: Edilene Mendonça Bernardes / Carla Aparecida Arena Ventura

Assinatura do Pesquisador Entrevistador: _____

Agradecemos a sua participação. Você receberá uma via deste documento assinada pelo pesquisador.

**APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Profissional do
Centro de Atendimento Multidisciplinar (Entrevista presencial)**

Estamos realizando um estudo com o objetivo de compreender como se caracteriza o acesso à justiça para portadores de transtornos mentais nos serviços do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa, em nível de doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que se intitula **O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.**

Gostaríamos de convidá-lo a participar enquanto profissional atuante no Centro de Atendimento Multidisciplinar. Temos interesse em conhecer a sua perspectiva sobre: a implantação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; o papel do Centro de Atendimento Multidisciplinar no atendimento da demanda de saúde mental e transtornos mentais; os direitos do portador de transtornos mentais; as características do trabalho e da demanda do Centro de Atendimento Multidisciplinar.

Está prevista a realização de uma entrevista com duração aproximada de 1h30', a ser realizada na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, na regional em que você atua. Se você não se incomodar, iremos gravar a nossa conversa (gravação de áudio) para podermos estudar as informações depois. Todas as informações serão cuidadosamente guardadas, somente os responsáveis pelo estudo deverão acessá-las. Manteremos o anonimato dos entrevistados.

A participação é voluntária e, se aceitar em participar e durante a entrevista quiser interromper, sinta-se à vontade para dizer que não quer continuar. Também não há obrigatoriedade de responder todas as perguntas.

Você não terá despesas ou remuneração para participar do estudo. Também não está previsto nenhuma benefício direto para o participante. Entretanto, se você concordar em participar, poderemos conversar e refletir sobre acesso à justiça e à saúde mental, sobre direitos e sobre situações de desrespeito aos direitos, o que pode contribuir para o conhecimento e o exercício de direitos de modo efetivo. Você estará, também, contribuindo para que possamos estudar e desenvolver o conhecimento sobre o acesso à justiça dos portadores de transtornos mentais proporcionado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. E, posteriormente, poderemos divulgar esses conhecimentos em publicações e eventos científicos.

Esperamos que a nossa conversa transcorra sem desconforto para você, mas se por acaso você não se sentir bem por algum motivo, nos avise. Poderemos cancelar os trabalhos, se você quiser, ou poderemos conversar sobre os motivos de seu desconforto para minimizar qualquer mal estar que possa ter sido provocado pelos assuntos tratados.

Caso você tenha interesse no estudo e queira maiores informações posteriormente, você poderá entrar em contato com Edilene Mendonça Bernardes (edilenemb@usp.br) (16) 36023494 ou com a Professora Carla Aparecida Arena Ventura (16) 36023422 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou ainda, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida dos Bandeirantes, 3900, telefone (16) 36023386 (de segunda à sexta, das 8h às 17h).

CONSENTIMENTO

A pesquisa foi explicada e eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar.

Data: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Completo dos Pesquisadores: Edilene Mendonça Bernardes / Carla Aparecida Arena Ventura

Assinatura do Pesquisador Entrevistador: _____

Agradecemos a sua participação. Você receberá uma via deste documento assinada pelo pesquisador.

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Familiar ou representante legal de portador de transtorno mental (Entrevista)

Estamos realizando um estudo com o objetivo de conhecer as experiências de portadores de transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar. É uma pesquisa que se chama **O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. Queremos convidar você para participar enquanto familiar de portador de transtorno mental usuário do serviço.

Se você aceitar nosso convite, nós vamos fazer algumas perguntas para conhecer um pouco sobre o atendimento que você e seu familiar recebem no Centro de Atendimento Multidisciplinar, sobre a saúde e o transtorno mental dele e, também, sobre direitos dele. A duração da conversa é de aproximadamente 1h e será em uma sala aqui mesmo no Centro de Atendimento Multidisciplinar. Se você não se incomodar, iremos utilizar gravador de áudio para gravar a nossa conversa para podermos estudar as informações depois. Todas as informações serão cuidadosamente guardadas, somente os responsáveis pelo estudo deverão acessá-las. Em nenhum material colocaremos sua identificação, não vamos divulgar seu nome e o de seu familiar.

Você participa somente se quiser, não é obrigado. Se resolver participar e durante a conversa quiser interromper, pode ficar à vontade e dizer que não quer continuar. Você não terá nenhum problema se quiser desistir. Também não tem obrigação de responder todas as perguntas. Se tiver alguma que você não queira responder, você pode dizer que não quer falar sobre o assunto.

Você não vai ter gastos e remuneração para participar do estudo. Também não está previsto nenhum benefício direto para o participante. Entretanto, se você concordar em participar, poderemos conversar e refletir sobre acesso à justiça e à saúde mental, sobre direitos e sobre situações de desrespeito aos direitos, o que pode contribuir para o conhecimento e o exercício de direitos de modo efetivo. Você estará, também, colaborando para que possamos estudar e desenvolver o conhecimento sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais. Poderemos levar esses conhecimentos para divulgar em eventos científicos e publicações visando o aperfeiçoamento dos serviços de atendimento de portadores de transtornos mentais.

Esperamos que a nossa conversa transcorra sem desconforto para você, mas se por acaso você não se sentir bem por algum motivo, nos avise. Poderemos cancelar os trabalhos, se você quiser, ou poderemos conversar sobre os motivos de seu desconforto para minimizar qualquer mal estar que possa ter sido provocado pelos assuntos tratados.

Caso você tenha interesse no estudo e queira maiores informações posteriormente, você poderá entrar em contato com Edilene Mendonça Bernardes (edilenemb@usp.br) (16) 36023494, com a Professora Carla Aparecida Arena Ventura (16) 36023422 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou ainda, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida dos Bandeirantes, 3900, telefone (16) 36023386 (de segunda à sexta, das 8h às 17h).

CONSENTIMENTO

A pesquisa foi explicada e eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar.

Data: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Completo dos Pesquisadores: Edilene Mendonça Bernardes / Carla Aparecida Arena Ventura

Assinatura do Pesquisador Entrevistador: _____

Agradecemos a sua participação. Você receberá uma via deste documento assinada pelo pesquisador.

APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Portador de transtorno mental (Entrevista)

Estamos realizando um estudo com o objetivo de conhecer as experiências de portadores de transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar. É uma pesquisa que se chama **O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. Queremos convidar você para participar.

Se você aceitar nosso convite, nós vamos fazer algumas perguntas para conhecer um pouco sobre o atendimento que você recebe no Centro de Atendimento Multidisciplinar, sobre sua saúde e sobre sua opinião sobre seus direitos. A duração da conversa é de aproximadamente 1h e será em uma sala aqui mesmo no Centro de Atendimento Multidisciplinar. Se você não se incomodar, iremos utilizar gravador de áudio para gravar a nossa conversa para podermos estudar as informações depois. Todas as informações serão cuidadosamente guardadas, somente os responsáveis pelo estudo deverão acessá-las. Em nenhum material colocaremos o seu nome, não vamos divulgar seu nome.

Você participa somente se quiser, não é obrigado. Mesmo assim, se resolver participar e durante a conversa quiser interromper, pode ficar à vontade e dizer que não quer continuar. Você não terá nenhum problema se quiser desistir. Também não tem obrigação de responder todas as perguntas. Se tiver alguma que você não queira responder, você pode dizer que não quer falar sobre o assunto.

Você não terá gastos e remuneração para participar do estudo. Também não está previsto nenhum benefício direto para o participante. Entretanto, se você concordar em participar, poderemos conversar e refletir sobre acesso à justiça e à saúde mental, sobre direitos e sobre situações de desrespeito aos direitos, o que pode contribuir para o seu conhecimento de como garantir seus direitos. Você estará, também, colaborando para que possamos estudar e desenvolver o conhecimento sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais. Poderemos levar esses conhecimentos para divulgar em eventos científicos e publicações visando o aperfeiçoamento dos serviços de atendimento de portadores de transtornos mentais.

Esperamos que a nossa conversa transcorra sem desconforto para você, mas se por acaso você não se sentir bem por algum motivo, nos avise. Podemos cancelar os trabalhos, se você quiser, ou podemos conversar sobre os motivos de seu desconforto para minimizar qualquer mal estar que possa ter sido provocado pelos assuntos tratados.

Caso você tenha interesse no estudo e queira maiores informações posteriormente, você poderá entrar em contato com Edilene Mendonça Bernardes (edilenemb@usp.br) (16) 36023494 ou com a Professora Carla Aparecida Arena Ventura (16) 36023422 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou ainda, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida dos Bandeirantes, 3900, telefone (16) 36023386 (de segunda à sexta, das 8h às 17h).

CONSENTIMENTO

A pesquisa foi explicada e eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa e concordo em participar.

Data: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Completo dos Pesquisadores: Edilene Mendonça Bernardes / Carla Aparecida Arena Ventura

Assinatura do Pesquisador Entrevistador: _____

Agradecemos a sua participação. Você receberá uma via deste documento assinada pelo pesquisador

ANEXO A

**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Primeira Subdefensoria Pública-Geral

SGPDOC 43381/13

São Paulo, 12 de julho de 2013.

Ref.: Autorização para realização de pesquisa

Excelentíssimo Senhor Doutor,

Sirvo-me do presente para informar que a Defensoria Pública do Estado AUTORIZA a pesquisadora Edilene Mendonça Bernardes, aluna do curso de Doutorado - Programa Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto – Universidade São Paulo-USP, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada "O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do estado de São Paulo", sob orientação da Professora Dra. Carla Aparecida Arena Ventura.

A presente autorização está condicionada à preservação do sigilo das informações disponíveis na Defensoria Pública, especialmente àquelas envolvidas na relação entre Defensor e pessoa assistida, bem como a impossibilidade de divulgação de qualquer referência nominal, sem que haja a prévia anuência da pessoa envolvida, seja ela membro, servidor ou usuário da Instituição.

Na oportunidade, renovo os protestos de elevada estima e distinta consideração.

RENATO CAMPOS PINTO DE VITTO
Primeiro Subdefensor Público-Geral

Ao Excelentíssimo Senhor Doutor
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade São Paulo – USP

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 198/2013

Ribeirão Preto, 07 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 164ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 16965813.0.0000.5393

Projeto: O acesso à justiça de portadores de transtornos mentais: um estudo sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Pesquisadores: Carla Aparecida Arena Ventura
Edilene Mendonça Bernardes

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP