

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PAULA ROSANA CAVALCANTE

**Saúde Mental e Sistema de (in)Justiça:
buscando caminhos para práticas de cuidado e
garantia de direitos a partir da Defensoria
Pública**

São Paulo

2020

PAULA ROSANA CAVALCANTE

**Saúde Mental e Sistema de (in)Justiça:
buscando caminhos para práticas de cuidado e
garantia de direitos a partir da Defensoria
Pública**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo

2020

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cavalcante, Paula Rosana

Saúde Mental e Sistema de (in)Justiça: buscando caminhos para práticas de cuidado e garantia de direitos a partir da Defensoria Pública / Paula Rosana Cavalcante; orientador Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2020.

171 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Defensoria Pública. 3. Psicologia Social. 4. Interdisciplinaridade. 5. Direitos Humanos. I. Scarcelli, Ianni Regia, orient. II. Título.

Nome: CAVALCANTE, Paula Rosana

Título: Saúde Mental e Sistema de (in)Justiça: buscando caminhos para práticas de cuidado e garantia de direitos a partir da Defensoria Pública

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Ianni, que desde as primeiras conversas sobre meu projeto mostrou-se acolhedora e proporcionou-me a experiência de participar de seu grupo de pesquisa composto por pessoas tão especiais, com tanta diversidade, horizontalidade, afeto e respeito;

Ao grupo de pesquisa da profa. Ianni, desde as/os estudantes da graduação até as/os colegas de pós-doc, pelos reflexivos e motivadores encontros; agradecimentos especiais às queridas Carol, Fê, Kate, Mari e Tati, pelas trocas e afeto ao longo de toda esta jornada;

À minha família, meu alicerce: minha amada mãe Helena, meu saudoso pai Erlito, minhas irmãs Sandra e Silvia, meu irmão Sérgio e minhas encantadoras sobrinhas Sofia, Fê e Carol;

Ao meu querido filho Vitor, tão jovem e já tão reflexivo e crítico. Sua juventude me renova e o nosso amor me move a tentar ser melhor a cada dia. Tenho muito orgulho de você! Gratidão pelo carinho de sempre, por me apresentar os rappers recentes (que citei ao longo do trabalho), me fazer lembrar dos elementos químicos (que me inspiraram para metáforas utilizadas na pesquisa) e pela compreensão nas minhas ausências (inclusive no desenvolvimento de mais este trabalho);

À minha querida companheira Rê, pelo afeto que me energiza, pela compreensão nas minhas ausências, pelos carinhosos cafés nas tardes mais exaustivas da escrita e por ter me apresentado o significado da enigmática e simbólica carta do “louco” no Tarô;

Ao Barney, companheiro em tantos momentos de escrita, me dando força entre olhares carinhosos e lambidas, muitas vezes esquentando meu colo no qual ele repousava em silêncio, para não atrapalhar minha concentração;

À querida Bel, com sua postura sempre prestativa, agradeço pelos cotidianos aguerridos e pelo auxílio na revisão do texto;

Às/aos profissionais da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, pelo apoio à realização desta pesquisa e pelas parcerias cotidianas, principalmente às/aos colegas dos CAMs: este trabalho é nosso!

À *loucura*, que move o nosso mundo.

A carta “O Louco” no Tarô

[...]O louco pode oferecer-nos ideias frescas e nova energia. Se quisermos ter o benefício da sua vitalidade criativa, precisamos aceitar-lhe o comportamento não-convencional.

O seu potencial para a criação e para a destruição, para a ordem e a anarquia, reflete-se no modo com que é apresentado no velho Tarô de Marselha, onde o retratam seguindo à vontade, liberto de todos os estorvos da sociedade, sem ter sequer um caminho para guiá-lo [...] Na corte, desempenha o papel singular de companheiro, confiante e crítico privilegiado do rei. Confere-se ao louco um papel especial na ordem social. Sua presença serve às forças governantes de lembrete constante de que o impulso para a anarquia existe na natureza humana e precisa ser tomado em consideração. Essa prática dramatiza o fato de que precisamos dar espaço ao fator renegado em nós mesmos e admiti-lo em nossa corte interior, o que significa psicologicamente que precisamos reconhecê-lo.

O nosso louco interior nos empurra para a vida, onde a mente reflexiva pode ser supercautelosa. Sua energia varre tudo o que estiver à frente, levando outras criaturas de roldão como folhas impelidas por um vento forte. Sem a energia do Louco todos seríamos meras cartas de jogar.

(Sallie Nichols – “Jung e o Tarô: uma jornada arquetípica)

CAVALCANTE, Paula Rosana. **Saúde Mental e Sistema de (in)Justiça: buscando caminhos para práticas de cuidado e garantia de direitos a partir da Defensoria Pública.** 2020. 171 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

RESUMO

Questões emergentes no âmbito da Defensoria Pública relacionam-se, entre outras, às ações que possam se voltar à garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso problemático de drogas e de suas famílias. Neste sentido, objetiva-se, neste trabalho, identificar situações ligadas à saúde mental que emergem no campo da Justiça e refletir acerca das práticas delas decorrentes, tendo como ponto de partida as histórias que chegam à Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP). Nessa linha, algumas das questões norteadoras foram: as ações desenvolvidas como decorrência das políticas públicas estão alinhadas com os ideais da luta antimanicomial, no sentido de promover práticas de cuidado e garantidoras de direitos das pessoas em sofrimento mental? Quais profissionais e serviços estão envolvidas/os no desenvolvimento dessas ações? Para alcançar os objetivos propostos, foram feitas: revisão bibliográfica sobre a ideia de loucura em nossa sociedade; levantamento de documentos oficiais e elaboração de um diário de campo. Neste foram anotados casos atendidos, situações e atividades institucionais vivenciadas pela pesquisadora, que também é psicóloga e trabalhadora na DPESP. “Retratos do cotidiano” elaborados a partir das anotações, permitiram aproximação ao fenômeno estudado e trouxeram elementos que foram analisados a partir de referenciais teóricos que problematizam a ideia de *loucura* e de áreas psi oriundos, principalmente, do campo da Saúde Mental e da Psicologia Social inscrita na crítica à vida cotidiana. Ao se debruçar sobre leis, normativas e práticas que foram sendo construídas e reconstruídas ao longo dos anos, pode-se perceber transformações, que nem sempre têm reflexo na vida das pessoas. Há diferentes interesses em jogo, diferentes modelos, uns aparentemente mais ou menos propulsores de saúde. Em certos momentos, o “velho” parece retornar como “novo”. O manicômio retorna em outras vestimentas, com outros discursos. Apesar de ter estruturas que parecem repetir o antigo, a Defensoria Pública apresenta novidades: espaços de diálogo, espaços de escuta, espaços de discussão, espaços de reflexão e construção. À Psicologia é possível ver outras expectativas que não categorizar pessoas, lugar tão comum nesta interface com a Justiça. É possível estar junto às pessoas e aos outros serviços que as acompanham. Assim, vê-se que, após a entrada de psicólogas/os na Defensoria Pública, outras possibilidades de atuação foram sendo pensadas e construídas, sobretudo na prática: nos atendimentos, nas relações, no trabalho multiprofissional, quando este teve espaço e horizontalidade para acontecer.

Palavras-chave: Saúde Mental. Defensoria Pública. Psicologia Social. Interdisciplinaridade.

Direitos Humanos.

CAVALCANTE, Paula Rosana. **Mental Health and (in)Justice System: looking for ways to care practices and guarantee rights from the Public Defender's Office.** 2020. 171 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

ABSTRACT

Emerging issues within the scope of the Public Defender's Office relate, among others, to actions that can focus on guaranteeing the rights of people in mental distress and / or who make problematic use of drugs and their families. In this sense, the objective of this work is to identify situations related to mental health that emerge in the field of Justice and reflect on the practices arising from them, taking as a starting point the stories that reach the Public Defender of the State of São Paulo (DPESP). Along these lines, some of the guiding questions were: are the actions developed as a result of public policies aligned with the ideals of the anti-asylum struggle, in the sense of promoting care practices and guaranteeing the rights of people in mental suffering? Which professionals and services are involved in the development of these actions? In order to achieve the proposed objectives, the following were carried out: bibliographic review on the idea of madness in our society; survey of official documents and preparation of a field diary. In this case, cases attended to, situations and institutional activities experienced by the researcher, who is also a psychologist and worker at DPESP, were noted. "Portraits of the quotidian" elaborated from the notes, allowed approximation to the studied phenomenon and brought elements that were analyzed from theoretical references that problematize the idea of madness and psi areas originating, mainly, from the field of Mental Health and Social Psychology inscribed in the critique of everyday life. When looking at laws, regulations and practices that have been built and rebuilt over the years, one can perceive transformations, which are not always reflected in people's lives. There are different interests at play, different models, some apparently more or less health-promoting. At certain times, the "old" seems to return as "new". The asylum returns in other clothes, with other speeches. Despite having structures that seem to repeat the old, the Public Defender presents novelties: spaces for dialogue, spaces for listening, spaces for discussion, spaces for reflection and construction. In Psychology it is possible to see other expectations than to categorize people, a place so common in this interface with Justice. It is possible to be with the people and other services that accompany them. Thus, it appears that, after the entry of psychologists in the Public Defender's Office, other possibilities of action were being thought and built, especially in practice: in care, in relationships, in multidisciplinary work, when it had space and horizontality to happen.

Keywords: Mental Health. Public Defender's Office. Social Psychology. Interdisciplinarity.

Human Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM	Centro de Atendimento Multidisciplinar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DPESP	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MP	Ministério Público
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
RI	Residência Inclusiva
RT	Residência Terapêutica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A PESQUISA	16
3. LOUCURA, SOCIEDADE E SISTEMA DE (IN)JUSTIÇA	22
3.1 Loucura e Sistema de (in)Justiça	32
3.2 Defensoria Pública e Interdisciplinaridade	39
4. PSICOLOGIA E JUSTIÇA: DA PERÍCIA À GARANTIA DE DIREITOS.....	46
5. CENAS DO COTIDIANO.....	61
5.1 Como (en)caminhar com (a) dona Platina?	62
5.1.1 Sobre <i>vínculos</i>	68
5.2 Hora de sair do hospício? Como saber quando <i>o louco</i> está bem para a cidade (ou para a sociedade) ou quando a cidade/sociedade está bem o suficiente para <i>o louco</i> ?.....	73
5.2.1 Transferências, mediações e pontes.....	77
5.2.2 Ano 2020: ainda Manicômios?.....	82
5.3 Fugiu do CAPS e foi à Defensoria.....	91
5.3.1 Mulher, negra e pobre: o retrato das pessoas atendidas na Defensoria Pública	99
5.4 Morreu na porta do CAPS atrapalhando o trânsito.....	103
5.4.1 Integralidade x Fragmentações no SUS.....	106
5.4.2 Discussão de casos: espaço de qualificação técnica e cuidado com as/os trabalhadoras/es.....	107
5.5 Manicômios judiciais e a prisão perpétua do Brasil. A culpa é de quem?	110
5.5.1 Presos pelo (no) diagnóstico: os Hospitais de Custódia Tratamento Psiquiátrico (HCTPs)	114
5.6 Todo dia ele faz tudo sempre igual	119
5.6.1 <i>Momento Aberto</i> e outras políticas de portas abertas à <i>loucura</i>	131
5.7 Guerra às drogas: quem é o inimigo?	136
5.7.1 Comunidades Terapêuticas: os novos manicômios?.....	145
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: “SAÚDE MENTAL” PARA (RE)PENSAR O TRABALHO E O ATENDIMENTO NA DEFENSORIA PÚBLICA	156
REFERÊNCIAS	160

1. INTRODUÇÃO

Dona Maria acorda cedo. Logo pega o transporte público (lotado, afinal é hora do “rush”) para buscar atendimento na Defensoria Pública. Diz que precisa urgentemente “falar com um advogado” (sic). Tem sido perseguida pelo apresentador de um popular jornal televisivo diário. William Bonner conta, com detalhes, intimidades da vida de Dona Maria, lhe faz ameaças e apresenta matérias que têm em seu conteúdo provocações, claramente com o objetivo de coagi-la. Ela não sabe por que ele faz isso. Talvez seja porque ela é, na verdade, filha de Silvio Santos. Procura “o advogado” para processar todos! E também para parar com este mal-estar que sente. Já procurou a Delegacia do seu bairro tantas vezes, que conseguiu que registrassem um Boletim de Ocorrência, o qual ela apresenta agora em todos os serviços que busca. Mas não fizeram nada... Então ela procura a Defensoria, porque quer justiça! E, se novamente não for atendida, vai ficar muito nervosa...

No mesmo dia, em outro bairro, o Sr. Pedro também procura a Defensoria. O filho faz uso de drogas há muitos anos: álcool, maconha, cocaína e, nos últimos meses, crack. Ouviu falar que poderia “pedir para o juiz interná-lo” (sic), mesmo que o filho não queira. Conta que o filho já foi internado em algumas clínicas... 8 vezes. Mas, desta vez, a pedido do juiz, acredita que o filho possa se curar. Não sabe mais o que fazer. Já gastou muito dinheiro (que não tinha) e se endividou para pagar as outras internações.

A sra. Silvana também busca a internação da irmã, Suzy. Diz que a irmã “é louca”(sic) e que sempre precisou dos cuidados e da atenção dos pais para sobreviver. Mas já faz uns anos os pais faleceram e coube a Silvana cuidar da irmã. Mas ela diz que não pode. Tem que trabalhar. Já procurou um tal de CAPS, mas lá a irmã vai apenas uma vez por semana e participa de uma oficina durante algumas horas. *E o resto do tempo?*, pergunta a usuária. Diz que não dá. Precisa interná-la. E tem que ser para sempre. Em um episódio de *surto*, a irmã até chegou a ficar alguns dias em um hospital municipal. Mas não adianta. Desta vez, tem que ficar mais tempo, talvez “para sempre”, diz Silvana.

No dia seguinte, em outra cidade do estado, o psicólogo da Defensoria atende o Sr. João, 75 anos. Preso há mais de 30 anos (o que seria o tempo máximo de pena, para a justiça brasileira). Já cumpriu sua sentença há 10 anos. Mas não consegue a liberdade. Ele tem um diagnóstico de transtorno mental, que é, conforme o laudo psiquiátrico, relacionado aos crimes que cometeu. A juíza do caso – assim como todas as outras, ao longo destes anos – diz

que só vai conceder a liberdade a ele quando tiver um laudo de cessação de periculosidade. Enquanto isso, ele espera. Fica no manicômio judiciário, que agora é chamado de *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* (HCTP). Mas não tem tratamento. O psicólogo da Defensoria tentou buscar tratamento na Rede de Saúde Mental local, mas ninguém quer atendê-lo. O psicólogo atende o Sr. João, idoso que gostaria de participar de um Centro de Convivência. As outras pessoas parecem não querer atender; têm medo. Não do Sr. João. Elas têm medo do *louco assassino*. Não querem atender um serial killer, famoso na região. Enquanto isso ele espera... pela liberdade que não vem.

Já Stela nunca teve um diagnóstico psiquiátrico fechado. Mas suas atitudes expansivas e a frequência com que vai registrar críticas e queixas na Ouvidoria da Defensoria Pública (assim como na Ouvidoria da Secretaria de Saúde, da Polícia, da Empresa administradora do condomínio...) fecharam-lhe várias portas. É muito difícil atendê-la, muito desgastante estar com ela, muito difícil acompanhar seu ritmo, suas críticas, seus relatos, seus conflitos, seus sofrimentos. Tem consciência de seus direitos e é militante em várias causas sociais e ambientais. Mas é também a “briguenta” por onde passa. Luta por tudo o que considera justo. Briga com tudo e com todas/os. Troca de defensor/a, troca de advogada/o conveniada/o¹, troca de oficial que a atende, troca até de psicóloga/o. Tem várias ações judiciais em andamento, ora como autora, ora como ré. Haja energia! E volta à Defensoria, começa tudo de novo: novas queixas, novas demandas, novos problemas, outros processos. Sua vida? Cada vez pior, com mais sofrimento e menos suporte (financeiro, dos serviços e da família/amigas/os). O que fazer? Abrimos mais um processo?

Choro de um recém-nascido. Maternidade pública. Atendimento em massa. Seria só mais um. Os procedimentos são feitos quase que mecanicamente, automaticamente. Em uma breve avaliação do estado de saúde da mãe, ela refere já ter feito uso de crack quando estava em situação de rua. Os olhos se arregalam. Ela é negra, pobre e não estava acompanhada pelo pai do bebê. Dois dias depois, ela está ótima. Recuperou-se bem do parto. O bebê também. Alta médica para ela, abrigo para ele. Não o abrigo dos braços da mãe, mas sim o do serviço de acolhimento institucional. Precisam ter certeza que ela irá cuidar devidamente da criança. Com ela, pouco conversaram, muito menos tentaram contato com a família extensa. Acionaram a Vara da Infância e Juventude e um processo foi aberto. Choro de uma mãe, que

¹ A partir do atendimento na Defensoria Pública, a depender da quantidade de casos, do tipo de demanda ou do local de atendimento, algumas/uns usuárias/os são encaminhadas/os para serem atendidas/os por advogadas/os conveniadas/os com a instituição, as/os quais prestam os serviços à população e são pagas/os pela Defensoria Pública.

mal pode se despedir do seu filho. Tem um longo caminho pela frente se quiser voltar a ver seu bebê, caminho este que já foi chamado por pesquisadoras de *labirinto* em busca de um *fio de Ariadne* (RIOS, 2017).

O que estas histórias têm em comum? Casos de saúde mental que se cruzam com a justiça ou com as instituições e tramas jurídicas/ judiciais. Fazem parte do cotidiano das várias Unidades de atendimento da Defensoria Pública, bem como de outros tantos serviços públicos. Quem cuida desses casos? De quem é a responsabilidade? Qual o papel da *Justiça*? Mas o que é justo? O que fazer? Será possível dar conta de questões tão complexas, que envolvem preconceitos, estigmas, precariedade de serviços e políticas públicas, bem como outras questões estruturais e culturais? É possível construir práticas que tragam alguma transformação para estas histórias e que possam melhorar a vida destas pessoas? Questões como estas foram mobilizadoras para a realização deste trabalho.

Meu encontro com esse tema se deu em 2001, quando eu cursava o 2º ano do curso de Psicologia, na Universidade de São Paulo. Lembro-me que, certo dia, as/os professoras/es² estavam muito felizes. Festejavam a aprovação de uma tal Lei que “*fecharia os manicômios*” (sic). Tratava-se, fui saber depois, da homologação da Lei Federal 10.216/2001, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

Eu não fazia ideia da dimensão do que significava aquilo, tampouco da importância do momento histórico que estávamos vivendo. Mal tinha começado a estudar sobre os manicômios e os (des)tratamentos que ocorriam naquelas instituições. Mas, claro, tudo que já tinha ouvido falar a respeito, junto à euforia das/os professoras/es, me levaram a concluir que algo muito importante havia ocorrido para evitar algumas das várias violências – de vários

² Do mesmo modo que no trabalho publicado anteriormente (CAVALCANTE, 2015), na presente pesquisa a opção foi utilizar a flexão de gênero. Talvez possa causar estranheza à leitora ou ao leitor o flexionamento, ao longo de todo o trabalho, entre os gêneros feminino e masculino das palavras, seja através da aparente repetição, como em “psicólogas e psicólogos”, seja pelo uso da barra “/”, como utilizado em “psicólogas/os”. Este uso mostra-se relevante, apesar de se mostrar ainda limitado e binário, além do risco de tornar a sua leitura mais cansativa. Tal tipo de escrita traz um posicionamento político quanto à questão de gênero, marcada pelo histórico de dominação e desigualdade em nossa sociedade, sempre machista e patriarcal, dominação esta que, na escrita, se manifesta pelo comum uso de palavras apenas no masculino. Aqui será diferente.

tipos – que culturalmente eram destinadas às pessoas diagnosticadas com transtorno mental³, bem como qualificar os tipos de cuidado e de tratamentos oferecidos a estas pessoas. O que eu não imaginava era o quanto, anos depois, esta cultura manicomial ainda estaria presente em minha vida profissional e o quanto teria ainda que lutar cotidianamente contra ela, mesmo passados mais de 18 anos após estes fatos. Mas assim seria...

Alguns anos depois, em 2010, já formada psicóloga, passei a trabalhar na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, instituição que, conforme veremos neste trabalho, presta assistência jurídica integral a pessoas, grupos e/ou famílias que estão em situação de vulnerabilidade social e que não têm condição socioeconômica para contratar uma/um advogada/o, as quais buscam no sistema de justiça – e no Poder Judiciário – possíveis “soluções para seus problemas”, com expectativas geralmente vinculadas a uma cultura, muito presente em nossa sociedade, a partir da qual deposita-se em processos judiciais a esperança de resolução de demandas, das pessoas e da sociedade.

E é nesta instituição, Defensoria Pública, que tem portas abertas às pessoas que a procuram, que tenho observado há quase 10 anos, cotidianamente, pessoas – geralmente familiares de pessoas em situação de sofrimento mental e/ou que fazem uso problemático de drogas – procurando o sistema de justiça com o recorrente pedido de “internação”. Não a internação pontual, excepcional, como parte de um tratamento, como ocorre em outros casos de saúde e nos termos que ficou prevista inclusive na referida Lei 10.216/2001⁴. A ideia por trás dos pedidos de internação refere-se a medidas de segregação/afastamento da pessoa da convivência familiar e comunitária, em instituições totalitárias e de características manicomiais, com as consequentes medidas de controle, contenção, medicalização intensa e duração indeterminada.

Além disso, vê-se que o tema da saúde mental aparece no campo da Justiça também em outras situações: pessoas em sofrimento mental que buscam diretamente as instituições

³ Desde já, mostra-se fundamental destacar que se optou por utilizar os termos “transtorno mental” ou “pessoas com transtorno mental” neste trabalho, porém, sempre entendendo que se tratam de diagnósticos médicos ou de como estas pessoas ou situações foram historicamente denominadas em nossa sociedade. Ou seja, estas nomenclaturas serão utilizadas para circunscrever o fenômeno social, mas não sem fazer a crítica a estes *rótulos e o significado* destes. Como poderá ser visto nos capítulos à frente, trata-se de uma construção social que denominou certas características ou comportamentos como “desvio”, “doença” ou “anormalidade”; portanto algo indesejado, a ser corrigido ou controlado. O assunto será aprofundado ao longo deste trabalho.

⁴ A Lei 10.216/2001 prevê a possibilidade de internação para tratamento, em 3 modalidades (voluntária, involuntária ou compulsória, conforme art.6º), apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e sempre visando, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (Art.4º). O assunto será aprofundado mais à frente.

jurídicas, com os mais variados pedidos, e pessoas diagnosticadas com transtorno mental e/ou que fazem uso problemático de drogas e que estão respondendo a processos judiciais criminais, nos quais as infrações cometidas são entendidas como consequências destes quadros de saúde mental.

Neste contexto, podem ser observadas algumas estratégias e práticas que têm sido utilizadas para lidar com estas questões, umas aparentemente mais inovadoras/criativas/cuidadasas/complexas e outras nem tanto. E é este campo, das questões relacionadas à Saúde Mental na interface com a Justiça e com as instituições jurídicas, que foi objeto de estudo da presente pesquisa.

2. A PESQUISA

O objetivo deste trabalho é identificar situações ligadas à saúde mental que emergem no campo da Justiça e refletir acerca das práticas delas decorrentes, tendo como ponto de partida as histórias que chegam à Defensoria Pública do Estado de São Paulo⁵.

Isso se justifica, pois, nos últimos anos, essa Instituição tem desenvolvido práticas com potencial de inovação (BERNARDES, 2015; OLIVEIRA, 2015)⁶ em trabalhos que se dão na interface entre Saúde Mental e Direito. A reflexão que se faz aqui é também no sentido de pensar possibilidades de ações voltadas à garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso problemático de drogas e de suas famílias.

Conforme registrado ao longo deste trabalho, demandas relacionadas ao campo da Saúde Mental chegam à Defensoria Pública e as/os profissionais desta instituição têm construído práticas para tentar responder a tais solicitações. Até pelo fato de a instituição ser relativamente recente, as diretrizes de atuação nesta área são incipientes e sistematizações das práticas que vêm sendo realizadas ainda são escassas. Com isso algumas indagações estiveram presentes no decorrer desse estudo: as ações desenvolvidas como decorrência das políticas públicas estão alinhadas com os ideais da luta antimanicomial, no sentido de promover práticas de cuidado e garantidoras de direitos das pessoas em sofrimento mental? Quais serviços e profissionais estão envolvidas/os no desenvolvimento dessas ações?

Para alcançar os objetivos deste trabalho, foi feita uma revisão bibliográfica sobre a ideia de *loucura* em nossa sociedade, incluindo análises e práticas do ponto de vista da Psiquiatria, da Psicologia e das instituições ligadas ao Sistema de Justiça, concomitantemente ao levantamento de documentos (leis federais e estaduais, normativas e outros materiais relacionados a políticas públicas, sistema de justiça e Defensoria Pública, além de documentos regulatórios e diretrizes da Psicologia) e a elaboração de um *diário de campo*, no qual foram anotados casos atendidos, situações e atividades institucionais vivenciadas pela trabalhadora/psicóloga/pesquisadora, que se encontra imersa cotidianamente no seu campo de pesquisa.

A escolha deste recurso se deu fundamentada, principalmente, no entendimento de ser um modo de acolher às diversas formas de manifestação das questões de saúde mental e de

⁵ DPESP: sigla para Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que utilizaremos a partir de agora neste trabalho.

⁶ Conforme será exposto ao longo do trabalho.

como estas se apresentam nas instituições jurídicas como a Defensoria Pública. Deste modo, através de *narrativas* poderão ser ilustrados os atendimentos e demais procedimentos referentes a demandas de usuárias/os da Defensoria Pública, bem como reuniões de equipe, fluxos institucionais e interinstitucionais, conforme pode ser visto nos próximos capítulos.

A *pesquisa narrativa* é instrumento reconhecido e valorizado inclusive pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Em 2003, o Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde criou um serviço de informação pública denominado HEN – Health Evidence Network. Baseado em “evidências sintetizadas”, propõe “opções políticas” para o desenvolvimento de futuras recomendações na tomada de decisões em saúde. [...] Entre as sugestões, figuraram: uso de novos tipos de evidência, pesquisa qualitativa e narrativa, ampliação de disciplinas acadêmicas relacionadas a contextos culturais. (NUNES, 2018, p. 307)

Este relatório com recomendações da OMS destaca que abordagens altamente estruturadas minimizam a importância da leitura e da interação dialógica entre a literatura e o/a pesquisador/a, a continuidade interpretativa e o questionamento, a avaliação crítica e a criatividade, o desenvolvimento da argumentação e da escrita – atividades altamente intelectuais e criativas, que buscam originalidade ao invés de replicabilidade (NUNES, 2018, p. 308).

Para estes autores, uma narrativa seria um relato com um começo, uma sequência de eventos que se desenrolam e um final. A narrativa coloca personagens, eventos, ações e contexto juntos, para dar sentido a eles. Segundo esta análise, as histórias são subjetivas e intersubjetivas, incorporadas em práticas institucionais e sociais e convencem não pela sua verdade objetiva, mas por sua semelhança com a vida real e o impacto sobre o/a leitor/a ou ouvinte. O rigor na pesquisa narrativa estaria menos sobre os procedimentos técnicos (por ex., que dois observadores independentemente verifiquem os dados) do que produzir o que eles nomeiam de “interpretação convincente”, destacando que confiabilidade, plausibilidade e criticidade – reflexividade, questionamento e interpretações alternativas – são fundamentais (NUNES, 2018, p. 308).

O documento também aponta que, desde o final de 1990, “a falsa dicotomia entre a medicina baseada em evidências e a narrativa foi descartada” e que “pesquisas narrativas bem conduzidas e analisadas podem complementar estudos randomizados, estudos observacionais e dados coletados rotineiramente de vários tipos”. Recomendam como procedimentos para garantir critérios científicos à pesquisa: coletar várias histórias sobre o mesmo assunto,

relacionar a história a outras fontes, como dados biomédicos e estar atento/a aos deveres éticos de honestidade e confidencialidade.

Como aspectos positivos da abordagem narrativa, são citados:

[...] a construção de significados, não ser linear – retratar eventos que emergem da interação entre ações, relações e contextos; ser evocativa e memorável; ter caráter perspectivo – particulariza a visão de uma pessoa ou de um grupo cultural; capturar um conhecimento tácito; ser retórica; estar aninhada dentro de metanarrativas mais amplas; ter uma dimensão ética; ser aberta – diferentes começos e diferentes fins; ser subversiva, na expressão de Jerome Bruner – “Todas as histórias envolvem uma tensão entre o canônico e o inesperado”.

(NUNES, 2018, p. 309).

Considerando tal procedimento que será utilizado para identificar situações disparadoras para análises e reflexões da pesquisa, mostra-se fundamental situar o/a leitor/a em relação ao contexto em que as histórias narradas foram experienciadas e o lugar institucional ocupado por quem as registrou.

Trata-se de *diário de campo* de pesquisadora que é também profissional da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, psicóloga/Agente de Defensoria⁷ desde abril de 2010⁸, data da posse das/os primeiras/os psicólogas/os da instituição.

As situações relatadas no presente trabalho foram vividas/observadas em contextos diversos, principalmente em unidades de atendimento onde se acompanha a população de um determinado território e/ou setores que dão suporte técnico às/aos profissionais que atuam em diferentes cidades do estado. Desse modo, foi possível entrar em contato com uma vasta gama de situações e diversidades, tanto no atendimento direto à população quanto no suporte técnico, em reuniões institucionais e interinstitucionais, no acompanhamento de projetos e eventos, na construção de parcerias institucionais, no desenvolvimento e monitoramento de fluxos institucionais, sobretudo os que são voltados à constante melhoria do atendimento prestado pela instituição.

⁷ *Agente de Defensoria* é o nome do cargo de profissionais da instituição, com diferentes formações em curso superior (Arquitetura, Ciências Sociais, Psicologia, Serviço Social, Sociologia etc) e que passam em concurso público específico para, em conjunto com as/os Defensoras/es Públicas/os (formados em Direito) cumprirem as missões institucionais. Mais informações, vide CAVALCANTE, 2015.

⁸ Locais de atuação desde então: De 2010 a 2012 em Unidade de atendimento da Defensoria Pública do Estado de uma cidade na região metropolitana de São Paulo. Posteriormente, de 2012 ao início de 2014, em Unidade da Capital, local para onde retornou em 2018. As identificações exatas das Unidades/cidades foram omitidas por questões éticas da pesquisa. No período de 2014 até 2018, a atuação se deu na Administração Superior da instituição, na Assessoria Técnica Psicossocial (ATP) e no órgão hoje chamado de Grupo de Apoio Interdisciplinar (GAI) da Defensoria Pública-Geral. Mais informações disponíveis em <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=5416>

Estes “*retratos do cotidiano*” nos aproximarão do fenômeno estudado e trarão elementos para análise, os quais serão articulados e fundamentados com a bibliografia e com as normativas referentes ao tema, dentre outros materiais. Sobre a escolha metodológica de se debruçar sobre o *cotidiano*, importante refletir que:

Quaisquer que sejam os seus aspectos, o cotidiano tem esse traço essencial: não se deixa apanhar. Ele escapa. Ele pertence à insignificância, e o insignificante é sem verdade, sem segredo, mas é talvez também o lugar de toda significação possível. O cotidiano escapa. É nisso que ele é *estranho, o familiar que se descobre* (mas já se dissipa) sob a espécie de extraordinário. É o despercebido em primeiro lugar no sentido de que o olhar sempre o ultrapassou e não pode tampouco introduzi-lo num conjunto ou fazer-lhe a “revista”, isto é, fechá-lo numa visão panorâmica; pois, por um traço, o cotidiano é aquilo que não vemos nunca uma primeira vez, mas que só podemos rever, tendo sempre já o visto por uma ilusão que é precisamente constitutiva do cotidiano [...].

(BLANCHOT, 2007, p. 237, grifos nossos)

Pois bem, esta pesquisa é uma tentativa de se “fazer a revista” – nas palavras de Blanchot (2007) – de algumas cenas do *cotidiano*, apresentar as experiências de modo que se possa revisitá-las, destrinchá-las e vê-las em uma visão panorâmica, mais alargada do que costumamos reparar no dia a dia.

Scarcelli (2017), inspirada em Pichon-Rivière & Quiroga (2010) vai definir *cotidianidade* como manifestação imediata em um tempo, em um ritmo e em um espaço das relações que as pessoas estabelecem entre si e com a natureza em função de suas necessidades, das complexas relações sociais que regulam suas vidas em uma época histórica determinada (SCARCELLI, 2017, p.87-88). E continua dizendo: “a vida cotidiana é também um conjunto multitudinário de fatos, atos, objetos, relações e atividades que se apresentam em forma dramática, como mundo-em-movimento, como ação” (SCARCELLI, 2017, p.88)

O uso de diários de campo como método já foi apresentado em outros trabalhos (GUEDES, 2013) e tem se mostrado eficiente para colheita de informações.

Assim, a produção de conhecimento que tenha como origem os cotidianos institucionais e que retorne a eles trazendo outros prismas de análises e contribuindo para a discussão das práticas realizadas é passo fundamental nesse campo. Nessa trajetória há uma transformação em jogo, na medida em que este percurso possibilita re-situar questões e reflexões. No momento da pesquisa, responde-se a partir de um outro lugar, o que permite a reavaliação de cenas e histórias.

(GUEDES, 2013, p. 13, grifo nosso)

Cabe destacar que o processo de escrita dos *diários* foi realizado em diferentes momentos. Uma parte se trata de registros elaborados pela pesquisadora (registro pessoal), referentes a casos complexos que estavam sendo acompanhados e outros se tratam de descrições/anotações a partir de situações vividas no ambiente de trabalho, ocorridas concomitantemente com a pesquisa já em andamento. Alguns casos narrados tiveram seus registros preservados (1ª versão), mas outros foram complementados ao longo do desenvolvimento da pesquisa, com informações rememoradas pela pesquisadora. É o que Guedes (2013, p. 15) chama de *revisitação a posteriori*, das histórias ocorridas na instituição, emprestando o termo (*a posteriori*) utilizado por Freud (1925/2011) para designar que a significação de acontecimentos ocorre apenas em um momento posterior. Nesta linha, as histórias apresentadas configuram-se como construções e os relatos seriam como “*metáforas do acontecido*” (GUEDES, 2013, p. 15), em sintonia com o que diz Bosi (1994): “*Lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado*”(BOSI, 1994, p. 55).

A partir do relato de situações do *cotidiano* e tendo em vista o objetivo proposto, alguns aspectos foram considerados, tais como: as demandas relacionadas à saúde mental que chegam à Defensoria Pública do Estado de São Paulo, como se apresentam, como as/os profissionais têm trabalhado com estas questões, quais práticas têm desenvolvido, se estas práticas estão alinhadas com os princípios da luta antimanicomial e as diretrizes da atual política de saúde mental (reforma psiquiátrica). Além disso, pretendemos refletir sobre qual é o papel das/os profissionais de Psicologia neste contexto e como poderiam contribuir.

O eixo reflexivo de análise no qual está amparada esta pesquisa situa-se principalmente na Psicologia Social, que tem como uma de suas características o fato de estar inscrita numa crítica da vida cotidiana, por abordar o sujeito imerso em suas relações sociais, em suas condições concretas de existência (SCARCELLI, 2017, p.86).

Sob este prisma, busca-se utilizar a reflexão psicológica que propõe, conforme Scarcelli (2017), “uma compreensão científica do sujeito na especificidade de seus processos psíquicos e como totalidade integrada nas suas três dimensões (mente, corpo e mundo exterior)” (p.87) que deverá incluir “indagações que permitam o acesso à complexidade de relações determinantes da emergência e do desenvolvimento da subjetividade como fenômeno social e histórico”(SCARCELLI, 2017, p.87).

Cabe destacar que o presente trabalho será redigido em primeira pessoa, entendendo que este modo de escrita pode melhor retratar as experiências vividas – com seus sentimentos, impactos e elucubrações – bem como possibilita compartilhá-las de maneira mais dialogada com o/a leitor/a.

As informações relacionadas à Defensoria Pública do Estado de São Paulo utilizadas no presente trabalho são públicas, acessíveis a qualquer pessoa e se encontram no site da instituição. Devido a questões éticas, os nomes das pessoas atendidas foram substituídos, conforme será melhor detalhado no Capítulo 5.

3. LOUCURA, SOCIEDADE E SISTEMA DE (IN)JUSTIÇA

*Enquanto os homens exercem seus podres
poderes*

Morrer e matar de fome, de raiva e de sede

São tantas vezes gestos naturais.

Caetano Veloso

Para introduzir o tema da *loucura* e refletir acerca de algumas concepções e maneiras de lidar com a questão em nossa sociedade, o ponto de partida serão casos bem emblemáticos, inicialmente por meio da literatura. “As crônicas da vila de Itaguaí dizem que em tempos remotos vivera ali um certo médico, o Dr. Simão Bacamarte, filho da nobreza da terra e o maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas...” (ASSIS, 1990, p.9) – assim começa o conto “O Alienista”, de Machado de Assis, publicado pela primeira vez em 1881. Nesta história, o supostamente tão *qualificado doutor* retorna à cidade natal – Itaguaí – e direciona seus estudos ao que ele nomeia de “recanto psíquico” ou patologia cerebral. Para o médico, os políticos do local, dentre outros pecados, tinham o de “não fazer caso dos dementes”, os quais eram trancados em casa pela família ou mesmo andavam “soltos pela rua”. Bacamarte, desaprovando esta condução, propõe a criação de um local que acolheria tais pessoas – supostamente desarrazoadas – as quais seriam por ele analisadas e tratadas.

Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha desfraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a câmara lhe daria quando a família do enfermo o não pudesse fazer.

(ASSIS, 1990, p.10)

O médico então convence a *câmara* local a subsidiar os gastos com sua “Casa Verde”, inclusive com a criação de um novo imposto, destinado a custear o tratamento, alojamento e mantimento dos “doidos pobres”, nas palavras do autor.

Apesar de algumas pessoas estranharem a proposta, o discurso acadêmico do alienista, com base em uma ciência supostamente incontestável acaba conquistando apoio da população. Em pouco tempo, o local – que recebia pessoas de várias cidades e vilarejos ao redor – já estava cheio, chegando a ser ampliado posteriormente. Interessante notar que, junto com o discurso científico que classificava as pessoas e justificava o recolhimento destas, havia também certo tom assistencialista e religioso, aparentemente caridoso, que embasava e parecia legitimar as ações do médico: “Muitos dementes já estavam recolhidos; e os parentes tiveram ocasião de ver o carinho paternal e a caridade cristã com que eles iam ser tratados” (ASSIS, 1990, p.12).

Mas o médico parecia mais preocupado com seus estudos e em comprovar suas teorias do que com o cuidado e bem-estar das pessoas. Quanto mais cheio ficasse tal *asilo*, maior seu campo de estudo, o que possibilitou que ele logo amadurecesse seus pensamentos e construísse uma vasta classificação de seus *enfermos*.

Dividiu-os primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas.

[...]

Eram furiosos, eram mansos, eram monomaníacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses, a Casa Verde era uma povoação.

(ASSIS, 1990, p.15)

Foram tantas pessoas diagnosticadas e acolhidas que o padre da cidade confessou que não imaginara a existência de tantos “doidos” no mundo, e menos ainda alguns casos que surpreendiam toda a população, pois se tratavam de pessoas antes respeitadas e aparentemente “normais”. Fato que talvez explicasse o grande número de “alienados” localizados pelo médico fosse exatamente a sua obstinação – supostamente “em nome da ciência” – em identificá-los, ou seja, em achar traços patológicos nas pessoas que observava atentamente:

Homem de ciência, e só de ciência, nada o consternava fora da ciência; e se alguma coisa o preocupava naquela ocasião, se ele deixava correr pela multidão um **olhar inquieto e policial**, não era outra coisa mais do que a ideia de que algum demente podia achar-se ali misturado com a gente de juízo.

(ASSIS, 1990, p.17, destaque nosso)

E então, pouco a pouco, o médico foi internando uma a uma as pessoas da região, por motivos variados, tendo em comum traços que indicavam insanidade, conforme a avaliação do *doutor*. O clima de terror assombrava a cidade. Já não se sabia quem estava são, nem quem estava “doido”. Quem seria a próxima? Quem estaria livre? Chegou ao ponto de quatro quintos da população ficarem acolhidas naquele estabelecimento contra a sua vontade.

- “A Casa Verde é um cárcere privado”, disse um médico sem clínica (ASSIS, 1990, p. 26). Mas a esposa, o vigário e outros defendiam Bacamarte: “[...] o marido era um sábio, não recolheria ninguém à Casa Verde sem prova evidente de loucura”, disse (Idem). Interessante notar que o autor procura retratar esta relação das pessoas com a “Ciência”(nesta obra encarnada pelo médico Simão Bacamarte) ou com as “pessoas estudadas”, que geram desconfiança e receios, ao mesmo tempo em que despertam admiração, confiança e legitimidade, inclusive recebendo apoio e financiamento do governo.

Pode-se pensar que uma situação absurda como esta – narrada em tom cômico e irônico por Machado de Assis – só poderia mesmo acontecer na ficção. Mas, infelizmente, há indícios de que esta história tenha profundas relações com episódios ocorridos em nossa sociedade.

Saindo do universo fictício de Itaguaí, em direção à triste realidade de Barbacena, estado de Minas Gerais. Saindo da ficção, voltando ao século XX. Não se trata mais da “Casa Verde” de Simão Bacamarte. Agora falaremos de “Colônia”, hospital fundado em 1903, inicialmente voltado a pessoas com tuberculose, que depois se tornou hospital psiquiátrico. Assim como o estabelecimento de Itaguaí, foi-se ampliando exponencialmente ao longo dos anos. Em 1903 tinha capacidade para 200 leitos, mas contava com cerca de 5.000 pacientes em 1961 (PERON, 2013, p.261). E não era o único. A região mineira formada por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte agregava, na década de 80, 19 hospitais psiquiátricos, o equivalente a 80% dos leitos da saúde mental do Estado de Minas Gerais, chegando a receber o nome de “corredor da loucura”(PERON, 2013, p.261).

A jornalista Daniela Arbex, em seu livro “Holocausto Brasileiro” (2013), resgatou a história, os dados, as imagens e os relatos das pacientes e de profissionais do Hospital “Colônia”, a partir dos quais se pode ter uma ideia de como era este tipo de instituição. Segundo informações e relatos colhidos, quando chegavam ao *hospício*, as/os pacientes tinham suas cabeças raspadas, suas roupas arrancadas e seus nomes descartados. Uma despersonalização (GOFFMAN, 2015). Lá, eram apenas mais um corpo. Alguns pavilhões

não tinham camas, mas capim, que era colocado para secar ao sol durante o dia e sobre o qual muitos internos nus morreram durante as noites frias. “Em um dos pátios, havia esgoto a céu aberto, onde internos bebiam água” (PERON, 2013, p.263). Esta autora também destaca, com espanto, que, em 1959, o modelo do chamado “leito chão foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais” (idem).

Assim como Simão Bacamarte logo traçava o perfil das pessoas que observava, bem como levantava aspectos que embasassem a determinação da internação, no Hospital Colônia os dados apontam para a existência de uma banalização da ocorrência de internações: “a cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada” (ARBEX, 2013, p. 31).

Mas, afinal, quem era internada/o nesta instituição? Segundo Arbex (2013), não havia critério médico claro. A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental (ARBEX, 2013, p.25) e, assim, sintomas como tristeza já seriam o suficiente para justificar as internações de pessoas que seriam afastadas da convivência, de preferência em locais bem isolados do restante da sociedade.

Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de **desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documento** e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados **insanos**. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. **Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar.**

(ARBEX, 2013, p.25-26, destaques nossos)

Até aqui já se pode notar alguns aspectos que se repetem nos exemplos de Itaguaí, Colônia, dentre outros: o fato de algumas pessoas terem características ou atitudes, digamos assim, supostamente *desajustadas* ou *anormais*, identificadas após análise de um/a médico/a, profissionais que têm reconhecimento, poder e legitimidade suficientes, em nossa sociedade, para justificar que medidas de controle e contenção fossem impostas às pessoas consideradas *indesejadas*. Tal sistema impõe que, nestes casos, estas pessoas deveriam ficar afastadas da convivência das outras pessoas, estas últimas aparentemente sãs ou *ajustadas*, em instituições situadas, preferencialmente, em locais bem distantes.

Tentando resgatar a origem destas práticas em nossa sociedade, a fim de refletir sobre elas, destaca-se a *História da Loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault (1972). Nesta

obra, o autor historiciza as condições que culminaram na constituição deste suposto *saber* sobre a loucura e sua submissão à razão, à racionalidade e à imposição de (des)tratamentos legitimados pela sociedade. Durante quase todo o decorrer da História, não se via grandes intervenções à questão do chamado “insano”. Durante este período, o maior enfoque de exclusão seria dado, segundo Foucault, sobre a figura do *leproso* (FOUCAULT, 2013, p. 3). A percepção social da loucura na Idade Média encontra-se com uma ideia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral (AMARANTE, 1995, p. 23).

Nesta época, foram construídas verdadeiras fortalezas, ilhas de contenção, para isolar o risco da contaminação. Assim, os *leprosários* segregavam as pessoas acometidas pela doença em locais bem afastados, constituindo práticas menos preocupadas em tratar/cuidar das pessoas ali reunidas, mas sim com o objetivo do isolamento em si. O autor resgata, por exemplo, discursos religiosos que relacionavam tal segregação a momentos de suposta purificação destas “almas”: “O abandono é, para ele, a salvação; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão” (FOUCAULT, 2013, p. 6) – ressalta o autor, referindo-se a cerimônias realizadas pelo Arcebispo de Viena em meados de 1478. Isso perdurou na Europa nos séculos XII e XIII, mas já no século XIV o esvaziamento nos *leprosários* começa a ser verificado. Foucault destaca que este “estranho desaparecimento” não teria sido resultado do que o autor nomeia de “obscuras práticas médicas” da época, mas sim “o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção” (FOUCAULT, 2013, p. 5-6). Com isso, “A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa” (FOUCAULT, 2013, p.6).

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, **os jogos da exclusão serão retomados**, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. **Pobres, vagabundos presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera desta exclusão**, para eles e para aqueles que os excluem. **Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão** – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual⁹.

(FOUCAULT, 2013, p.6, destaques nossos)

⁹ Retomaremos estas reflexões de Foucault - que se mostram quase que proféticas – quando analisarmos certas características das chamadas “Comunidades Terapêuticas”, instituições “modernas”, criadas relativamente há pouco tempo em nossa sociedade, mas com traços de cunho moral e religioso muito próximos a estes descritos pelo autor.

A partir do século XV, no qual se passou a tanto valorizar e almejar a razão e racionalidade, define-se uma “nova encarnação do mal” a ser combatida e a Medicina – mais especificamente a Psiquiatria – passa a se ocupar da *loucura*. Segundo Machado (1982), toda a argumentação do livro (*História da Loucura na Idade Clássica*) se organiza para dar conta da situação da loucura na modernidade. E na modernidade, loucura diz respeito fundamentalmente à Psiquiatria (MACHADO, 1982, p. 57).

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental.

(AMARANTE, 1995, p. 23, destaques nossos)

Assim, no século XVII foram criadas vastas casas de internamento e foi dentre seus muros que a Psiquiatria do século XIX (por exemplo, na figura de Pinel) encontrou os *loucos*. “A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a esta terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (FOUCAULT, 2013, p. 48).

Vejamos uma das descrições destas instituições de internamento, bem como das condições a que eram expostas as pessoas que ali permaneciam, conforme apresentadas na obra de Foucault (2013):

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais.

(FOUCAULT, 2013, p. 49)

Além das péssimas condições descritas, que retomam o que já foi citado da obra de ARBEX (2013), este trecho também destaca os investimentos financeiros e públicos nestes locais, apesar de tão questionáveis. Estes financiamentos dos governos em instituições deste tipo, bem como o interesse das empresas que são contratadas pelos governos para sua construção/manutenção – ou seja, os interesses financeiros a quem interessa essa *indústria da loucura* – também se repetem na história.

Machado de Assis pré anunciou questões dessa ordem, pois até Simão Bacamarte pediu apoio à Câmara e seu “negócio” gerava lucro a outros comerciantes locais (ASSIS, 1990). No caso do Hospital Colônia, além dos volumosos recursos públicos que eram destinados aos Hospitais Psiquiátricos e à indústria farmacêutica, até os corpos das/os pacientes viravam lucro: vários corpos foram vendidos pelo Hospital Colônia para dezessete faculdades de Medicina entre 1969 e 1980: “a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpos” (ARBEX, 2013, p. 76), sendo que “nenhum dos familiares dessas vítimas autorizou a comercialização dos corpos” (ARBEX, 2013, p. 77). E mais: “O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia.” (ARBEX, 2013, p. 77) e, “quando os corpos começaram a não ter mais interesse para as faculdades de Medicina, que ficaram abarrotadas de cadáveres, eles foram decompostos em ácido, na frente dos pacientes, dentro de tonéis que ficavam no pátio do Colônia. O objetivo era que as ossadas pudessem, então, ser comercializadas.” (ARBEX, 2013, p. 78). Sessenta mil (60.000) pessoas morreram ali internadas.

Outro ponto a se destacar é que, pautando-se em determinados modelos clínicos, a Psiquiatria foi se firmando enquanto processo de conhecimento científico, em sua pretensão de neutralidade e de descoberta da essência dos chamados *distúrbios*. A análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como “a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais” (AMARANTE, 1995, p.26). Nessa linha, podemos pensar: quais valores e poderes estão postos neste caso? A que/quem servem e interessam?

Scarcelli (2017), retomando a obra de Pichon-Rivière (1982) – médico psiquiatra e psicanalista que desenvolveu sua teoria após anos de experiência em Hospitais Psiquiátricos – diz que o autor é enfático sobre a existência do aparato de dominação em nossa sociedade, destinado, em última instância, a perpetuar as relações de produção, que são de exploração. “A concepção de saúde e doença daí emergente legitima uma forma de relação do sujeito

consigo mesmo e com o mundo que é acrítica, ilusória e alienante (SCARCELLI, 2017, p.70). A autora também é reforça que “este aparato de dominação inclui psiquiatras, psicólogos e outros trabalhadores de saúde [...]” (Id., p.70).

No caso do conto de Machado de Assis com o qual começamos este Capítulo, esta questão da junção dos vários órgãos/poderes, interesses em jogo e as ações que parecem estar voltadas à manutenção das estruturas e controle das pessoas, é retratada no momento em que um novo governante local – que, após as arbitrárias intenações de Simão Bacamarte, toma o poder, prometendo resgatar “a paz” para a população – mas logo também se alia ao psiquiatra:

- [...] **mas pode entrar no ânimo do governo eliminar a loucura? Não.** E se o governo não a pode eliminar, está ao menos apto para discriminá-la, reconhecê-la? Também não; é matéria de ciência. Logo, em assunto tão melindroso, o governo não pode, não quer dispensar o concurso de Vossa Senhoria. O que lhe pede é que de certa maneira demos alguma satisfação ao povo. **Unano-mos, e o povo saberá obedecer.**
 [...]

 [...] Só vos recomendo ordem. **E ordem, meus amigos, é a base do governo.**

(ASSIS, 1990, p. 40-41)

Ou seja, justificar – cientificamente – para poder se impor; controlar para governar, governar para manter as relações de poder e de exploração.

Movimentos contra este tipo de modelo, hospitalocêntrico – com todos os princípios que o embasavam e mantinham suas práticas, os estigmas, incluindo o próprio modo de se ver/entender a *loucura* – foram aparecendo em vários países. Um modelo emblemático que inspirou o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve à frente o médico italiano Franco Basaglia, no Hospital de Trieste (AMARANTE, 1994).

A reforma psiquiátrica brasileira tem início na segunda metade da década de 1970, junto com o processo de redemocratização, e traz principalmente o “reclame da cidadania do louco” (TENÓRIO, 2002, p. 27). Importante destacar que se trata de “um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (TENÓRIO, 2002, p. 28). A reforma psiquiátrica, e sua abertura para um cruzamento de saberes e práticas, colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico nos tratamentos no campo da saúde mental (RINALDI, 2006, p. 142).

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que direcionou a luta antimanicomial, criticando o Sistema Nacional de Saúde. A I Conferência

Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), produziram um chamamento à sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura (TENÓRIO, 2002, p. 35) e a proposta de “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial” (TENÓRIO, 2002, p. 35).

O II Encontro enfatiza a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franco Basaglia). “Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objetivo, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomial. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

(AMARANTE e NUNES, 2018, p.2069, grifos nossos)

AMARANTE (1995) aponta que o conceito de *Reforma Psiquiátrica* se apresenta como sendo política e conceitualmente problemático. Diz que a própria expressão indica “um paradoxo – pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base” (AMARANTE, 1995, p. 87). Explica, porém, que o termo prevaleceu e ainda permanece, em parte “pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político (idem).

Vê-se que a *Luta Antimanicomial* representa muito mais do que o fechamento dos Manicômios ou a mudança no tipo de tratamento do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário. O *Movimento da Luta Antimanicomial* – que surgiu em 1987, como ampliação do *Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental* – veio com três grandes objetivos: “construção de uma rede substitutiva aos manicômios, modificação da legislação psiquiátrica e desconstrução da cultura manicomial” (SCARCELLI, 2011, p. 20). O pensamento antimanicomial pede a mudança na postura social e cultural em relação à noção de *loucura* ou do que é considerado *anormal* ou *desviante* em nossa sociedade, clama por transformações nas relações da sociedade para com a *loucura*. Este conceito (*antimanicomial, luta antimanicomial*), mais amplo, portanto, parece mais adequado com o que se pretende refletir ao longo deste trabalho.

A partir destes movimentos, ocorreu uma revisão no campo legislativo, que culminou com a Lei Federal nº10.216, aprovada em 2001, conhecida como *Lei da Reforma Psiquiátrica*, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Em linhas gerais, estabelece “diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica”, além de direcionar o tratamento para “a reinserção social do paciente em seu meio” (TENÓRIO, 2002, p. 53). A política de Saúde Mental brasileira – e, conseqüentemente, as portarias e demais normativas que visam efetivar o que está nela previsto – passa, assim, a prever mais investimentos nos chamados equipamentos substitutivos – em relação aos manicômios – tais como os CAPS, as Residências Terapêuticas e os CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativa). As internações não foram proibidas, tampouco os manicômios extintos. Mas a lei circunscreve os casos em que a internação será indicada (“só quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”), com caráter temporário e excepcional. Também foi previsto que os Hospitais Psiquiátricos fossem gradativamente desativados e, quando necessária, a internação se daria em Hospital Geral, dentre outros aspectos que serão discutidos ao longo deste trabalho.

E o que a *Justiça* – ou as instituições que a representam - tem a ver com isso? Além da constatação, já ressaltada por Arbex (2013), de que “nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a omissão da sociedade” (ARBEX, 2013, p.15), entende-se que os órgãos do Sistemas de Justiça – legitimados, empoderados e investidos (em vários aspectos: financeiros, legais, sociais) em nossa sociedade – responsáveis por supostamente garantir direitos e zelar pela não-violação destes, têm papel fundamental nessa história, tanto em relação ao passado, quanto ao presente e, também, ao futuro.

3.1 Loucura e Sistema de (in)Justiça

Neste item, serão apresentados alguns encontros entre o campo da saúde mental e o sistema de justiça, ou seja, buscaremos levantar em que situações e contextos estes campos se cruzaram e se cruzam, bem como analisar como se dá esta relação. Em quais contextos os casos relacionados ao sofrimento mental viram casos da “justiça”? Qual o sentido deste encontro? O que se espera? Quais os frutos geralmente apresentados?

Diante das graves violações de direito das pessoas diagnosticadas – ou não necessariamente, como vimos – com transtornos mentais, onde estavam/estão os órgãos de *justiça*, que deveriam zelar pelos direitos humanos das pessoas em nossa sociedade? Como estão atuando? Como estão se manifestando? Levantando algumas informações, vemos que nem sempre estes órgãos estão evitando violações, ora se mostrando omissos, ora legitimando intervenções e práticas violentas, sobretudo para alguns grupos.

Vê-se que, historicamente, as instituições jurídicas ou as relacionadas ao chamado Sistema de Justiça e/ou de Garantia de Direitos, ao lidarem com *os loucos*, na maioria das vezes construíram práticas de segregação e de patologização, as quais se mostraram estigmatizantes, violentas e violadoras de direitos, conforme podemos ver na bibliografia (CHAVES, 2010; DOTTO et al., 2011, dentre outras).

Assim como a Psiquiatria tradicional delegou à *loucura* um status de doença, bem como construiu medidas de controle de seus sintomas e dos corpos que apresentavam determinados comportamentos, os órgãos do sistema de justiça parecem ter se aliado a este poder e a essa lógica manicomial, a legitimando, justificando e fortalecendo. Segundo Albuquerque (1978):

Em suma, **as cumplicidades da instituição psiquiátrica – e da medicina em geral – com o sistema judiciário não são poucas.** Para Foucault, mesmo a ação progressista e humanitária da psiquiatria nascente, subtraindo os “doentes mentais” ao braço vingador da justiça – personificada no gesto de Pinel, libertando os loucos dos grilhões do asilo, e institucionalizada tanto na categoria psiquiátrica das psicopatias como nos muros do manicômio judiciário – embora livrando os doentes mentais da repressão judiciária, só poderia fazê-lo **retirando de uma prisão para encerrá-los em outra.** Nem podia reivindicar uma fatia do vasto bolo da justiça, nem assumir, pelo menos em parte, seu caráter repressivo, nem, muito menos, apropriar-se de súditos do aparelho judiciário, sem revestir-se do manto inconsútil do poder legal.

(ALBUQUERQUE, 1978, p. 27)

Para esta análise, levantaremos referências bibliográficas relacionadas principalmente a três questões: os manicômios judiciários ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, as ações de interdição judicial/curatela e os pedidos judiciais de internação involuntária/compulsória.

Um dos encontros entre os campos da saúde mental e o da justiça se dá nos casos da esfera criminal em que a pessoa acusada é diagnosticada com algum transtorno mental. Via de regra, a pessoa pode ter uma medida de privação de liberdade e ser internada em uma Unidade específica, onde deveria receber um tratamento diferenciado e adequado. Porém, o que tem se visto até hoje são modelos de características manicomial, conforme vemos abaixo:

A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica às pessoas em sofrimento mental autoras de delito tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos previstos pela Constituição brasileira de 1988. Ainda hoje são constantes a falta de tratamento adequado; o excessivo uso de medicamentos; condições sanitárias precárias; maus-tratos; insalubridade; falta de acesso à justiça; reduzido número de profissionais e despreparo dos existentes; ausência de mecanismos que preservem os vínculos com os familiares. Tais violações demonstram o comprometimento dessa instituição com um modelo ultrapassado, que toma o sujeito como objeto da sua ação e não garante os seus direitos.

(CORREIA, 2017, p.80, grifos nossos).

A política de internamento e desagregação vigente no pensamento médico do século XIX permanece nos dias atuais, no que se refere ao tratamento oferecido a essas pessoas, que são encaminhadas, na sua grande maioria, ao manicômio judiciário e “continuam a ser um microcosmo social diferente e separado do resto dos membros da sociedade”. No Brasil, essa instituição é denominada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e se configura como uma instituição total (GOFFMAN, 2015). Historicamente à margem do sistema de saúde, essas pessoas são *tratadas* na esfera da justiça criminal durante anos e, geralmente, sem qualquer inserção prévia no serviço de referência do seu território (CORREIA, 2017, p. 80).

A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela Medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional (AMARANTE, 1995). Este autor destaca

que, neste encontro entre os campos da Medicina e do Direito, ocorreria uma espécie de junção entre a ideia de punição e tratamento, do papel daquele que pune e daquele que trata, tendo como resultado segregação e violência, já que o cruzamento entre Medicina e justiça caracteriza o processo de instituição da doença mental. Ele cita mecanismo descrito por Denise Dias Barros fundamentado em Michel Foucault: “A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografia de territórios de segregação, morte e ausência de verdade” (AMARANTE, 1995, p.24-25).

Outro tema no qual há o cruzamento do campo da Saúde Mental e da Justiça: as interdições judiciais. De modo bem sintético, cabe esclarecer que a interdição é um mecanismo jurídico a partir do qual se reconhece a incapacidade da pessoa de praticar determinados atos da vida civil. Pretende-se como uma medida protetiva, a fim de evitar dano ao patrimônio (CAVALCANTE, 2018, p.24). Em linhas gerais, a suposta incapacidade de gerir atos negociais deve ser comprovada através de um dispositivo médico-jurídico (exame pericial) e pela arguição pessoal realizada por uma/um magistrada/o, que poderá nomear um/a curador/a cuja função seria representar a pessoa interditada e cuidar de seus interesses.

É comum ver pessoas com diagnóstico de *transtorno mental* passarem por ações judiciais de interdição. Ocorre que, apesar de prevista como mecanismo de proteção (dos bens e patrimônios), o que se vê, historicamente, é que as consequências de uma interdição muitas vezes são drasticamente prejudiciais para quem é interditada, conforme verificou Zarias (2003) em sua pesquisa.

O processo não só implica na modificação de seus direitos e deveres, mas também na atribuição de um papel de doente [...] Assim, a sentença que decreta a interdição resultará numa mudança das atividades que o interditando exercia antes do processo, pois, aqui, como a motivação do pedido de interdição não está adstrita ao INSS e à justiça, a família parece desejar o lugar de controle de um de seus membros [...]

(ZARIAS, 2003, p.92)

Zarias (2003) dá atenção especial aos casos de internação justificadas por supostas “doenças mentais”. Para este autor, diferente do que ocorre nos outros casos, a relação “doença-capacidade civil” tem sua comprovação muito mais em critérios “de avaliação do comportamento social do interditando do que numa observação objetivada através de métodos laboratoriais de uma disfunção biológica de seu organismo” (ZARIAS, 2003, p.94). Assim, são verificadas avaliações com indícios de preconceito e estigmas em relação a certos tipos de

comportamento, acompanhadas de interesses – por exemplo financeiros e de controle das/os familiares – e poderes em jogo (poder médico, poder judiciário).

Zarias(2003) também destaca que, nestes casos, “a possibilidade de conflito entre justiça e medicina era remota, pois seus participantes acordavam o seguinte: fulano tem a doença ‘X’ e, portanto, deve ser interdito” (ZARIAS, 2003, p.100). O autor, com base na análise de processos judiciais de interdição, concluiu que, nos casos de outros temas – que não o que era nomeado como questões de saúde mental, como deficiências após acidentes, por exemplo – o espaço de negociação e de análise se cabia ou não a interdição era mais amplo; há mais espaço ao questionamento sobre a necessidade de interdição (ZARIAS, 2003, p.100). Nos casos nomeados como de “saúde mental”, via de regra, não há dúvida, nem direito ao contraditório/defesa. Havendo laudo médico, a interdição é decretada.

Como a pessoa passa a ser representada legalmente por outra, não é raro verificar perda de respeito à sua vontade e prejuízos à sua autonomia. Além disso, as interdições são raramente revistas ou revertidas.

Em um breve esboço histórico, fica claro perceber que **a interdição jamais se voltou à efetiva proteção jurídica do incapaz, mas sim à segurança das relações negociais, do patrimônio de terceiros e da circulação de riquezas.** (...) A partir do decreto judicial de interdição, portanto, declarava-se a situação de absoluta incapacidade do indivíduo, ficando o interdito sujeito aos efeitos da curatela para todos os atos da vida civil, inclusive para atos existenciais (casamento, reprodução, planejamento familiar etc.), laborais e para o exercício da cidadania (voto). Essa situação, a qual implicava verdadeira castração (psicossocial) do indivíduo, somente poderia ser levantada — leia-se, desconstituída — à luz de incidente próprio (artigo 1.186, CPC/73), após perícia em que constatada a recuperação da plena sanidade mental do interdito (hipótese extremamente difícil na prática, dada à perenidade de muitas doenças)

(AZEVEDO, 2016, p.2, destaques nossos)¹⁰

Cabe destacar que a Lei Brasileira da Inclusão (LBI)¹¹, de 2015, avançou no sentido de evitar alguns dos processos estigmatizantes e violadores de direitos das pessoas com deficiência, que ocorriam em casos de interdição judicial. Além disso, outros modelos – como a Tomada de Decisão Apoiada – que se mostram mais alinhados com a garantia de direitos

¹⁰ Do Artigo “Diálogo entre a Lei Brasileira de Inclusão e o novo CPC: pelo fim da interdição judicial”, do Defensor Público Júlio Camargo de Azevedo (2016), disponível em <http://www.conjur.com.br/2016-abr-30/julio-azevedo-preciso-acabar-interdicoes-judiciais>.

¹¹ BRASIL. lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm. Acesso em: 10/10/2019.

das pessoas em sofrimento mental, já têm sido paulatinamente aplicados. Porém, as mudanças e impactos ainda parecem tímidos nos processos judiciais (CAVALCANTE, 2018).

Outra distorção identificada neste contexto, que acaba limitando ou dificultando acesso a direitos das pessoas com diagnóstico de transtorno mental é a ideia – fortemente reproduzida e vista em vários locais – de que a pessoa com deficiência (mental ou intelectual) precisaria de curatela/interdição para ter acesso a benefícios do INSS ou ao BPC (Benefício de Prestação Continuada). A constatação do crescimento do número de curatelas entre a população de baixíssima renda, tendo como fator motivador o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), já foi constatada em outras pesquisas (MEDEIROS, 2006, CFP, 2007). Embora a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em nenhum momento faça menção a essa exigência, interpretação equivocada de normas operacionais do INSS, por inúmeras Agências desse Instituto espalhadas pelo país, fazia com que fosse exigida a certidão de curatela quando a incapacidade para a vida independente era ocasionada por doença ou deficiência mental. (MEDEIROS, 2006, p.45). E todas estas ações – judiciais ou não – sob os olhares da *Justiça*, sendo chanceladas pelas instituições do Sistema de Justiça.

Outro equívoco não raro é o fato de pessoas interditadas serem alvo de ações judiciais (geralmente movidas por familiares) com pedidos de internações contra a vontade da pessoa (involuntária/compulsória), como se a interdição/curatela legitimasse o desejo/interesse do/a curador/a, mesmo que este seja contrário à vontade da pessoa curatelada. Ou seja, na prática, como se o fato da pessoa ser interditada deslegitimasse sua vontade, sua escuta, seu direito ao contraditório.

E, finalmente, um terceiro caso emblemático referente ao encontro entre Saúde Mental e Justiça: os pedidos de internação não-voluntários, para tratamentos de pessoas diagnosticadas com transtorno mental e/ou que fazem uso problemático de drogas, interface esta que se vê presente mesmo na já referida Lei 10.216/2001¹². Isto porque tais intervenções – dada a privação de liberdade e de escolha impostas – mesmo que com indicação médica (com este poder legitimado e assim como a história que já rememoramos mostrou), por vezes necessitam também da autorização de outro poder: a autoridade judicial (Ministério Público/Poder Judiciário).

¹² Conforme preconiza a Lei Federal n.º 10.216/2001, há três tipos de internação psiquiátrica: voluntária (com consentimento do usuário, mediante declaração assinada no momento da internação), involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, a ser comunicada ao Ministério Público em até 72 horas) e compulsória (determinada pela Justiça). O dispositivo legal ainda aponta que qualquer dos tipos de internação psiquiátrica somente será realizado mediante “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Art. 6º).

Para Duarte et al. (2012), “diante da dificuldade de acesso a tratamento para dependência de crack e outras drogas, aumenta a demanda de familiares que solicitam o ajuizamento de ação judicial de internação compulsória” (DUARTE et al., 2012, p.169). Segundo essas/es autoras/es, tem-se uma busca pelo Poder Judiciário para solucionar um complexo problema de saúde pública, sendo que são verificados problemas decorrentes desse tipo de determinação judicial, tais como: prejuízo na análise do/a juiz/a, falta de avaliação multidisciplinar pormenorizada, não-oferta de outros tipos de cuidado ou tratamentos menos invasivos, violação de direitos humanos das pessoas internadas, dentre outros.

Na prática, em ações de internação compulsória, dificilmente há avaliação de equipe de saúde com laudo que aponte a necessidade de internação como única medida aplicável ao caso, caracterizando seus motivos, conforme aponta a referida lei. Sendo assim, muitas vezes o juiz competente decide pelo deferimento do pleito com base em informações do autor da ação, sem que o quadro seja avaliado do ponto de vista clínico. Por outro lado, também pode ocorrer a determinação judicial de internação compulsória para que a equipe de saúde do estabelecimento hospitalar que receberá o usuário proceda à avaliação do quadro clínico, apontando a necessidade ou não da medida de internação. Ocorre a inversão da ordem de atendimento. A pessoa em situação de dependência química, que deveria ter acesso a serviços de saúde antes de sua internação, só passa a tê-lo quando esta for efetivada. Além disso, a internação compulsória **pode atentar contra os Direitos Humanos das pessoas em situação de dependência química**, quando impõe a elas um tratamento forçado, que implicará limitação de sua locomoção, na medida em que será acolhida em instituições hospitalares fechadas, muitas vezes em situações precárias de atendimento.

(DUARTE et al., 2012, p.169, destaques nossos)

Diante deste histórico, será possível criar práticas de cuidado em uma instituição jurídica, rompendo com esta – lamentável – tendência histórica? Na Defensoria Pública podemos criar práticas de cuidado à *loucura*? Em caso afirmativo, como isso poderia ser feito, que práticas estariam alinhadas com esta perspectiva de cuidado e garantia de direitos? Nossa leitura preliminar aponta para a hipótese de que novas abordagens ao fenômeno têm sido construídas no âmbito das Defensorias Públicas, devido às próprias atribuições institucionais, mais alinhadas com a perspectiva dos Direitos Humanos e de garantia de direitos. Porém, faz-se necessária uma análise mais aprofundada sobre como o trabalho tem se efetivado, assunto este com o qual pretendemos contribuir com a presente pesquisa.

Tendo em vista a complexidade do campo da Saúde Mental e os desafios da luta antimanicomial, SCARCELLI (2011) destaca:

Com frentes de luta tão amplas, os dilemas não são poucos. O debate político que se impõe quando estamos no campo da Saúde Mental, portanto, ultrapassa o âmbito de questões relativas à reforma do sistema de saúde, inclui indagações sobre a desigualdade social, sobre organização e relação dos movimentos mencionados com o Estado (autonomia x institucionalização) e preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições com sua tendência de reeditar velhas práticas em novas roupagens.

(SCARCELLI, 2011, p.20, grifos nossos)

3.2 Defensoria Pública e Interdisciplinaridade

Considerando o campo de intervenção desta pesquisa, que, como já apontado, partirá de demandas que aportam à Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), faz-se relevante situar o/a leitor/a acerca desta instituição. As Defensorias Públicas são instituições relativamente novas, previstas na Constituição Federal de 1988¹³, com a missão de promover acesso à justiça a pessoas e grupos historicamente marginalizados e desprovidos de recursos, conforme será exposto neste trabalho. Para cumprir sua tarefa, estas organizações estatais acabam tendo que lidar com questões complexas, estruturais e culturais, tais como: desigualdade social, violências, conflitos familiares, preconceitos, precariedade de políticas públicas e outras questões arraigadas na biografia de nosso país.

A Lei que organiza as Defensorias Públicas no território brasileiro é de 1994¹⁴, mas cada estado foi criando a sua Defensoria Pública a seu tempo. Apesar de ser um órgão de função essencial à Justiça e previsto desde a Constituição Federal de 1988, no Estado de São Paulo a Defensoria Pública foi criada apenas em 2006, através da Lei Complementar Estadual n° 988 de 09 de janeiro.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) é uma instituição permanente cuja função é oferecer, de forma integral e gratuita, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos.

Importante desde já diferenciar a Defensoria Pública de outras instituições jurídicas. A Defensoria compõe o sistema de Justiça, juntamente com o Poder Judiciário e o Ministério Público, instituições distintas e autônomas entre si. O Poder Judiciário (no qual os membros são as juízas e os juízes) tem como função típica a chamada função jurisdicional ou de julgamento, competindo-lhe, coercitivamente, aplicar o direito às controvérsias submetidas a ele. Já o Ministério Público é destinado à preservação dos ditos *valores fundamentais* do Estado enquanto comunidade, à defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis¹⁵. Os

¹³ CF 1988, Artigo 5º, inciso LXXIV: “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

¹⁴ LC Nº80 de 12/01/1994, que *Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências*, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp80.htm (acesso em 19/11/2017).

¹⁵ Entendem-se como direitos indisponíveis aqueles que aparentemente estão na órbita privada, porém são inalienáveis pela lei, por serem considerados indispensáveis à dignidade humana. Assim, o titular não pode alienar a coisa dela objeto, e, conseqüentemente, não depende da vontade da pessoa a abertura de ação judicial. FONTE: <http://www.recantodasletras.com.br/textosjuridicos/1467249>.

membros do Ministério Público (promotoras/es) atuam ainda na “persecução penal, deduzindo em juízo a pretensão punitiva do Estado e postulando em repressão ao crime”¹⁶.

A Defensoria Pública, por sua vez, é uma instituição que tem como objetivo a orientação jurídica integral. Por jurídica ou jurídico, entende-se “1. *Aquilo que está conforme as leis*; 2. *O que é feito por via da justiça*; 3. *Referente ao direito*” (DINIZ, 1998, p.317). Esta orientação jurídica visa o acesso à Justiça ou aos direitos garantidos por lei, sendo que estes podem ser alcançados por via judicial ou extrajudicial. Por judicial compreende-se “1. *O que se realiza perante o poder judiciário*; 2. *Relativo a juiz ou ao Tribunal*; 3. *Forense*; 4. *Documento, ato ou fato alusivo a juízo ou decorrente do poder judiciário*; 5. *O que se faz em juízo*” (DINIZ, 1998, p.315). Assim, os direitos podem ser obtidos via processo judicial, que terá tramitação forense e todas as suas premissas, ou extrajudicialmente, ou seja, a partir de ações que não tem, necessariamente, vinculação com o Poder Judiciário, nem com uma ação judicial formal, mas que podem garantir direitos.

Constam na lei que delimita a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), a já citada 988/2006, atribuições institucionais, tais como:

- “prestar aos necessitados orientação permanente sobre seus direitos e garantias” (artigo 5º, inciso I);
- “informar, conscientizar e motivar a população carente, inclusive por intermédio dos diferentes meios de comunicação, a respeito de seus direitos e garantias fundamentais” (artigo 5º, inciso II);
- “Fornecer orientação jurídica e informação sobre direitos humanos e cidadania em prol das pessoas e comunidades carentes, de forma integrada e multidisciplinar” (Artigo 5º/ inciso VI/ j);
- “Contribuir no planejamento, elaboração e proposição de políticas públicas que visem erradicar a pobreza e a marginalização e a reduzir as desigualdades sociais” (artigo 5º, inciso XII)¹⁷.

Segundo a Constituição Federal de 1988 – a partir da qual, conforme vimos, foi prevista a existência de um órgão como a Defensoria Pública – “o Estado prestará assistência

¹⁶<http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/1113/Ministerio-Publico>, acesso em 19/11/2017.

¹⁷ ESTADO DE SÃO PAULO, Lei Complementar Estadual nº 988 de 9 de Janeiro de 2006.

*jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”*¹⁸. Deste documento já temos uma primeira delimitação de quem seria a população atendida nesta instituição: quem comprovasse a impossibilidade financeira em relação à assistência jurídica, ou seja, quem não tivesse possibilidade de pagar uma/um advogada/o. Em outro ponto da lei, as/os usuárias/os das Defensorias são definidas de maneira distinta: tem-se como atribuição *“a tutela individual e coletiva dos interesses e direitos da criança e do adolescente, do idoso, das pessoas com necessidades especiais e das minorias submetidas a tratamento discriminatório”*¹⁹, assim como *“ a tutela das pessoas necessitadas, vítimas de discriminação em razão de origem, raça, etnia, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, cor, idade, estado civil, condição econômica, filosofia ou convicção política, religião, deficiência física, imunológica, sensorial ou mental, cumprimento de pena, ou em razão de qualquer outra particularidade ou condição”*²⁰. A/o usuária/o da DPESP é, portanto, esta/e cuja vida é marcada pela desigualdade, discriminação, opressão e humilhação social.

No trabalho publicado anteriormente (CAVALCANTE, 2015), ressaltou-se que as defensoras e defensores públicos são formadas/os em Direito; mas que, devido às amplas e intrincadas demandas que são direcionadas à instituição, permeadas por fatores históricos, sociais, políticos e estruturais – dentre outros – estas complexas situações necessitam de estratégias e ações também complexas para seu enfrentamento. Desta forma, torna-se essencial a colaboração de profissionais com formações diversas. O atendimento multidisciplinar, além de expressamente previsto na lei de criação da Defensoria paulista, torna-se fundamental para potencializar as ações da instituição, sendo que o trabalho nesta perspectiva se iniciou a partir de 2010 – de maneira pioneira, na Defensoria Pública paulista – com a inserção de psicólogas/os e assistentes sociais na DPESP²¹, e com a implantação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar, os CAMs (CAVALCANTE, 2015, p. 33).

Naquele estudo, foram apresentadas reflexões sobre a inserção das/os psicólogas/os na DPESP, análises sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido, alguns desafios e contribuições da Psicologia no acesso à justiça, com vistas à garantia de direitos das pessoas que procuram a instituição. Também foram levantados os casos que têm sido mais

¹⁸ BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil - artigo 5º inciso LXXIV. Brasília: Senado Federal, 1988.

¹⁹ Id. - artigo 5º inciso VI/c.

²⁰ Id. - artigo 5º inciso VI/l.

²¹ Dentre profissionais de outras áreas do saber. Aqui destacaremos estas profissões devido ao objetivo de nosso trabalho.

frequentemente direcionados às/aos psicólogas/aos neste contexto, sendo que se destacaram as demandas relacionadas ao campo da Saúde Mental.

Conforme pode-se ver no “*Relatório sobre a Atuação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar Biênio 2014-2015*”²², os casos relacionados à Saúde Mental são a segunda maior demanda encaminhada para atendimento multidisciplinar (15%), ficando atrás somente das demandas identificadas como “conciliação/mediação” (31%)²³. No presente trabalho, pretende-se debruçar sobre esta atuação de forma mais minuciosa, conhecendo os casos relacionados ao campo da Saúde Mental que chegam à DPESP e como a instituição os vem acolhendo – ou não.

As demandas relacionadas à Saúde Mental e/ou ao uso problemático de drogas chegam à Defensoria Pública, e, conseqüentemente, aos Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAMs), de várias maneiras. Seja por via Judicial (quando já existe um processo judicial, acompanhado pelo Tribunal de Justiça/Poder Judiciário) ou Extrajudicial (procura espontânea), surgem demandas que podem partir da pessoa em sofrimento mental, familiares desta ou da rede de serviços. Abaixo estão elencadas algumas formas de manifestação de tais demandas e como elas se apresentam nos atendimentos realizados na DPESP, conforme consta na Cartilha “*Saúde Mental*”, disponível no site da instituição²⁴:

Extrajudicialmente (procura espontânea/triagem) - Própria pessoa em sofrimento mental:

- *Relato de queixas em relação a familiares ou terceiros;*
- *Discursos com conteúdo aparentemente persecutório;*
- *Relato de conflitos familiares ou com terceiros;*
- *Falta de vínculos com familiares ou serviços;*
- *Sofrimento;*
- *Situações de risco/ exposição;*
- *Falta de acesso a serviços (de saúde e outros);*
- *Ausência de renda;*

²² Disponível em:

<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Atua%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Centros%20de%20Atendimento%20Multidisciplinar%202014-2015.pdf>

²³ Geralmente referem-se a casos de divórcio, disputa de guarda, visitas e outros conflitos familiares.

²⁴ Este levantamento foi feito com base nos atendimentos realizados pelos CAMs no período de 2010-2014. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/documentos/cam/cartilhas/Saude%20Mental17.pdf> (acesso em 20/11/2017).

- *Discriminação;*
- *Não acesso a direitos.*

Extrajudicialmente (procura espontânea/triagem) - Familiares de pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso problemático de drogas:

- *Relato de situações de conflitos com familiares ou com terceiros;*
- *Não acesso a serviços de saúde ou não adesão a tratamentos;*
- *Situações de risco/ violências;*
- *Cultura manicomial: pedidos de Internação para tratamento; culturalmente construída como forma de controlar a loucura ou o “desvio”;*
- *Cultura judicial/ jurídica: pedidos de Interdição/curatela, instrumentos jurídicos a partir dos quais a pessoa passa a ser representada juridicamente por um terceiro, sobretudo para fins patrimoniais e negociais.*

Extrajudicialmente (procura espontânea/triagem) – Terceiros (geralmente vizinhos ou outras pessoas do território):

- *Denúncia de abandono/negligências/maus tratos;*
- *Conflitos familiares e/ou com terceiros(vizinhas/os);*
- *Situação de risco/violências/exposição;*
- *Não acesso a tratamentos ou direitos.*

Extrajudicialmente (procura espontânea) - Encaminhamentos da Rede de serviços (Saúde, Assistência Social, Educação, Delegacias etc):

- *Contatos: relato de situações, dúvidas, encaminhamentos;*
- *Casos envolvendo conflitos com familiares ou terceiros;*
- *Não acesso a serviços de saúde ou não adesão a tratamentos;*
- *Situações de risco/ violências.*

Judicialmente (casos que já estão vinculados a processos judiciais, de várias áreas, tais como Criminal, Cível e Família) - Própria pessoa em sofrimento mental/ pessoas interditas:

- *Curadores distantes; sem vínculo/cuidado; abandono;*
- *Falta de acesso a serviços (de saúde e outros);*

- *Ausência de renda (BPC ou pensão INSS é administrada pelo/a curador/a);*
- *Situações de Discriminação;*
- *Não acesso a direitos e a bens;*
- *Histórico de internações, inclusive involuntárias (solicitadas pelo/a curador/a);*
- *Interesse em Levantamento de curatela/Desinterdição;*
- *Pessoa é ré/réu em processo de interdição (Cabível defesa Judicial).*

Judicialmente (casos que já estão vinculados a processos judiciais, de várias áreas, tais como Criminal, Cível e Família) - Familiares de pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso problemático de drogas:

- *Cultura manicomial: Pedidos de Internação para tratamento;*
- *Cultura judicial/ jurídica: Pedido de Interdição ou mudança de curatela (curador/a);*
- *Não acesso a serviços de Saúde/Tratamento, CAPS, RTs, CECCO, SAMU, Hospitais gerais etc.*

Diante de situações como estas, que chegam às várias unidades da Defensoria Pública/os, as/os profissionais da instituição, sobretudo psicólogas/os, defensoras/es públicas/os e assistentes sociais – as/os quais geralmente acompanham tais casos – têm construído práticas para responder a tais demandas. Mas será que estas práticas estão alinhadas com os princípios e ideais da Lei 10.216/2001, que deve nortear as políticas públicas de saúde mental no Brasil, ou mesmo com a Reforma Psiquiátrica ou com os propósitos da luta antimanicomial? Como, no cumprimento de suas funções, as/os profissionais da DPESP estariam – ou não – articulando tais princípios com as demandas apresentadas pela sociedade/população? Como efetivar a assistência jurídica integral das pessoas com sofrimento mental e quais os desafios enfrentados? Estas são algumas das questões que mobilizam a presente pesquisa.

Como instituição que tem entre suas incumbências fundamentais a promoção dos Direitos Humanos, a Defensoria coloca-se potencialmente como “um palco privilegiado onde pode se desenvolver um debate sobre o lugar da loucura e do louco na sociedade e seu status de cidadão” (MENEZES, 2019, p.40).

A Defensoria Pública paulista é uma instituição nova, com objetivos ambiciosos e complexos, tais como alcançar uma “*sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e da marginalidade, e a redução das desigualdades sociais e regionais.*”²⁵ Mas para que esses objetivos gerais realmente permeiem suas práticas cotidianas, mostra-se necessário um olhar sempre crítico e reflexivo para suas próprias ações. Afinal, como bem colocou Martins:

Toda a ação social intencionalmente transformadora, em graus variáveis e em diferentes circunstâncias, tanto concorre para a inovação social e a transformação social quanto concorre para a reprodução das relações sociais existentes.

(MARTINS, 2002, p. 42, grifo nosso).

Ou seja, apesar das atribuições formais da DPESP serem voltadas para a transformação social, como no tocante ao atendimento/acompanhamento, no âmbito jurídico, de pessoas com sofrimento mental e suas famílias, com a possibilidade de propor novas práticas, há possibilidade de que, no cotidiano, suas ações apenas reproduzam o que já está estabelecido, sem a possibilidade de mudança efetiva. Como possível enfrentamento a esta questão, neste estudo serão propostas algumas reflexões e problematizações.

²⁵ ESTADO DE SÃO PAULO, Lei Complementar Estadual nº 988 de 9 de Janeiro de 2006.

4. PSICOLOGIA E JUSTIÇA: DA PERÍCIA À GARANTIA DE DIREITOS

Após este resgate histórico acerca da questão da loucura em nossa sociedade e de como tem se mostrado este encontro da temática com o campo da Justiça, passando pela breve apresentação da instituição Defensoria Pública, palco da presente pesquisa, neste capítulo o intuito é focar nas especificidades da Psicologia e nas contribuições de suas/seus profissionais para esta área.

Sabe-se que a Psicologia foi inserida no Sistema de Justiça com a expectativa de que contribuísse no campo da psicopatologia, nos manicômios judiciários (MITSUKO, 2003, p. 58). Assim, neste contexto, da mesma forma que a Psiquiatria foi chamada a atuar nesta interface com o Direito na produção de perícias e pareceres sobre os sujeitos, da Psicologia também era esperado que realizasse avaliações psicológicas e diagnósticos que amparassem as decisões judiciais. Desta forma, a entrada de psicólogas/os nesta área se deu no papel da/o *perita/o*, avaliador/a supostamente neutra/o, que com o seu saber-poder vai dizer da/o outra/o, seu “objeto de estudo”.

Foucault (1999) já havia relacionado estas formas de exame, utilizadas inclusive pela Psicologia, a controles políticos e sociais. Se pensarmos nas instituições judiciárias, controles estes ligados e legitimados pelo poder do Estado. Nos capítulos anteriores deste trabalho já se refletiu acerca destas alianças – suposto saber científico “quase que inquestionável” que se junta ao poder da “justiça” e aplica medidas de controle, segregação, violência a algumas pessoas *indesejadas*, tendo como justificativa uma suposta manutenção da organização, defesa, bem-estar social e até tratamento (mas que, conforme exposto, não costuma ocorrer nestes modelos). Também já foram levantados aspectos acerca de instituições como os manicômios judiciários, por exemplo, e apresentadas críticas a este modelo, violador de direitos e da saúde mental das pessoas ali internadas. Pois bem, e foi justamente neste “papel” que a Psicologia foi inserida no Sistema de Justiça: no lugar de avaliar, categorizar, diagnosticar, para embasar decisões que, muitas vezes, serão voltadas a práticas que segregam, violentam, adoecem.

Posteriormente, as possibilidades de atuação foram se ampliando, e a Psicologia também passou a ser inserida nas Varas de Família e da Infância e Juventude (BERNARDI, 1999). Mas esta “marca” histórica do lugar de avaliador/a se faz presente até hoje. A avaliação – no sentido de se utilizar o olhar da Psicologia para analisar a dinâmica de uma pessoa, uma família, um grupo, suas relações, sua(s) história(s) não é um problema em si. A

questão é o modo como esta avaliação é feita, como é apresentada, a maneira como pode ser utilizada e – o mais importante, penso eu – os impactos que esta avaliação pode ter para a vida das pessoas envolvidas.

Muitos estudos (OLIVEIRA, 2011; LIMA, 2007; MIRANDA JÚNIOR, 1998) apontam que tais avaliações são, na maioria das vezes, realizadas sem crítica, com análises subjetivas individuais descontextualizadas dos aspectos sociais, e acabam endossando medidas meramente classificatórias, estigmatizantes e de controle às pessoas, trazendo graves consequências e privações de direito.

Patto e Mello (2012) no artigo “Psicologia da violência ou violência da Psicologia”, refletiram acerca da atuação de psicólogas/os na interface com a justiça e verificaram que este lugar de “poder dizer” sobre as pessoas pode acabar seduzindo as/os profissionais, as/os quais, muitas vezes, tecem documentos que acabam se reduzindo a julgamentos e descrições das pessoas atendidas. Com este recorte, a preocupação e atenção da/o psicóloga/o não parece estar no cuidado, na garantia de direitos ou possíveis violações sofridas pelas pessoas avaliadas/ atendidas, mas sim volta seu trabalho para a produção de conclusões sobre a personalidade das pessoas. Nessa linha, tem-se um grande problema: além do risco às pessoas atendidas, a ciência com profissionais capazes de colaborar com o cuidado e a construção da cidadania acaba ficando comprometida e ameaçada.

Crochík e Patto (2012) utilizam a expressão “Pedindo socorro à parede” (2012,p. 137) para descrever o (des)encontro das pessoas e famílias – envoltas nos processos judiciais, em situações quase sempre desgastantes emocionalmente, tais como violências e conflitos – com psicólogas/os que, tantas vezes, apresentam postura mais de investigadoras/es de sua personalidade do que operadoras/es do suporte, do acolhimento, da escuta e da compreensão num sentido mais amplo. Aqui, para ilustrar esta postura, retomo o conto de Machado de Assis novamente e a figura de Simão Bacamarte, “frio como um diagnóstico”(ASSIS, 1990, p.26). Interessante notar que na apresentação da 17ª ed. desta obra (1990), o crítico José Carlos Garbuglio discorre sobre a ironia com que Machado de Assis trata Simão Bacamarte, que é exatamente a ironia com a qual “o autor vê uma ciência que, mal assentada, transforma seus adeptos em cegos aplicadores dos princípios que a enformam” (ASSIS, 1990, p.7). Este crítico também compara Bacamarte aos “cegos” aplicadores da Psicanálise, quando esta é feita sem crítica ou sem considerar o contexto em que é aplicada.

Basta retomarmos os ideais éticos que regem a profissão²⁶, com diretrizes que devem inspirar o trabalho de psicólogas/os – tais como: “I.[...]promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”, “II.[...]promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, além de “III[...]atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural” – para averiguarmos que a atuação pericial nos moldes acima apontados que promove – por ação ou omissão – ou embasa medidas judiciais de violência, segregação e estigmatização não está alinhada com estas bases da Psicologia.

Importante refletir acerca do contexto em que estas práticas se dão, a fim de que não se julgue, igualmente, estas/es profissionais, sem que sejam levantados elementos deste campo que, certamente, influenciam em seu trabalho. Explico: o campo jurídico é marcado por relações de poder e instituições fortemente hierarquizadas, centralizadas na figura do operador de Direito. No caso do Poder Judiciário – onde estas práticas psicológicas foram sendo desenvolvidas – centradas na figura da/o magistrada/o, autoridade máxima nestas instituições. Neste contexto, não são raros os relatos das relações de poder, que oprimem também as/os psicólogas/os, muitas vezes alvo de assédios, pressões e imposições, inclusive trazendo riscos à sua autonomia técnica e, conseqüentemente, podendo prejudicar a qualidade e a criticidade de seu trabalho.

Estudos como os de Arantes (2011) corroboram com esta análise. Cabe destacar que esta postura de tentativa de “dominação” de um “saber” sobre o outro se dá igualmente na relação do Direito com outras áreas, como por exemplo, com o Serviço Social (FÁVERO, MELÃO, & JORGE, 2011). Neste jogo de forças, muitas vezes as/os profissionais são oprimidas/os e acabam oprimindo também. Como se reproduzissem o modelo de opressão, “descontando” em quem é possível, contra quem têm poder: a própria população atendida (ainda mais quando se trata da população já em situação de vulnerabilidade e exclusão), através de seus laudos.

Observando os desafios que se colocam para a Psicologia neste campo de atuação, tendo também como referência denúncias éticas que são apresentadas contra muitas/os

²⁶ Conforme o *Código de Ética Profissional do Psicólogo*, disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> (acesso em 10/10/2020).

profissionais, os Conselhos Federais (CFP) e Regionais (tais como o CRP) têm promovido, nos últimos anos, muitos encontros, debates e elaborado publicações, tanto para ouvir as/os profissionais, quanto para produzir diretrizes de atuação, tentando conciliar os desafios da prática com os referenciais teóricos da Psicologia e os preceitos éticos da profissão. Nessa linha, só no ano de 2010 foram publicadas três resoluções que abordam temas referentes à atuação neste campo: 008/2010, que fala da atuação do perito e do assistente técnico; 009/2010, que trata da atuação de psicólogos/os no âmbito prisional e suspende a realização do exame criminológico e a 010/2010, que orienta a escuta de crianças e adolescentes vítimas de violência. Não é intenção – e nem seria possível – abordar todos estes assuntos na presente pesquisa, mas daremos destaque especial à resolução 009/2010 a título de análise da relação entre Psicologia e Direito.

Posicionar-se contra modelos impostos e solicitações das/os juízas/es – ou de outras profissionais com formação em Direito em instituições jurídicas hierarquizadas – é um desafio recorrente. No âmbito do sistema prisional, há muito tempo se discute se é papel da Psicologia elaborar um tipo de avaliação específico, nomeado “exame criminológico”, que muitas vezes é relacionado a prever a possibilidade – ou não – de uma pessoa voltar a cometer um crime, atestando a chamada “cessação de periculosidade”, que muitas vezes é colocada como requisito para progressão de regime da pessoa presa ou mesmo trazer sua liberdade.

Psicólogos/os que atuam na área têm vários questionamentos em relação a esta prática, tais como: identificam ampla precariedade de condições e recursos no ambiente prisional, o que impede, muitas vezes, uma atuação qualificada e ética dos profissionais da Psicologia; expõem que este modelo acaba desconsiderando as condições de execução da pena, que são variáveis poderosas e que interferem em um processo de avaliação; apontam que uma avaliação psicológica pressupõe rigores éticos e técnicos, que preconizam o consentimento da pessoa avaliada e não uma submissão obrigatória, tal como se caracteriza o exame criminológico, dentre outros aspectos. Com isso, o exame criminológico acaba gerando expectativas reducionistas e simplistas quanto à possibilidade de prever o comportamento futuro da pessoa presa, visto que o comportamento é fruto de um conjunto amplo e diversificado de determinantes. O documento do CFP²⁷ destaca que o exame criminológico, em sua previsão e essência determinada pela Lei de Execuções Penais (LEP), não se refere à análise de cessação de periculosidade e tem como fim exclusivo, de acordo com a LEP, a

²⁷ Vide discussão do tema em no site do CRP, disponível em: http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=895 (acesso em 14/01/2020).

“individualização da pena”, como forma de propiciar o retorno da pessoa presa ao convívio social. Ocorre que, na prática, este sentido parece ter se deturpado. Além disso, as normativas do CFP ressaltam que o conceito de *periculosidade* não encontra respaldo na ciência psicológica, pois se trata de um conceito advindo do campo jurídico criminal.

O Exame Criminológico é montado a partir de fragmentos de discursos remendados pela Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social com o objetivo de criar uma ideia sobre a pessoa que a ele foi submetida. Esses fragmentos são recortes de comportamentos, sentimentos, fantasias registrados pelos profissionais nas entrevistas para o Exame Criminológico e apresentados como se fossem a totalidade do entrevistado. Para costurar esses remendos, que linhas e agulhas são utilizadas? **Ao que parece, são as mesmas linhas que tecem os valores hegemônicos da nossa sociedade: ‘configuração familiar’, ‘residência fixa’, ‘trabalho formal’, ‘padrões de normalidade’, ‘bom comportamento’, somados ao tipo do delito cometido.** As agulhas direcionam esse alinhavo para o ‘mérito’ do condenado e para o “livre convencimento’ dos atores envolvidos nessa tarefa de ratificar ou não a existência de uma suposta periculosidade. **Esses critérios, no entanto, têm sua validade questionada [...] quando se indaga: ‘e se a pessoa não atende a esses critérios, o lugar dela será pra sempre na cadeia?’[...]”**

(FREITAS, 2013, p. 64, destaques nossos).

A Resolução do CFP que *institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pela(o) psicóloga(o), decorrentes de avaliação psicológica* (nº 007/2003), orienta no sentido de que as/os profissionais recusem o uso dos instrumentos, técnicas psicológicas e da experiência profissional da Psicologia para a sustentação de modelos institucionais e ideológicos de perpetuação da segregação aos diferentes modos de subjetivação. Quando necessário, sugerem uma intervenção sobre a própria demanda e a construção de um projeto de trabalho que aponte para a reformulação dos condicionantes que provoquem sofrimento psíquico, violação dos direitos humanos e manutenção das estruturas de poder que sustentem condições de dominação e segregação.

A partir de vários eventos e espaços de discussão entre a Categoria²⁸, o CFP construiu uma resolução com diretrizes para a atuação da/o psicóloga/o no sistema prisional, a Resolução n. 009/ 2010, que indicava “formas de qualificar a atuação e garantir que os serviços fossem executados de maneira responsável e com qualidade, respeitando os

²⁸ Dentre os quais destaca-se: Pré-Congressos e Congressos Nacionais de Psicologia (2004 a 2010), no I Encontro Nacional de Psicólogos do Sistema Prisional em parceria do CFP com o Departamento Penitenciário Nacional (Brasília, 2005), no II Seminário Nacional sobre o Sistema Prisional, onde foi deflagrada a moção contra o exame criminológico (Rio de Janeiro, 2008), e no Seminário Psicologia em Interface com a Justiça e Direitos Humanos: Um Compromisso com a Sociedade (Brasília, 2009).

princípios éticos que sustentam o compromisso social da profissão” (REISHOFFER e BICALHO, 2017, p. 38). Algo que gerou discussão foi o fato desta normativa ter: “[...] vedado ao psicólogo que atua nos estabelecimentos prisionais realizar exame criminológico e participar de ações e/ou decisões que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar, bem como documento escrito oriundo da avaliação psicológica com fins de subsidiar decisão judicial durante a execução da pena do sentenciado” (CFP, 2010, Art.4ª).

Ocorre que, pouco tempo depois da publicação desta Resolução, o CFP teve que suspender seus efeitos da Resolução 009/2010, tendo em vista uma *Recomendação* da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, que requereu a suspensão da resolução, sob pena de que o CFP respondesse à Ação Civil Pública, em caso de descumprimento. Cabe apontar que, o conflito era justamente com representantes do judiciário, os quais são os mesmos a julgarem (outras pessoas, mas do mesmo universo “corporativo”, digamos assim), ou seja, darem a decisão final sobre eventuais conflitos. Diante disso, levantamos o seguinte questionamento: neste tipo de embate, há espaço para discussão, reflexão e diálogo? Reishoffer & Bicalho(2017) assim descreveram este conflito:

Um grande impasse estava instalado. De um lado, o Conselho Federal de Psicologia buscando qualificar a atividade do psicólogo dentro das prisões, afastando-o de práticas periciais que são realizadas acriticamente, buscando retirá-lo da função de reprodutor da lógica criminalizante do cárcere e que, hegemonicamente, produz atuações contrárias aos fundamentos que regem seu código de ética e aos princípios do compromisso social da profissão; e **do outro, grande parcela do poder judiciário que mantém a posição de que é necessário tal respaldo “científico” no momento de uma decisão judicial que mudará a vida de diversas pessoas.**

(REISHOFFER e BICALHO, 2017, p. 39)

Com disso, o Conselho Federal voltou a se reunir com representantes dos Conselhos estaduais e foi aprovada uma outra Resolução (CFP 012/11), a qual revogou a 009/10. A nova resolução manteve a proibição da realização de avaliações para subsídio de decisão judicial, mas apenas “pela(o) psicóloga(o) que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa em cumprimento da pena ou medida de segurança, em quaisquer modalidades como atenção psicossocial, atenção à saúde integral, projetos de reintegração social, entre outros” (art. 4º, a), determinando que ficariam “vedadas a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal a partir do binômio delito-delinquente” (CFP, 2011, art. 4º, § 1º).

Vê-se o difícil dilema que se impõe às/aos trabalhadoras/es deste campo. De um lado os princípios éticos, técnicos, bem como o compromisso social da profissão, de outro uma pressão para produzirem laudos nos moldes encomendados pelos operadores do Direito, para embasarem suas medidas punitivas. Rauter (2007, p. 43) conclui que: “Os psicólogos que atuam em prisões podem estar ameaçados caso não se proponham a reproduzir a engrenagem da instituição carcerária através de sua atuação” (RAUTER, 2007, p. 43).

Com essa situação, é possível notar que profissionais da Psicologia têm buscado construir outros modos de atuação no campo penal, que possam contribuir para a retomada da vida em liberdade para estas pessoas, reduzindo o sofrimento emocional, fortalecendo as relações, minimizando os impactos prejudiciais do encarceramento, visando à retomada de laços sociais e uma efetiva e transformativa reinserção na sociedade.

Assim também tem ocorrido em outras instituições do campo sociojurídico, onde – apesar dos obstáculos, conflitos, relações de poder/opressão e desafios impostos, como trouxemos na situação acima exposta – psicólogas/os têm construído práticas mais alinhadas com a perspectiva do cuidado e da garantia de direitos, distanciando-se do papel desta perícia individualizante com viés de ciência positivista.

Um novo *locus* de trabalho para psicólogas/os na interface com a Justiça que tem mostrado práticas inovadoras, alinhadas com a perspectiva dos Direitos Humanos e saindo do papel de avaliação dos sujeitos é o Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) do Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP), instituído em 2012. O NAT – e, conseqüentemente as/os psicólogas/os que o compõem – tem por atribuição principal a realização de avaliações e acompanhamento de políticas públicas sociais e serviços, em detrimento das avaliações individuais. Assim, as profissionais focam o seu olhar nas políticas públicas e no que estão oferecendo – ou não – à população, com vistas à garantia de direitos e combate às eventuais violações (SOUZA et al, 2019).

Nas Varas de Infância e Juventude e de Família também é possível encontrar profissionais mostrando preocupação com esse lugar muitas vezes ocupado por psicólogas/os (de produtor/a de laudos que endossam medidas de privação e violência) e que têm construído práticas diferenciadas, indo para além da ideia de avaliação. Por exemplo, Suannes (2011), problematiza o modelo pericial e propõe uma escuta analítica que contenha uma possibilidade de ação junto a famílias que procuraram o Judiciário para resolver conflitos intrapsíquicos ou intersubjetivos. Com isso, traz uma compreensão do espaço da avaliação psicológica nas

Varas de Justiça também como lugar de cuidar para a Psicologia. Ela sustenta que, embora não seja uma instituição de saúde mental, o Judiciário acaba sendo o lugar que as pessoas procuram e, nele, acabam levando suas dores e esta demanda deve ser acolhida (SUANNES, 2011).

Em relação ao trabalho de psicólogas/os em Defensorias Públicas, na pesquisa realizada após os primeiros anos de atuação (CAVALCANTE, 2015), na qual foram entrevistadas as/os primeiras/os psicólogas/os da instituição e analisadas as práticas que estavam sendo construídas, foram apresentadas ações diferenciadas em relação às tradicionais perícias. Desde o início, via-se presente entre as/os profissionais uma preocupação em não se reproduzir este modelo de “avaliador/a supostamente imparcial, distante e científico”, que se relacionaria com a pessoa atendida como objeto, ainda mais tendo em vista a população pobre e historicamente oprimida atendida na Defensoria.

Pode-se ver que as/os psicólogas/os desta instituição têm desenvolvido atendimentos (individuais, a famílias e a grupos) - inclusive tentando fomentar diálogo em situações de conflito-, ações de articulação com a Rede de serviços e projetos de educação em direitos, dentre outras possibilidades de atuação (CAVALCANTE, 2016; BARROS, 2015)²⁹.

Retomando, mais especificamente, o foco do presente trabalho, os casos do campo da Saúde Mental, destaca-se que esta sempre foi uma das grandes expectativas das/os defensoras/es quando da entrada de psicólogas/os na instituição, em 2010: elas/es esperavam que, com as contribuições da Psicologia pudessem enfrentar de modo mais qualificado – e menos angustiante – as situações envolvendo pessoas em sofrimento mental (muitas vezes com discursos delirantes) e as famílias que, corriqueiramente procuravam a instituição desde o seu nascimento (2006). Lembro de um defensor (já bastante experiente) que me contava que estudou muito no curso de Direito e para passar no concurso na DPESP. Conseguiu! E uma das primeiras pessoas que ele – com um belo terno e entusiasmo! – foi atender na Defensoria era um senhor que se dizia com um “chip” na cabeça, implantado por um vizinho e que, a partir disso, o vizinho conseguia saber tudo que ele dizia/via e até pensava. E o vizinho podia botar vozes “dentro da cabeça dele”, devido ao “chip” também. Diante disso, ele pedia ao defensor para entrar com um processo contra o vizinho e pedir para o juiz tirar o “chip” de sua cabeça. Silêncio. Parece que foi o que se teve após o relato e o pedido inusitados. O defensor

²⁹ Para conhecer melhor as possibilidades de atuação de psicólogas/os na DPESP, já há vários estudos e publicações a respeito, tais como: Bernardes (2019), Cavalcante (2018), Barros et al.(2015), Gonçalves (2015), Nascimento (2014), Marra (2012).

- segundo o que me relatou – pensou: “Estudei tanto (processo civil, processo penal, Direito de família...), mas nada do que aprendi me dá instrumentos para lidar com isso”. Ele via em sua frente uma pessoa possivelmente com direitos sociais violados (não tinha renda, não tinha suporte familiar, não tinha suporte de serviços públicos), talvez houvesse algo a se fazer por ele na Defensoria. Mas como se comunicar com alguém que está – muito provavelmente – num delírio, fora da realidade?”. Simplesmente mandá-lo embora e dizer que não haveria o que fazer, que entrar com aquele processo não seria possível? Tais “saídas” não deixariam este defensor tranquilo. Ele também sabia que pedir para que aquele senhor registrasse a sua queixa em uma Delegacia – o que muitas vezes se faz para embasar uma ação judicial quando alguém está prejudicando/violando outra pessoa, tampouco adiantaria. Ele ficou paralisado. E, anos depois, quando já trabalhávamos juntos, sempre me contava esta história para dizer sobre como ficou feliz e esperançoso quando entraram psicólogas/os na instituição. Agora pelo menos poderíamos pensar juntas/os sobre o que fazer.

As expectativas (das/os defensoras/es) eram variadas. Outras/os diziam: eu sei da Reforma Psiquiátrica, eu sei que não podemos aceitar o pedido da família para enviar a pessoa a um manicômio, eu sei que eles não devem mais existir. Mas o que eu faço com a família que está na minha frente angustiada diante de episódios de surto? Ou de famílias de pessoas que fazem uso de crack até ficarem muito adoecidas? Há violações de direito... mas o que podemos fazer por elas? – diziam.

Kohara (2014), também psicólogo na DPESP, percebeu o seguinte a respeito do atendimento, na Defensoria, de “pessoas com demandas notoriamente delirantes e, por consequência, juridicamente inviáveis”(KOHARA, 2014, p.1004), antes da entrada de psicólogas/os: “a compreensão de que o atendimento necessário a essas pessoas seria de saúde mental, e não jurídico, e que a presença dessas pessoas impactava negativamente na dinâmica do trabalho ao restante da população” (KOHARA, 2014, p.1004). O autor resgatou uma proposta datada do início do ano de 2010 (pouco antes da entrada de profissionais de Psicologia na DPESP), elaborada pela equipe da Ouvidoria-Geral da Defensoria³⁰ da época, na qual se tinha basicamente o seguinte fluxo: (1) No momento do atendimento, caso o/a defensor/a suspeitasse que a/o usuário/a tivesse indícios de “transtornos mentais”, a/o encaminharia “formalmente e imediatamente” (destaco os termos originais do documento) à equipe multidisciplinar; (2) a proposta dizia, posteriormente, qual seria o papel da equipe

³⁰ Informações sobre a Ouvidoria da DPESP disponíveis em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2881> (acesso em 10/10/2020).

multidisciplinar ao receber a pessoa encaminhada, com a qual deveria “realizar uma entrevista diagnóstica com o usuário e emitir laudo confirmando ou não a suspeita do/a Defensor/a Pública/o e manifestando-se sobre a necessidade de ser realizado estudo psiquiátrico por profissional médica/o habilitada/o para verificar se a/o usuária/o apresenta transtorno mental e se este afeta, de qualquer forma, sua capacidade de discernimento para a prática de atos da vida civil”(idem, p.1005). Nesta proposta, o passo seguinte (3) seria: “se o laudo médico” indicasse prejuízo à “capacidade civil”, a equipe multidisciplinar deveria “localizar familiares ou pessoas próximas” ou, caso não fosse possível, a proposta dizia que “sendo necessária a interdição, o defensor público deveria encaminhá-lo formalmente ao Ministério Público” (idem, p.1005). O documento também recomendava que “o encaminhamento jurídico só seria fornecido após esgotada a fase de investigação da capacidade para a vida civil”. Assim, a pessoa que procurava ajuda na Defensoria poderia sair interdita, lembrando de todas as consequências deste tipo de processo, conforme foi visto no Capítulo 3.1 deste trabalho. Ou seriam acionados familiares e terceiros, que muitas vezes são responsáveis por negligências e maus-tratos. Ou seja, a pessoa que procuraria a Defensoria e que tivesse um discurso aparentemente confuso ou delirante, em sofrimento, ao invés de ser acolhida e tivesse sua demanda escutada, seria alvo de uma ação contra ela e sua liberdade. Nessa proposta de normativa, ao/à defensor/a ainda era dada a orientação de “denegar” (recusar) a prestação do atendimento jurídico caso a pessoa se negasse a aceitar tal fluxo, ou seja, rejeitasse ser atendido no CAM. Um ataque à autonomia e direito de escolha da pessoa, posicionamento totalmente contrário aos princípios da luta antimanicomial.

Kohara (2014) descreve esta proposta para exemplificar contradições institucionais para lidar com a *loucura*:

[...] o paradoxo da previsão destes artigos na proposta, que postula **um atendimento potencialmente ofensivo aos cidadãos que a deliberação pretende melhor atender**, talvez represente a fotografia mais precisa das contradições institucionais para o tratamento do tema. Se por um lado a missão institucional aponta para uma organização jurídica nova, defensora do direito de todos e, em especial, dos mais vulneráveis, a organização real, composta por bacharéis em direito e suas limitações em lidar com a loucura, apontava para **saídas conservadoras**, no qual o diálogo possível é com um sujeito em abstrato sobre sua própria condição de transtorno mental, e a alternativa segura não é o atendimento da pessoa, mas a legalidade de sua denegação”.

(KOHARA, 2014, p.1007, destaques nossos)

Felizmente, esta proposta não foi aprovada pelo Conselho Superior, órgão colegiado, espaço deliberativo máximo da instituição³¹. Mas o fato de ter sido apresentada reforça o lugar comumente delegado à Psicologia na interface com a justiça, sobretudo nos casos de saúde mental: o lugar de “avaliador/perito”, que, a pedido da/o operador/a do Direito, investiga o/a outro/a, visando diagnosticá-lo/a, menos para estar ao seu lado/junto, para escutar suas necessidades e desejos e mais para rotulá-lo/a e imprimir-lhe ações de controle e contenção. A história da Psicologia na DPESP poderia ter sido outra caso esta normativa tivesse sido aprovada – e conseqüentemente implantada – nestes moldes. Mas não foi.

Na pesquisa anterior, na qual foram ouvidas/os psicólogas/os da instituição (CAVALCANTE, 2015) estas expectativas de defensoras/es em contar com suporte da Psicologia para os casos de Saúde Mental também foram recorrentes nos relatos. Uma das entrevistadas assim descreveu sua chegada a uma das unidades de atendimento: “[...] este foi o primeiro impacto do CAM na regional, né, ‘venham atender nossos loucos porque a gente não consegue falar com eles’, pra Psicologia, especificamente” (CAVALCANTE, 2015, p.82).

Vê-se que esta “satisfação” em ter psicólogas/os na Defensoria também pode ser vista, em alguns casos, como uma maneira de não ter que lidar com a pessoa/usuária – muitas vezes com discurso confuso ou delirante. Um lugar para encaminhar, “despejar” este/a outro/a que angustia, lugar este no qual muitas vezes se tenta colocar a Psicologia nas instituições³². Mas apenas direcionar estas pessoas para a escuta com psicólogas/os garantiria a assistência jurídica integral? Não seria um pensamento manicomial achar que só porque a pessoa fala com discurso que segue outra forma de organização, ou que está em profundo sofrimento psíquico ou mesmo com discurso repleto de elementos que indicam uma realidade que não é compartilhada por outras pessoas (no caso de um delírio, por exemplo), poderia ser ouvida/atendida apenas por psicólogas/os? Não seria uma forma de exclusão/estigmatização? Entendo que sim. Claro que profissionais de Psicologia têm inúmeras contribuições a fornecer nestes casos, mas a pessoa também não pode ter sua demanda acolhida pelo/a “advogado/a”³³ que procurou? Vamos restringir seu acesso?

³¹ Mais informações sobre o assim chamado *Conselho Superior* da DPESP em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2877>

³² Direcionar pessoas em sofrimento mental para profissionais de Psicologia, no sentido de se “despejar”, ou seja, sem se dividir a responsabilidade e compartilhamento do caso é fato recorrente em instituições onde a Psicologia está, tais como na área da educação, em hospitais, dentre outras.

³³ Modo como comumente as/os usuárias/os se referem às/aos defensores/as públicas/os.

Na pesquisa anterior já referida (CAVALCANTE, 2015) uma psicóloga da instituição relatou que, com o tempo, foi percebendo uma mudança na postura de defensoras/es, neste sentido de encaminhar a pessoa à/ao psicólogo/o sem trabalhar em uma perspectiva de compartilhamento do caso. Com o tempo, foram sendo vistas outras possibilidades de trabalho em conjunto, interdisciplinar, tais como o *atendimento em conjunto com defensor/a*³⁴.

Pessoas com falas mais confusas, com algumas limitações, mas que era plenamente possível o diálogo. Especialmente aquelas que estavam respondendo a processos. E daí, **pra isso a gente criou uma estratégia que foi de atender junto com o defensor que tava encaminhando. Quando a gente verificava que era caso de saúde mental, de pensar esse atendimento conjunto, até pra dismistificar um pouco esta questão da loucura...ele é louco, ele fala de um lugar que eu não posso estar junto...[...]**.

(CAVALCANTE, 2015, p.278, destaques nossos)

Esta profissional também observou mudanças na dinâmica deste trabalho interdisciplinar e de como as pessoas em sofrimento poderiam ser atendidas/acolhidas na instituição:

Eu **acho que mudou**. É... acho que, com o trabalho do CAM se desenvolvendo, se consolidando, colocando de alguma maneira os seus limites, abrindo possibilidades para outros tipos de encaminhamento etc, eu acho que ajudou a qualificar este encaminhamento. Ainda recebo casos deste tipo que eu estava falando, mas o CAM não tá mais lá exclusivo [...]. E...acho que **hoje tem outro movimento, tem muitos defensores que fizeram atendimento com a gente no começo que hoje não mandam mais essa demanda pra gente, dão conta desse atendimento**.

(CAVALCANTE, 2015, p.95, destaques nossos)

No campo normativo da instituição, a proposta de diretrizes para atendimento nos casos em que forem identificados discursos confusos ou aparentemente delirantes, a qual foi aprovada em 2011 – bem diferente da proposta inicial da Ouvidoria que foi citada acima – já possibilitou a participação das/os profissionais de Psicologia e Serviço Social da instituição em sua construção - tanto em relação aos aspectos formais, com consulta pública, quanto em relação aos aspectos práticos, pois estas/es profissionais já estavam trabalhando e construindo ações na DPESP, em conjunto com defensoras/es, há cerca de um ano, na ocasião. Não à toa,

³⁴ Este tipo de atendimento será melhor detalhado a partir da narrativa 5.6.

a proposta já se mostrou mais flexível e alinhada a uma perspectiva de cuidado com a/o usuária/o e com os princípios da luta antimanicomial. Nessa linha, a Deliberação CSDP n.º.219/2011³⁵, traz, por exemplo o uso de terminologia menos estigmatizante, “pessoas em *sofrimento* mental”. Amarante (2011), destaca que o uso do termo “em sofrimento mental” parece remeter ao sujeito que sofre, em sociedade, uma experiência vivida, ao contrário de termos como “doença mental” ou “transtorno mental”, conceitos da Psiquiatria, mais relacionadas a uma suposta desordem/inadequação do sujeito, num diagnóstico individualizante e patologizante.

Esta normativa – vigente até o presente – contempla uma perspectiva de atendimento à/ao usuária/o, a escuta de seus interesses, a possibilidade de agendamento de retornos, se necessário para sua melhor compreensão e acolhimento, inclusive por sua demanda espontânea, o estabelecimento de profisioinais de referência, com quem a pessoa atendida possa estabelecer vínculos e uma relação de confiança³⁶, a articulação com os serviços da Rede (não só de saúde, mas o que for necessário a garantir os direitos da pessoa atendida), a estratégia do atendimento em conjunto com o/a defensor/a e o CAM (sem prejuízo da realização de atendimentos só com defensor/a ou só com CAM), a possibilidade da ação judicial para garantir algum direito da pessoa, se necessário. E também prevê a possibilidade de continuidade de atendimento no CAM mesmo com demanda jurídica incabível ou sem demanda jurídica identificada. Além disso, faculta à pessoa atendida o direito a ser atendido no CAM, ou seja, é sugerido o atendimento multidisciplinar, mas não lhe é obrigatório, tampouco requisito para que seja atendida/o na DPESP. E nada se fala em interdição ou outras medidas de controle/deslegitimação do discurso da/o usuária/o.

Ao rever tudo o que já ocorreu nos manicômios e a participação da Psicologia em práticas, muitas vezes, também “descuidadas”, Peron (2013) alerta para a importância de conhecermos o histórico de nossa profissão e a necessidade de um constante balanço para as ações que vamos desenvolvendo e seus impactos:

Para a Psicologia, em especial, **rememorar o que já fizemos ou o que toleramos em nome do tratamento e reabilitação de marginalizados é mais do que necessário**, principalmente para o aprimoramento da nossa participação na construção de diretrizes para o trabalho com tal população. E também **para que coloquemos constantemente nossas práticas em**

35

Disponível

em:

<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/DELIBERA%20c3%87%20c3%83O%20CSDP%20N%20c2%ba%20219%20-%20transtorno%20mental.pdf> (acesso em 10/10/2020).

³⁶ Conforme poderá ser visto na narrativa 5.1.

questão, com a intenção de não nos cegarmos diante de reformulações necessárias.

(PERON, 2013, p.266, destaques nossos)

Mara Caffé (2012), psicóloga que trabalha no judiciário, compara o discurso do Direito e da Psicanálise/Psicologia e vai tecendo as diferenças entre as duas áreas: um modelo (judicial), no qual a(s) pessoa(s) é (são) representada(s) por outra (profissional do Direito especializada), que transforma o discurso do sujeito e seu desejo/interesse da pessoa em termos do discurso jurídico, em fluxos geralmente rígidos e protocolos específicos, a fim de que um terceiro (juiz/a) decida sobre o conflito que lhe foi apresentado.

Deste modo, as partes se eximem de formular a decisão sobre seus conflitos, sendo esta uma exigência mesma da prática jurídica. Desresponsabilizadas da tomada de decisão e deslocadas de falarem diretamente sobre suas questões, delegando este papel aos respectivos advogados, as partes submetem-se, assim, aos benefícios da instituição em foco.

(CAFFÉ, 2012, p.65)

Muito diferente da perspectiva da escuta da Psicologia/Psicanálise, em que se busca o discurso/a verdade do sujeito e se tenta possibilitar espaços de reflexão e responsabilização das pessoas sobre seus conflitos. Para a autora, a partir deste encontro de perspectivas multiprofissionais diferentes: “[...]o que se passa é que a sobreposição das duas cenas institucionais cria, na realidade, uma terceira cena, que não se deixa mais reduzir aos elementos iniciais” (CAFFÉ, 2012, p.67).

Um ponto importante relacionado a este trabalho em equipe multiprofissional Psicologia-Direito, refere-se ao fato de que o modo como esta relação se dá pode trazer impactos bastante significantes para o desenvolvimento da atuação das/os profissionais de Psicologia. Novamente resgatando achados de nossa pesquisa anterior (CAVALCANTE, 2015), foi notado, a partir dos relatos das/os entrevistadas/os, que as condições institucionais em que o trabalho se dá (horizontalidade nas relações com outras áreas, reconhecimento, respeito à autonomia técnica, formação continuada, dentre outros) são aspectos fundamentais para que a/o psicóloga/o possa exercer sua atuação de forma ética, crítica e qualificada (CAVALCANTE, 2015).

Cláudio Ulpiano, citado por Arantes (2011), ao ser questionado sobre “para que serve a psicologia”, respondeu: “depende das forças que se apoderam dela! Coloquem suas forças em batalha para produzirem uma psicologia afirmativa” (ARANTES, 2011, p.1). É isso: a Psicologia não está dada. Nem na Justiça, nem na Defensoria Pública, nem em lugar algum. Suas ações e impactos podem variar. É, também, construção e reconstrução, em ato. Depende de como é conduzida, dos cuidados, das críticas, de como é ou pode ser utilizada. Pode cuidar, pode promover direitos. Mas também pode acabar violentando (por ação ou omissão), negligenciando, oprimindo, excluindo. É preciso estar atenta/o. E forte.

5. CENAS DO COTIDIANO³⁷

Cabe ressaltar que, conforme consta no Capítulo 2, os casos narrados abaixo foram vivenciados entre os anos de 2010 a 2018, em diferentes cidades do estado de São Paulo. Trata-se de situações emblemáticas, resgatadas a partir dos registros de diário de campo, que foram costuradas e transformadas em metáforas do acontecido. Desta forma, esta narrativas trazem situações cotidianas, experienciadas pela pesquisadora, as quais serão utilizadas como disparadoras para discussões e reflexões relacionadas ao tema deste trabalho.

Por questões de sigilo, os nomes das pessoas que tiveram fragmentos de suas histórias retratadas neste trabalho foram suprimidos e substituídos por nomes de *elementos químicos*. Escolhemos esta metáfora pois entendemos que, assim como os *elementos químicos* – substâncias diferentes entre si, que podem interagir umas com as outras, gerando deste encontro uma nova substância ou mesmo podendo não se misturar – as pessoas também apresentam este mecanismo: são únicas e distintas entre si, sendo que a união e/ou interação entre elas podem ter como resultado diferentes tipos de compostos, ou seja, temos uma multiplicidade de encontros (ou desencontros), nos quais uma determinada substância (ou pessoa), ao se conectar com outra, pode se transformar em algo que o encontro com uma terceira não produziria.

Existem *elementos químicos* que podem se unir a vários outros ao mesmo tempo (*carbono* – C), assim como temos elementos que interagem apenas com algumas substâncias bem específicas (*platina* – Pt), ou mesmo os que não interagem com outros (como o ouro – Au, por exemplo). Há também elementos que favorecem a interação entre os outros que estão ao seu redor (*ácido sulfúrico* – H₂SO₄)³⁸. Assim, também, são as pessoas, em constantes interações com seus ambientes, suas relações, sua cultura, possibilitando resultados distintos, a depender dos componentes disponíveis (pessoas, grupos, contextos) nestas interações. Um sujeito – produto e produtor – que emerge destas relações, assim como descreveu Scarcelli (2017), a partir dos ensinamentos de Pichon-Rivière:

[...] Pichon compreende o sujeito como *emergente* produzido na complexa trama de vínculos e relações, é um sujeito em situação. Sujeito determinado, mas também produtor, ator e protagonista, configurando-se em uma

³⁷ Aqui emprestamos o subtítulo utilizado por Guedes (2013, p.42).

³⁸ Informações obtidas em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_elementos_qu%C3%ADmicos e <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/e-se-os-elementos-quimicos-dessem-uma-festa/> (acesso em 17/09/2019).

atividade transformadora, em uma relação dialética, mutuamente modificadora com o mundo; relação que tem como motor a necessidade

(PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010).

5.1 Como (en)caminhar com (a) dona Platina³⁹?

Cidade da região metropolitana de São Paulo. Os arredores da metrópole parecem carregar uma mistura de cidade grande com temperos de cidade do interior. O trem lotado, pra lá e pra cá, carregando vidas que se acostumam a passar 2, 3, 4 ou até mais horas do dia para se locomover até o trabalho e/ou faculdade. Ao mesmo tempo, o “ar de interior” mostra-se preservado nas pessoas conversando na praça no meio da tarde, nos olhares que se cruzam e se (re)conhecem pelas ruas, sabem das histórias umas das outras, conhecem suas famílias e seus sobrenomes. Opções de serviços públicos ou de lazer não são muitas.

Foi nessa cidade que conheci a Sra. Platina. Tinha cerca de 50 anos. Por vezes parecia mais. O sofrimento envelhece. A voz rouca, aerada e fraca procurou inicialmente a Defensoria Pública para resolver pendências relacionadas ao seu divórcio. O marido havia partido há mais de um ano. Já tinha outra família; seguiu sua vida. Platina ficou. Com a filha também não tinha muita proximidade. De vez em quando ela passava e levava uns alimentos à mãe. Quase não se falavam. A filha seguiu sua vida. Platina ficou. Ela viveu por décadas sendo esposa e mãe, em tão intenso regime de dedicação exclusiva, que, quando deixou (foi deixada) estes papéis, ficou completamente perdida. Mais de uma vez tinha pensado em se jogar na linha do trem, em tirar sua vida. Para ela, nada mais fazia sentido.

Foi encaminhada ao CAM (Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria) para tentarmos algum tipo de mediação com suas/seus familiares. Afinal, esta mulher estava sozinha e perdida, adoecendo de tristeza. O ex-marido nunca apareceu. O defensor teve que abrir ação judicial cobrando os direitos de Platina. A filha nunca compareceu aos atendimentos que tentamos agendar. Uma vez entrou em contato por telefone. Disse que não tinha tempo para vir. Tinha uma vida muito corrida e não poderia visitar mais vezes a sua mãe. Poderíamos entrar com ação de alimentos (a serem pagos pela filha à mãe), cobrando auxílio financeiro da filha – orientava o defensor. Mas Platina não queria importunar a filha.

³⁹ Nome fictício, emprestado do elemento químico platina. Segundo a Wikipédia, a platina é um precioso elemento químico com baixa reatividade. Foi utilizada pela primeira vez pelos nativos pré-colombianos da América do Sul para produzir artefatos, assim com a Sra. Platina, que produzia muitos objetos feitos à mão (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Platina>, acesso em 01/10/2019).

O que a “justiça” poderia cobrar da filha não era o que Platina queria. Platina queria afeto, atenção, acolhimento. E talvez seja porque tenha achado um pouco disso na Defensoria Pública é que Platina começou a nos procurar, quase que diariamente. Mesmo quando esgotadas as medidas jurídicas e judiciais cabíveis para o seu caso. Como havíamos identificado um quadro de saúde mental que demandava cuidado, com sintomas depressivos, já havíamos encaminhado a usuária para alguns serviços da rede de saúde, tais como consultas com psiquiatra e psicoterapia. Mas faltava algo mais. E Platina voltava a nos procurar na Defensoria.

Todas/os desta Unidade já a conheciam. Era sabido – e orientado a oficiais de atendimento, estagiárias/os e até seguranças, geralmente as/os que estão à frente nas recepções da instituição – que ela era atendida no CAM. E que muitas vezes eu a recebia sem agendamento prévio. Muitas vezes eram breves atendimentos, de 10-15 minutos. Às vezes ela passava de manhã e à tarde. Relatava seus sofrimentos, suas frustrações. Tentávamos entrar em seus projetos, mas era muito difícil. Ela não tinha perspectivas para sua vida. O vazio lhe tomara. Eu ficava pensando o porquê de ela retornar à Defensoria para me relatar aqueles sentimentos e reflexões. O porquê de não ter se vinculado ao espaço de psicoterapia para onde havíamos lhe encaminhado e onde – a princípio – seria um espaço para lhe proporcionar acolhimento, reflexão, fortalecimento e (re)construção de um projeto de vida, um resgate de sentido àquela existência.

Um dos princípios que regem a atuação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAMs) da Defensoria Pública de São Paulo (DPESP), conforme normativa interna⁴⁰, é a chamada “não substitutividade da rede de serviços de políticas públicas”(CSDP 187/2010, Art. 1º, inciso III). Relaciona-se ao já previsto em outras políticas públicas, tais como Assistência Social e Saúde, nas quais a proposta é que os serviços e equipamentos públicos tenham definido suas ações/ objetivos de modo que não se sobreponham – evitando o mau aproveitamento de recursos – ao passo que se articulem e complementem, na perspectiva de atuação intersetorial (SENNÁ, 2009, p. 2).

Pois bem, então vejamos: havia no caso de Platina uma demanda por psicoterapia, suporte emocional, fortalecimento, construção de algo que lhe fizesse sentido. Em linhas gerais, necessidades mais vinculadas ao papel da política de Saúde e não da Defensoria Pública, que – a grosso modo – tem a missão de prestar assistência jurídica integral, garantir

⁴⁰ A normativa institucional que organiza as atribuições e atuação dos CAMs na DPESP é a Deliberação do Conselho Superior nº187/2010, disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Conteudos/Materia/MateriaMostra.aspx?idItem=29665&idModulo=5010>. Acesso em 15/08/2019.

direitos. Desta forma, não é papel da Defensoria promover psicoterapia, por exemplo. Não que suas ações não possam ser terapêuticas (e isso, conforme exporemos ao longo deste trabalho, acontece, a nosso ver). Mas é papel da Defensoria garantir direitos, inclusive o direito à Saúde, mais especificamente – no caso – direito a ações e serviços que promovam saúde mental à população. Mas, no caso de Dona Platina, não havia exatamente uma negligência do serviço público, algo que poderia ser cobrado pela Defensoria. Afinal, fora-lhe oferecido o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Porém, a ela não parecia ter feito sentido. Ela não se vinculava ao serviço de saúde. Estava vinculada à Defensoria Pública, ao CAM, onde ela retornava quase todos os dias, buscando uma escuta, um espaço de acolhimento, significado e suporte. Será que bastaria um “simples” encaminhamento a outro serviço para que a usuária deixasse de nos procurar e depositasse sua confiança e expectativas em outro serviço, em outras/os profissionais? Nem sempre o encaminhamento formal – mesmo que bem escrito e delimitado em papel timbrado, devidamente datado e assinado pela/o profissional – garante que a/o usuária/o procure o outro equipamento e dê continuidade ao caminho que lhe foi sugerido. Mas será que o espaço de psicoterapia estava fazendo sentido àquela senhora, naquele momento de vida? Talvez não. Talvez foi por isso que retornava ao CAM. Mas o que estava buscando?

Segui atendendo e ouvindo Platina, mesmo que em breves momentos, com todas as suas repetições e lamentos. Um dia ela comentou que costumava fazer bordados e outras atividades manuais, artesanatos que lhe traziam sentimento de pertencimento, importância e satisfação. Em outros tempos, estas atividades lhe trouxeram, inclusive, renda, que era um de seus problemas atuais. Lembrei-me do CECCO⁴¹ (Centro de Convivência e Cooperativa), que havia sido inaugurado há pouco tempo naquele município. Pronto: identificada a necessidade e o desejo da usuária, orientei-a sobre o serviço e suas oficinas, ela mostrou interesse e fiz o encaminhamento. Ela foi? Não. Voltava à DPESP. Parecia sem forças para se aventurar em um novo local, por mais que lhe fizesse sentido, do ponto de vista racional. “Mas e se eu não conseguir vaga para a oficina que me interessar?”, “Mas e se as profissionais não gostarem de mim e não me tratarem bem?”, “Mas e se as outras participantes não simpatizarem comigo?”,

⁴¹ Os CECCOs são serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, em interface com a Cultura, Esporte, Meio Ambiente, Educação e Trabalho, com características de inovação social. Visam, através da tecnologia da convivência, provocar encontros da diversidade. São voltados a todas as pessoas, sobretudo, às em vulnerabilidade social e de saúde, constituídos por uma equipe multiprofissional, na perspectiva da transdisciplinariedade. Mais informações em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-964-de-27-de-outubro-de-2018>

“Mas e se eu faltar por não ter energia para ir ao local?”. E assim passaram-se semanas e ela não ia ao CECCO, nem para conhecer.

Tentando minimizar seus receios, busquei qualificar seu encaminhamento. Costumo apostar na perspectiva emancipatória nos atendimentos na Defensoria, tentando fomentar e respeitar a autonomia das/os usuárias/os, evitando ter postura de excessiva tutela. Mas casos como o da Sra. Platina pareciam necessitar de outros investimentos e suportes de minha parte. Entrei em contato por telefone com o serviço, informei-me sobre as oficinas e demais atividades disponíveis, levantei características gerais sobre o local, horário exato de funcionamento, rotinas, fluxos, nome das profissionais de referência, dentre outros elementos que considerei importantes para dar maior segurança para que a usuária efetivamente procurasse o serviço. Nada. Platina não ia. E mostrava frustração por não ir, em conjunto com aparentes “desculpas” para se justificar. Há situações em que os encaminhamentos não fazem sentido para a/o usuária/o, mas não parecia se tratar disto neste caso. Faltava algo mais. Como fazer a “passagem” do vínculo que ela havia estabelecido comigo, com o CAM, com a Defensoria, de modo que ela estabelecesse uma conexão com este outro serviço que – a meu ver – poderia oferecer mais atividades relacionadas às necessidades que a usuária apresentava e relatava?

Procurei no mapa. Por sorte ou coincidência o CECCO era bem próximo da residência de Platina. Cerca de 15 minutos a pé. Aliás, era próximo desta unidade da Defensoria também. Pesquisei na internet o trajeto exato para que pudesse orientar a usuária. Ela se mostrou bem atenta e feliz com a atenção e cuidado que dediquei para poder lhe orientar detalhadamente. Falou, determinada, que agora iria. Não foi. Ficara adoentada. Iria na próxima semana. Não. Nada. Voltava triste à Defensoria, para me contar que não conseguira ir. Um dia lancei-me: “E se eu fosse com você?”. “Você iria comigo até lá, pela rua?” – perguntou. “Sim! Vou te acompanhar, você conhece o local, as profissionais e vê se te interessa. O que acha?”. Com o rosto levemente ruborizado sorriu-me e acenou positivamente. Marcamos para o dia seguinte e agendamos também com a coordenadora do CECCO que nos receberia. Expliquei-lhe anteriormente alguns aspectos sobre o caso e sobre o porquê de acompanhar uma pessoa aparentemente bem esclarecida e organizada até o serviço.

Chegou o dia: Platina chegou pontualmente à Defensoria. Parecia animada. E saímos pela rua da pacata cidade. O dia de sol, com céu azul, parecia anunciar um caminho que se abriria. Apesar de animada, eu sentia um “frio na barriga”, reflexo da ansiedade por estar propondo uma intervenção diferente das habituais desenvolvidas na DPESP. Nunca havia proposto algo do tipo nesta instituição (lembrando que comecei a acompanhar este caso no

primeiro ano de trabalho na Defensoria, além do fato de se tratar de um novo *locus* profissional para psicólogos/os em geral).

Pelo caminho, enquanto trocava uma ou outra palavra com aquela senhora – que me mostrava lugares que conhecia pelo bairro – eu pensava: “Será que estou fazendo uma grande loucura, saindo pela rua com a usuária?”, “Será que estou incorrendo em alguma falta ética, ousando assim?”. Não me lembrava de ter aprendido sobre isso na faculdade, sobre que técnicas utilizar nestes casos. Mas àquela altura já tinha consciência de que as formações acadêmicas são limitadas e passíveis de construções/reformulações mesmo. Lembrei-me das possibilidades de atuação de um/a AT (Acompanhante Terapêutico/a)⁴², algo já estruturado tecnicamente e com embasamento, intervenção que se aproximava do que estávamos vivendo ali. Fiquei um pouco mais tranquila. Um pouco. Porque minha cabeça continuava: “Estaria eu saindo do meu papel de psicóloga da Defensoria Pública?”, “Estaria tutelando demais aquela usuária, talvez até sendo insistente com aquele encaminhamento?”. No rosto da Sra. Platina encontrei a resposta: ela estava radiante, muito diferente do modo que costumava se apresentar. O sol parecia refletir vida naquele corpo magro e abatido. Aquilo parecia fazer sentido e responder às minhas inquietações: sim, aquela pessoa estava tendo seu direito garantido, com suporte de uma servidora pública que, com escuta qualificada e atenta às suas necessidades, estava efetivando seu encaminhamento com sua presença, estando junto.

Chegamos ao CECCO e logo fomos gentilmente recebidas pela coordenadora. Na sala toda decorada de fotos e materiais, retratos da história daquele serviço, a profissional iniciou a apresentação do local à Platina, de modo bastante dialogado, ouvindo e interagindo com a usuária, conhecendo-a e apresentando o espaço ao mesmo tempo. Eu não fiz nada. Ou quase nada. Fiquei sentada num canto (de propósito), já querendo dizer que em breve me desligaria daquela relação. Limitei-me a observar aquela interação das duas. Platina parecia empolgada. Às vezes me lançava uns olhares, como se quisesse confirmar se eu ainda estava ali, se estava acompanhando tudo o que estava sendo apresentado, todo aquele mundo que se abria a ela. Nestes breves instantes, trocávamos sorrisos e acenávamos positivamente.

Chegou a hora. Eu tinha que partir, tinha outras pessoas para atender na Unidade. Platina me disse que ainda ficaria mais um pouco, para conhecer melhor o CECCO. “Ótimo!” – pensei.

42 O Acompanhante Terapêutico (AT) é um dispositivo utilizado na política de saúde mental. Em linhas gerais, a proposta do Acompanhamento Terapêutico conta com a figura do AT, o qual proporciona atenção que contempla as demandas singulares dos sujeitos e/ou grupos atendidos. O AT transpassa muros institucionais e, de maneira parceira, participa de problemáticas intrinsecamente ligadas ao cotidiano dos usuários procurando criativamente estratégias de enfrentamento (RIBEIRO, 2009).

Passaram-se dias, até semanas. Mudando sua rotina, Platina nunca mais havia retornado à Defensoria. Cheguei a ficar preocupada. Acontecera algo? Ela não tinha pendência formal alguma por ali, mas isso não a impedia de nos incluir em seu cotidiano, naqueles últimos meses, até anos que frequentou a Unidade. Evitei entrar em contato com ela. Afinal, eu havia passado meses tentando desvinculá-la da DPESP para vinculá-la a outro serviço que tivesse atribuição mais ligada ao que ela procurava. Eu também já estava prestes a mudar de Unidade de atuação da DPESP, mudar de cidade. Mais preocupada em finalizar as ações em andamento do que retomar outras. Na sobrecarga do dia-a-dia, ainda não tinha conseguido entrar em contato com o CECCO para saber se ela estava frequentando o local. Talvez por medo de me frustrar com a resposta.

Mas foi no trem, num final de dia, que reencontrei a coordenadora do serviço. Fiquei surpresa e, quando ela me avistou, mostrou-se contente com a coincidência, logo dizendo: “Estava mesmo querendo te ligar!”. E continuou: “A sra. Platina está super envolvida no CECCO. Participa de oficinas, fez amizades e agora está até na organização de uma exposição que faremos... Até falou para o psiquiatra suspender a medicação!”, falou entre risos. E analisamos o quanto o encaminhamento havia atingido nossas expectativas, relembramos o dia da “passagem do vínculo”, da DPESP para o CECCO, de como havia sido simbólico aquela visita em conjunto. O aviso do trem interrompe o diálogo: chegamos ao destino. Pelo menos por hoje. Despedimo-nos. Nunca mais encontrei a Sra. Platina. Como logo depois destes fatos deixei de atuar nesta Unidade da DPESP, não sei se ela voltou a nos procurar em outros momentos. Só sei que a experiência com ela me proporcionou refletir acerca de quão complexo pode ser um encaminhamento, de como é importante estarmos abertas a inovações e inventividades para nossa atuação, de como a tal *Rede* – tão falada e tão potente – nos exige, para ser efetivada, de investimentos e recursos que vão muito além de conhecer suas políticas públicas, suas funções, seus equipamentos, mapeá-los e elaborar um encaminhamento às/aos usuárias/os. Aquele caso ensinou-me sobre como as pessoas criam expectativas e se vinculam a pessoas e a instituições e de como isso é mutável, de como as pessoas se conectam e reconectam a todo instante, a depender do modo como as conexões se apresentam. Espero que esteja bem, dona Platina!

5.1.1 Sobre *vínculos*

Neste caso, falamos bastante sobre vínculo; sobre vínculos. Estas conexões que se estabelecem entre familiares, profissionais, instituições... entre pessoas. Até entre “estranhos”, isto é, pessoas que não mal se conhecem.

Vínculo é um termo correntemente utilizado nas práticas de saúde, quando se quer expressar essas conexões. Embora expresso no senso comum tem sentido polissêmico e, desse modo, é importante que sejam explicitados alguns de seus sentidos.

Na perspectiva de Enrique Pichon-Rivière, por exemplo, vínculo se apresenta como objeto da Psicologia Social – desenvolvimento e transformação da relação dialética entre estrutura social e fantasia inconsciente – e como modalidade de interação, ou seja, uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem (SCARCELLI, 2017). A partir dessa referência, não se avalia se houve vinculação, se o vínculo é bom ou não; o vínculo está estabelecido, o que se observa é o modo como se expressa a interação, a ligação, a relação intersubjetiva.

Coelho (2002) apresenta o *vínculo* como uma necessidade humana e cita inusitados casos em nossa sociedade “moderna”, composta cada vez menos por vínculos de contatos “reais” entre as pessoas e mais por tecnologias, tais como o exemplo que utilizou, ocorrido no Japão, referente a um robô, sucesso de vendas nos anos 2.000, que interagia de maneira relativamente complexa com seus donos, estes com perfil geralmente de pessoas adultas, que viam no boneco uma companhia. Assim, “o boneco as acolhiam pela manhã, com um *bom-dia* infalível, trocavam falas cordiais e à noite quando chegavam em casa eram recebidas prontamente!” (COELHO, 2002, p.26). Esta autora destaca que ao terapeuta interessa pela necessidade do exercício de sua profissão, recuperar primeiramente a importância do vínculo entre duas pessoas e depois reconhecer as especificidades do vínculo para que possa propiciar a ética da reflexão e da ação no processo terapêutico de seu cliente (COELHO, 2002, p.29).

Em Pichon-Rivière (2007), a teoria do vínculo expressa também a “maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento” (PICHON-RIVIÈRE, 2007, p.3). Assim como todos os elementos e instrumentos da *Psicanálise*, esta teoria foi formulada a partir do *setting* clínico, no sentido mais tradicional, ou seja, do espaço de psicoterapia em consultório. Consideramos pertinente explicar que, embora na Defensoria Pública se trate de outro contexto institucional e com outros objetivos/recortes – função de fornecer assistência jurídica

integral/ garantia de direitos e não de psicoterapia – entendemos que o aparato conceitual e instrumental da *teoria do vínculo* – assim como outras técnicas de atendimento da Psicologia e da Psicanálise, que têm sua origem em espaço de consultório (modelo clínico tradicional) – podem ser utilizados também para as intervenções na Defensoria Pública. Afinal, as pessoas que ali são atendidas igualmente relatam seus sofrimentos, se relacionam, estabelecem vínculos e estes podem ser instrumentalizados para favorecer a garantia de direitos daquela pessoa. A *postura clínica* e a *escuta qualificada* potencializam e favorecem o atendimento voltado à garantia de direitos.

Por *escuta qualificada* podemos entender uma escuta privilegiada que evita julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das/os cidadãs/ãos e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de confiança entre usuária/o e profissional do serviço⁴³. Quando falamos em postura *clínica* ou *clínica ampliada* não nos referimos ao lugar onde esta escuta se dá. Trata-se de algo mais amplo. É a postura de *inclinarse* ao encontro com o outro. Voltar-se a esta/e que é nosso foco de intervenção e atenção em um atendimento/acompanhamento.

Endo (2017), citando Berlinck (2009, p.442-443) coloca que “as representações obscuras só vêm a ser claras por meio da prática de se colocar em palavras as representações sobre o mundo interno, e o método clínico a isso se dedica” (BERLINCK, 2009, p.442-443). Nessa linha, conclui: “descobrir maneiras de pôr em palavra o obscuro é a finalidade mesma do método” (Id.).

A clínica ganha então seu sentido pleno, de inclinar-se sobre o enfermo para auscultar, tocar, percutir, cheirar, palpar, pressionar, observar, olhar, mas, sobretudo traduzir estes signos, verdadeira linguagem da natureza, em recortes visíveis desenhados no corpo que adoce.

(BERLINCK, 2008, p.192)

Endo (2017) vai dizer que “sujeito inserido é aquele que conseguiu ser capturado pelo olhar inquietante do outro” (ENDO, 2017, p.67). Menezes (2019), citando Elia (2013), coloca que o dispositivo psicanalítico ampliado é assim nomeado em termos de sua configuração espacial e temporal, mas não em termos de sua estrutura. Assim, pode envolver vários espaços, diversos de uma sala de consultório, e sem um tempo pré-determinado de permanência. Pode também incluir mais que duas pessoas: trata-se de um dispositivo entre

⁴³ Esta definição para *escuta qualificada* encontra-se na *Norma Técnica do Ministério da Saúde de Atenção Humanizada ao Abortamento* (2010), disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em 04/01/2020.

muitos – entre muitos pacientes/usuárias/os e entre muitos técnicos. O importante é que ele guarde os eixos estruturais do dispositivo analítico: um analista que se situa em relação a um sujeito, que é assim convocado a trabalhar (ELIA, 2013, p. 73).

Trata-se, portanto, de **fazê-lo falar de si, e de determinado modo que sua fala possa conduzi-lo ao saber que nele habita**, de forma que dele permanece exilada, alienada, e que, uma vez tomado pelo sujeito, este saber contém **as vias que tornam inteligíveis os modos como o sujeito se relaciona com eventuais aspectos de seu funcionamento orgânico (lesão, disfunção, subfuncionamento) e de sua história social (opressão, pobreza, desfavorecimentos diversos e muitas vezes extremamente truculentos).**

(ELIA, 2013, p. 75, destaques nossos)

Menezes⁴⁴ (2019) destaca que “isso não significa, no entanto, que a clínica seja alienada da realidade social ou que negligencie fatores orgânicos e sociais na determinação do sujeito, mas sim que eles devem ser tomados em relação ao modo como o sujeito que os porta lida com eles e se organiza subjetivamente em relação a eles” (MENEZES, 2019, p.32).

As discussões que envolvem a abordagem do vínculo como conceito em Psicanálise iniciam-se com Freud, em diversos momentos do desenvolvimento da sua obra. Desde seus primeiros escritos (*Projeto para uma Psicologia Científica*, 1895) utilizou o termo, em alemão, Bindung, traduzido como “ligação”[...] (COLÓRIO e FERNANDES, 2014, p.284). A importância dessa questão também foi discutida por Bowlby (2004), que abordou em suas pesquisas a questão do vínculo entre primatas, em situações em que os bebês mostravam preferir a mãe artificial, macia e confortável, mesmo sem lhes fornecer alimento, a estar com a mãe artificial, dura e fria, que o fornecia. Deste estudo, propôs a existência de uma pulsão de vinculação [...] (COLÓRIO e FERNANDES, 2014, p.284).

Pensando nos casos da Defensoria Pública e nas pessoas que atendemos, assim como no caso da Sra. *Platina*, podemos notar que esses vínculos podem ser estabelecidos e identificados, tanto para análise do caso concreto, ou seja, para analisar que tipo de vínculos a pessoa que atendemos estabelece com o mundo, mas também para utilizar o vínculo como estratégia de cuidado e, estabelecendo um vínculo de confiança com a/o usuária/o, auxiliá-la/o na garantia de seus direitos. Tendo em vista que as pessoas – diagnosticadas ou não com transtorno mental – que procuram a Defensoria estão com “problemas” ou situações que gostariam de modificar – seja na garantia de um direito, seja no combate à violação de algum direito ou mesmo na resolução de um conflito – o estabelecimento de um vínculo de

⁴⁴ Que é psicóloga da Defensoria Pública do estado de Mato Grosso (vide sua dissertação de mestrado nas *Referências*).

confiança com a Defensoria (e/ou com as/os profissionais que a representam)⁴⁵ mostra-se ferramenta fundamental para promover relações de cuidado e possibilidade de transformações nas histórias que nos são apresentadas. Acreditamos que não é possível alcançarmos mudanças sem que haja a ligação aqui nomeada como vínculo.

Merhy (2002) assim descreve a importância da relação entre pessoa atendida e profissional, destacando a importância da troca, do acolhimento, de mútuas responsabilizações e da produção de relações de vínculo e aceitação, o que ele nomeia de “trabalho vivo em ato”:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde [amplo aqui para quem trabalha na Defensoria, sobretudo no atendimento] junto a um usuário-paciente, **produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente** alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; **momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.**
(MERHY, 2002, p.117, destaques nossos)

No caso da Sra. *Platina*, a qual demonstrava inicialmente uma postura de desinvestimento nas relações, uma aparente inibição das ações, falta de vontade, falta de energia, aproximando-se mais de um quadro depressivo, acrescido de um certo grau de persecutoriedade/paranóia (desconfiança das pessoas e de serviços), ocorreu algo no espaço de escuta no CAM que possibilitou com que ela estabelecesse ali um vínculo de confiança. Lembrando que, como relação e troca, o vínculo foi estabelecido com algo deste ambiente que proporcionou à usuária estabelecê-lo. Talvez algo que tenha ocorrido nestes atendimentos que fez com que ela resgatasse – em sua história pessoal – algum vínculo que estabeleceu de cuidado e confiança.

Este vínculo foi tão forte que, posteriormente, mesmo que, aparentemente, esgotado o sentido de sua frequência no atendimento da DPESP – tendo em vista as atribuições desta instituição – ela retornava para ser acolhida/ouvida no CAM. A passagem deste vínculo para outro serviço – no caso, o CECCO – não foi fácil, conforme vimos no relato. Porém, foi possível, assim como ocorre em outros casos. A cena da entrevista de *Platina* no CECCO, sendo recebida pela coordenadora deste serviço, mas também com a presença da profissional

⁴⁵ No próximo capítulo será melhor refletido acerca desta (in)diferenciação da imagem da instituição Defensoria Pública e das pessoas que nela trabalham, do ponto de vista das/os usuárias/os deste serviço.

da DPESP – em quem Platina depositou confiança e estabeleceu um vínculo positivo – parece ilustrar bem esta passagem do vínculo. Como se Platina pensasse: “também posso confiar nela” ou tivesse entendido o novo serviço apresentado quase que como uma continuidade da instituição na qual confiava.

Scarcelli (2017), citando Pichon-Rivière & Quiroga (2010), compreende o sujeito como emergente produzido na complexa trama de vínculos e relações; é um sujeito em situação.

Sujeito determinado, mas também produtor, ator e protagonista, configurando-se em uma atividade transformadora, em uma relação dialética, mutuamente modificadora com o mundo; relação que tem como motor a necessidade.

(PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010, grifos nossos).

5.2 Hora de sair do hospício? Como saber quando *o louco* está bem para a cidade (ou para a sociedade) ou quando a cidade/sociedade está bem o suficiente para *o louco*?

Caso novo. O defensor encaminhou para acompanhamento no CAM e pedido de articulação com a Rede de Saúde que, neste caso, seria um Hospital Psiquiátrico. Toda vez que recebo um encaminhamento deste tipo penso: “Nossa, ele ainda existe! E, pior: tem gente lá...” No resumo da demanda, o defensor explicou que a idosa pede para que seu neto permaneça mais tempo internado no hospital, embora ele esteja “de alta médica”. Um tipo de pedido que se repete cotidianamente nas triagens da Defensoria. As pessoas têm direito à saúde e ao tratamento médico necessário. E, caso esse direito não esteja sendo garantido, é papel da Defensoria Pública intervir para que seja concretizado. Porém, neste caso – considerando que há uma avaliação médica indicando alta – o defensor entendeu que o caso trazia outras especificidades e complexidades a serem melhor analisadas e em uma perspectiva interdisciplinar.

Importante desde já destacar a postura do defensor que primeiro ouviu a demanda “manter a pessoa (com alta) internada no hospital psiquiátrico”, pedido este na contramão da política de saúde mental atual. Ele estranhou o pedido e, mais do que recusar a abertura do processo judicial para este fim (o que poderia ser feito na DPESP, por descabimento da medida), o defensor – entendendo a complexidade do caso – encaminha-o para acompanhamento multiprofissional, buscando outras ferramentas para analisar e lidar com a questão. Outro ponto fundamental é que ele dá abertura para as intervenções que vão sendo pensadas e construídas, não só pela profissionais do CAM, como pela Rede de Serviços, conforme veremos.

Conheço a senhora Lutécia⁴⁶. Idosa de mais de 70 anos. Aparência cansada, de quem já viveu muito. De quem já sofreu muito. Muito abatida, me conta que seu neto, Índio⁴⁷, de 27 anos, tem diagnóstico de esquizofrenia desde a adolescência. Quando era ainda uma criança, sua mãe faleceu e nunca teve contato com o pai. Desta forma, seus cuidados sempre foram delegados à avó. Nunca trabalhou. Há alguns anos, fora interditado e sua avó passou a ser sua curadora.

⁴⁶ Nome fictício, adaptado do nome do elemento químico *lutécio*.

⁴⁷ Nome fictício, adaptado do nome do elemento químico de mesmo nome.

Lutécia conta que às vezes o neto fica muito nervoso e que, da última vez, “teve um surto” (sic) e foi internado em um hospital psiquiátrico. Já estava no local há quase 3 meses e, de alta médica, há umas 3 semanas. Visitou-o algumas vezes e sente sua falta. Porém, tinha medo de trazê-lo para casa e que Índio voltasse a ter “crises”. Diz que cada vez se sente mais fraca e frágil perante o neto. Diz que não consegue mais controlá-lo sozinha e que não tem mais ninguém para ajudá-los. Apesar da demanda manifesta da usuária poder ser entendida como “querer ficar longe do neto” e mantê-lo internado no hospital, ela mostra muito afeto e preocupação por ele. Sofre muito por estarem separados. Mas não parece encontrar outro caminho. Conta que o hospital em que o neto está internado é de difícil acesso, ainda mais de transporte público, chegando a demorar cerca de 2 horas de distância. Mesmo assim, estava visitando o neto semanalmente, até que foi avisada – pelo telefone – que Índio estava “de alta” e que deveria buscá-lo para retornar para casa. Ficou assustada e deixou de visitá-lo desde então, com medo de ter que voltar com ele para casa, sendo que estava com receio de que ele tivesse outros surtos novamente. Perguntei se o neto estava tendo algum acompanhamento de saúde antes da internação e ela me respondeu que ele “passava com um médico” (sic) uma vez por mês, no posto de saúde do bairro.

A fim de entender melhor o caso, entrei em contato com a equipe do hospital e agendei uma visita para discussão do caso. No local, conheço Índio. No local, reconheço um hospício: o cheiro, os corredores, as grades, a falta de luz, os uniformes dos pacientes... cabeças raspadas, pacientes pelos corredores, alguns pacientes aglomerados no chão... sinto um mal-estar. Melhor quando encontro Índio. Rapaz simpático e de sorriso fácil. Estava saindo de uma oficina. Diz que fez amigos no local, mas que lá não é sua casa. Diz que sente muita saudade da avó. Quando contei que conversei com ela, seus olhos se encheram de lágrimas. Diz que quer ir embora e pede minha ajuda. Digo-lhe que farei o possível.

Na conversa com a psiquiatra do hospital, a senti ríspida. Não entendi o por quê. Afinal, não a conhecia. Depois ficou claro: ela despejava em mim a raiva que estava da avó de Índio.

- “Você acha certo ela abandonar o neto e querer deixá-lo aqui para sempre?”.

- “Não” – respondi.

Então ela se desarmou. Parecia surpresa com a minha resposta. Parece que só a partir deste momento pudemos conversar e nos ouvirmos mutuamente.

- “Então você não veio aqui para defendê-la?”, perguntou.

- “Vim aqui para conhecer Índio e ouvir o que vocês têm refletido sobre o caso” – respondi.

E a conversa se deu. Em resumo, a equipe – psiquiatra, psicóloga e enfermeira que participaram da reunião – embora tivessem apontado limitações e dificuldades de Índio, concluíram que ele tinha plenas condições de retornar ao convívio familiar e comunitário, dando continuidade ao tratamento ambulatorial no território de sua residência. Disseram que haviam tentado passar essas orientações à avó, mas que esta não as ouvia e que insistia na continuidade da internação. Fiquei de conversar sobre estas questões com a idosa, porém compartilhei com a equipe as minhas impressões, sobretudo a sensação de falta de suporte – familiar, de serviços ou de terceiros – para a idosa e para o neto. Ficamos de procurar, em conjunto, um ou mais serviços, adequado(s) para o acompanhamento contínuo do caso no território, pensando na volta de Índio para casa. E assim o fizemos. Localizamos um CAPS próximo à residência da família e pedimos um projeto terapêutico singular, dentro das necessidades e potencialidades de Índio e de sua avó.

No atendimento seguinte com a Sra. Lutécia, repassei todas as impressões sobre a visita, bem como o que havíamos conversado com a equipe e com Índio. As lágrimas que vi nos olhos de Índio se repetiram nos olhos aquosos de saudade da avó. Falei com a usuária sobre a política de saúde mental brasileira, sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, de uma maneira que fizesse sentido a ela, buscando destacar os aspectos que justificavam o modelo atualmente adotado e a busca por caminhos em que as pessoas tenham as suas vontades respeitadas, bem como a sua liberdade e que mantenham seus vínculos familiares e comunitários, dentre outros aspectos. Expliquei que ela não precisaria estar sozinha nos cuidados e preocupações com o neto. Procuraríamos um serviço e uma equipe para auxiliá-los. Caso não houvesse esse suporte, seria – aí sim – papel da Defensoria Pública, buscar a efetividade desta política pública. A usuária foi se tranquilizando e concordando com o que eu ia dizendo. Mas havia outra preocupação: as outras pessoas! Lutécia me explicou que ela e o neto residiam em um terreno no qual havia várias casas, as quais compartilhavam um quintal.

Era a opção mais econômica que acharam e um valor de aluguel possível para ser pago com o modesto valor de aposentadoria que recebia⁴⁸. No último “surto” que Índio havia tido, ficou muito agitado neste espaço compartilhado (quintal) e acabou “agarrando”(sic) uma jovem que também morava no local. O episódio havia gerado muita comoção entre as vizinhas e, segundo a avó, as mesmas haviam dito que não aceitariam que ele voltasse a residir ao local.

Diante deste contexto, nossa equipe⁴⁹ tomou outras duas providências: (i) entramos em contato com o CAPS do território, para fazer um encaminhamento qualificado do caso, inclusive apontando as dificuldades que a idosa havia apresentado, bem como as necessidades que percebemos para a família e (ii) propusemos uma visita à residência da família, visando conversar com as vizinhas sobre todas estas questões, buscando auxiliar nos conflitos, sem prejuízo do retorno de Índio ao local. Chegamos a tentar contato telefônico com a vizinha, sem sucesso. Ficou com o CAPS a missão de sensibilizá-las. Passados alguns dias, recebi a ligação de uma representante da imobiliária que locava as casas deste terreno à sra. Lutécia e às outras famílias. Mostraram receio em relação ao retorno de Índio ao local e ao risco do proprietário querer expulsá-lo. Novamente, expliquei o contexto da política de saúde mental brasileira e da atual perspectiva de tratamento no território, bem como os direitos das pessoas em sofrimento mental e de suas famílias, dos quais, pode-se deduzir, alugar um imóvel. Fiquei à disposição para conversar com o proprietário sobre tudo isso, mas ele nunca entrou em contato.

Depois de um tempo, fiquei sabendo, pela psiquiatra do Hospital, que Índio havia voltado para casa e havia iniciado o acompanhamento junto ao CAPS do território. A avó sentiu-se mais segura e, enfim, foi buscá-lo. A psiquiatra comentou que a achou bem diferente, mais disposta e acreditando em outras possibilidades para os cuidados de seu neto, com apoio da rede. Cabe destacar que nenhuma ação judicial foi necessária. Todos os passos foram sendo compartilhados com o defensor do caso que, igualmente, não via viabilidade para a ação inicialmente desejada pela avó, ou seja, obrigar o hospital a ficar com Índio, mesmo que em situação de alta médica.

⁴⁸ Assim como neste caso, expressões da desigualdade social vão permear os casos acompanhados na DPESP, dado o seu “público-alvo”. Desta forma, fenômenos como a pobreza e a humilhação social, estão sempre presentes nas histórias vividas e narradas, e não devem ser desconsideradas. Ao contrário, devem ser incorporadas para a análise e condução dos atendimentos. O tema será aprofundado no próximo tópico, a partir da discussão de outro caso.

⁴⁹ Neste caso, o trabalho multiprofissional foi realizado por mim, sempre compartilhando as conduções e desdobramentos com o defensor que havia encaminhado o caso.

Segundo o site “infoescola”, o *índio* – elemento químico – é um metal do qual muitos já suspeitaram que poderia causar malefícios aos seres humanos. Mas, na realidade, sua toxicidade é considerada baixa⁵⁰. Penso que o mesmo ocorria com *Índio*, que causava receio a muitas pessoas, mas pouco prejuízo poderia fazer, quando disponibilizado espaço de cuidado e suporte.

5.2.1 Transferências, mediações e pontes

Nesta narrativa, apareceram muitas relações, de diferentes tipos, entre pessoas e instituições, relações estas permeadas por certas expectativas, posturas e modos de se comunicar.

Um ponto interessante – e que se repete em muitos casos – é essa busca pela Defensoria, por parte da população, para cobrar algum desejo ou interesse que foi negado em outro serviço público. Se, por um lado, esta expectativa da população está alinhada com a missão institucional de garantir direitos (afinal de contas, acessar serviços e políticas públicas são direitos), por outro lado, muitas vezes esta expectativa parece se confundir com uma ideia de que “toda demanda será requisitada pelo órgão”, respondendo exatamente à demanda da/o usuária/o. Neste caso, provavelmente se soma à questão cultural relacionada à *loucura*, aos respectivos meios de tratamento mais tradicionais (hospital psiquiátrico) e às instituições jurídicas endossando estas medidas, ideias presentes no discurso da Sra. Lutécia.

Assim como a usuária tinha suas altas expectativas, digamos assim, em relação à defesa que a Defensoria faria de seu pedido (questionar o Hospital e manter o neto internado), a equipe do Hospital também parecia ter esta impressão inicial. Isto se mostrou sobretudo nos primeiros contatos com nossa equipe, quando, por exemplo, antes mesmo de explicarmos nossa compreensão acerca do caso, supuseram que estávamos ali para reforçarmos exatamente o pedido da usuária, sem nenhuma crítica ou outra leitura. Apenas quando mostramos discordância em relação à manutenção da internação, bem como a intenção de buscarmos o retorno do paciente ao convívio familiar e serviços no território, o diálogo com a equipe parece ter começado a se estabelecer.

Um conceito que pode nos auxiliar a pensar estas relações que vão se estabelecendo, é a ideia de *transferência*, que designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos

⁵⁰ Vide <https://www.infoescola.com/elementos-quimicos/indio/> (acesso em 01/10/2019).

inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica (LAPLANCHE, 2001, p.514).

Para Gonçalves Filho (1998):

“As lições de Freud não podem ser esquecidas também fora dos divãs, em plena praça pública: a transferência, atualizando o impacto do passado, não é encenação mentirosa e estéril – pede palavra, uma abertura por onde aí sim é que mais nos aproximamos da alma do outro”.

(GONÇALVES FILHO, 1998, p.35, grifos nossos)

A *transferência*, nessa linha, é este resgate do que foi vivido, no momento atual e com outros *objetos* (no sentido psicanalítico do termo). Quando pensamos nestes aspectos, passamos a entender porque algumas situações cotidianas – em relação com outras/os – nos geram certo estranhamento. Seja do nosso ponto de vista, seja do ponto de vista quando somos “alvo” de um sentimento/ação ou aparente expectativa de outras/os, sentimento este que nos parece desproporcional ou mesmo sem sentido aparente, num primeiro momento. É porque se relacionam com elementos do passado de cada pessoa, com seus respectivos significados, sentimentos e sensações. Não é (só) conosco. Tem a ver com quem estamos nos relacionando, naquele tempo e espaço.

A mágoa vivida com alguém, aqui e agora, pode devolver para o que foi vivido antes e ficou sem digestão. Transferência. [...] Um sofrimento que a situação atual admite e que, todavia, parece desproporcional, parece exagerado. Mas não há exagero nisso. É ofensivo e falso sugerir que a mágoa não está ali. É igualmente falso sugerir que está perfeitamente ali. Está ali e está antes dali: comunica-se com um golpe atual e comunica-se com golpes atrás, os primeiros golpes, os golpes originários.

(GONÇALVES FILHO, 2007, p.8)

Menezes (2019) vai dizer que, no campo institucional (por exemplo, na DPESP) as transferências são múltiplas e cruzadas e nele tudo conta (MENEZES, 2019, p.22). Guirado (1995) vai chamar de **transferência híbrida** estas relações que se mostram emaranhadas na instituição e no trabalho institucional:

[...] uma transferência híbrida, que não se faz apenas diretamente do paciente [ou da/o usuária/o da DPESP] para com o profissional em atendimento, mas dele (profissional) com o conjunto do discurso e das

expectativas institucionais, e do paciente com a instituição que, naquele momento, dispõe à sua frente, um profissional.

(GUIRADO, 1995, p. 101-102, destaques nossos)

Essa autora explica que, saindo do contexto da clínica/consultório, os tipos de relações estabelecidas também mudam e devem ser vistas de outro modo, assim também a(s) *transferência(s)*:

No tocante à transferência, passou-se a falar, por exemplo, em transferência institucional. De franceses a argentinos, com conceitos como o de transversalidade (Guattari) ou o de múltipla transferência (Pichón/Bleger), é possível dar-se conta que a **reedição de modelos de relação** (aquela do desejo, negada nas dimensões de espaço e tempo) **no conjunto de uma prática institucional que não a da clínica psicanalítica em sentido estrito, só pode ser considerada se considerados forem o objeto, a estrutura de lugares e o imaginário da instituição agora privilegiada.**

[...]

Se considero não mais a clínica psicanalítica em si, mas **o exercício da psicanálise no interior de uma outra instituição, os “sujeitos em transferência”, os do campo transferencial, são sobredeterminados pelo conjunto desta outra prática institucional.** Não há como pensá-los sempre da mesma forma, numa ou noutra rede de relações. Aliás, os “atores” da relação analítica, quando fora dos consultórios, acabam constituindo “um lugar sobre outro lugar”, agora, na instituição dominante em questão, que não é mais a psicanálise.

(GUIRADO, 1995, p. 118-119, grifos nossos)

Cabe esclarecer que, para Guirado (1995), o termo *instituição* é entendido para além de um lugar concreto, um prédio, um serviço. Ela expõe que a análise das instituições concretas nos oferece instrumentos para compreender as relações instituídas, definindo a instituição como “conjunto de práticas sociais que se reproduzem e se legitimam, num exercício incessante de poder; um poder entre agentes, dos agentes com a clientela [...]” (GUIRADO, 2004, p. 110).

Pensando a relação das/os usuárias/os com a instituição Defensoria Pública, Menezes (2019) vai concluir que “é a transferência o que sustenta os retornos dos usuários” (MENEZES, 2019, p.78).

Retomando o caso em tela, podemos pensar na relação que a sra. Lutécia foi estabelecendo com a Defensoria. Chegou cheia de expectativas. Esperando que seu desejo fosse realizado, esperando alcançar seu objetivo. Entendemos que, enquanto ela estava sendo atendida ali no CAM, não era “apenas” uma relação entre duas pessoas, nem uma relação entre uma psicóloga e uma “paciente” a ser escutada. Era uma psicóloga da instituição (com tudo que pode representar) Defensoria. Era a Defensoria. Talvez até a representação de

justiça, seja lá o que signifique a instituição justiça para essa senhora. Pelo visto, possivelmente algo em que ela depositava confiança para “resolver o seu problema”.

Em relação à profissional do Hospital, que nos recebeu ríspida “à primeira vista”, conforme narrado, também podemos pensar que aquilo não era com a psicóloga da DPESP com quem ela nunca havia interagido. No início do contato, era quase como se ela não estivesse me vendo/ouvindo. Para ela, possivelmente, ali eu representava – transferencialmente – a idosa que estava sendo defendida pela Defensoria, ou mesmo a própria Defensoria, ou a *Justiça*, uma Justiça que tem poder, que muitas vezes oprime, uma Justiça que muitas vezes não escuta. A relação naquele momento foi mudando quando passei a escutá-la, a pedir sua opinião. Talvez isso a tenha surpreendido, afinal, a Justiça, quem tem o poder, não precisa ouvir. Tudo sabe. É suprema. Decide. Define.

Vemos que é muito comum este posicionamento, por parte das/os profissionais da Rede de serviços, em relação aos órgãos do sistema de justiça. Um medo, uma insegurança. Ao mesmo tempo, respeito, legitimidade. Parece compreensível. Afinal, historicamente, as instituições do Sistema de Justiça – encasteladas – não costumaram estabelecer relações de proximidade com os serviços de políticas públicas, com as/os profissionais, com o território. Historicamente, as/os representantes da *Justiça*, em geral, mal se articulavam/relacionavam com os serviços da Rede. Quando entravam em contato, era para dar ordens, o famoso “cumpra-se”. “Faça isso, faça aquilo”.

Acreditamos que, na DPESP, especialmente nos CAMs, temos construído outras relações com os serviços e profissionais da Rede. Temos trabalhado no sentido de incorporar a DPESP na Rede também. De buscar relações mais horizontais. De construir estratégias de cuidado e garantia de direitos juntas/os. Mas nem sempre isso é fácil, muito menos imediato. É construção e desconstrução. Até porque, conforme vimos, ali, em relação, não somos (só) nós. Somos o que representamos da instituição e o que esta representa para aquela/e com quem interagimos.

Muitos casos como este chegam à Defensoria. As usuárias e usuários despejam suas expectativas na instituição sendo que estas, não necessariamente, estão alinhadas com a perspectiva de Direitos Humanos que guia o órgão. O que não quer dizer que não haja o que fazer. Muitas vezes, parece que nosso papel é esse: mediar as relações – não só os conflitos familiares que nos chegam – mas também os conflitos entre as/os profissionais dos serviços (com seus princípios, leituras, entendimentos técnicos, transferências) e as/os usuárias/os,

pacientes e familiares (com suas necessidades, interesses, sofrimentos, história e transferências), de outro lado. Nesse processo, buscamos compor todos estes pontos de vista, tentando chegar à garantia de direitos, passando pelos estigmas, preconceitos e outras marcas sociais que se apresentam neste campo, utilizando as próprias relações que vão se apresentando como ferramenta de análise e instrumento de intervenção. E nós fazemos parte disso não como observadoras/es ilesas/os e distantes do objeto observado. Nós também inseridos/as no campo de relações que vão se estabelecendo. Nós como agentes de transformação, sendo modificadas/os e modificando. Buscando pontes e integrações, com intuito de fortalecer vínculos entre familiares, entre DPESP e famílias, entre DPESP e outros serviços, entre os diferentes serviços, entre a população e os serviços.

Na pesquisa anteriormente realizada (CAVALCANTE, 2015), na qual entrevistei as/os psicólogas/os da Defensoria Pública de São Paulo, um dos entrevistados assim descreveu o trabalho em casos como este:

[...]de uma maneira geral, acompanhar essas políticas, monitorar, ir lá perto, ver o que está acontecendo, identificar as dificuldades... Identificar as dificuldades dos atores daquela política, né? Dos profissionais que estão ali, na ponta, trabalhando. Às vezes desgastados. Então pensando saúde mental, o trabalho com álcool e drogas... Porque às vezes tem toda uma rede, tá tudo certinho, tudo lindo, mas não tá funcionando. As famílias estão... estão muito insatisfeitas com os serviços, os profissionais estão muito cansados enfim. **Acho que a Psicologia pode ter este olhar de fora e, ao mesmo tempo, olhar... pra cada um que tá ali...**[...]

(CAVALCANTE, 2015, p.326, destaque nosso)

5.2.2 Ano 2020: ainda Manicômios⁵¹?

Logo no início desta narrativa – referente a um caso acompanhado no ano de 2013 – procuramos destacar uma triste constatação: apesar de tantos questionamentos e críticas em relação aos manicômios – conforme resgatamos nos capítulos introdutórios deste trabalho – a este modelo de (des)assistência, violência e estigma, mesmo com tanta luta, tantos movimentos contrários e até modificações legislativas, ao se adentrar nestas instituições nos dias de hoje, assim como no caso de Índio, ainda verificamos características descritas por Foucault (2013) e Arbex (2013), dentre outros: cabeças raspadas, uniformes maltrapilhos, pacientes pelo chão, pacientes altamente medicados que mal conseguem conversar, cheiro de falta higiene e de cuidado, sujeira, corredores escurecidos e paredes com tinta descascada, comidas com conteúdo suspeito e indefinido (uma pasta, mingau ou algo assim), uniformes brancos e locais de circulação exclusiva que delimitam onde se pode ou não transitar, quem pode ou não escolher o que fazer ou para onde ir. Setores e corredores são nomeados com diagnósticos médicos: esquizofrênicas/os para um lado, bipolares para outro.

Em 2019 foi publicado o “Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil” (CFP, 2019). Trata-se de uma ação interinstitucional organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Este relatório é resultado da Inspeção Nacional, realizada em dezembro de 2018, em 40 Hospitais Psiquiátricos, localizados em dezessete estados, nas cinco regiões do país. A amostra de serviços visitados, corresponde a aproximadamente um terço do total dos hospitais psiquiátricos com leitos públicos, em funcionamento (CFP, 2019, p.16). Assim, a síntese apresentada neste Relatório traz um panorama da situação atual dos hospitais psiquiátricos que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, com financiamento público, vale ressaltar.

⁵¹ Aqui fizemos uma referência à obra “Fim de século: ainda manicômios?” (FERNANDES, M. I. A. org, 1999), fruto de Simpósio realizado no ano de 1997, organizado pelo LAPSO – Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP, que contou com a presença de representantes de outros países latinoamericanos. O título ilustra a inquietação das autoras devido à constatação da permanência – não sem resistências, inclusive na Universidade pública – de instituições e práticas manicomialis no cotidiano de 1999. Ainda!

Esta pesquisa teve como objetivos principais:

- **Verificar e analisar as condições de privação de liberdade das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, sobretudo a existência de violação de direitos;**
- **Avaliar a qualidade assistencial**, a infraestrutura e os insumos básicos disponibilizados às pessoas internadas;
- **Examinar os aspectos institucionais**, tais como: a existência de Projeto Técnico Institucional (PTI), identificação das modalidades de internação atendidas, diversificação de estratégias terapêuticas e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), ações para garantia dos direitos sociais (documentação, benefício, etc.) e para a desinstitucionalização das pessoas internadas na condição de longa permanência, articulação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, visando à permanente reinserção social e comunitária;
- **Analisar as condições de trabalho e a composição das equipes** de saúde no tocante à diversidade de categorias e ao quantitativo de profissionais;
- **Examinar a utilização de medidas de caráter disciplinar** no cotidiano institucional, abrangendo: práticas de castigo, espaços de confinamento e isolamento, realização de revista íntima ou vexatória, uso de medicação excessiva e aplicação de contenção mecânica;
- **Verificar o tratamento dado a: crianças e adolescentes, mulheres, negros, pessoas idosa e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos (LGBTI).**

(CFP, 2019, p. 15, destaques nossos)

É possível notar nestes objetivos a preocupação em verificar a existência de características consideradas marcantes dos manicômios, registradas na bibliografia (FOUCAULT, 2013; GOFFMAN, 2015), tais como: características asilares, violação de direitos das pessoas internadas, baixa qualidade do serviço assistencial oferecido, falta de projetos terapêuticos ou com pouca diversidade entre as ações ofertadas, falta de articulação com serviços da Rede e do território, inexistência ou falta de práticas voltadas à reintegração social e comunitária, péssimas condições de trabalho, utilização de medidas de caráter disciplinar e vexatório, além da preocupação com grupos mais vulneráveis.

A análise produzida neste documento revela situação alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou diagnosticadas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. “Diante deste quadro, não há como sustentar que as instituições inspecionadas possam

ser consideradas instituições de saúde, pois, antes disso, são exclusivamente instituições de privação de liberdade” (CFP, 2019, p.493). Os autores destacam que:

[...] o fechamento de instituições com características asilares não pode ser interpretado como um fator que gere desassistência, uma vez que essas pessoas, privadas de sua liberdade, já se encontram desassistidas, distantes de estratégias de cuidado em saúde.

(CFP, 2019, p.493).

Algumas das características encontradas nas instituições visitadas: “tratamento à força, obrigatoriedade e a violência como linha condutora de seu funcionamento” (p.494); “castigo, o isolamento, o uso excessivo de medicação [...] violência institucional” (p.495); “assédio sexual, estupro” (p.495); “violências físicas, lgbtfobia, revista vexatória e intolerância religiosa (p.281); “negativa do direito ao uso das próprias roupas e acesso aos seus pertences, impedimento da livre comunicação com familiares e entes queridos, violação da privacidade, exploração da força de trabalho das pessoas internadas, castigos corporais, isolamento contenção mecânica irregular” (p.499); “características asilares e condições de tratamento cruel, desumano e degradante” (p. 497).

Dentre algumas posturas que denotam características asilares, notamos a ausência de proposta de tratamento para a internação, tornando-a um fim em si mesma; a perpetuação de moradoras(es) no interior das instituições; a realização de intervenções sem consentimento; a violação das correspondências ou monitoramento de contatos telefônicos e a **ausência de articulação com a rede extra-hospitalar para a continuidade do cuidado pós-alta**. Dentre as relacionadas aos maus-tratos, tratamento desumano e degradante, encontramos a **insuficiência e a má qualidade de alimentação e água potável; banho frio e banheiros sem porta; indícios de apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas**, entre outros. Muitas dessas, contudo, são ações por omissão.

(CFP, 2019, p.499, destaques nossos).

No caso das/os adolescentes, verificaram que elas/es estão sendo privadas/os de sua liberdade, “abandonadas(os) à própria sorte e submetidas(os) aos mesmos procedimentos de violência impostos aos adultos, a começar pela internação forçada” (p.495), inclusive com medicação excessiva, contenção mecânica e a eletroconvulsoterapia (p. 409). Outro ponto identificado é o fato de crianças e adolescentes estarem privadas/os de liberdade juntamente com adultos, privadas/os de sua liberdade supostamente em nome do cuidado, afastadas/os de

suas famílias, da comunidade em que vivem, da escola e de diversas outras agendas sociais (CFP, 2019, p.495).

Conforme apontado em vários momentos, ao longo do referido relatório, tais aspectos fazem dessas instituições inspecionadas locais que vulnerabilizam ainda mais os sujeitos nelas inseridos, de modo que – segundo as/os autoras/es – “as mesmas não poderiam ser nem comparadas a instituições de saúde” (CFP, 2019, p.495).

Além disso, foram verificadas internações de longa permanência (p.424), sendo que, sabe-se que quanto mais tempo institucionalizada a pessoa, mais ela é afastada de seus atributos como memória, história de vida, vínculos familiares, afetos, autonomia etc., o que resulta em maiores desafios para sua reabilitação psicossocial. Quatorze relatórios estaduais destacaram a presença de pessoas institucionalizadas há mais de dez anos (CFP, 2019, p.427).

No que se refere ao financiamento público direcionado a essas instituições, vemos algumas contradições em relação à legislação. A primeira delas diz respeito à promulgação da Emenda Constitucional nº 95⁵², que congelou os investimentos em saúde (e diversas outras áreas) por vinte anos. A segunda, ainda mais aviltante, diz respeito ao fato de esses hospitais receberem recursos públicos mesmo diante das várias evidências de que são instituições com características asilares (CFP, 2019, p.496).

Resgatando o histórico recente dos investimentos – e desinvestimentos – de recursos públicos na área, temos o seguinte: no que se refere aos recursos públicos investidos no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, os dados publicizados pelo Ministério da Saúde⁵³ indicavam que no ano de 2002, 75,24 % dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária (CAPS, CECCO, dentre outros). Já em 2013, este quadro se inverteu: o investimento na rede de serviços de base territorial e comunitária saltou para 79,39%, enquanto os recursos destinados aos serviços hospitalares corresponderam a 20,61 %.

⁵²BRASIL. Emenda Constitucional n.º n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 10/10/19.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 10/10/19.

Para termos uma ideia dos números, no ano de 1998, por exemplo, o Brasil contava com apenas 148 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵⁴. Segundo este relatório, atualmente, há aproximadamente 2.549 unidades, nas suas diferentes modalidades. Para além dos CAPS, serviços estratégicos da atenção psicossocial, a RAPS conta com 1.328 leitos de saúde mental em hospitais gerais, sessenta Unidades de Acolhimento e 583 Residências Terapêuticas habilitadas junto ao Ministério da Saúde (CFP, 2019, p.27-28). Destaque-se que não é apenas em número de CAPS que se garante um serviço e/ou uma política pública de direcionamento antimanicomial. Mas fato é que aqui pode-se pensar no investimento público que foi feito em uma determinada política.

Um fato preocupante: no final de 2017, embora a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – instância de articulação e pactuação que atua na direção nacional do SUS – tenha vedado qualquer ampliação da capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos (que hoje representa aproximadamente de dezenove mil leitos) – o que poderia representar a desativação progressiva deste regime – ao mesmo tempo a CIT redefiniu os componentes da RAPS, neles incluindo o próprio hospital psiquiátrico cuja ampliação de leitos fora proibida. É o que se verifica na Portaria GM/MS n. 3.588, de 21/12/2017⁵⁵, que chancela o reinvestimento na instituição asilar ao incluir, como novo ponto de atenção da RAPS, o “hospital psiquiátrico especializado” (CFP, 2019, p.27).

E mais: no ano de 2018, iniciou-se o reinvestimento nos leitos psiquiátricos, cujos estabelecimentos passaram (ou voltaram?) a ganhar potência na corrida orçamentária do SUS. Portanto, em um contexto de limitação de gastos sociais, inclusive no SUS, o financiamento ganha relevo ao evidenciar uma flagrante oposição à reforma psiquiátrica (CFP, 2019, p.27). Em 2019, outro movimento neste sentido: a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde⁵⁶, a qual estabelece “mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” e parece dar continuidade às alterações da Portaria de dezembro de

⁵⁴ Cf.: Relatório de gestão do Ministério da Saúde, intitulado “Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial”. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em: 26/11/2019.

⁵⁵ Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10/10/19.

⁵⁶ Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf

2017, citada acima, foi muito criticada⁵⁷ por organizações ligadas à luta antimanicomial – tais como CFP, CRPs, outros conselhos profissionais como os de Enfermagem, Terapia Ocupacional e de Serviço Social, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Fiocruz – principalmente nos seguintes aspectos: a Nota reforça a inclusão dos Hospitais Psiquiátricos na RAPS (que foi prevista exatamente para substituí-los!); indica financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsioterapia, mais conhecidos como eletrochoque (cuja eficácia, historicamente, foi questionada, bem como levantados prejuízos às/aos pacientes); possibilita a internação também para crianças e adolescentes e incorpora a abstinência na política de atenção ao uso de drogas (que até então era direcionada por propostas no modelo de redução de danos⁵⁸).

Retomando a história de *Índio* e sua avó, podemos verificar que a almejada rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos nem sempre se mostra presente e efetiva para a população. No caso de *Índio*, o tratamento/acompanhamento estava reduzido a uma consulta mensal com o psiquiatra da UBS que, segundo relato da avó e do jovem, era breve, praticamente se limitando à renovação da receita médica para obtenção do medicamento. Desta forma, a prática aproximava-se mais do modelo psiquiátrico tradicional do que do modelo da reforma psiquiátrica. E parece reforçar, nos familiares de pessoas em sofrimento mental, a busca por internações, por falta de outro tipo de suporte ou maneira de lidar com o fenômeno. Mas será que as/os profissionais da Rede estão tendo condições de oferecer um suporte mais qualificado, atendendo às necessidades de cada caso?

A partir deste relato, levantam-se alguns dos desafios para a luta antimanicomial, tais como a necessidade de mudanças culturais, em vários contextos. Não basta a família abrir-se a outras alternativas que não a internação e o modelo hospitalocêntrico. Todos os serviços da Rede precisam estar minimamente alinhados a esta perspectiva – incluindo aí os órgãos do sistema de justiça – cada um cumprindo seu papel, inclusive o de oferecer projetos terapêuticos para cada caso, projetos estes que envolvem muito mais do que uma consulta psiquiátrica por mês. Há também o papel da comunidade – neste caso, as vizinhas que compartilham o quintal com a família, o proprietário do imóvel, a corretora da imobiliária etc – e a maneira como esta vê a questão e lida com pessoas em situação de sofrimento. Vê-se,

⁵⁷ Para mais informações a este respeito, vide: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/45460>

⁵⁸ As ações mais específicas voltadas à questão do uso problemático de drogas, redução de danos e o modelo de abstinência serão melhor discutidas em tópico à frente, a partir de caso no qual o tema aparece (Cap. 5.7).

ainda, uma forte tendência a medidas de estigmatização e isolamento a pessoas em sofrimento mental, como relatado.

Mas, para que este serviço em rede, no território, em comunidade, na miudeza da particularidade de cada história, de cada pessoa, de cada família, possa se efetivar, são necessários vários investimentos (financeiros, técnicos, profissionais e pessoais). Conforme apresentado, nos últimos anos há disputas entre diferentes modelos para a política de saúde mental e, conseqüentemente, os investimentos públicos podem fortalecer mais ou menos um modelo do que outro(s).

A substituição do modelo de atenção, pautada na reestruturação da rede assistencial de base territorial e comunitária, mantém-se em curso e se coloca como um desafio cotidiano para aquelas/es que atuam no campo da saúde mental. A transformação do modo de cuidado se expressa no dia a dia das relações, no cerne dos serviços, mas não só, implica a mudança da cultura manicomial, a necessidade de implantação de novos serviços e de assegurar condições adequadas de funcionamento para os serviços já existentes, a invenção de novas estratégias alinhadas com a premissa do cuidado em liberdade (CFP, 2019, p.29).

Scarcelli (2017), na busca por um recorte metodológico para subsidiar a formulação de perguntas, problemas e compreensões no campo das políticas e práticas, utiliza, didaticamente, o que nomeou de **quatro âmbitos**, os quais se complementam e que são interdependentes entre si e que podem ser utilizados para indagarmos aspectos acerca das políticas públicas. São eles:

- **Político-jurídico**: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes destas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros;
- **Social-cultural**: indaga sobre os grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas;
- **Teórico-conceitual**: indaga sobre os fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- **Técnico-assistencial**: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimento de práticas de programas, diretrizes políticas e lei.

(SCARCELLI, 2017, p.218, destaques nossos)

No campo da Saúde Mental, pelo que vimos até este ponto, podemos resgatar, neste sentido, que houve uma mudança do ponto de vista do âmbito político-jurídico (por exemplo a Lei 10.216/2001, sobre a qual já comentamos, dentre outras portarias). Porém, parece que, embora este âmbito esteja interligado aos outros, sabemos que a mudança sob esta perspectiva não vai, necessariamente, repercutir exatamente conforme o proposto, em outro âmbito, no teórico-assistencial, por exemplo. Tampouco no social-cultural.

Esta autora tem como hipótese que há no campo da atenção em saúde um distanciamento entre , de um lado, o âmbito de definição de diretrizes legais (político-jurídico) e, de outro lado, os modos de ajustar tais diretrizes aos recursos disponíveis para criação e desenvolvimento das práticas (âmbito técnico-assistencial) que, por sua vez, também podem desencadear processos de elaboração de novas leis e diretrizes (SCARCELLI, 2017, p.24).

Retomando novamente o caso de *Índio*. Temos a política de saúde mental (leis, portarias, ou seja, âmbito político-jurídico), que, grosso modo, redirecionaram o modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico e às suas famílias. Passa-se aqui por uma concepção acerca da *loucura* (âmbito teórico-conceitual), que sustenta um modelo de cuidado com certas práticas que são esperadas, mas não necessariamente desenvolvidas “na ponta” (âmbito técnico-assistencial). Tudo isso envolto, podendo responder ou não às relações e necessidades dos sujeitos (âmbito social-cultural).

No caso, vimos que, inicialmente, o tratamento oferecido ao paciente estava limitado a uma consulta ambulatorial mensal com psiquiatra (âmbito técnico-assistencial), o que, a princípio, não parecia estar alinhado com o que está proposto na lei, o que propõe uma Rede de atenção mais complexa e diversificada. Muitas famílias passam por esta situação, sentindo falta de suporte do serviço público. Houve tensões entre a família e outras famílias da vizinhança, que queriam a manutenção do isolamento de *Índio*, reforçando uma postura existente no imaginário social (âmbito social-cultural) relacionada à *loucura* e à *anormalidade*, que são contrárias a certas concepções (âmbito teórico-conceitual) que embasaram o modelo de atenção proposto e promulgado em 2001. Ao mesmo tempo, vemos outras reformulações ocorrendo no campo político-jurídico (portarias mais recentes, destinamento do financiamento público), que podem ser tanto reflexo de ocorrências em outros âmbitos (diferentes modelos no campo teórico-conceitual, por exemplo), quanto

poderão trazer impactos para os outros âmbitos (o social-cultural, por exemplo, voltando a reforçar estigmas).

Assim, com base nestes âmbitos de análise, o que fica claro é sua interdependência e impactos que os ajustes em um campo acaba influenciando no outro, em uma constante interação. Vemos que eles podem subsidiar a organização do pensamento, o direcionamento do olhar e a planificação da ação; “possibilitam agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar (SCARCELLI, 2019, p.218).

5.3 Fugiu do CAPS e foi à Defensoria

*Minha esperança morreu indigente
Meus sonhos no orfanato jogaram
Hoje não tenho contato com eles
Pois num manicômio me trancafiaram
Ogi (Rapper)*

Durante alguns anos trabalhando como psicóloga na DPESP, atuei na assessoria do Defensor Público-Geral, no prédio Administrativo da instituição, onde ficam os órgãos de gestão. Ou seja, diferente das Unidades de Atendimento, que têm como função o contato direto com as/os usuárias/os, na Defensoria Pública-Geral o foco são as funções administrativas, organizacionais, a construção de diretrizes e políticas institucionais que servem de referência e suporte às/aos profissionais que estão nas Unidades de Atendimento, dentre outras atribuições⁵⁹.

Apesar de não ser voltado ao atendimento direto da população, o prédio Administrativo recebe usuárias/os com certa frequência: seja pelo imaginário de que, considerando que nesta sede fica o gabinete do Defensor Público-Geral e outros cargos hierarquicamente superiores, poderiam ali ser resolvidas questões, supostamente com maior autonomia e possibilidade, seja porque neste mesmo prédio estão lotados órgãos como a Corregedoria Geral e a Assessoria de Convênios, canais que – dentre outras atribuições – têm como função a escuta de críticas e sugestões sobre os serviços prestados e, conseqüentemente, são procurados pelas pessoas que reclamam por melhor atendimento. Às vezes o prédio pomposo, de entrada com piso em mármore também atrai pessoas perdidas/os, simplesmente procurando atendimento na Defensoria Pública e que não localizaram o prédio do atendimento inicial, que fica na mesma calçada, na região central da Capital. Mas muitas vezes o que também ocorre – a meu ver – é que algumas pessoas encontram acolhimento neste local e com ele – e com as/os profissionais que nele trabalham – estabelecem vínculos e retornam. Foi o que aconteceu com *Grafite*⁶⁰.

⁵⁹ Mais informações em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2905> (acesso em 23/09/2019)

⁶⁰ Nome fictício, emprestado da substância *grafite*, uma das quatro formas do carbono. Segundo a *Wikipédia*, as principais características da *grafite* são sua capacidade de conduzir eletricidade e calor. É mole, facilmente desgastável e de boa condutibilidade elétrica. Site consultado: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Grafite> (acesso em 23/09/2019).

Grafite era uma moça jovem, tinha acabado de completar 24 anos. Negra e de origem pobre – como tantas usuárias da DPESP – vivera uma vida sempre em instituições: muito pequena, devido à situação de vulnerabilidade social, foi afastada de sua família de origem e recolhida em uma instituição voltada ao acolhimento de crianças e adolescentes (SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes). Nunca fora adotada. Passou a infância e adolescência no abrigo. Desde esta época, foi diagnosticada com algum tipo de déficit cognitivo, pois apresentava atraso na aprendizagem, sendo considerada pessoa com deficiência intelectual. Além disso, foram identificados sintomas depressivos e, em conjunto com outros comportamentos observados, foi levantada a hipótese de quadro de *transtorno afetivo bipolar*⁶¹. Aos 18 anos – conforme previsto nas normativas que versam sobre SAICAS – a jovem foi desligada do local e, tendo em vista a inexistência de vínculos familiares ou outra rede de apoio, passou a ficar por alguns períodos em outras instituições – Centros de Acolhida⁶², leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais (em momentos de crise) e Unidades de Acolhimento⁶³ – intercalando com períodos em que ficava em situação de rua.

Vimos que a história de *Grafite* é a de uma vida em instituições, quase sempre em locais com características de *instituições totais*⁶⁴ (GOFFMAN, 1961/2015). Nas obras de Foucault (1997) e Goffman (1961/2015), são apresentados aspectos marcantes destas instituições, tais como a representação que a/o interna/o faz da vida institucional, o aniquilamento de sua identidade, a estigmatização e as dificuldades enfrentadas em seu processo de reinserção social, questões igualmente presentes na narrativa de *Grafite*. Seja pelo

⁶¹ O *transtorno afetivo bipolar* - é caracterizado por episódios nos quais o humor e os níveis de atividade de uma pessoa ficam gravemente alternados. Esta alteração algumas vezes consiste, no que se chama de *mania*, quando há uma exaltação do humor, com um aumento da energia e da atividade. Em outras vezes a paciente pode apresentar quadros depressivos (OMS, 2002, p. 56).

⁶² Centros de Acolhida são equipamentos públicos relacionados à Política de Assistência Social, voltados a pessoas em situação de rua. Mais informações em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_especial/index.php?p=28983 (acesso em 23/09/2019).

⁶³ As Unidades de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde. As UA funcionam 24 horas, 7 dias por semana e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. Mais informações disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/854-unidades-de-acolhimento-ua/41056-unidades-de-acolhimento-ua> (acesso em 23/09/2019).

⁶⁴ Segundo este autor, *instituições totais* se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correccional, educativa etc. Normalmente há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição.

histórico de institucionalizações, seja pelo quadro de saúde e de vulnerabilidade social, fato é que esta jovem se apresentava, na maioria do tempo, retraída, apática, quieta e com comportamentos aparentemente infantilizados e repertório verbal restrito.

Grafite vinha de um período em que residiu em uma determinada Unidade de Acolhimento (UA), embora nunca estivera no *perfil* para este serviço, o qual é voltado a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Mas, na época, diante do quadro de vulnerabilidade social em que se encontrava, foi acolhida no local. Porém, após alguns meses, foi desligada, haja vista que a referida Unidade tornar-se-ia voltada ao público Infante Juvenil, ou seja, para jovens de até 18 anos incompletos, o que excluía *Grafite* (na ocasião com 23 anos). Devido à existência de episódio de *crise* recente, incluindo ideação suicida, automutilação e ingestão de vidro, a equipe intersetorial – sobretudo da Rede de Atenção Psicossocial, CAPS e UBS – composta por profissionais que acompanhavam o caso de *Grafite* há alguns anos, encaminhou a jovem para internação em um CAPS ADIII⁶⁵, pois – segundo me relatou a gerente do próprio serviço – era o local mais apropriado, dentro do possível, para promover cuidados à paciente, embora ela não fosse o “público alvo” daquele equipamento (pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas). “É onde tinha vaga”, disse-me a gerente.

Quando conheci *Grafite*, ela já tinha sido atendida uma única vez por uma Defensora Pública que atuava neste prédio Administrativo da DPESP, em conjunto com uma profissional do CAPS. Este atendimento ocorrera em um plantão da Defensoria realizado em um serviço de Saúde, como costuma ocorrer ocasionalmente. Passados alguns dias, a paciente surgiu repentinamente no prédio da Defensoria Pública, neste que não costuma realizar atendimento, o qual descrevi no início deste tópico e onde trabalhava a Defensora que a havia atendido. Por telefone, as funcionárias da recepção avisaram sobre sua presença na portaria. A Defensora em questão me passou um resumo do caso e me disse que a paciente estava com indicação (da equipe multiprofissional que a acompanhava) para Residência Inclusiva (RI), instituição voltada a pessoas com deficiência em situação de dependência, que não disponham

⁶⁵ Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h – CAPSAD III – equipamento destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, sendo que a/o paciente pode ficar internada/o no local até 14 dias. Mais informações, vide Portaria PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012, disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html (acesso em 24/09/2019).

de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar⁶⁶. Segundo avaliação multidisciplinar, era o local mais apropriado para a jovem, mas não havia vaga disponível naquele momento. Desta forma, *Grafite* continuava internada no CAPSADIII até que a vaga em RI fosse provida. A Defensoria Pública acompanhava o caso, na iminência de ter que judicializar (cobrar) o direito de *Grafite* ao serviço/vaga. Surpresa com a presença de *Grafite* no prédio da Defensoria neste dia, a Defensora me pediu para que a atendesse e assim fui.

Logo que cheguei à portaria avistei *Grafite* pela primeira vez. O primeiro impacto em mim foi de surpresa, causado pela vestimenta que ela usava: uma espécie de macacão de cor bege, remeteu-me imediatamente a um uniforme de internos de algum lugar... Não sei se foi pelo fato de saber do histórico de *Grafite*, ou devido à expressão assustada, acompanhada de agitação e dos cabelos desalinhados, ou pelo fato de sua roupa estar amarrotada, ou mesmo pela expressão de desconforto e estranheza que observei no rosto dos seguranças e recepcionistas que a observavam desconfiadas/os, ocorre que logo me veio a impressão de que estava diante de alguém em fuga, foragida. Parecia que tinha fugido de um *hospício* e saiu pelas ruas da metrópole, como num filme. Enquanto me apresentava a ela e reparava em sua respiração ofegante, fiquei pensando de onde ela estava vindo, de onde era aquele uniforme... até que avistei na roupa a sigla do CAPS. “Ela fugiu do CAPS”, pensei comigo. Outra coisa que pensei foi: “como estes uniformes do CAPS parecem os dos antigos manicômios, um tecido duro, uma cor de nada, uma aparência de não-identidade”. Parecia que ela tinha fugido de uma prisão. Estava com medo de ser encontrada. Logo pedi-me abrigo e sigilo. Pedi para não comunicar o serviço que ela estava lá. Para não “entregá-la”. Fiquei pensando como ela podia confiar tanto em um órgão do Estado (Defensoria Pública), sendo que estava fugindo de outro órgão deste mesmo Estado (no caso, o CAPS). Era como se, para ela, fossem Estados – ou representações deste – muito diferentes. Um do qual ela fugia – embora fosse um serviço de acolhimento/atendimento em saúde mental (CAPS) – e outro para onde ela fugia (Defensoria Pública). Entendi que a confiança – e expectativas – dela eram direcionadas à “Defensoria Pública” e eu, ali, apenas representava a instituição. Até porque não nos conhecíamos. A relação era entre ela e a Defensoria. O vínculo era entre ela e a Defensoria. E eu – de maneira quase que imediata – parecia estar encarnando a “entidade” Defensoria Pública para aquela pessoa, naquele momento.

⁶⁶ Mais informações sobre RI:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maior2016.pdf (acesso em 24/09/2019).

Convidei-a para irmos a um local mais reservado, para que pudéssemos conversar melhor. Como já foi dito, não se tratava de Unidade de atendimento e sim de prédio que não é organizado para escutas mais cuidadosas, mas havia uma sala com certo isolamento, próxima à portaria, que costumávamos usar para melhor atender estes casos. Ela aceitou entrar e sentar. Lembro que conversamos durante o período de quase duas horas. Ela me falou um pouco sobre a infância, as variadas formas de violência que passou, o longo período em que ficou no abrigo. Interessante que após descrever o tanto que sofreu naquele abrigo, ela também falou da dor da separação, quando completou 18 anos e teve que sair do local. “Era ruim, mas era tudo o que eu tinha”, disse-me. E chorava. Chorou muito, ao longo de todo o atendimento. Em certos momentos ela se calava. Como se tivesse paralisado. O olhar ficava disperso, parecia não olhar coisa alguma. Parecia longe. Olhava os cantos da sala. De repente se agitava novamente, como se tivesse despertado. A fala era por vezes confusa, mas ao mesmo tempo tão clara. Tão profunda. Voltava a falar dos sofrimentos, da sua vida de sofrimentos. Em tom de desespero, voltava a chorar muito, chorar forte. Dizia que gostava de ficar na Unidade de Acolhimento (UA), mas que teve que sair de lá. Dizia que às vezes era bom ficar livre, na rua; mas que lá apanhava muito. Que os homens abusavam dela. Contou que não suportava mais ficar no CAPS-AD. Explicou-me que lá era para quem “usava droga” e que ela não usava. Disse que era muito angustiante ficar lá cercada de pessoas que estavam “doidonas de crack” ou em abstinência, que aquele ambiente só a deixava ainda mais nervosa e agitada. Queria voltar para a UA, mas falaram que não podia. Falaram (as/os profissionais que a atendem na Saúde) que ela iria para uma RI, mas que não tinha vaga. Pediram para ela esperar, mas esperar (no CAPS-AD) estava desesperador para ela. Não queria mais ficar lá. Disseram que a Defensora iria conseguir a vaga para ela. Mas já havia passado quase um mês. E ela não suportava mais.

Depois de um tempo de atendimento, ela deu um grito: “Chega! Vou acabar com isso”. Passou a me relatar as inúmeras tentativas de suicídio que cometera. Que nos dias de desespero, sempre pensa em uma forma “de acabar com tudo”, de se matar. Contou da vez em que tomou remédios, do dia em que se cortou com vidros de uma porta que quebrou, do dia em que comeu cacos de vidro. Mostrou-me as cicatrizes no corpo, registros destes episódios. Questionou-se: “Pra que viver assim?”, “Pra que viver uma vida desta, sem sentido, com tanto sofrimento?”. Senti que ela parecia presa nesta vida de sofrimento. Disso não conseguia fugir. Parecia sufocante mesmo. Claro que ao longo do atendimento, assim como em outros tantos, procuramos na Psicologia estratégias de manejo clínico para lidar com esse tipo de situação.

Buscamos estar ao lado da pessoa, mostrar acolhimento, oferecer uma escuta qualificada para buscar com ela caminhos de fortalecimento e enfrentamento desta situação. Em conjunto com essas técnicas, eu ia acrescentando orientações a respeito do que poderíamos fazer enquanto Defensoria Pública, que iríamos cobrar pela efetivação de sua vaga na Residência Inclusiva, local para onde ela também manifestava concordância em ir.

A esta altura, a Defensora Pública que estava ciente do caso – embora não estivesse participando deste atendimento – havia entrado em contato por telefone com a equipe do CAPS e notificado a presença de *Grafite* em nosso prédio. Recebi a informação por mensagem no celular, a qual observei rapidamente enquanto a usuária tomava água. As profissionais do CAPS estavam a caminho da Defensoria para falar com ela. O desespero tomava conta de *Grafite*. Sem mais esperanças, voltou a falar das vezes em que passou em viadutos e pensou em se jogar. Disse que havia avistado um ali perto. Comecei a ficar com receio do que estaria planejando. Comecei a torcer para que a equipe que a acompanhava – e por quem ela mostrava vínculo e afeto – chegasse logo para compor meu atendimento. Comecei a ficar com medo de não mais poder contê-la. Devia eu contê-la? – pergunte-me silenciosamente. Tenho eu este direito de controlar esta pessoa, esta breve vida que já tinha sido por tantas vezes controlada por pessoas e instituições? Essa vida miserável e sofrida que ela mesma me relatara que não suportava mais. Que não queria mais viver. Seria um grito de liberdade e de autonomia aquela fuga e aquele desejo de morte? Enquanto ela me relatava seu desespero e desesperança, eu refletia acerca de quais limites éticos/técnicos – ou até pessoais meus – estavam ali em jogo. Em fração de segundos, foi como se eu tivesse revisado as atribuições da Defensoria, no tocante a garantir direitos, as minhas atribuições de Psicóloga da Defensoria – de promover cuidados e direitos. “Quais direitos estavam ali postos em questão?”, pensei. Direito à Saúde, direito ao serviço de Assistência Social (RI), direitos da pessoa com deficiência, direito ao atendimento, direito ao acolhimento/suporte, direito à escuta, direito à vida, direito à fuga... direito à morte (?). Quantas violações de direito aquela jovem passou no decorrer de sua vida, quanto sofrimento, quanto desespero. E se ela quisesse desistir de esperar?

Lembrei-me do Código de Ética das/os Psicólogas/os. Resgatei que as técnicas psicológicas sempre se orientam com a perspectiva do respeito à autonomia e à liberdade das pessoas que atendemos, respeitando suas escolhas. Não podemos ser violadoras/es, opressoras/es e invasivas/os. Mas também não podemos ser coniventes com violências e situações que colocam a vida em risco. Estaria *Grafite* planejando violentar a si mesma? Até

que ponto poderia/conseguiria, eu, controlá-la e impedi-la? Naqueles longos segundos, também tentei resgatar mentalmente os cursos e materiais que já tinha lido acerca dos critérios para se avaliar uma situação de risco ou propensão ao suicídio. Como intervir, quando intervir, até onde intervir? Já estava quase perdida em meus pensamentos, enquanto *Grafite* chorava e se queixava, repetindo o relato de suas dores, quando tomei um susto: repentinamente ela se levantou e correu em direção à porta da sala. Correu. Quando alcancei a porta da sala, avistei-a já saindo do prédio da Defensoria. Eu não sabia se gritava aos seguranças, se pedia ajuda, se pedia que corressem também. Fiquei com medo de serem agressivos. Não pelo histórico deles, mas pela situação de urgência e pouco tempo para agir com mais cuidado. Qual ação imediatista poderiam ter?

Fui até a porta e *Grafite* já quase desaparecera em meio à multidão de pessoas nas ruas da agitada cidade. Corri. Corri e corri, desviando das várias pessoas na calçada, ainda refletindo se seria aquela a postura mais correta e profissional de uma psicóloga. Ainda não tinha uma resposta tão conclusiva, mas enquanto continuava a refletir, corria. Alcancei *Grafite* em cima de um viaduto, já debruçada sobre a lateral de um muro baixo. Metade do corpo robusto já estava emborcado para fora (e para baixo). Um grupo de pessoas que passavam embaixo do viaduto já começava a interromper a caminhada para observar a cena. Segurei-a fortemente pelas pernas – foi a primeira parte que consegui tocar. Depois apoiei as mãos em suas costas, tentando puxá-la para uma posição mais segura. Logo um grupo de pessoas juntou-se a mim e começaram a puxá-la também. *Grafite* só chorava. E soluçava. Tremia. Ficou mole, sentou-se no chão. Algumas pessoas tentavam conversar com ela, questionavam sua atitude, pediam-lhe seus dados pessoais para tentar ajudar. Ela só chorava, não conseguia responder coisa alguma. Agachei-me ao seu lado, com o coração também disparado. Fui respondendo aos poucos às pessoas que ali estavam, fui explicando o que estava ocorrendo, quem era ela, quem era eu. Dois carros da polícia pararam o trânsito em uma faixa da rua e também vieram ver o que estava acontecendo. Ofereceram suporte para tentar acalmá-la e conduzi-la a algum local. Expliquei que a equipe do CAPS estava a caminho já fazia algum tempo e que em breve chegariam.

Alguns minutos depois, ainda sentada ao lado de *Grafite*, que chorava e dizia que “não aguentava mais”, mas que também demonstrava estar muito assustada com sua própria atitude, avistei a equipe do CAPS se aproximando. Fiquei aliviada quando vi os crachás de identificação. *Grafite* logo deu um abraço na enfermeira do CAPS, a qual conhecia há algum tempo. Em meio ao choro, pediu desculpas por ter fugido, pediu desculpas a mim por ter

tentado se matar. Abraçou-me também e agradeceu. Fiquei mais um pouco ali com eles/as, na rua. Conversei mais um pouco com *Grafite*. Logo ela aceitou retornar ao CAPS e nos despedimos.

Continuamos em contato com a equipe do CAPS e da Prefeitura, visando verificar a questão da vaga na RI para *Grafite*, para tirá-la daquela situação de certa forma irregular (estar em instituição que não estava correspondendo às suas necessidades e que, pior ainda, parecia estar prejudicando seu quadro de saúde). A Defensora também continuou monitorando o caso e tentando efetivar a vaga. Passou quase um mês e *Grafite* retornou à Defensoria. Dessa vez foi acompanhada pela gerente do CAPS. Vieram saber se tínhamos novidades sobre a vaga. *Grafite* parecia melhor, mais tranquila. Reconheceu-me logo e parecia vinculada comigo. Lembrou-se do meu nome e ficou feliz porque me lembrei do dela também. Embora tenha ficado feliz em revê-la e em vê-la em um estado emocional aparentemente melhor, não pude deixar de sentir frustração: mais um mês que ela permanecia em um local que lhe fazia mal. Mais um mês aguardando vaga para a RI. Quantas *Grafites* aguardavam vagas para RI? Quantas *Grafites* estavam aguardando respostas do Estado? Quantas *Grafites* nem suporte de equipe ou serviço algum têm? Alguns técnicos diziam que só abriria vaga quando algum/a morador/a da RI falecesse. Precisaríamos esperar a morte de alguém para comemorar a vaga? Senti tristeza.

Passados alguns meses, em uma reunião com profissionais de diferentes serviços, a equipe do CAPS relatou brevemente sobre o estado de saúde de *Grafite*. Disseram que ela estava melhor, mas ainda aguardava a vaga para RI. Passados mais alguns meses, recebi notícias – e fotos – de *Grafite*. Enfim, tinha ido para uma RI. A expressão de seu rosto era ótima. Estava participando de diversas oficinas e seu relacionamento com as/os demais conviventes do espaço era ótimo. As últimas fotos que recebi era de um churrasco que realizaram no local, era aniversário de *Grafite*. Pelo que fiquei sabendo das técnicas do serviço, agora ela via motivos para comemorar.

As principais características da grafite - uma das quatro formas do carbono – são sua capacidade de conduzir eletricidade e calor. É mole, facilmente desgastável e de boa condutibilidade elétrica. Assim também me pareceu *Grafite*, jovem desgastada pela história difícil de vida, acabou ficando aparentemente “mole”, vulnerável emocionalmente. E conduz muita energia e calor, por onde passa.

5.3.1 Mulher, negra e pobre: o retrato das pessoas atendidas na Defensoria Pública

Grafite simboliza bem as pessoas atendidas na DPESP: mulher, preta e pobre. “Quase pretas de tão pobres”⁶⁷ são outras. No trabalho anterior (CAVALCANTE, 2016), já houve referência à pesquisa desenvolvida pela equipe da Ouvidoria da Defensoria Pública de São Paulo⁶⁸, a qual verificou que 73% da população atendida na DPESP são *mulheres* (no Estado de São Paulo, essa proporção é de 51,5%, segundo o Censo 2010, do IBGE). Os dados sobre *raça* foram obtidos por meio da autodeclaração das entrevistadas. Lembrando que 69,5% da população geral do Estado se declara branca e 34,5% se declara como pretas ou pardas (IBGE), temos um quadro na Defensoria que chama atenção: 48% das/os usuárias/os se autodeclararam brancas e 47% se autodeclararam negras ou pardas. Também averiguaram que 5,5% das/os usuárias/os da DPESP entrevistadas/os não sabiam ler nem escrever, índice maior do que o percebido no Estado, que concentra 4,5% de *analfabetas*. A renda também é abaixo da média do estado de SP - renda domiciliar/ familiar de até 2 salários mínimos (54%), para famílias que, em média, possuem de 3 a 4 integrantes (média de 3,5 pessoas/ núcleo familiar ou residência).

Gênero, raça e classe. Recentemente, autoras/es têm utilizado o conceito de *interseccionalidade* que busca “capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação em nossa sociedade” (ASSIS, 2018, p.555). *Grafite* encarna todas estas características. E mais: *Grafite* tem em sua história a marca de ter passado a maior parte de sua vida em um SAICA, tendo sido afastada muito cedo de sua família de origem, muito provavelmente pobre, como tantas outras que atendemos. Estudos mostram a desqualificação que sofrem as famílias pobres brasileiras que, com suporte falho do Estado e de suas políticas públicas, são acusadas de negligência e viram alvo de ações de controle, ações de destituição do poder familiar e têm suas/seus filhas/os acolhidas/os, geralmente “para sempre”. É a criminalização da pobreza e a judicialização da vida agindo nestas histórias (NASCIMENTO, 2012; NASCIMENTO, CUNHA & VICENTE, 2008). Em nome do cuidado às crianças e adolescentes, vínculos são rompidos e crianças institucionalizadas por meses, anos, na esperança de uma adoção. Muitas, como *Grafite*, não têm para onde ir. Não

⁶⁷ Referência à letra da música de Caetano Veloso, “Haiti”.

⁶⁸ Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/2013.05_RelatorioPesquisa_FINAL.pdf (acesso 30/10/2019).

têm mais vínculos; não têm família. Quase não têm Rede de atendimento. Não é intuito deste trabalho aprofundar estas discussões, mas faz-se necessário demarcá-las.

Grafite também sofre com a dificuldade de garantir direitos que, embora constem na Constituição Federal – direito à Saúde, à Assistência Social, à moradia digna, à renda – sabemos que muitas vezes não se veem efetivados. Embora houvesse indicação para que ela fosse para uma Residência Inclusiva, vimos a demora para que isso ocorresse. Não há vaga para todas. Neste serviço e em outros. O desespero enquanto aguardava esta vaga quase a fez tirar a própria vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, 75% dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda. Isso demonstra que as motivações para a prática suicida estão relacionadas também às relações de violência e opressão que se manifestam nos espaços laborais, sociais e familiares, na exploração econômica, na falta de acesso à educação, cultura e saúde⁶⁹, assim como ocorreu no caso de *Grafite*.

O documento do CFP (2013) também destaca, dentre os indicadores associados a este tipo de morte a experiência da privação, condições socioeconômicas precárias, vivências de violências, abandono ou negligências, falta de acesso a serviços, dentre outros, conforme pode-se ver abaixo:

Os indicadores mais diretamente apontados pelas pesquisas como associados a esses modos de morte são também de ordem comportamental, emocional ou psicológica e estão associados ao contexto familiar, ambiental, social, econômico e cultural. Exemplos comuns de fatores de risco incluem a experiência de privação, negligência ou abuso na infância, violência doméstica, condição socioeconômica precária, falta de acesso à educação de qualidade e à oportunidade, problemas graves em pelo menos um dos cuidadores (alcoolicismo, doenças mentais, ausências prolongadas, desemprego etc.), ser vítima de bullying, isolamento ou problemas interpessoais graves, transtornos mentais diagnosticáveis, uso de drogas e álcool, impulsividade e hostilidade e a vivência de afetos intoleráveis (desespero, depressão, desamparo, desesperança, abandono, humilhação, vergonha, ódio, inveja, entre outros).

(CFP, 2013, p.46-47)

Pode-se pensar: mas é papel da Defensoria promover este tipo de atenção/cuidado? Não seria papel do serviço de Saúde? Sim e sim, penso eu. Por óbvio é papel do serviço de Saúde – que logo foi acionado, conforme relato. Porém, entendo que é papel da Defensoria

⁶⁹ Informações disponíveis em: <https://site.cfp.org.br/prevencao-ao-suicidio-desafios-para-psicologia-e-saude-publica/>

também este acolhimento. Afinal, Grafite nos procurou. Estabeleceu um vínculo conosco, uma ligação. Era atendida por nós também. Estabeleceu uma relação de confiança. Será que poderíamos lhe “fechar as portas”, simplesmente e pedir que aguardasse a vaga que estava sendo pleiteada pela Defensora? Será que promover a assistência jurídica integral, o acesso à justiça é “só” isso? Simplesmente direcioná-la ao serviço de Saúde sem um mínimo de escuta do seu sofrimento, da sua angústia, sendo que ela depositava em nós a expectativa de acolhimento? Fazer um encaminhamento para o CAPS e lhe entregar? Penso que promover direitos passa também por esta escuta, este espaço de acolhimento, dentro das necessidades de cada pessoa, dependendo do dia, da situação. Não se pode perder de vista a perspectiva intersetorial deste cuidado, mas ele deve ser delicadamente construído e articulado, a depender do caso.

Ao discutir o conceito de *território*, muito utilizado no campo da Saúde Mental, Feuerwerker, Bertussi & Merhy (2016), destacam que este termo é muitas vezes erroneamente entendido como físico, rígido e geográfico quando, na verdade, os vínculos das pessoas são relacionais e constroem territórios que lhe fazem sentido, territórios existenciais.

Na realidade, os indivíduos enquanto usuários dos estabelecimentos de saúde, em geral, buscam formas de vínculos relacionais com vários possíveis territórios de modos muito singulares, tomando essa construção como algo subjetivante. Território, então, é existencial e situacional. Tem muitos sentidos e o é em produção.

(Feuerwerker, Bertussi & Merhy, 2016, p.14)

Nessa linha, as/os autoras/es destacam que as pessoas vão estabelecer conexões e, conseqüentemente, procurar serviços que lhe fazem sentido, com quem construíram esta ligação. E estes locais não necessariamente serão os locais onde foram orientadas a procurar atenção.

Assim, os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes de saúde, não são usuários exclusivos desses locais, apesar de haver grande territorialização. **Consumem e produzem outros laços. São “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões existenciais não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, redes de conexões que fogem dos lugares que os serviços de saúde instituem como seus.**

Atravessam, furam itinerários e trajetórias conhecidas.

(Feuerwerker, Bertussi & Merhy, 2016, p.14, destaques nossos)

Por último há de se destacar que a atuação em Rede foi fundamental neste caso, assim como em outros tantos. E a Defensoria na Rede, não encastelada como tantas vezes age a

justiça. A DPESP integrada, com outro serviço, com a/o usuária/o. A DPESP olhando nos olhos e até segurando a mão (literalmente, em um caso extremo como este). Não só vendo os papéis de um processo. Pensando junto, atuando em conjunto. No prédio, no serviço, mas também na rua se preciso for. Esta é a potência de um trabalho que visa garantir direitos. Penso que atender bem e garantir direitos também passa por estes aspectos.

5.4 Morreu na porta do CAPS atrapalhando o trânsito

Que-que-queiro saber quem assina a cena

Que me assassina

Será que a chacina um dia sana?

Trocaram o acerto da mega sena

Pela mega sina

A vida é um gole de estricnina

Ogi (Rapper)

“Oi! Tô com um caso urgente aqui. Não sei mais o que fazer... me ajuda? Posso te ligar agora?”. Recebi essa mensagem no celular, no início de uma tarde ensolarada. Vinha de uma colega também psicóloga da Defensoria, que atua em um determinado bairro da capital. Na época, eu trabalhava na Assessoria Técnica Psicossocial (ATP)⁷⁰, que, dentre outras funções, dava suporte técnico às/aos profissionais que atuavam nas Unidades de Atendimento da DPESP. As/os profissionais costumavam nos procurar quando estavam atuando em casos complexos, tanto para discuti-los e pensar em estratégias de atuação, quanto para pedir auxílio na articulação de Rede com órgãos que não estavam conseguindo acessar. O fato de estarmos vinculadas ao DPG às vezes nos facilitava para certas articulações institucionais, quando necessário acessar instâncias hierarquicamente superiores, tais como secretarias de governo, por exemplo.

“Claro. Pode ligar” – respondi, já pensando em qual seria o desafio daquele dia. Não era qualquer situação que motivava o telefonema daquela profissional. A psicóloga me explicou que se tratava de um homem; tinha cerca de cinquenta anos. Seu nome era *Cério*⁷¹. Já era conhecido naquela Unidade da Defensoria. Sua família havia procurado atendimento com o pedido de “internação compulsória”(sic), após um episódio de surto, quando achavam que não daria mais para cuidar dele em casa. Tinha diagnóstico de esquizofrenia e fazia acompanhamento no CAPS. Mas naquele dia o pedido era outro: ocorre que o paciente estava sentindo fortes dores no peito, dentre outros sintomas de infarto. Já tinha histórico de

⁷⁰ A ATP era uma das Assessorias do Defensor Público-Geral e existiu desde a criação dos CAMs (2010) até 2017, quando foi extinta. Mais informações, vide CAVALCANTE, P.R.(Org.). *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo Psicólogas e psicólogos na Defensoria Pública: a psicologia a serviço da população, dos seus direitos e do acesso à justiça*. Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – São Paulo : EDEPE, 2018, p.33.

⁷¹ Nome fictício. Vem de Cério, elemento químico metálico prateado. Segundo o site “Quimlab”, *Cério perde o lustre rapidamente em presença do ar. As soluções alcalinas e os ácidos diluídos e concentrados atacam o metal rapidamente. O metal puro pode inflamar-se quando riscado com uma faca*. Disponível em <https://www.quimlab.com.br/guiadoselementos/cerio.htm> (acesso em 01/10/2019).

cardiopatia na família. Procuraram o serviço de pronto-atendimento do bairro. No local, o paciente mostrou-se muito agitado. As angústias típicas de um quadro de sofrimento psíquico assustaram outras/os pacientes que estavam no local e até mesmo a equipe médica. Deram-lhe alguma medicação para a dor no peito, mas logo ressaltaram que ele era usuário do CAPS e lá é que deveria ser atendido para que ficasse mais tranquilo. Só assim poderiam prosseguir no tocante ao coração.

Com muito esforço – e dinheiro que quase não tinham para o táxi – a família o levou ao CAPS, no qual ele já era acompanhado. E lá disseram que nada poderiam fazer em relação aos sintomas de infarto, que a especialidade ali era outra. Foi neste contexto que procuraram a Unidade da DPESP a qual já conheciam e o CAM de referência. Aflita, a psicóloga me contou que já havia discutido o caso com o Defensor do plantão e já tinham feito contato com ambos os serviços e com profissionais e coordenações diferentes. Um serviço jogava ao outro a responsabilidade de acolher – e internar, se o caso – o paciente. “Ele é da Saúde Mental” – dizia a equipe do Hospital Geral. “O problema dele agora é o coração!” – respondia a equipe do CAPS. E as horas foram passando... e a família foi ficando cada vez mais desesperada. A psicóloga da Defensoria também se mostrou bastante apreensiva. Orientei a colega a tentar contato com a *Interlocutora de Saúde Mental* do território, profissional vinculada à Secretaria Municipal de Saúde que costuma auxiliar nestas articulações, pensar caminhos e estratégias para casos complexos como estes.

Enquanto isso, fiquei de entrar em contato com a *Coordenadoria de Saúde Mental* da Secretaria Municipal de Saúde do município, para pedir auxílio e um posicionamento a respeito. Afinal, quem/como/onde deveria ser atendido o Sr. Cério? Depois de uns anos na DPESP, fomos percebendo (CAM) que a relação entre as/os profissionais da DPESP e a Rede de Saúde – sobretudo de Saúde Mental – foi se fortalecendo e tornando-se próxima. Desta forma, os contatos telefônicos ou por e-mail foram substituindo – com muita frequência e quando possível – contatos mais formais e protocolares - muito comuns no meio jurídico – como os intermediados por *ofícios*, muito mais demorados e, por vezes, menos claros e resolutivos para situações como estas. Desta forma, com a experiência prática, por vezes buscamos este caminho antes de “formalizar” o pedido ou a relação interinstitucional. Feitos os contatos, ficamos no aguardo do retorno e providências dos referidos órgãos da Secretaria de Saúde.

No outro dia, pela manhã, o telefone toca. Reconheci a voz da colega psicóloga. Estava com a voz trêmula. “Alguma novidade? Providenciaram o atendimento?” – perguntei. “Não precisa mais” – respondeu-me a colega com voz de choro. “Ele morreu...”. Ficamos uns instantes de silêncio... som de vazio... som de impotência... som de tristeza. Morreu na porta do CAPS, aguardando para ver se seria transferido para o Hospital. Estava na calçada, em uma cadeira de rodas. Teve um infarto. Não aguentou esperar.

Mais silêncio... às vezes o espaço de discussão de casos é para pensar estratégias ainda não levantadas, caminhos não pensados, pessoas e serviços ainda não acionados. Às vezes, também, é para desabafar, compartilhar as angústias, falar, tentar traduzir em palavras o que se sente ao lidar com casos como estes cotidianamente; dar espaço às dores de quem trabalha neste campo.

Fiquei imaginando *Cério*, no final da tarde, na porta do CAPS, numa cadeira de rodas, horas ao sol quente. *Cério* era um homem que costumava se exaltar com aparentemente qualquer coisa, disseram. Li que o elemento *cério* pode se inflamar, quando riscado com uma faca⁷². Talvez quem veja este metal se inflamando vai achá-lo perigoso/explosivo. Mas ele fica assim apenas quando riscado com uma faca. Não é também efeito da ação da faca? Também li que o elemento *cério* é metálico, prateado e com brilho. Mas é *macio, maleável e perde o lustre rapidamente em presença do ar*⁷³. Imaginei que ocorreu o mesmo com este paciente. Ficou tempo demais ali exposto – ao ar, na porta do CAPS – que perdeu seu brilho, perdeu sua força, perdeu sua vida. Não aguentou mais esperar.

Quem deveria ter atendido *Cério*? A Saúde Mental, a Cardiologia, o pronto socorro? Entendo a importância da organização da política de saúde, do nosso sistema de saúde (SUS), a divisão em hierarquias, as especialidades, os diversos serviços etc etc etc... mas em casos como este fico pensando que, em meio a esta “organização”, podemos perder o principal: a pessoa para quem tudo isso deveria servir. O objetivo maior de tudo isso: a saúde, a vida. *Cério* não era “só” da Saúde Mental, não era “só” um coração. *Cério* era tudo isso e um só. Na análise sobre quem deveria atender *Cério*, a discussão tomou tanto tempo que deixou de fazer sentido. Sim, o Defensor já ia fazer um ofício de emergência para cobrar o serviço. Já estava até chegando na mão do juiz. Mas não deu tempo. Agora a família pode entrar com uma ação de indenização, mas para que, exatamente, isso ajudaria?

⁷² Site consultado: <https://www.quimlab.com.br/guiadoselementos/cerio.htm> (acesso em 01/10/2019).

⁷³ Idem.

Era evitável essa morte? Poderia ter sido feito algo diferente? Há muito o que se pensar e tentar levantar a respeito. Mas, para *Cério*, fim.

5.4.1 Integralidade x Fragmentações no SUS

Esta narrativa com final trágico ilustra o desamparo vivido por muitas/os usuárias/os do sistema público de saúde. Apesar da integralidade ser um princípio básico do SUS, muitas vezes não se vê efetivada. A proposta de se ter uma Rede de serviços que, de modo articulado, atendam às mais diversas necessidades de cada pessoa, na prática, muitas vezes se torna um labirinto, no qual a/o usuária/o percorre vários serviços em busca de um cuidado, cuidado este que fragmenta a pessoa e se volta não a ela, mas às suas doenças e diagnósticos. Isso é aqui(ex: coração), aquilo é em outro lugar (saúde mental).

O foco na doença, e não no sujeito como um todo, ainda é uma prática comum, apesar de a integralidade ser princípio básico do funcionamento do SUS. Esse princípio, que inclui promover e prevenir a saúde e buscar uma articulação das diversas redes para oferecer um cuidado ampliado, muitas vezes não encontra eco na realidade dos serviços de saúde. O exercício de uma prática crítica, atenta à construção cotidiana do cuidar, é tarefa difícil e, infelizmente, rara nas unidades de saúde, muitas vezes geridas por uma lógica focada em procedimento e produtividade.

(KEMPER et al., 2015, p.996-997)

Endo (2017) identifica inúmeras justificativas para não se incluir um/a paciente num serviço de saúde:

[...] o perfil do usuário e do profissional, os temas transversais presentes em cada caso (violência, DST/AIDS, menores de idade em conflito com a lei, homens em situação de rua, adolescentes em situação de risco), a gravidade ou complexidade da doença, ou a característica do equipamento: “Este usuário não tem perfil para CAPS”. “Aqui não atendemos comorbidade psiquiátrica”. “este é um caso de polícia, deve ser encaminhado ao Conselho Tutelar”. “Interno da FEBEM nós não atendemos, só os de liberdade assistida”[...]

(ENDO, 2017, p. 56)

Vê-se um elevado nível de especialização, com fragmentação dos serviços, que tem como consequência uma correspondente elevação da seleção dos pacientes assumidos. Assim, voltam-se apenas para a demanda específica para a qual teriam competência para lidar e

“quanto ao restante podem dizer: não é problema nosso” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.22).

E, em meio a tantas especializações, perde-se de vista o principal: a pessoa a quem estes serviços deveriam cuidar. Como no caso de Cério, com tantas barreiras impostas, ficou à margem dos serviços – literalmente, para fora, enquanto se discutia onde ele deveria ou não ser atendido. Se pela cardiopatia ou pela questão de saúde mental. Ficou de fora de ambos.

Merhy (1998), ao pesquisar acerca das queixas das/os usuárias/os em relação aos serviços de saúde, verificou que, em geral, estes/as reclamam não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. “Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”(MERHY, 1998, p.104).

5.4.2 Discussão de casos: espaço de qualificação técnica e cuidado com as/os trabalhadoras/es

Aproveito para tecer alguns comentários acerca de um outro aspecto que apareceu no último relato: a importância do espaço de discussão de casos e suporte técnico às profissionais que estão no atendimento. Esta questão está presente no atendimento e acompanhamento dos casos de saúde mental (e não só estes), seja pela Rede de Saúde, seja nas unidades da Defensoria Pública. Conforme foi descrito, a situação ilustrou um suporte técnico multidisciplinar especializado, o qual permitiu a discussão de estratégias para condução do caso, auxílio na articulação de redes e também certo amparo à trabalhadora que se viu diante de limitações, inclusive com final trágico, promovendo grande sofrimento às profissionais envolvidas.

Silva e Costa (2008) pesquisaram as relações de (des)cuidado que permeiam o cotidiano de trabalho e influenciam a saúde mental das/os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental. Tendo em vista que as/os profissionais da DPESP – sobretudo dos CAMs – trabalham diretamente com o atendimento de casos complexos, inclusive as demandas relacionadas ao campo da Saúde Mental, é possível utilizarmos as reflexões deste estudo também para as/os trabalhadoras/es da Defensoria Pública.

Percebe-se uma necessidade de investimentos e ações que privilegiem o cuidado com a saúde mental dessas/es profissionais. As autoras sugerem ações – voltadas à qualificação técnica e ao cuidado das/os trabalhadoras/es – tais como: capacitação e qualificação continuada; remuneração justa às/aos profissionais; garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação; garantia de supervisão clínica e institucional (SILVA e COSTA, 2008, p.89). Dentre estas ações, destacam a importância e necessidade de um tempo maior para discussão dos casos atendidos e os sentimentos neles envolvidos (SILVA e COSTA, 2008, p.91).

Um espaço que seja adequado às discussões e que possibilite apreender os sentimentos envolvidos nos casos atendidos aparece como sugestões de cuidado com o trabalhador. Poder-se-ia, nesse espaço, criar momentos para se construir as práticas interdisciplinares, compartilhar as dificuldades cotidianas e contar com o apoio da equipe.

(SILVA e COSTA, 2008, p.93)

Vê-se que o espaço voltado a reuniões para discussão de casos e práticas do serviço contribui para o sentimento de apoio e realização com o trabalho, promovendo integração da equipe permeada pelos bons relacionamentos interpessoais e isso tem impacto direto no trabalho, nas ações desenvolvidas e na qualidade do que é oferecido à população.

Tomando como base de observação a experiência vivida com os grupos de profissionais de saúde, evidenciamos que a construção de espaços para discussões e reflexões das práticas de cuidado contribui para a percepção de um novo fazer e agir. Esse novo olhar gera mudanças na atuação do profissional com a equipe, com o trabalho desenvolvido com o usuário e consigo mesmo, na forma de procurar identificar as atividades que proporcionam o equilíbrio psíquico e emocional.

(SILVA e COSTA, 2008, p.102)

As autoras também identificaram nos documentos referentes às ações de atenção à saúde do/a trabalhador/a que foram incorporados ao discurso do movimento da reforma psiquiátrica uma preocupação desse movimento com a saúde mental das/os profissionais, existindo diretrizes que apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias para acompanhar a saúde mental do/a trabalhador/a (SILVA e COSTA, 2008, p.99).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica evidencia a importância da construção de espaços para problematização e discussão do trabalho em saúde mental, criando novos dispositivos de atenção psicossocial ao atendimento do usuário.

(SILVA e COSTA, 2008, p.99)

Em minha pesquisa anterior (CAVALCANTE, 2015), na qual entrevistei as/os primeiras/os psicólogas/os da DPESP, elas/es reforçaram a necessidade e importância de espaços de discussão de casos, dentre outros, para a formação permanente e qualificação técnica das/os profissionais, além do cuidado com sua saúde mental, visando promover uma atuação também qualificada à população. Na ocasião, apesar de identificarem a ocorrência destas atividades na instituição, as/os entrevistadas/os demonstraram preocupação com sua manutenção, já que algumas identificaram uma redução no número de atividades propostas ao longo dos anos, bem como um aparente desinvestimento neste tipo de ação por parte de algumas/uns gestoras/es da instituição (CAVALCANTE, 2015).

5.5 Manicômios judiciários e a prisão perpétua do Brasil. A culpa é de quem?

Assim como na narrativa anterior, o que vou contar agora ocorreu durante os anos em que eu atuava na Assessoria Técnica Psicossocial (ATP), dando suporte a profissionais de outros CAMs. Naquele dia ligou-me um colega do interior, também psicólogo. Com a fala bastante lenta e espaçada – que demonstrava cuidado com as palavras, ao mesmo tempo talvez uma escolha de palavras que pudessem descrever o melhor possível a complexidade da situação que ia me contar – ele foi relatando um desafiador caso que estava acompanhando em sua Unidade. Ele estava com dificuldade de levantar outras estratégias de atuação, não sabia mais o que fazer. Pediu ajuda para pensar. Era da esfera penal. Uma pessoa que tinha cometido assassinatos há muito tempo... “Você já ouviu falar do *Jack, o estripador*⁷⁴?” – perguntou-me, como quem queria encurtar a história ou verificar o que eu já tinha ouvido falar sobre o caso. Não, o nome que ele disse não foi este. Foi outro. Mas que soa parecido, no sentido de um nome já muito divulgado na mídia, relacionado a assassinatos em série – mas, neste caso, ocorridos no Brasil – sobre o qual eu já tinha ouvido falar também.

“Já ouvi falar sim... Não me lembro de detalhes do caso, mas já ouvi este nome” – respondi. “Pois é, ele é daqui” – explicou o psicólogo. “Eu não gosto de chamar ele assim, mas sei que é como as pessoas se referem a ele e à sua história. O nome dele, na verdade, é *Arsênio*⁷⁵. Estava na época com 75 anos. Na década de 60, havia assassinado uma mulher e fora preso. Cumpru sua pena e foi solto. Aproximadamente 10 anos depois, voltou a cometer um homicídio e foi novamente preso, condenado desta vez a cerca de 30 anos de detenção. Como os crimes tinham várias semelhanças em relação ao tipo de vítima e condições da morte, logo foi chamado de “serial killer” e seu caso ganhou as manchetes dos jornais do Brasil por muitos anos.

⁷⁴ Por questões de sigilo, estou substituindo o “apelido” como ficou conhecido este senhor, por este outro que também ficou famoso: Jack, o Estripador (em inglês: *Jack the Ripper*) é o pseudônimo mais conhecido para designar um famoso assassino em série não identificado que atuou em Londres e arredores, em 1888. Vários jornais cobriram exaustivamente o caso e consolidaram a fama internacional do Estripador, bem como a lenda sobre a sua identidade. Site consultado: Wikipédia, disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Jack,_o_Estripador (acesso em 03/10/2019).

⁷⁵ O nome verdadeiro foi retirado, por questões de sigilo da pesquisa e substituído por *Arsênio*, substância química que parece gerar certa polêmica. Isso porque tanto é acusado de fazer mal às pessoas, devido efeitos tóxicos, quanto é entendido como essencial aos seres vivos, tendo já sido utilizado na Medicina para tratamentos. Site consultados: <https://super.abril.com.br/ciencia/os-elementos-da-morte/> (acesso em 03/10/2019).

Durante o primeiro período em que ficou detido, *Arsênio* foi avaliado por junta médica e logo recebeu o diagnóstico de *personalidade psicopática*⁷⁶. Anos depois, quando voltou a ser julgado – devido à ocorrência do segundo assassinato – sua defesa alegou que ele sofria de “insanidade mental”(sic) e que não teria tido discernimento para os atos que praticou. *Arsênio* foi considerado *semi-imputável*⁷⁷, mas mesmo assim acabou condenado a mais de 22 anos de reclusão. Quando já havia cumprido quase todo este tempo de pena, foi levado a nova avaliação psiquiátrica que, desta vez, embasou determinação judicial para que ele fosse da prisão ao *Hospital Custódia e Tratamento Judiciário* (HCTP) ou, como antigamente era chamado *Manicômio Judiciário*, onde deveria receber tratamento de saúde, o que não teve, segundo relato de meu colega, que conheceu o local e observou a inexistência até de prontuário médico neste serviço. “Ele fica lá, largado” – disse-me o psicólogo. “De vez em quando o avaliam, mas tratamento mesmo, nada”.

E então ele foi ficando... ficando por lá, mais cinco, dez, quinze, vinte, vinte e três anos (quando este diálogo aconteceu)... jogado lá, fora o período (quase 20 anos) em que ficou na (outra) prisão. Que tratamento é esse que não acaba? – pensei, tendo em vista que era pra ser tratamento. Sabe-se que o período máximo que uma pessoa pode ficar presa no Brasil – pagando por algum crime que tenha cometido com restrição total de liberdade, em regime fechado – é de 30 anos. “Esse homem já está preso há mais de 40!” – enfatizou meu colega. Ele também me explicou que há alguns anos a Defensoria já tinha entrado com pedido para que ele saísse do local e desse continuidade no tratamento fora dali, inclusive porque havia várias inspeções desfavoráveis em relação ao HCTP, que não tinha tratamento algum e sim características asilares, manicomialis. Mas o pedido havia sido indeferido. E *Arsênio* foi ficando...

⁷⁶ Segundo o “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM” a característica essencial do chamado *transtorno da personalidade antissocial* é “um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Esse padrão também já foi referido como psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial”. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.p.659.

⁷⁷ *Imputabilidade* – a capacidade de entender e ter discernimento de seus atos (CFP, 2016,p. 14). Importante desde já esclarecer que, na *Justiça* Penal brasileira, há basicamente 2 modelos: de um lado o sistema de culpa bilidade (imputabilidade/pena) e de outro lado, o sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de Segurança).

Continuamos na discussão do caso:

Colega psi: Ele é muito estigmatizado por aqui. Ninguém quer se envolver. Pra que arriscar soltá-lo? Alguém garante que ele nunca mais irá cometer outro crime? Nunca vão conseguir um laudo assim. E acham que só assim para soltá-lo. É assim que pensam... Mas agora disseram que tem uma juíza mais progressista por aqui, com pensamento mais crítico sobre esta situação. Aí o defensor pediu para atuarmos juntos – CAM e defensor – e fazermos um novo pedido para que ele saia de lá.

Eu: Entendi. Como ele é? Você já o atendeu, o sr. Arsênio?

Colega psi: Sim. Ele é... tranquilo. Um senhorzinho tranquilo. Sente falta de convivência, de socialização...

Eu: E a Rede deste território, pensou para onde daria para encaminhá-lo, como proposta alternativa à internação?

Colega psi: Sim...pensei em achar um Centro de Convivência para Idosos. Ele mostrou interesse. Seria ótimo. Mas o pessoal da cidade tem muito medo dele, preconceito. Ficou famoso, ficou estigmatizado aqui na região. Mesmo que tenha cometido os crimes há tanto tempo. Outro dia fui discutir o caso com o pessoal da Saúde daqui... CAPS, UBS... ninguém quer atendê-lo. Têm medo.

Enquanto o colega me relatava seus atendimentos ao idoso e suas tentativas de articulação com a Rede de serviços local para construir uma proposta de “alta” ou “liberdade” para *Arsênio*, fiquei imaginando a cena. Meu colega parecia estar atendendo o sr. *Arsênio*, aquele ali que estava à sua frente. Idoso, tranquilo, mostrando abertura para se vincular e socializar. O que, aliás, deveria ser objetivo de qualquer uma daquelas instituições, seja prisão ou HCTP. Porém, do modo que ele me relatou, parecia que as outras pessoas atendiam não o *Arsênio*, mas *Jack - o estripador*. Um idoso tranquilo, buscando laços e querendo ser encaminhado a um Centro de Convivência todos atenderiam. Mas *Jack - o estripador*... não! Ninguém quer atender este “monstro”.

Outro desafio: uma juíza poderia soltar um idoso aparentemente inofensivo, preso há mais de 40 anos. Mas quem assinaria a soltura de *Jack*? Que perita/o garantiria que ele nunca mais cometera crimes como os de 40 anos atrás? Há muita discussão em torno dos Manicômios Judiciários. Opa... agora mudou o nome! HCTP agora. Será que mudaram tanto assim? Pelos relatos, parece que não. Não há tratamento, não há projeto terapêutico, são pouquíssimas/os as/os profissionais para dezenas – às vezes centenas – de pacientes. Não há

previsão de alta. Não há projeto para a continuidade de tratamento no território. Não há passagem de um serviço a outro. É isolamento. Estou contando de um caso, mas são várias/os “vivendo” assim. Mas neste, vamos tentar fazer alguma coisa. Quem sabe agora ele consiga sair de lá. Ter sua liberdade. Aproveitando uma juíza com visão diferente das que a antecederam.

Como o psicólogo não conseguiu encontrar Rede de suporte que minimamente desse abertura para construção de projeto terapêutico e continuidade de tratamento no território – o que era esperado pela juíza – ele buscou também em outras Redes locais, Universidades, clínicas sociais. Nada. A Defensoria poderia tentar “obrigar” que o aceitassem, afinal, era seu direito o tratamento. Mas será que adiantaria? Surtiria resultados que convencessem a juíza? Tudo isso estava em jogo. Profissionais assustadas/os com *Jack* (até porque nem conheciam *Arsênio*) e que dificilmente mostrariam abertura para endossarem aquela saída.

Então procuramos uma professora da capital, com vasta experiência neste campo – Psicologia e Justiça, sobretudo em prisões e HCTPs – para discutir o caso. Era complexo e precisávamos de mais gente na nossa equipe. Essas parcerias/aproximações com Universidade e docentes têm fortalecido bastante a nossa atuação também. A professora teve outra ideia: e se acionássemos a Rede de São Paulo, que, além de oferecer mais opções, talvez não tivesse tanto preconceito, pois as/os profissionais não residiam na cidade na qual ele ficou tão estigmatizado. Pronto. Construído um projeto terapêutico para ele em meio aberto, substitutivo ao HCTP que não vinha lhe proporcionando resultado/suporte/saúde alguma. Desta parte foi o psicólogo da Unidade que seguiu na construção da defesa com o defensor local. De longe, torcemos.

A juíza aceitou! E a notícia voltou a repercutir na imprensa. Vão soltar este mostro? – diziam por aí. Ele é um perigo para a sociedade. E logo já veio outro juiz para mudar a decisão. E logo já veio desembargador dizendo que ele não estava preso, apenas “em tratamento”. E ele continuou no HCTP. Que tratamento é este que não acaba? Está eficiente? Se ele não está bem depois de décadas neste tratamento, talvez seja o caso de rever, não? Não. Ele ficou. E lá continua. E outras/os também. Estamos tratando? Estamos cuidando? A quem isso (não) incomoda? Por que/para que mexer? A quem isso interessa?

Será que está certo esse idoso ficar preso para sempre, mesmo quando – formal e legalmente – não poderia? Será que nossa defesa (Defensoria) não foi boa o suficiente? Será que o projeto terapêutico alternativo não foi convincente? Será que a culpa foi da Rede, que

não mostrou abertura para acolhê-lo? Será que a culpa é do judiciário que – em sua maioria – assim o decidiu? Será que as/os peritas/os deveriam elaborar laudos que respeitassem melhor a dignidade da pessoa e o direito à liberdade, depois de tanto tempo? Ou a culpa é mesmo do *Arsênio*, que cometeu os crimes? Ele já cumpriu sua pena?

5.5.1 Presos pelo (no) diagnóstico: os Hospitais de Custódia Tratamento Psiquiátrico (HCTPs)

No Brasil, uma pessoa que comete algum delito, ação esta que – após perícia médica – pode ser entendida pelo Judiciário como decorrência de um determinado quadro de saúde mental que estaria alterando sua capacidade de entendimento do ato ou que compromete sua capacidade de “autodeterminação”, incluindo aqui pessoas que fazem uso abusivo de drogas, pode ser considerada *inimputável* ou *semi-imputável* pela Justiça Brasileira e não pode ser condenada. Assim ela é “absolvida” e a ela é aplicada a chamada “Medida de Segurança”, como forma de receber tratamento obrigatório, assim como ocorreu no caso acima narrado. Na maioria dos estados, as pessoas são encaminhadas pelo poder Judiciário aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou para Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) dentro das penitenciárias, conhecidos como manicômios Judiciários (SOARES e DINIZ, 2016, p.300).

Muitos estudos e publicações (KOLKER, 2016; VENTURINI, OLIVEIRA e MATTOS, 2016) têm mostrado que os HCTPs são instituições que apresentam diversas características manicomiais e asilares, tais como: péssimas condições de higiene e alimentação, condições degradantes e insalubres, práticas de violência e maus tratos, além de ausência de tratamento, tampouco atividades voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação, desinstitucionalização e reinserção social das pessoas lá internadas contra sua vontade.

No ano de 2015, foi feita uma inspeção nacional em parte destas instituições, em ação realizada pelo CFP, em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA)⁷⁸. Segundo este documento:

⁷⁸ Mais informações em <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/> (acesso em 10/01/2020).

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

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

(CFP, 2015,p.7, destaques nossos)

Vimos que as autoras fazem referência a elementos dos HCTPs que elencamos no caso de *Arsênio*, tais como as características de prisão, o isolamento, a falta de tratamento e o prazo de internação maior do que seria o tempo máximo para a privação de liberdade no caso da justiça criminal comum.

Este documento expõe que no cumprimento das chamadas “medidas de segurança”, o sujeito considerado *louco* e o autor de crime – dois perfis extremamente estigmatizados em nossa sociedade – se encontram em uma só pessoa. A privação de direitos e as medidas de controle, neste caso, parecem ser mais impactantes do que os da justiça penal comum. Os direitos e a trajetória do sujeito acusado como criminoso e louco são suprimidos de forma ainda mais atroz, com fundamento na indissociabilidade preconceituosa e institucionalizada quase indissociável entre sofrimento mental e perigo (CFP, 2015, p.7).

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

(Idem, p.7, grifo nosso)

Sobre as condições destes locais, Kolker (2016) coloca que “se ainda subsistia alguma dúvida a esse respeito, as inspeções feitas em 2015, mais uma vez, puderam constatar que esses estabelecimentos não oferecem o tratamento psiquiátrico que um dia supostamente justificou sua existência” (KOLKER, 2016, p.212). A autora explica que apesar da reforma do Código Penal de 1984 ter mudado o nome dos manicômios judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estes continuam a funcionar em ambiente carcerário e em nada lembram um estabelecimento voltado para o cuidado em saúde; não obedecem a

qualquer tipo de regulamentação sanitária, nem atendem aos regramentos criados para normatizar os estabelecimentos psiquiátricos e de saúde mental (KOLKER, 2016, p.212-213). Outro ponto grave apresentado no relatório: com exceção dos HCTPs do Rio de Janeiro, praticamente nenhum apresenta qualquer articulação com a rede de atenção psicossocial, nem desenvolvem atividades voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação, desinstitucionalização e reinserção social das/os pacientes lá internados, mantendo-se, portanto, contraditório com a política de saúde mental vigente no Brasil (KOLKER, 2016, p.213).

Segundo Kolker (2016):

De qualquer maneira, **mesmo que acreditássemos na possibilidade de conjugar tratamento com punição, ou cuidado com segregação, certamente isso não seria viabilizado em um ambiente onde a regra é a violação dos direitos fundamentais**, como é o caso dos estabelecimentos inspecionados pelos CRPs e OAB. Evidenciando total descaso com a preservação da dignidade e condição humana dos pacientes, a maioria destas instituições segue mantendo os pacientes em celas geralmente coletivas com cerca de 8 pacientes, todas com conservação precária, ou sem nenhuma conservação, com ventilação e iluminação insuficientes e sem a menor higiene.

(KOLKER, 2016, p.213, destaques nossos)

E continua, descrevendo as péssimas condições estruturais destes estabelecimentos:

As camas – quando existem -, em geral são de alvenaria, sem colchão, ou com colchões velhos e sujos e não há armários individuais. Os banheiros, geralmente coletivos, são totalmente devassados e fétidos, não possuem portas, nem contam com chuveiro de água quente, inclusive nos estados onde a temperatura atinge níveis mais baixos. Em muitos locais, os próprios pacientes são responsáveis pela higiene de suas celas e roupas; em todos os estabelecimentos foram constatadas a péssima qualidade e condições de higiene da alimentação e em apenas uma unidade verificou-se que o refeitório estava em funcionamento.

(KOLKER, 2016, p.214)

A autora ainda cita um estudo feito pela ANIS (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero), encomendada pelo ministério da Justiça⁷⁹, o qual se alinha a conclusões da inspeção do CFP, no sentido de observar que grande parte da população internada para cumprimento de medida de segurança não deveria estar presa, nem sequer teria indicação de tratamento em regime hospitalar (KOLKER, 2016, p.209). Segundo esta pesquisa:

⁷⁹ Medidas de Segurança Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, disponível em: https://www.justica.gov.br/seus-direitos/elaboracao-legislativa/pensando-o-direito/publicacoes/anexos/35pensando_direito.pdf (acesso em 12/01/2020).

[...] entre os pacientes que cumpriam medida de segurança, 21% (606) **estavam internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato, pelo menos 25% (741) não deveriam estar internados por já terem sentença de desinternação ou medida de segurança extinta, sem falar nos três pacientes acautelados sem processo judicial, nos 39 pacientes internados apesar da sentença de tratamento ambulatorial e nos 1.153 pacientes (41%), cujo exame de verificação da cessação da periculosidade (EVCP) estava atrasado.**

(KOLKER, 2016, p.209-210, destaque nosso)

Além disso, também foi verificado o aumento do número de internações e a incorporação ao universo prisional, de um novo grupo de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua maioria por delitos tipificados na chamada “Lei de Drogas” (Lei Federal n. 11.343/2006).

Coelho (2014) diz que os manicômios judiciais – nas palavras do autor – são mesmo uma espécie de “prisão perpétua no Brasil”: após a entrada, poucos conseguem sair. O autor elenca três dos principais fatores que contribuem para o quadro desolador dos manicômios judiciais, segundo ele: “falta de avaliação psicológica regular, falta de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas” (COELHO, 2014, p.1). Ele também cita dados do Ministério da Justiça que indicam que até 35% das pessoas submetidas a medidas de segurança nesses locais possuem atestado de que não são mais perigosas. Há casos relatados de presos internados há mais de 40 anos nesses locais, semelhante ao caso do Sr. Arsênio. Para Coelho (2014) o que foi originalmente pensada como uma medida para tratar de forma especial os chamados *inimputáveis* revela-se, no fim, uma violência aos direitos da/o cidadã/ão que está sob responsabilidade do Estado. É o velho costume de se afastar da sociedade aqueles considerados *loucos/perigosos*, sem se preocupar com o tratamento deles.

Haroldo Caetano, promotor de justiça do estado de Goiás com vasta experiência na interface Saúde Mental e Justiça criminal, em entrevista publicada recentemente na Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD)⁸⁰, diz que os “manicômios judiciais são uma máquina de triturar gente”. E alerta: “*O movimento antimanicomial é um movimento que não para porque o manicômio está sempre se reinventando*”. Para ele, isso ocorre por responsabilidade do Poder Judiciário, o qual “manda internar compulsoriamente pessoas nas mais variadas condições psicossociais. Então não podemos afirmar que houve uma superação do manicômio no Brasil. Isso nunca aconteceu”.

⁸⁰ Mais informações em <http://www.justificando.com/2016/08/22/o-que-se-tem-nos-manicomios-judiciarios-e-uma-maquina-de-triturar-gente/> (acesso em 10/07/2019).

Um outro dado grave, conforme analisaram Vicentin, Gramkow e Rosa (2010) é a implantação relativamente recente de um modelo parecido ao HCTP, mas para adolescentes que cometeram atos infracionais. Assim, foi construída a chamada Unidade Experimental de Saúde, no estado de São Paulo, num convênio entre as Secretarias da Saúde, Justiça e Administração Penitenciária, destinada a oferecer atendimento para autores de ato infracional para jovens diagnosticados com “transtorno de personalidade” e/ou de periculosidade. Desta forma, ocorre o cumprimento de medida sócio-educativa de internação em regime de contenção (VICENTIN, GRAMKOW & ROSA, 2010, p.61).

Segundo análise dessas autoras, foram identificados discursos relacionados à noção de periculosidade e ações que violam os direitos garantidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tendo como justificativa uma suposta “defesa social”. Como enfrentamento a esta situação, elas propõem algumas possibilidades para se pensar e agir, na perspectiva do cuidado para promover mudanças:

[...]problematizando as diretrizes terapêuticas atreladas a uma lógica individualista, sugerindo a necessidade de ampliar o olhar e a ação para a complexa e muitas vezes restrita trama na qual esses jovens se inserem socialmente, apostando no exercício clínico na sua dimensão ética e não como lugar de controle, tutela ou disciplinarização da vida.

(VICENTIN, GRAMKOW & ROSA, 2010, p.61, destaques nossos).

5.6 Todo dia ele faz tudo sempre igual

Para contar a história do Sr. Hélio⁸¹, primeiramente tenho que apresentar o espaço no qual comecei a conhecer sua história: o chamado *Momento Aberto* do *Conselho Superior da Defensoria Pública* (CSDP). Em linhas gerais, cabe explicar que este Conselho é o órgão deliberativo máximo da instituição. É composto por representantes da Administração/Gestão da DPESP (Defensor Público-Geral e outros cargos de chefia, digamos assim), além de outras/os representantes de Defensoras/es Públicas/os, que são eleitas/os pelas/os pares. Desta forma, este grupo – que muda a sua composição a cada 2 anos – tem funções de que grande relevância e impacto institucional, como a construção e atualização de normas institucionais e a fixação de parâmetros de atuação, dentre outras ações⁸². As reuniões deste Conselho são agendadas e divulgadas previamente e – via de regra – possibilitam a participação de qualquer pessoa, que pode assistir às suas sessões. Além disso, a lei de criação da DPESP prevê, ainda, a realização do *Momento Aberto* em todas as sessões do Conselho, no qual qualquer pessoa pode se dirigir livremente a conselheiros e conselheiras para expor um assunto que julgue relevante para a instituição. Assim, neste espaço, se manifestam usuárias/os, servidoras/es, defensoras/es públicas/os, profissionais de outros serviços, estudantes, representantes de movimentos sociais, etc.

Interessante notar que a Defensoria Pública de São Paulo tem algumas características que indicam, de certa forma, “desejos” de democracia. Explico: desde sua criação, a DPESP tem, em sua configuração institucional, espaços e órgãos que – ao menos em tese – indicam abertura a sugestões e possibilitam – ou deveriam possibilitar – participação e diálogo entre agentes internos e externos à instituição, incluindo as/os usuárias/os do serviço, o que poderia proporcionar uma construção coletiva e um arejamento constante à instituição. Citando três exemplos: (i) o *Ciclo de Conferências*, realizadas bianualmente, que tem como objetivo principal ouvir da população de todo o Estado quais são os principais problemas enfrentados e propostas de como a instituição pode atuar, dentro de suas atribuições, para resolvê-los⁸³; (ii)

⁸¹ Nome fictício, emprestado do elemento químico *Hélio*, o qual, segundo a *Wikipédia*, apresenta *nível de energia completo, com propriedade de um gás nobre* (assim como o usuário em questão, também muito nobre, merecedor de respeito e que se destaca quando fala). O elemento Hélio, originalmente, não interage/reage com outros elementos. Fica inerte. Porém, se submetido a grande pressão, ele formará um novo composto químico, ou seja, se transforma (Informação obtida em <https://pt.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9lio>, acesso em 26/09/2019).

⁸² Para saber mais sobre o CSDP, acesse: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2877> (acesso em 26/09/2019)

⁸³ Mais informações sobre o Ciclo de Conferências da DPESP: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=6619> (acesso em 26/09/2019).

a *Ouvidoria Externa*, composta pelo/a Ouvidor/a-Geral e membros do seu Conselho Consultivo que são escolhidas/os entre representantes da sociedade civil e possuem autonomia e conhecimento para contribuir com a melhoria dos serviços de acesso à justiça⁸⁴ e (iii) o *Momento Aberto* do CSDP, citado acima.

Alguns/mas entendem que estas marcas democráticas são fruto de preocupações – posteriormente incluídas na Lei que versa sobre a composição da DPESP – do movimento coletivo nomeado *Movimento pela Criação da Defensoria Pública* – composto por representantes da sociedade civil e de instituições vinculadas aos Direitos Humanos – que pressionaram governantes para implantarem a Defensoria no Estado de SP⁸⁵. Desta forma, este grupo considerou fundamental inserir essas características à Defensoria. Outros argumentam que estes dispositivos são coerentes, inevitáveis e fundamentais para que a instituição cumpra seu papel. Seja lá qual for a razão de sua existência e o seu propósito, espaços como o *Momento Aberto* existem e muitas/os usuárias/os nele se manifestam e são ouvidas/os – ou pelo menos direcionam a palavra para que sejam ouvidas/os – por profissionais que ocupam cargos de poder e grande importância institucional. Um acesso que não me parece muito comum em nossa sociedade, tampouco nos órgãos do Sistema de Justiça (Tribunal de Justiça, Ministério Público). E eis que o Sr. Hélio ficou sabendo sobre a existência do *Momento Aberto* e um dia apareceu na sessão.

Defensoras/es que estavam presentes, contaram-me que o sr. alto chamou atenção não só pela força de sua voz, mas sobretudo pela imponência com que narrava sua história, relativa a um terreno que havia *perdido* após processo judicial e criticava diversas pessoas, incluindo juízes, defensoras, servidoras/es da DPESP, estagiárias, dentre outras/os. Dizia que era alvo de injustiças, tanto em relação à propriedade que perdera, quanto em relação ao atendimento falho que teria recebido na DPESP. Para ele, nunca fora atendido de maneira adequada na instituição e estava ali – perante o Defensor Público-Geral, cargo mais alto institucionalmente – para cobrar providências em relação ao seu processo. Os cinco minutos contados de fala⁸⁶ foram poucos para expor tanta revolta que estava presente no usuário, mas foi suficiente para chamar a atenção e comover as/os conselheiras/os, bem como foi capaz de

⁸⁴ Mais informações sobre a Ouvidoria Externa da DPESP: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3241> (acesso em 26/09/2019).

⁸⁵ Sobre este assunto, veja: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2869> (acesso em 26/09/2019).

⁸⁶ No *Momento Aberto* do CSDP, as pessoas se inscrevem para falar e têm, no máximo, o tempo de 5 minutos.

gerar desconforto ao então Defensor Público-Geral (DPG) e à sua equipe. Afinal, eram duras críticas à instituição.

Como resposta – e o espaço do *Momento Aberto*, em geral, oferece também posicionamentos da/o DPG sobre o que é apresentado nas falas – o então DPG mostrou empatia em relação à situação do usuário, acolheu as críticas e prometeu-lhe um atendimento especial, a ser realizado em caráter de urgência, fornecido por profissionais de sua equipe direta, em data que já foi logo informada ao usuário. Embora o espaço do *Momento Aberto* não seja voltado a escuta dos casos e demandas individuais – pois estas são atendidas nas Unidades de Atendimento da DPESP, em horários específicos, dentro do protocolo/fluxo institucional – muitas/os usuárias/os acabam assim utilizando este espaço, afinal, é aberto. Mas casos como esses são – via de regra – direcionados às Unidades de Atendimento e essa orientação é dada às/aos usuárias/os. Mas o sr. Hélio estava descrente do atendimento da DPESP, angustiado e cobrando providências. Já tinha procurado a Unidade de Atendimento e, segundo sua fala, “nada foi feito”(sic). Então, naquele momento de comoção, o Defensor Público-Geral – assim como faz em alguns casos – julgou melhor providenciar um atendimento diferenciado àquele senhor.

Nesta época, como eu estava em cargo vinculado à assessoria técnica do Defensor Geral, fui acionada para atender este usuário, em dia/horário agendado. Passaram-me sucintamente o que ele havia relatado no Conselho. O tom exaltado de Hélio e o discurso por vezes confuso levantou em alguns conselheiros a suspeita de que estaria em sofrimento psíquico, talvez com pensamentos persecutórios, haja vista que a narrativa trazia diversas pessoas que estariam tentando prejudicá-lo, de forma aparentemente exagerada. Na DPESP temos uma normativa interna – construída com a participação de psicólogas/os, assistentes sociais e defensoras/es – que versa sobre o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico⁸⁷. Foi proposta para qualificar o atendimento das pessoas que procuram a Defensoria e apresentem “dificuldade de comunicação decorrente de aparente sofrimento ou confusão mental”(CSDP, 2011, Art.1). Esta Deliberação prevê que, nesses casos, pode ser acionado/a um/a profissional do CAM (psicóloga/o ou assistente social) para atendimento, com

⁸⁷ Trata-se da Deliberação CSDP n. 219/2011, que *Regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental*, disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/DELIBERA%c3%87%c3%83O%20CSDP%20N%c2%ba%20219%20-%20transtorno%20mental.pdf> (acesso em 30/09/2019), já referida no Capítulo 4.

possibilidade de agendamento em horário/local/dia diferenciado, que atendam às especificidades/necessidades da pessoa atendida, dentre outros apontamentos.

Marcado. Próxima quinta-feira, dia X, 10h00, agendado atendimento para o sr. Hélio, o qual teria minha participação, em conjunto com um Defensor plantonista, com o qual também foi compartilhado um resumo do caso. Nos dias que antecederam o atendimento, levantei o histórico do Sr. Hélio na DPESP, através do sistema informatizado. Considero esta ferramenta muito importante para acompanhamento dos casos, ainda mais os complexos, de retornos recorrentes e constantes (por procura espontânea da/o usuária/o) como este. Observei que o sr. Hélio já havia sido atendido diversas vezes, em diferentes Unidades da DPESP e por diferentes pessoas (assistentes sociais, psicólogas, estagiárias de Direito etc), sendo que o caso já havia sido discutido com diferentes defensoras.

No sistema havia registros da demanda inicial judicial do sr. Hélio. Basicamente se tratava de defesa em ação de reintegração de posse de terreno no qual ele residiu muitos anos, cujo proprietário entrou com pedido para que ele saísse da propriedade. Foi feita defesa pela Defensoria, em nome do sr. Hélio, mas o juiz entendeu que ele não tinha direito a permanecer no local. Nova defesa/recurso em segunda instância e mantida a decisão. Ou seja, perdeu a ação e não se conformava. Teria que sair do imóvel. Achava injusto. Percebi pelo registros das diferentes profissionais que ele retornava – em diferentes Unidades – com o mesmo relato. Era ouvido, mobilizava atenção e empatia das técnicas e estagiárias, mas – como nada mais poderia ser feito em relação àquele processo (já arquivado) – o atendimento era encerrado. E ele voltava depois, em outra Unidade de atendimento e narrava tudo de novo, a outras profissionais. Às vezes, às mesmas também. Também já tinha sido atendido na Corregedoria e na Ouvidoria da Defensoria, pois dizia que perdera o processo devido negligência da instituição e das/os profissionais por quem já tinha sido atendido. Não foram identificadas falhas no atendimento, segundo estes órgãos. Mas ele não se conformava. Voltava.

Ainda na leitura dos registros – e tinha muita informação na ficha dele, o que espelha o número de vezes que ele compareceu aos vários prédios da DPESP – percebi que depois de algum tempo, as profissionais que o atendiam, das diferentes Unidades e setores que ele procurou, começaram a se comunicar (e isto também estava registrado no sistema informatizado). Ou seja, as profissionais (psicólogas, assistentes sociais, defensoras/es, oficiais) que já sabiam sobre o caso – demanda jurídica, o que já havia/ou não sido feito, o

histórico de vida do sr. Hélio, suas queixas, a “investigação” sobre eventual falha no atendimento ou na defesa processual, etc – passaram a compartilhar as informações que cada uma possuía. Considero estas “discussões de caso” – sejam elas em reuniões, telefonemas, troca de e-mails, a depender das necessidades/complexidades do caso e do momento do acompanhamento – fundamentais para qualificarem o atendimento prestado. Esta ferramenta técnica, que pode ser interdisciplinar e intersetorial – discutir o caso e trocar informações entre as diversas profissionais que acompanham uma pessoa, seja da mesma instituição ou de diferentes instituições – possibilita que os atendimentos sejam potencializados, complementando e integrando a atuação, bem como evitando repetições e retrabalhos.

Lendo o histórico de atendimentos, fiquei com a impressão de que o sr. Hélio nos procurava “como se fosse a primeira vez”. E de novo. E de novo. E fiquei com a impressão de que – por vezes – respondíamos (profissionais, enquanto representantes da Defensoria Pública) também “como se fosse a primeira vez”. Ouvindo toda a história de novo, levantando novamente todo o processo judicial, todas as providências que já haviam sido tomadas, revíamos o que mais poderia ser feito e, mais uma vez, concluíamos que – em relação à questão daquela casa – nada mais poderia ser feito. Sabemos como é importante um bom acolhimento e o espaço de escuta às pessoas que procuram a DPESP e prezo muito por isso. Porém, em casos como o do sr. Hélio, fico pensando, em relação ao atendimento na Defensoria: Será que o melhor atendimento possível é atender *infinitas* vezes a pessoa, com a mesma demanda, com a mesma narrativa? Será que o melhor que temos a oferecer é o maior número de minutos/horas/dias de escuta? Será que essas intervenções, repetidas vezes, auxiliam as pessoas que têm dinâmicas como a do sr. Hélio? (E isso ocorre em muitos outros casos!). Será que estamos promovendo algum direito ou melhoria para a vida desta pessoa? Tenho a impressão de que não.

Pelo contrário: penso que quando lidamos com o caso “como se fosse a primeira vez”, acabamos alimentando nas pessoas uma certa “esperança” de que algo ainda pode ser feito. Claro que, se há possibilidades técnicas – jurídicas, judiciais ou não – que ainda não foram tomadas, isso deve ser tentado. Mas me refiro a casos como este, no qual percebi – a partir do estudo de todo o histórico de anos (no caso, 3 anos) dos atendimentos prestados ao usuário – que a queixa inicial era exatamente a mesma (de 3 anos atrás), como se nada tivesse sido feito, providenciado ou esclarecido/orientado à pessoa atendida. O que fazer diante disso? Devemos começar a repetir as ações, indiscriminada e repetidamente? Acho que não. E mais:

se é que há algum quadro de sofrimento mental nesta situação, o qual faz com que a pessoa repita certas atitudes, mesmo que sem lhe trazer resultados/melhorias à sua condição, entendo que se nossa postura for a de repetir as mesmas intervenções, em resposta aos pedidos repetidos do usuário, podemos estar reforçando esta atitude e trabalhando na contramão de qualquer transformação/mudança para a vida daquela pessoa que nos procura. E geralmente é isto que buscamos. Afinal, as pessoas nos procuram com algum problema ou sofrimento e desejam mudar/reverter/resolver algo.

Tudo isso para dizer que, muitas vezes, faz-se necessário colocar limites aos pedidos – quando incabidos ou impraticáveis – das pessoas que atendemos na DPESP. Não acho que atender bem seja atender o máximo de horas, tampouco fazer tudo e exatamente o que a/o usuária/o nos pede/espera. Lembro de uma vez que contaram de uma senhora – que era atendida na DPESP e se queixava repetida vezes do atendimento, aparentemente sem motivo. As profissionais da Corregedoria, bem como a Corregedora da época, tinham muita preocupação em bem atender as pessoas. Pois bem, um dia, em um episódio de *surto*, esta usuária não parava de repetir as mesmas questões na Corregedoria. As profissionais a ouviam, orientavam, encaminhavam as providências e tentavam encerrar o atendimento... mas ela não ia embora. Cansou uma funcionária. Trocaram. A segunda teve que sair para buscar a filha na escola. Trocaram por outra servidora. E a usuária continuava lá, falando, falando... gritando, xingando. Contaram-me que ficou até mais de duas horas da madrugada. Porque não quis ir embora e não conseguiram encerrar o atendimento com ela, com medo de que ela ficasse ainda mais exaltada. A colega assistente social que deu suporte – à distância – à equipe daquele setor, após inúmeras tentativas, orientou que eles pedissem auxílio ao SAMU, afinal se tratava de uma emergência em saúde, em saúde mental. Sempre lembro deste caso quando penso nesta questão da importância de colocarmos certos limites/enquadres no atendimento. Melhor atender não significa não colocar contornos e limites. Afinal, limites podem ser organizadores para as pessoas que atendemos, inclusive quando estão em sofrimento.

Mas parecia que no caso do sr. Helio, não havia limites. Ele voltava e retornava, sempre com a mesma questão, já perdida inclusive no processo judicial. A informação mais recente do prontuário - antes de sua participação no *Momento Aberto* - era a de que ele estava frequentando, quase que semanalmente, uma das Unidades de Atendimento da DPESP, carregando uma faixa, com dizeres que expunham a suposta injustiça que ele estava sofrendo e que a Defensoria não fez nada por ele. Será que realmente havia tido alguma falha? Uma

fala recorrente dele era que nunca havia sido atendido diretamente por um defensor ou defensora, apenas por estagiárias/os de Direito, dentre outras profissionais. Achei aquela crítica bem factível e justa. Afinal, o atendimento da Defensoria – assim como de outros serviços de políticas públicas – é atendimento *de massa*. São muitas pessoas por dia que nos procuram. Com isso, para possibilitar que todas sejam ouvidas, o fluxo de atendimento é construído com apoio também das/os estagiárias/os de Direito que – sob supervisão das/os defensoras/es – realizam o atendimento direto das pessoas, muitas vezes o único atendimento direto (olho no olho) que algumas pessoas terão. Além disso, eu não descartava a possibilidade de alguma questão de saúde que poderia estar prejudicando a memória ou a compreensão do sr. Hélio e que, com isso, retornava.

Levantado o histórico de atendimentos do sr. Helio – até para não atendê-lo “como se fosse a primeira vez” (minha, pessoalmente, seria; mas da DPESP não: vi que muito já havia sido feito, conforme expus acima) – compartilhei tudo com o Defensor que iria realizar o atendimento em conjunto comigo, conforme prometido pelo DPG ao usuário. Considero esta ferramenta do “atendimento em conjunto” ou “compartilhado”, como costumamos chamar, uma das melhores e mais inovadoras estratégias que criamos nestes quase 10 anos de atendimento interdisciplinar na DPESP. Como toda boa técnica, não deve ser utilizada indiscriminadamente. Mas para alguns casos – como este – mostra-se bem frutífera. Possibilita a “escuta do direito” ou dos direitos e eventuais violações ali em jogo, na narrativa da pessoa atendida – feita pelo/a operador/a do Direito/defensor/a, neste caso – complementada e facilitada com o suporte da escuta e manejo “da Psicologia”⁸⁸.

No caso do sr. Hélio, era como passar um “pente fino” em sua demanda e em tudo que já havia sido feito na DPESP, tanto no processo judicial quanto nos demais encaminhamentos possíveis, verificando se havia lacunas ou outras possibilidades de atuação. Começamos ouvindo atentamente o usuário. Ele narrou que ocupou um imóvel na qualidade de caseiro, por cerca de 30 anos. Disse que tinha ótima relação com o casal de proprietários. Prometeram-lhe que, quando falecessem, deixariam o imóvel para Hélio. Lá ficou por vários anos, com a esposa e os filhos. No ano 2.000 morreu a proprietária e no ano de 2.006 faleceu o viúvo. O usuário continuou ocupando o bem, até que em 2.007 recebeu comunicação dos herdeiros – filhos do casal – que tinham interesse na retomada do imóvel. Como a “doação” nunca havia sido formalizada pelos antigos patrões, ficou muito difícil ao sr. Helio retomar

⁸⁸ Já falamos sobre o *atendimento em conjunto* no Capítulo 4.

“seu” bem na justiça. O que, para ele, era uma grande injustiça. Quando ele começou a procurar a DPESP para reaver o bem, pouco podia ser feito. As defesas da DPESP apenas conseguiram adiar a saída do imóvel/reintegração, ocorrida em 2.017, quando sr. Helio teve que deixar o local.

Íamos dando certos contornos ao seu relato, com dados objetivos que havíamos levantado no sistema. Por exemplo: ele se queixava de que nunca havia sido atendido por defensor. “Hoje sim” – respondíamos. “Nunca nada foi feito por mim na DPESP” – ele dizia. Respondíamos: “Já foram feitas tais e tais ações, teve este resultado e o juiz decidiu isso”. O que parecia mudar um pouco a postura do usuário que, nestes momentos, ficava em silêncio. O defensor explicou detalhadamente todo andar do processo judicial. Eu reforçava alguns pontos, tentando utilizar linguagem simples e acessível a quem não é formada/o em Direito, buscando facilitar a comunicação e orientações ali passadas. O usuário parecia estar compreendendo. No lugar da fala forte de queixas e críticas, foi ficando mais silencioso e aparentemente triste. Quando o sentimento de injustiça – legítimo, do ponto de vista de sua história, mas não para a justiça formal, dos documentos – ia novamente lhe tomando, voltava a pedir que o processo fosse reaberto, o que era impossível, conforme orientou o defensor, que repetiu diversas vezes a triste frase: “Infelizmente, nada pode ser feito”. Ao passo em que fomos esclarecendo estas questões do processo e de seus direitos, foi ficando mais claro que não havia omissão da DPESP, nem nada mais que pudesse ser feito quanto a este imóvel. Não parecia que sr. Helio tinha sido mal atendido. Mas ele estava inconformado com o que lhe acontecera, com o fato de ter sido retirado do local. Estava revoltado com os filhos do casal, que não reconheceram a “doação” informal dos pais.

Fizemos também outras perguntas, levantando a situação socioeconômica/de saúde/redes de suporte do sr. Helio, para verificar se poderíamos auxiliá-lo em mais alguma questão. Aparentemente, não. Ele residia na casa da mãe, juntamente com irmão e filhos. Tinha se separado, mas a ex-esposa residia no mesmo quintal. A renda familiar era relativamente suficiente, o que não o enquadrava em perfil para inclusão em programa social. Não relatava problemas de saúde. Mas eis que, em determinado momento do longo atendimento, o discurso coerente e de fácil compreensão foi apresentando ideias e informações aparentemente desconectadas. Entre uma frase de ira contra o juiz do caso e outra, ele começou a falar de pessoas que o estavam perseguindo no ônibus, na rua, até na televisão. Ao mesmo tempo comentava sobre matérias que assistiu no jornal, da cotação do

dólar... e também de representantes do PCC (*Primeiro Comando da Capital*) que estavam lhe provocando na rua, apenas com olhares, mas que ele sabia que eram para ele. Em outro instante, chegou a falar de vozes que lhe falavam dentro da sua cabeça... falou até que deixou de ser taxista, há alguns anos, por causa dessas vozes. Começou a falar em processar essas *pessoas*. A Defensoria Pública precisava fazer algo a respeito. Aquela *quadrilha* que o perseguia não poderia ficar impune.

Tentei legitimar sua revolta – em relação a não ter tido reconhecido na justiça formal o direito que os antigos patrões haviam lhe concedido afetivamente – reforçar que fizemos, enquanto Defensoria, o que nos cabia, mas também nossas limitações. E depois tentei olhar seu sofrimento – em relação ao processo judicial perdido e às pessoas que supostamente o perseguiram – e compartilhar com ele que talvez lhe fosse interessante um lugar de cuidado. “Onde?” – perguntou-me. Falei para ele sobre o CAPS, descrevendo-o como um lugar, próximo à sua casa, no qual profissionais iriam ouvi-lo e à sua história e que poderiam oferecer oficinas e cursos. Disse que ele poderia ir conhecer e, caso se interessasse, continuasse frequentando; ou não. Ele aceitou. Mostrou curiosidade em conhecer. Ele ainda não tinha sido encaminhado ao CAPS de seu território. Pelo menos me disse que não e também não localizei nos registros dos atendimentos anteriores na DPESP. Será que agora seria diferente?

Passaram-se alguns dias. E ele voltou a falar no *Momento Aberto* do Conselho. As mesmas coisas! A casa perdida, o processo, a injustiça. Novamente, as/os conselheiras/os, o então Ouvidor e o DPG daquela época, sensibilizados com a situação. Prometeram-lhe, novamente, atendimento diferenciado. E que tomariam providências. “Não!” (Pensei...) Não vamos criar falsas expectativas no sr. Helio, novamente. Compartilhei todo o histórico com uma defensora da equipe do defensor geral e sugeri que repassasse a todos os membros do Conselho. Afinal – pensei – eles têm que saber tudo o que já foi feito para que tenham a segurança de não fazerem – ou de não prometerem – as mesmas ações já realizadas. Ou, melhor, poderiam reforçar as orientações e análises já feitas por outras/os profissionais da instituição sobre esta mesma demanda. De qualquer forma, propus atender o sr. Helio na saída da sessão do Conselho. Quando me avistou, logo sorriu: “Que bom te ver, Paula”. Vi que havia se vinculado a mim. E mais um dia conversamos. Ele ainda não tinha procurado o CAPS. Reforcei a importância e ele ficou de ir.

Semana seguinte: ele lá, novamente no Conselho. Novamente a mesma narrativa. Variava o elemento persecutório da semana e parecia que – em geral tinha a ver com as matérias de jornal do dia. Ex: muitas notícias sobre uma jovem assassinada. E ele comentava das pessoas que o perseguiam e relacionava à jovem morta naquele dia, que talvez também fossem do PCC. Criticava a impunidade no Brasil, naquele caso de assassinato e na sua vida, com tantas pessoas querendo prejudicá-lo. Os conselheiros – sabendo que ele já estava sendo acompanhado por psicóloga da Defensoria – já não se mostravam tão comovidos por sua fala, tampouco mobilizados a tomarem providências. Sabiam que já estava sendo acompanhado.

Mais uma vez chamei-o para conversar, após o Momento Aberto. Dessa vez o atendi eu e minha colega assistente social, já ciente do caso. Neste dia ele nos apresentou um de seus talentos – escrever poesias – e nos falou muito sobre 2 desejos/projetos: aprender a tocar violão, para transformar as poesias em música, além de aprender a “usar a internet”, para divulgar suas letras. Fez um poema até para o Momento Aberto da DPESP. Era de sensibilidade aguçada. Dizia de suas angústias. E das injustiças da vida dele e da vida de outras/os. Falava de racismo também. E ele era negro e discriminado pela polícia tantas vezes. Pena não o ter aqui. Quase me emocionei ao ouvi-lo declamar. Olhei para o lado e vi as lágrimas nos olhos da assistente social que trabalhava comigo. Ele era um poeta! Descobrimos um CAPS próximo à sua casa no qual tinham “oficina de composição” e aula de violão. “Perfeito!” - pensamos.

Semana seguinte, ele novamente no Conselho. Falando tudo de novo. Acho que foi deixando de ser ouvido neste espaço. Começou a me dar mal estar vê-lo ali... mas o que fazer? Ninguém o impedia de falar, mas fazia sentido aqueles cinco minutos ali? Sem outros encaminhamentos, quase sem escuta. Enfim. Tornou-se corriqueiro atendê-lo após sua participação no Momento Aberto. Sabíamos que ele iria. Dias mais agitado, dias menos agitado. Às vezes aproveitava que estava ali no prédio e entrava em outras reuniões e eventos. E falava da injustiça de seu caso. Às vezes ia a outros prédios públicos abertos também, como eventos na Câmara Municipal.

“Sr. Hélio, e o CAPS, o sr. continua indo? E a oficina de *Composição*?” – perguntei. “Ah... disseram que ainda não posso participar. Que tenho que continuar indo no grupo por um tempo. Queria atendimento sozinho, mas também falaram que não é meu caso”. Estranhei... mas sorri. Pensando em ligar no CAPS depois para entender melhor isso. Fiquei surpresa quando, depois de uns dias, a informação foi confirmada pela gerente do CAPS:

“Aqui a gente trabalha assim mesmo. As primeiras semanas o paciente participa só do grupo, para que possamos fechar o diagnóstico. Depois vemos se ele pode ser inserido nas oficinas ou mesmo se é caso para atendimento individual”. Não lembrei de portaria ou normativa alguma na qual fosse previsto isso... de onde teriam tirado este “protocolo”? Naquele momento, limitei-me a insistir na importância do espaço do CAPS àquele senhor.

“Sabe, Paula... (Hélio continuou) eu até gostei do pessoal do CAPS. São boas pessoas. Mas a atenção que vocês nos dão aqui na Defensoria... é diferente. Aqui vocês se importam com a gente, olham nos nossos olhos. Quando eu pego o microfone e eles me escutam... mesmo que seja apenas por 5 minutos, que eu até acho pouco para tudo que tenho para falar... mas tudo bem. Eu já me sinto tão importante. Às vezes acho que aqueles homens engratados lá de cima não estão mais me escutando. E penso em não voltar. Mas as *vozinhas* que ficam falando na minha cabeça não me deixam e me obrigam a vir” – completou o sr. Hélio.

Fiquei pensando no que significa aquele espaço para ele, aqueles momentos para ele. Ser ouvido, ter lugar de destaque. Poder falar da sua dor, da sua revolta. Do seu terreno que lhe prometeram e tomaram. Era uma maneira de digerir tudo aquilo. Sentia-se, assim, importante, cuidado, assistido, olhado. O que ele não tinha em outros lugares da sua vida.

Durante a semana, ligamos no CAPS. Por que ele não pode participar da oficina de composição? Seria tão importante para ele... “Primeiro ele precisa ficar 3 meses no grupo”. Depois vamos reavaliar se é caso. Acho que fiquei tão surpresa que até emudeci por uns segundos ao telefone. “Tem que passar pelo grupo para depois ir para oficina?” – pensei comigo. Que CAPS é esse? Isso é CAPS? Nunca ouvi falar de normativa ou portaria que dissesse isso. Pelo contrário! Tem que ser aberto, aberto às necessidades e possibilidades das pessoas que ali estão, não? Tentei reforçar – com jeitinho e cuidado que uma relação intersetorial pede – a importância daquele cuidado para aquele senhor. A gerente ficou de dar retorno. Não fiquei sabendo que retornou.

Deixei de atuar neste local há algum tempo. Mas uma colega psicóloga da Defensoria seguiu no acompanhamento do caso. Sei que o sr. Helio deixou de ir às Unidades, mas continuou indo ao Conselho por muito tempo. Falando quase que sempre as mesmas coisas. Quase o mesmo tom de revolta de sempre, em relação ao seu processo. Às vezes haviam mobilizações e protestos neste espaço: falas de movimentos sociais, pedido de melhores

condições de trabalho por parte das/os servidoras/es, pedido de mais defensoras/es... e ele estava lá. Acompanhava tudo. Sabia de tudo. Assinava abaixo-assinados e apoiava as outras manifestações quando concordava. Dava apoio. Sentia-se vivo, mostrava-se bem vivo, atuante. Onde mais ele podia se sentir assim? Em vários lugares, imagino. Mas ele encontrou isso lá. E porque não estar lá? É momento aberto, não é? É instituição de portas abertas, não é?

Algumas vezes me preocupava também. Será que ele voltava porque falhamos? Será que não soubemos fazer um encaminhamento que lhe fizesse sentido? Será que a Rede falhou em não proporcionar um acolhimento do modo que ele se vinculasse? Será que deveríamos ter insistido mais? Será que está “errado” ele frequentar mais este espaço do que o CAPS? Será que deveríamos voltar a procurar sua família? (Muitos contatos já foram feitos, sobretudo com o filho). Será que ele está em risco? (Acho que não). Algo justifica alguma medida ou outra intervenção ou deixamos como está? Às vezes também me incomodava o modo como ele – a meu ver – deixou de ser ouvido no *Momento Aberto*. Como a maioria das pessoas que frequentava estas sessões já o conhecia, depois de um tempo pouco davam atenção ao que ele falava (de novo). Já não o escutavam. E, às vezes, chegava a sentir um ar de deboche. Passou a ser o “louco” falando, que ninguém dava muita atenção, porque é louco, incoerente, descabido, que supostamente poderia ser ignorado.

Mas, às vezes, também, eu achava bonito saber que ele continuava participando daquele espaço, anos depois que o conheci. E ele continuava lá. Falando, falando... às vezes acho que é um das expressões mais claras de luta antimanicomial ele lá. Circulando onde ele desejava estar, falando o que deseja falar. Ele podendo se manifestar abertamente neste Momento Aberto. Cinco longos minutos semanais de poder ser, poder falar, poder reclamar e ser ouvido por homens de terno. Mesmo que fosse confuso e desconexo. Mesmo que já tivesse dito, que não fizesse tanto sentido aos outros. Ele pode. Estava lá, livre. Ninguém podia detê-lo. Ninguém podia lhe dizer o que não dizer, o que não relatar, o que não reclamar, o que não repetir. Lá, ele podia. E teriam que ouvi-lo. Alguém ia ouvir. Aqueles cinco minutos ninguém lhe tirava. Naqueles cinco minutos ele era ele. Antimanicomial, não acham?

5.6.1 *Momento Aberto e outras políticas de portas abertas à loucura*

O caso do sr. Hélio parece emblemático para refletir acerca do atendimento na DPESP (e em outras instituições), seus fluxos e possibilidades internas, sobretudo nas situações onde não se vislumbram demandas jurídicas claras, além da presença de discurso com conteúdos aparentemente delirantes. Como foi visto no relato acima, assim como ocorre em outros casos, a instituição é procurada por pessoas com as mais variadas demandas/queixas e é muito frequente também a procura por pessoas em situação de sofrimento psíquico com discursos aparentemente delirantes e persecutórios.

Na sociedade da judicialização da vida e dos conflitos (OLIVEIRA & BRITO, 2013) – na qual além de se buscar incessantemente as instituições jurídicas e suas soluções, as pessoas também incorporam e legitimam seus modos de operação, reproduzindo-se o controle, o julgamento e a punição das condutas – a *loucura* também quer acionar esta *Justiça*. Pessoas em sofrimento psíquico também a procuram. Também querem “processar alguém”.

Como já foi comentado no Capítulo 4 (p.60), a busca de pessoas com discurso aparentemente delirante é questão recorrente na Defensoria Pública de São Paulo e em outras. No caso da DPESP, inicialmente foram pensadas propostas de “avaliação” e condução para estes casos nos quais o discurso da pessoa parecesse “desarrazoado”. Vingou a proposta de atendimento integral, de escuta a essas pessoas, mesmo que aparentemente com discurso confuso ou delirante. Há de se pensar formas de ouvi-las, de estar com elas. No caso do sr. Hélio, houve processo judicial em acompanhamento em que, infelizmente, ele não obteve o que esperava (o direito ao imóvel no qual residiu por anos). Mas não deixou de ter a defesa por mostrar pensamento que não era compartilhado por muitos que lhe ouviam. Mas escutá-lo não necessariamente significava dar entrada em todas as ações que queria, afinal, algumas eram inviáveis. Mas elas foram analisadas, em caráter interdisciplinar.

Bernardes (2015), pesquisadora externa à Defensoria, em seu trabalho de doutorado acompanhou durante anos o atendimento na DPESP às demandas relacionadas ao campo da saúde mental, ouvindo profissionais da instituição, usuárias/os, Rede e representantes de movimentos sociais. Pessoas com discursos aparentemente delirantes que procuram a DPESP foram identificadas pela pesquisadora (BERNARDES, 2015, p.158). Ela foi percebendo a DPESP, sobretudo nos atendimentos nos CAMs, como um espaço de escuta e acolhimento para estas pessoas. A partir desta escuta qualificada, verificou que é possível o

aprofundamento da demanda (p.194), muitas vezes para elaboração de defesa/desenvolvimento de laudos, bem como escuta e diálogo com profissionais da rede (p.197), assim como tentamos fazer no caso do sr. Hélio. Esta *porta aberta* foi entendida como relevante para a garantia de direitos para as pessoas em sofrimento psíquico.

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 [...] Foram enfatizadas as atividades de atendimento 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 possibilidade 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.**

(BERNARDES, 2015, p.225, destaques nossos)

Ela também destacou a importância do *Momento Aberto*, dentre outros espaços institucionais nos quais observou a participação da população:

Os espaços previstos para participação da sociedade civil na DPESP: o Momento Aberto do Conselho Superior, as Conferências Públicas e a Ouvidoria. **A presença de diferentes espaços possibilita que cada movimento social com suas temáticas específicas possa ocupar o espaço que considere mais apropriado à sua causa.**

(BERNARDES, 2015, p.239, destaques nossos)

Quanto à normativa que organiza o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico (a já referida Deliberação CSDP 291/2011), apesar de suas limitações – como qualquer protocolo – importante destacar seus avanços, se compararmos a propostas de avaliação, estigmatização ou não escuta/barreiras, que foram inicialmente propostas no âmbito da DPESP⁸⁹. Ao invés de se colocar psicólogos/os para avaliarem supostas demandas delirantes e defensoras/es encaminharem pedidos de interdição das usuárias/os, esta perspectiva contempla – assim como exemplificamos com o caso do sr. Hélio – a escuta qualificada, o atendimento compartilhado interdisciplinar e intersetorial, a flexibilidade de dia/horário de atendimento (diferenciado do horário padrão da triagem), o respeito à procura espontânea da pessoa em sofrimento e, inclusive, seu direito a comparecer em outros espaços (como o

⁸⁹ Conforme apresentado no Cap.4, p.60 do presente trabalho.

Momento Aberto). Nessa linha, Bernardes (2015) identificou “premissas da reforma psiquiátrica como referência para a construção da normativa para o atendimento” (BERNARDES, 2015, p.261), tais como a abertura à vida em comunidade e a livre circulação. Isso não garante por si só os direitos das pessoas que nos procuram, mas parece uma abertura inicial importante.

Esta pesquisadora também ressaltou, nestes casos, a fundamental articulação com rede e acompanhamento das situações. No caso em tela, descrevemos a tentativa de articulação com CAPS que, embora inicialmente parecesse interessante ao acolhimento do usuário, mostrou práticas limitadas, protocolares e engessadas, que acabaram afastando o usuário do serviço, ao impor a participação em uma determinada atividade (*grupo terapêutico*) como critério para que o usuário pudesse escolher a que lhe cativara o interesse (no caso, a oficina de composição musical).

Endo (2017) descreve uma sensação de letargia e uma “escuta burocratizada” nos profissionais de saúde, inclusive do CAPS, indo na contramão do que seria a proposta da Reforma Psiquiátrica, pois não permite a troca com as/os usuárias/os. Ela alerta para o fato de que os estados melancólicos estão presentes no cotidiano das práticas do SUS:

A construção melancólica das práticas assistenciais não é uma produção atual, tem raízes profundas na história dos afetos e humores humanos, desde a criação dos asilos e hospitais, os chamados morredouros [...]. Ser confrontado cotidianamente com a dor do outro não é tarefa fácil, principalmente se a prática se confunde com *assistir*, ressaltando a noção *passiva* desta ação, sem outro projeto para escuta terapêutica.

(ENDO, 2017, p.74)

E não se trata aqui de simplesmente criticar as/os profissionais dos CAPS. Afinal, estamos todas/os sujeitos a oferecer esta escuta burocratizada. É um constante cuidado a ser tomado e se faz necessária uma contínua reflexão acerca de nossas práticas. Também se mostra fundamental olhar o contexto em que estas práticas se dão: equipamentos muitas vezes sucateados, profissionais desmotivados, falta de formação continuada e políticas públicas muitas vezes com pouco investimento (assim como relatamos no capítulo 5.2.2). Endo (2017) destaca que a urgência de resolubilidade institucional, a pressão pela produtividade e a adaptação a modelos/protocolos têm afetado o trabalho clínico e o contato com as/os pacientes:

Desde a chegada do paciente, há tentativas de *rapidamente* o inserir em algum grupo, assembleia, oficina, atividade desportiva ou outra, para que ele comece imediatamente a responder conforme as expectativas de recuperação, estabilização, e inserção social preconizadas no seu projeto terapêutico singular. Neste modelo, o CAPS segue à risca as diretrizes ministeriais para a atenção em saúde mental no território nacional.

Na sequência destas práticas, a clínica veio perdendo espaço nas discussões de caso, nos fóruns de debate e na relação com o paciente.

(ENDO, 2017, p. 84).

E na Defensoria Pública, seria também espaço para este encontro com a/o outra/o, para essa escuta qualificada, para essa conversa mais alargada? Penso que sim. Mas não sem o compartilhar de certos limites, sobretudo acerca das possibilidades institucionais (ex: nas demandas inviáveis/incabíveis). Mas até para diferenciarmos o que é possível de se fazer, as portas precisam estar abertas, para além do *Momento Aberto* do Conselho, aqui tomado mais como espaço emblemático de escuta e participação.

Bernardes (2015) vai entender os espaços de participação da DPESP, tais como este *Momento Aberto* do Conselho, como espaços de continuidade da participação popular que impulsionou a implantação do órgão (Movimento pela Criação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, conforme referido na p.141). Desta forma, relaciona a possibilidade da presença de pessoas em sofrimento mental que cotidianamente procuram a instituição à existência destes espaços.

A instituição foi criada e organizada tendo grande participação social em suas origens, com espaços previstos para a continuidade desta participação. Incorporou em sua estrutura dimensões para que vozes até então silenciadas, realidades sociais invisibilizadas, chegassem ao sistema de justiça. Neste contexto, as demandas de saúde mental começaram a se fazer presentes.[...] Pessoas portadoras de transtornos mentais com queixas de perseguição ou violência, pensamento confuso, solicitando defesa.

(BERNARDES, 2015, p.289)

Parece coerente com os princípios da DPESP manter o espaço de escuta e acolhimento às pessoas em sofrimento mental, ouvindo seus discursos por vezes julgados como desconexos ou delirantes. O cuidado de se manter a devida atenção a essas pessoas estigmatizadas em nossa sociedade. Promover o direito à escuta deste sofrimento, diretamente na DPESP ou nos serviços da Rede. Marcos Rondon Silva, Defensor Público no estado do Mato Grosso, vai falar em “direito ao grito”(SILVA, 2019). O psicólogo da Defensoria de São Paulo, Paulo Kohara, vai falar em “direito à loucura”(KOHARA, 2019).

Oliveira (2015), que em sua pesquisa de doutorado estudou o trabalho interdisciplinar na DPESP e os encontros (e desencontros) “psi-jurídicos”, vê os casos de sofrimento mental e a *loucura* como produtora de uma zona de perturbação e de certa *des-disciplinarização* nos modos de saber-fazer, ou seja, traz demandas que nenhuma das áreas (Direito, Psicologia, Serviço Social) se mostra suficiente por si só, clamando por um trabalho interdisciplinar mais flexível e integrado. “O analisador saúde mental sinaliza algumas pistas para pensarmos a construção de uma assistência jurídica que tenda para a atenção integral” (OLIVEIRA, 2015, p.17). Além disso, esta autora destaca que as situações de sofrimento mental – como esta e as outras narradas – pelos desafios que trazem, acabam fomentando as práticas interdisciplinares, intersetoriais ou mesmo o uso de outras ferramentas menos usuais, inclusive as coletivas ou formativas.

A “saúde mental” nos aponta certas condições de possibilidade para a realização de práticas orientadas por arranjos entredisciplinares, entreprofissionais, intersetoriais e integrais potencializadas pela Deliberação que legitima o *fazer com*, entre defensores e profissionais do CAM, o *fazer em Rede*, entre Defensoria e políticas públicas e sociais, e o *saber-fazer com* ou o *desfazer*, ao construir políticas formativas que operam deslocamentos da intervenção tradicional nas áreas específicas que tende, historicamente, a ser voltada ao plano individual e não ao público.

(OLIVEIRA, 2015, p.115)

Retomando o caso do sr. Hélio, para além dos atendimentos que teve, cabe refletir se o espaço do Conselho seria o apropriado para esta escuta. Tendo em vista que foi o lugar escolhido pelo usuário e que se propõe, como o próprio nome diz, a ser *Momento Aberto*, então penso ser adequado. Neste espaço onde, conforme a narrativa, sr. Hélio compartilhava no local suas ideias, seus comentários sobre o que viu nos jornais, queixava-se do processo judicial que perdera, conhecia pessoas de outros movimentos sociais e outras pessoas que se manifestavam no local.

5.7 Guerra às drogas: quem é o inimigo?

Capa do jornal: fotos de pessoas aglomeradas, destacando suas roupas rasgadas, cachimbos e isqueiros nas mãos escurecidas. Nas ruas cinzas, barracas e colchões; muito lixo. As pessoas ali são comparadas a zumbis e até governantes usam esse termo. Pelo foco da reportagem, mal dá pra ver o entorno, as vidas que existem por ali, as grandes empresas com prédios pomposos na valiosa região da cidade. No programa da TV, vejo um jovem que disputa um grande prêmio em dinheiro. “O que você vai fazer se ganhar?” – pergunta o apresentador? Comprar uma casa, um carro ou talvez fazer uma viagem dos sonhos? Não. “Vou colocar minha mãe numa clínica” – o garoto responde, com os olhos cheio de lágrimas, explicando que ela é “usuária de drogas”. Interessante, porque ele não fala em tratamento de saúde, não fala em vê-la bem. Fala em interná-la. Como se a internação fosse um objetivo em si, a finalidade. Internação é uma palavra que já ouvi muito nos atendimentos na Defensoria. O pedido de internação. Geralmente voltada a pessoas que estão fazendo uso problemático de drogas. Geralmente voltada a familiares ... Por todo lado, agora o mal a ser combatido é isso: “usuários de drogas”. É epidemia? Não é? Há muitas divergências.

A Defensora Pública entra desesperada na sala do CAM. Pede desculpa pela pressa, mas o caso é urgente. “Alguém pode atendê-lo agora?”. As histórias relacionadas a drogas quase sempre chegam neste ritmo. Sr. Germânio⁹⁰, 56 anos. O rosto bastante enrugado e a expressão de cansaço adiantavam um pouco o que iria relatar. Há quase um ano procurava a Defensoria com pedido de internação para o filho Tulio⁹¹ (20 anos), que fazia uso de *crack*. As Defensoras que já o haviam atendido pediam relatórios médicos que justificassem a internação, mas ele não conseguia quem o atestasse. Não conseguia levar o filho ao médico, nem a lugar algum. Mal conseguia encontrá-lo ultimamente. Túlio passava a maior parte dos dias na rua, fazendo uso de crack. De vez em quando voltava para casa, sujo e com fome, segundo o relato do pai. Tomava banho, comia e dormia por muitas horas. Ficava trancado no quarto. Era pouco tempo em casa, mas o suficiente para discussões, brigas e ameaças. Outro

⁹⁰ Nome fictício, emprestado da substância química *germânio*, metal de brilho intenso, ou seja, que chama a atenção assim como o sr. Germânio, preocupado com o filho. Segundo o site “infoescola”, o germânio, nas condições ambientes, é sólido e duro. Às vezes, assume forma de *anfótero*, ou seja, mostra comportamento ácido ou básico, a depender com o que interage. Sr. Germânio igualmente se mostrou diferente ao longo do acompanhamento. Mais informações em: <https://www.infoescola.com/elementos-quimicos/germanio/> (acesso em 10/10/2020).

⁹¹ Nome fictício, emprestado do elemento químico *tulio*.

dia Túlio “levantou a mão” para agredir o pai. Germânio assustou-se. Aquilo nunca havia acontecido. Parecia que estava piorando a cada dia.

Germânio contou-me que Túlio perdeu a mãe cedo. Na casa eram só os dois. Mal teve tempo para elaborar o luto da esposa, pois teve que se desdobrar entre os cuidados do filho e a luta constante para conseguir renda/trabalho. Enquanto me relata sua história, parecia tentar investigar o que houve, levantar suas eventuais culpas por ter chegado até ali. Parecia tentar resgatar o momento no qual começou a se afastar do filho, quando pararam de conversar, quando tornaram-se quase que dois estranhos que residiam no mesmo local. Relatou que depois de um tempo percebeu que o filho estava usando maconha, depois cocaína... e, nos últimos anos, crack. Túlio deixou a escola, depois de já ter repetido uns anos. O pai tentou lhe arranjar um emprego, mas não durava mais do que uma semana. No último ano, percebia o filho mais agressivo e isolado. Já fazia um tempo que percebia que Túlio pegava dinheiro escondido. Mas ultimamente ele também estava levando objetos de casa (eletrodomésticos, geralmente) para revender e “trocar por droga”(sic). Quase não tinha mais roupas/calçados, porque o que o pai comprava ele também vendia, em troca de mais drogas. Tentou trancá-lo em casa. Túlio quebrou a janela e fugiu. Tentou impedi-lo de entrar, mas lembrou-se da esposa falecida e – imaginando que ela não aprovaria tal atitude – novamente abriu a porta ao filho, mesmo sabendo que mais um vez seria muito desgastante estar em sua companhia. Falou que ia levá-lo a um grupo de *Narcóticos Anônimos* que havia em uma igreja próxima à residência. Túlio até aceitou o convite, em troca de dinheiro para poder sair com amigos. Mas no horário combinado, “sumiu”. Foi para a rua novamente. E voltou só depois de uns três dias. Também tinha tentado levá-lo à Defensoria. Nada.

“Não sei mais o que fazer” – dizia-me Germânio. “Não tem conversa, ele precisa ser internado”. E continuou: “Preciso de um pouco de sossego. Preciso trabalhar. Já não consigo um emprego estável, porque tenho que ficar indo atrás de Túlio na rua. Ou preciso voltar pra casa para que ele não venda tudo ou leve pessoas perigosas para lá. O último emprego perdi por causa disso. O patrão até era paciente e buscava me compreender/ajudar. Mas tudo tem limite. Agora só consigo fazer bicos”. Também relatou que já pensou em amarrá-lo à cama, assim como viu, na TV, uma mãe fazendo com a filha. Mas não teve forças.

Assim como em outros casos, procurei acolher o sr. Germânio em seu sofrimento, ouvi seu relato. Tentei oferecer escuta sem julgamentos. Depois fui orientando-o sobre a atual política de saúde mental do Brasil, sobre como foi construída ao longo dos anos, a forma

como está organizada a Rede de Atenção Psicossocial, os serviços disponíveis e o contexto da internação, os casos em que é indicada e que se trata apenas de um momento do tratamento. Expliquei que a internação contra a vontade da pessoa – o que ele e tantas/os outras/os nos solicitam na DPESP – é medida muito grave e excepcional. Costumo dizer que, em atendimentos como este, conto um “resumo” da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica para as pessoas que são atendidas na Defensoria, procurando uma maneira que lhes faça sentido, que seja compreensível para as pessoas atendidas. Tento, minimamente, compartilhar os ideais da Luta, as razões do movimento antimanicomial, as violências e privações de direitos contra as quais lutamos, inclusive enquanto Defensoria Pública. É sempre um trabalho difícil e delicado, pois implica, de certa forma, frustrarmos expectativas das pessoas que nos procuram com este pedido de internação involuntária e urgente. Este “tom” de angústia e urgência também está sempre presente em atendimentos como este: desde a Defensora ou estagiárias/os de Direito que fazem – via de regra – a primeira escuta ou mesmo o funcionário que faz o cadastro na DPESP. É uma angústia que vai tomando todas/os e que, geralmente, vem acompanhada de uma necessidade de solução rápida/imediata. Também sou tomada por este sentimento, fico quase ofegante, junto com a pessoa que atendo. Mas, tecnicamente avaliando, chega a ser contraditória a expectativa de se “resolver” algo que perdura por anos, de modo tão rápido. Ou seja, como queremos resolver “para amanhã”, algo que não começou “ontem”. Uma situação complexa que não se desenvolveu em um ou dois dias – nem em um mês – e parece gerar o desejo por uma solução que se apresentará neste prazo. Como se fosse “mágica”. Como se existisse essa mágica, que resolvesse algo complexo e servisse para tantas – e diferentes – histórias e casos envolvendo uso problemático de drogas.

“Mas eu vi na TV que tem clínicas que...” (...), “Mas ouvi o governador falando que agora já resolveu, que é só enviar para a clínica que é paga pelo Estado...”(...), “Mas eu recebi um panfleto na rua, de uma clínica. Disseram que enviam uma ambulância e levam a pessoa, mesmo que ela não queira...” – argumentava o sr. Germânio. Continuei na postura de escuta a aquelas alternativas e discursos que ele trazia. Embora pudesse discordar tecnicamente do que ele falava, entendia que era o caminho dele, sua busca, enquanto um pai desesperado, um pai sofrendo. Nesse momento, só escutei. E depois insisti falando do CAPS, falando de tempo, relativizando a suposta eficácia daquelas soluções quase que mágicas e rápidas. Expliquei que este seria o primeiro passo: procurar o CAPS, pediríamos uma avaliação, a construção de um projeto terapêutico singular, que seria um espaço também para a família, que analisariam

o caso para além da questão das drogas, etc. O ritmo do atendimento e da fala do sr. Germânio mudaram. Foi ficando mais espassada... depois de mais de uma hora de atendimento, ele já não parecia mais tão desesperado. Já não falava tanto e tão rápido como no início. Parecia me ouvir também. Algo ali fez sentido para ele. “Tá bom. Eu vou procurar esse CAPS. Confio em você” – disse-me, olhando bem nos olhos, estabelecendo uma conexão (vínculo), invisível e forte. “Estou vendo que você quer me ajudar” – ressaltou. Fiquei feliz com a confiança, que vem quase sempre acompanhada de um peso de responsabilidade.

Localizamos o CAPS AD mais próximo à residência da família e fiz o encaminhamento com algumas breves informações sobre o caso. Tentei ligar para já explicar melhor o caso à equipe do CAPS, mas o telefone estava ocupado. No final da tarde, a Defensora retornou à sala do CAM. “E aí, deu certo?” – perguntou-me ansiosa e preocupada com o caso. Fiquei pensando no que significava “dar certo” para aquela situação. Relatei sobre o atendimento, a complexidade da situação, as dificuldades e desafios do caso, além dos encaminhamentos. “Você acha que o filho vai aceitar ir ao CAPS?” – perguntou-me, reproduzindo as inseguranças e incertezas do pai de Túlio. “Não sei... mas vamos tentar” – respondi.

Passaram-se alguns dias. Sr. Germânio ligou-me. Parecia animado. Disse que tinha sido muito bem recebido no CAPS AD. Passou pelo acolhimento, participou de um grupo de familiares de pacientes e a equipe agendou um primeiro atendimento com Túlio. Aí veio a preocupação: “Mas acho que ele não vai...”- disse Germânio. “Vamos aguardar” – respondi. Depois de uns dois dias, Germânio retornou à DPESP. Novamente abatido, contou que tentou convencer o filho a ir para a consulta no CAPS AD, mas Túlio recusou-se. Tentou até oferecer dinheiro e nem assim Túlio quis ir. “E agora?” – disse-me o pai, com um olhar que pedia ajuda. Liguei no CAPS AD e falei com a equipe que estava de referência para o caso. Compartilhamos as primeiras impressões e análises da situação. Ficaram de realizar uma visita domiciliar a Túlio, na perspectiva de uma *busca ativa*⁹².

“Eles vieram” – contou-me o Sr. Germânio, depois de uns dias, pelo telefone. “Me ligaram na véspera para saber se ele estava em casa e me perguntaram em que horário seria mais fácil achá-lo” – completou. “Conversaram com ele... no início ele estava trancado no quarto, mas depois aceitou sair... até que ele falou bastante com eles. Eles viram como ele está

⁹² No campo da Saúde Mental, entende-se como *busca ativa* um conjunto de ações ou estratégias, tais como realização de visitas domiciliares ou contatos telefônicos, visando aproximação com a/o paciente em seu território e sensibilização para o cuidado em saúde. Mais informações em Lemke e Silva (2010).

magro e abatido. Ficou de ir ao CAPS no outro dia...”. Mas Túlio não foi. Foi para a rua. Mais uns dois dias fora de casa. E sr. Germânio voltou à DPESP, muito desanimado: “Achava que agora ele iria procurar o tratamento. Ele me prometeu que iria ao CAPS. Disse que tinha gostado deles... Não sei como conversar com ele quando ele voltar, não sei como lidar...”. “Compareça o senhor ao CAPS. Fale com a equipe sobre essas suas dúvidas. Acho que eles podem ajudá-lo a pensar nisso” – orientei.

E aí iniciou-se uma série de ações, que se repetiam quase que ciclicamente: equipe do CAPS AD visitava ou falava com Túlio ao telefone. Ele chegava a ir ao CAPS AD participar de algum atendimento ou outra atividade. Quando não ia, sr. Germânio avisava a equipe. De vez em quando ele retornava à Defensoria, de vez em quando ia ao CAPS. Às vezes mais ou menos abatido. Às vezes mais ou menos esperançoso com o tratamento. Relatava dias em que o filho estava melhor ou menos tempo na rua, fazendo uso de crack. De vez em quando a Defensora vinha me perguntar sobre o caso, geralmente para saber se a equipe do CAPS achava que era caso de internação involuntária. Por que, se precisasse, ela poderia cobrar judicialmente este pedido, cobrar o Estado por uma vaga⁹³. Mas a equipe do CAPS não tinha levantado esta necessidade. E quem poderia fazer esta avaliação clínica seria a equipe responsável pelo caso. De vez em quando eu discutia a situação com alguém do CAPS. Em geral elas diziam da construção do Projeto Terapêutico e de sua execução. Sentiam falta de maior presença do pai no serviço. Sr. Germânio costumava dizer que “precisava trabalhar”. E precisava mesmo, fazer o que? Será que dava para ser diferente? De qualquer forma, eu continuava reforçando as orientações do CAPS ao usuário, sem deixar de legitimar suas necessidades, tais como obter renda para sustento seu e de seu filho.

Já fazia algumas semanas que o sr. Germânio não dava notícias, nem nos procurava para atendimento na DPESP. Geralmente quando um usuário “some”, começo a pensar o que houve... pode ser que esteja tudo bem, caminhando... ou pode ser que não. Em meio às outras tantas demandas e pessoas a serem atendidas, no meio de uma tarde, repentinamente, aparece o sr. Germânio:

“Não dá mais... ele está piorando... ontem teve uma crise e me bateu. Levou tudo de casa para vender por droga. Teve uns dias que ele estava mais tranquilo, aceitando o

⁹³ Retomaremos estas e outras possibilidades de ações judiciais da Defensoria Pública (vaga de internação, por ex.) no próximo capítulo.

tratamento e indo ao CAPS. Mas desde a semana passada deixou de ir e de tomar os medicamentos que tinham passado. Disse que não vai mais” – relatou, muito nervoso.

“O senhor falou com a equipe do CAPS?” – perguntei.

“Estou ligando há dias... eles falam que vão retornar a ligação, mas não retornam. Falam que vão voltar a visitá-lo, mas não vêm. Você me disse para confiar no CAPS, mas agora eles não estão mais fazendo nada... meu filho vai morrer se continuar assim. Outro dia chegou com marcas de faca. Estava todo cortado. Pegaram ele na rua. Não aguento mais isso. Ele precisa ser internado” – disse Germânio.

O tom de desespero, desesperança e desamparo tinha voltado. Parece que tudo havia se perdido. Tudo que estava sendo cuidadosamente construído: vínculos, confiança, tratamentos, sentido... Liguei no CAPS. Também demorei para conseguir falar com alguém da equipe que estava a par do caso. Com muito cuidado e em meio à discussão sobre a situação de Túlio, uma assistente social desabafou: “sabe o que é, tá muito difícil aqui... parece que cortaram verba do CAPS... diminuiu a nossa equipe e o carro para visitas agora é compartilhado. Aí a gente tá tendo que se desdobrar para atender a todas as demandas, esses casos mais sensíveis como o do Túlio... Mas olha, por favor, não comenta que eu te contei. É complicado, sabe como é... posso ser demitida se souberem que eu abri pra vocês. Os gerentes têm medo da Defensoria...(risos)”.

Por uns instantes até fiquei sem saber o que dizer àquela profissional... não se tratava de uma questão técnica, de como conduzir o caso, do que mais poderiam ou não fazer para se aproximarem de Túlio... era outra coisa. De outra ordem, de outro âmbito. Estava sobrecarregada. Não tinha carro para todo mundo trabalhar, não tinha gente para atender todas/os as/os pacientes... o que fazer? A confiança que ela estabeleceu comigo, com a Defensoria, também me chamou a atenção. A ponto de compartilhar questões estruturais que permeavam aquele serviço, aquela política pública. E sim, a Defensoria, enquanto instituição pública tem esse papel de cobrar os serviços que não estejam devidamente funcionando, pois era direito daquela família ter acesso ao serviço de saúde mental, com todos os recursos que ele deveria prover. Em parte, acho que é por isso que muitas vezes “assusta” ou levanta desconfiança de muitos gerentes, com receio de serem cobrados ou fiscalizados. Mas aquela profissional ali, com quem eu já havia estabelecido certa proximidade, ao longo dos meses que estávamos acompanhando o caso de Túlio, estava confiando na Defensoria, enquanto parceira. Desabafou! Mas o que eu fazia com aquelas informações? A assistente social era

também uma trabalhadora, com medo de perder o emprego, seu sustento e de sua família. Tinha medo de retaliações que poderia sofrer. O que já me dizia um pouco do contexto no qual trabalhava, das orientações que recebia. Apesar das dificuldades que estavam enfrentando, ela disse que retomariam as estratégias para o acompanhamento de Túlio e seu pai.

Passaram-se mais alguns dias... até semanas... entre um atendimento e outro, eu me lembrava do sr. Germânio e do filho. Como estariam? “Sumiram de novo”. Já fazia dias que eu também não falava com o CAPS. Foi quando Germânio voltou a nos procurar. Naquele dia não estava tão agitado ou transparecendo angústia como de costume. Parecia mais apático. Logo que entramos na sala de atendimento, ele me disse, em tom de derrota: “Não deu mais para aguentar. Desculpa. Sei que vocês estavam tentando fazer o melhor... mas eu estava cansado. Internei o Túlio”. E foi me contando que achou na internet umas clínicas que faziam internação – inclusive involuntária – de pessoas que fazem uso de drogas. Tinha de vários preços. Procurou uma que (não) conseguia pagar. O patrão lhe emprestou dinheiro, uma familiar outro tanto e pegou mais um pouco no banco. Estava todo endividado. Mas por alguns instantes, parecia também em paz. Pelo menos achava que o filho não estaria na rua aquele dia, que não estaria usando crack. Pensou que, pelo menos durante alguns meses – disseram-lhe que o tratamento seria de 6 meses de internação – poderia descansar um pouco daquela rotina de sair atrás do filho. Poderia “só” se preocupar com o trabalho.

“Como foi a internação?” – perguntei-lhe.

“Chegaram lá com uma ambulância... tinha dois homens fortes. Não sei se eram enfermeiros ou algo assim. Talvez só fossem seguranças. Tentaram conversar com ele. Quando ele saiu do quarto e entendeu o que estava acontecendo, tentou resistir. Esperneou, gritou. Teve que ser levado à força. Disse que não queria ser internado. Foi difícil vê-lo daquele jeito. Tive que me afastar um pouco. Ele me olhava com raiva. Por dentro, eu senti dor... vendo meu filho daquele jeito... mas pensei que era para o bem dele. Não queria ter chegado a este ponto, mas não teve jeito... disseram que nessas primeiras semanas não posso visitá-lo. Depois, sim. Depois dos primeiros quinze dias, posso falar com ele pelo telefone... estou com medo de que ele fique com raiva de mim... mas é para o bem dele, espero que ele me entenda um dia... se Deus quiser, vai dar tudo certo” – narrou o sr. Germânio, com a voz embargada.

Enquanto ele narrava a “remoção” da qual o filho havia sido alvo, fiquei lembrando de outros casos nos quais as pessoas procuram essas instituições... parece que depois de um tempo começaram a se tornar mais comuns ou mais evidentes. Tinha projeto do Estado que ampliava, a cada ano, os convênios com clínicas deste tipo. Aos poucos iam sendo normatizadas, reguladas... até para executarem estes projetos do governo. Na maioria das vezes – e era para ser sempre – as internações nestas instituições, chamadas de Comunidades Terapêuticas, seriam apenas voluntárias, com o consentimento dos pacientes⁹⁴. Mas a gente ouvia falar que nem sempre funciona assim. Na Defensoria chegavam muitas denúncias, inclusive. Não só em relação ao tipo/modo que as internações se davam, mas também em relação às condições do próprio tratamento em si, do que ocorre dentro destas clínicas, que geralmente ficam em sítios afastados da cidade. Lembrei de inspeções e relatórios desenvolvidos pelo Ministério Público e pelo Conselho Federal de Psicologia que eram bem desfavoráveis a este tipo de lugar⁹⁵. Ocorriam muitas violações de direitos das/os pacientes, geralmente internadas/os por familiares, como neste caso.

Conversei um pouco com o sr. Germânio sobre estas questões. Orientei que se atentasse para aqueles aspectos e que nos procurasse, inclusive caso percebesse indícios ou dúvidas sobre eventuais violações/negligências que pudessem estar ocorrendo no tratamento de seu filho. Nunca mais o sr. Germânio nos procurou. Depois de alguns meses até tentei entrar em contato com ele por telefone, mas o número não atendia. Não sei se trocou. No CAPS também disseram que ele nunca mais apareceu, tampouco o filho.

Voltei a lembrar deste caso – e de tantos outros semelhantes, nos quais as pessoas são internadas em *Comunidades Terapêuticas*, a pedido de familiares ou não, voluntariamente ou não, em leitos financiados pelo Estado ou não – quando fui acionada para prestar assessoria técnica ao Núcleo de Direitos Humanos da DPESP⁹⁶, em uma ação coletiva específica na qual estavam atuando. É nesse Núcleo – na ocasião composto por Defensores Públicos, psicólogo e sociólogo, dentre outros profissionais – onde geralmente se concentram, no âmbito da

⁹⁴ Conforme a portaria do Ministério da Saúde que regula o financiamento a estas instituições, PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Retomaremos este assunto e detalharemos à frente.

⁹⁵ Aqui nos referimos aos relatórios da inspeção nacional em comunidades terapêuticas e de locais para internação de usuários de drogas, realizadas nos anos de 2017 e 2011, respectivamente. Para mais informações, vide: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf e <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

⁹⁶ O Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria de São Paulo é um dos Núcleos da DPESP, que tem ação estratégica, geralmente em perspectivas mais coletivas, dentro de suas temáticas. Mais informações em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3040>

DPESP, as ações de fiscalização, avaliação de denúncias ou outras intervenções relacionadas aos serviços e instituições voltadas ao tratamento do uso problemático de álcool e/ou outras drogas.

Tratava-se de uma ação judicial contra uma *Comunidade Terapêutica*, movida pelo Núcleo, a partir de denúncias que havia recebido. As acusações – feitas por familiares de pacientes internos – descreviam maus tratos, trabalho forçado, isolamento e irregularidades nas internações. Estudei os documentos e fotos apresentados no processo. Participei de reuniões e audiências para analisarmos o tratamento proposto. A juíza nos perguntava sobre a qualidade do tratamento e das ações propostas, se configuravam violação à saúde/saúde mental/segurança dos pacientes. Se aquelas atitudes nos pareciam adequadas ao bem estar daquelas pessoas. O Defensor nos perguntava se estava configurado ali características asilares – o que não estaria previsto tampouco desejado nas portarias que regulamentam estas instituições. Quais impactos daquelas intervenções para as pessoas? Lembro que aquela instituição também já havia recebido repasse de recursos do Estado. Ao longo do processo, iam se justificando, iam aparentemente se ajustando... maquiando? A questão da internação, por exemplo, que deveria ter consentimento do paciente. Era um dos pontos mais criticados ao longo do processo. Havia denúncias de que faziam remoções forçadas das pessoas de suas casas. Depois apareceram no processo declarações de todos os paciente, em modelos padrão, assinados. Pronto. Resolvido. Como se aquele papel assinado – sabe-se lá em que circunstâncias – se equiparasse a um processo de esclarecimento real aos pacientes... será que foram obrigados a assinar? - Pensei. Lembrei de uma Comunidade Terapêutica visitada por Defensor, após denúncia de internações involuntárias ilegais que os pacientes foram orientados que poderiam sair. E saíram, quase todos, rapidamente. E aqueles ali, dos quais a juíza via apenas assinaturas... eles tinham ideia do que estavam assinando? Tinham ideia de que poderiam sair a qualquer momento da Comunidade Terapêutica?

Também tinham contratos abusivos, segundo os Defensores. As famílias já tinham que se comprometer com o pagamento de todo o tratamento de 6 meses. Não tinha devolução. Não dava para mudar de ideia. Não havia exceção. Também não tinha médico, no início do processo e das averiguações de irregularidades. Mas depois “apareceu” um. Apresentaram a declaração dele no processo.

Claro que devemos pensar que são casos e casos, instituições e instituições... têm suas diferenças... pode ser que as negligências e violações não ocorram em todas. Tem que ser

avaliadas. Mas chama a atenção o investimento massivo – cada vez mais – das famílias e do Estado neste modelo. Modelo fechado, isolado, de tratamento que coloca no sujeito a culpa/responsabilidade do fenômeno do uso de drogas (como se não tivesse conexão com a sociedade ou outras questões)... modelo este tantas vezes acusado de violências e violações de direito, modelo que promete soluções rápidas e imediatas para histórias tão complexas... modelo quase mágico; tentador. Confina-se o “problema”. Retiram-se as pessoas que estão incomodando. Contra sua vontade, inclusive. Viram mais um, nestes lugares cada vez mais cheios de gente. De um dia para o outro, estão lá. E tem muito dinheiro envolvido... essas características te lembram algo? A mim, fazem lembrar... os manicômios acabaram mesmo?

Do ponto de vista do familiar, o sr. Germânio, também podemos pensar: quais outras saídas lhe foram possíveis? Que outro modo ele poderia ter/ser frente ao filho, diante das condições que lhe foram dadas?

5.7.1 Comunidades Terapêuticas: os novos manicômios?

Em nome da proteção e do cuidado, que formas de exclusão, de sofrimento e de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes têm sido produzidas?

Conselho Federal de Psicologia

No caso de Túlio e de seu pai, retratamos uma das demandas relacionadas ao campo da Saúde Mental que mais “bateu à porta” da Defensoria Pública nos últimos anos: o uso problemático de drogas e os pedidos de internação. E não é só na DPESP que o tema tem aparecido fortemente. Ultimamente, muito tem se falado sobre as chamadas “cracolândias”, pontos onde se concentram pessoas fazendo uso de substâncias psicoativas, locais existentes sobretudo nos grandes centros urbanos como São Paulo. No cenário brasileiro atual, a Saúde Mental vem sendo convocada a intervir e a se posicionar sobre o problema das “cracolândias”, nos discursos jornalísticos, junto ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à população (ENDO, 2017, p.48).

Ao revisitar o histórico dos manicômios e das práticas de isolamento e estigmatização de alguns grupos, Endo (2017) – que há muitos anos é assessora técnica da Área Técnica de Saúde Mental, álcool e outras drogas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP – compartilha o entendimento de que os usuários de drogas são os novos personagens da atualidade que se quer banir da cena pública. A autora lembra que, após os leprosos e os loucos, “[...] novamente, o confinamento do fora ameaçador reedita antigas formas de lidar com o *estranho*” (ENDO, 2017, p. 31). Citando Porter (1991), ela discorre sobre a lógica de se manter alguns indivíduos à margem, ou seja, “o que for estranho ou desordenador será marginalizado como monstruoso pela sociedade, a qual distribui papéis aos malévolos, desajustados e avoados [...]” (ENDO, 2017, p. 31).

Práticas tão densamente presentes na história da saúde pública, o confinamento e o exílio social dos outros diferentes – em leprosários, manicômios, casas de repouso, morredouros ou deslocados dos centros urbanos, condenados a viver à margem da comunidade – retornam no cenário atual, nas práticas clínicas voltadas aos cuidados dos dependentes de drogas.

(ENDO, 2017, p.132)

Assim como no caso da família de Túlio, vê-se tantas histórias complexas, com conflitos familiares e que trazem à tona questões sociais e estruturais de nossa sociedade, tais como o desemprego, a precariedade das políticas públicas e serviços, a falta de renda e de oportunidades. Mas, quando se foca no indivíduo, o que é muito comum nesses casos, ele vira “o” problema; ele e a “droga” que usa. E a solução para o problema é afastá-lo da sociedade. A mesma sociedade na qual esta situação foi construída. Na qual o consumismo desenfreado é incentivado. Sociedade na qual as drogas mais consumidas (álcool, tabaco) são as legalizadas e amplamente divulgadas.

Endo (2017, p.50) cita uma notícia, publicada na *Folha de São Paulo* em 2012, na qual o tema foi abordado e comentado pelo psiquiatra *Dartiu Xavier*:

O viciado em crack tem uma vida desestruturada porque consome a droga ou consome a droga porque tem uma vida desestruturada?
A resposta pode variar de pessoa para pessoa, mas uma pesquisa Datafolha feita com frequentadores da cracolândia, no centro de São Paulo, não deixa dúvidas: **a grande maioria apresenta dados socioeconômicos bem abaixo dos da média da população. Podem ser chamados de os excluídos entre os excluídos.**

[...]

"Aquela imagem do engenheiro que perdeu tudo e foi morar na cracolândia é a raridade da raridade. **A droga é efeito, não causa da exclusão. A pessoa já vive excluída socialmente, e sua miserabilidade faz a droga florescer.**

Há uma grande diferença entre o usuário ocasional e o dependente. Para o segundo, a droga, seja álcool, seja crack, **não é recreacional, é fuga**", afirma o psiquiatra Dartiu Xavier, do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Unifesp.

(MARINHEIRO, 2012, C1-C3, destaques nossos)

Os dados apontam para a relação de causa e efeito entre a situação de vulnerabilidade social e o quadro de dependência química, o que é ratificado pelo psiquiatra que trabalha com a questão. A matéria também destaca que esta é a opinião de Maria Stela Graciani, cientista social que coordena o Núcleo de Trabalhos Comunitários da PUC-SP. Ela desenvolve trabalhos educativos na cracolândia e afirma que a grande maioria está lá por não ter opção.

No caso de São Paulo/SP, diferentes ações e programas já foram propostos para pessoas com dependência química e/ou que estão na região chamada de “cracolândia”. Lembrando que, conforme a narrativa acima, Túlio também passava períodos/dias na rua, muitas vezes naquela região da cidade. Ou seja: como tantos outros pode ter sido alvo das ações desenvolvidas no local. No início de 2012, o governo municipal deu início à chamada “operação sufoco”, que em seu nome já anuncia o caráter repressor e violento da prática, descrita por Endo (2017):

[...] a dita “operação sufoco” perpetrada pela polícia militar sobre a região da cracolândia, no centro da cidade, consistiu em abordar, recolher, retirar, enquadrar os indivíduos que ocupavam dia e noite as ruas, prédios e casas abandonados, naquela região, fazendo uso de drogas.

(ENDO, 2017, p.49, grifo nosso)

Esta autora comenta que esta operação (“sufoco”) chegou a ter um alto índice de aprovação na época, mas que esta avaliação não traduzia uma preocupação com o sujeito usuário de crack e sua melhora, mas “reflete o temor da sociedade pela presença ameaçadora e desconfortável que se quer banir, agora de uma vez por todas, da vida pública” (ENDO, 2017, p.53).

Esta profissional também destaca que, por outro lado, a referida operação foi alvo de questionamentos acerca dos direitos dos usuários de drogas de parte do Poder Judiciário (incluindo a Defensoria Pública), da imprensa, de ONGs, da sociedade civil e dos conselhos profissionais. E a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde foi chamada para responder sobre os cuidados em saúde integral, voltados a esta população, que

inclui a inserção social e a garantia de direitos civis. Ela aponta que esse é um exemplo de como os cuidados em saúde mental fazem fronteira com a Justiça e a Assistência Social (ENDO, 2017, p.50).

No caso dos usuários de crack, o apelo para internação retorna com todo vigor, apoiada pelos familiares, pelo poder jurídico, pela assistência social e pela opinião pública. Resiste ao longo dos tempos a crença de que a reclusão e o afastamento da vida social, ou tal como formulam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), o ocultamento e a descarga daquilo que sobra, controlariam o avanço desenfreado da doença-dependência; isto é, quando o crack passa a ser visto como uma epidemia, torna-se uma metáfora ideal o risco de contágio do usuário perigoso perambulando pelas ruas, ameaçando a comunidade (ENDO, 2017, p.52).

Ao tentar investigar qual seria a motivação das/os familiares ao procurarem, primeiramente, ao invés dos serviços de saúde, os órgãos de Justiça com os pedidos de internação – como ocorreu no caso do sr. Germânio – MENEZES (2019) levanta algumas hipóteses:

(1) a família não sabe que a determinação judicial de internação depende da opinião médica expressa em laudo que indique justificadamente essa necessidade; (2) até recentemente, em algumas comarcas do país, entendia-se que o art. 9º da Lei 10.216/2001⁹⁷[o qual trata da possibilidade de pedido judicial da internação compulsória] legitimava a internação pela simples ordem judicial, e ainda hoje muitos pedidos de internação visam “furar a fila” da regulação do SUS, forçando a entrada do paciente em unidades hospitalares por ordem judicial; (3) a família sabe da necessidade de laudo, porém, frente à recusa da pessoa com transtorno em consultar-se com médico, a família crê ser a justiça a instância com o poder de obrigar seu familiar a submeter-se à avaliação médica; (4) os equipamentos de saúde pública responsáveis pelo território da pessoa não contam com médico na equipe ou se recusam a ir até o paciente para avaliá-lo etc.

(MENEZES, 2019, p.41, destaques nossos)

Esta autora observa que, neste último caso, a atuação da Defensoria Pública seria viável, “podendo se buscar soluções extrajudiciais para atendimento da demanda a partir da articulação com a rede de serviços, ou mesmo soluções judiciais (como tutela do direito à saúde, em ações contra o Poder Público, não contra a pessoa que se quer internar)”

⁹⁷ Segundo o artigo 9º, “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

(MENEZES, 2019, p.41), assim como foi tentado no caso de Túlio, uma articulação com a Rede de serviços, visando a efetividade do tratamento.

Cabe resgatar que na já citada Lei Federal n.º 10.216/2001 há três tipos de internação previstas: a voluntária (com consentimento da/o paciente, mediante declaração assinada no momento da internação), a involuntária (sem o consentimento da/o paciente e a pedido de terceiro, a ser comunicada ao Ministério Público em até 72 horas) e a compulsória (determinada pela Justiça). Segundo esta legislação, qualquer dos tipos de internação somente será realizada mediante “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Art. 6º).

Para Duarte et al (2012), a procura das famílias pela Defensoria Pública com pedidos de internação se dá em virtude da dificuldade de acesso a tratamento para dependência de *crack* e outras drogas. “Trata-se de uma busca pelo Poder Judiciário para solucionar um complexo problema de saúde pública” (DUARTE et al., 2012, p.169). Essas autoras também destacam o quanto são limitados e ineficientes os tratamentos que se dão sem a vontade da/o paciente, além de atentar para os riscos de serem invasivos e violadores de direitos:

Além disso, a **internação compulsória pode atentar contra os Direitos Humanos das pessoas em situação de dependência química, quando impõe a elas um tratamento forçado**, que implicará limitação de sua locomoção, na medida em que será acolhida em instituições hospitalares fechadas, muitas vezes em situações precárias de atendimento.

Mesmo em instituições de saúde em adequada situação de atendimento, a internação compulsória não garante efetividade do tratamento, como seria desejado pelas pessoas que propõem este tipo de ação judicial. Isso ocorre porque a motivação do usuário para interromper ou diminuir o uso de drogas é inexistente, na maioria das vezes. Como abordamos anteriormente, a motivação é fator extremamente importante para o sucesso do tratamento. **Em termos de efetividade, internar uma pessoa em situação de dependência química contra sua vontade não garantirá sucesso na abstinência futura. Casos em que o usuário imediatamente volta a abusar de drogas em curto espaço de tempo após a alta hospitalar são muito comuns.**

(DUARTE et al., 2012, p.169, destaques nossos)

Seja pelo velho hábito de se segregar o que/quem incomoda, seja pela histórica cultura da internação como “tratamento” em casos de saúde mental, seja pela falta de suporte dos serviços de saúde ou mesmo pelo fato de familiares depositarem nos órgãos de justiça a

esperança de que pressionem seus familiares a mudarem suas vidas e rotinas, fato é que os pedidos de internação ocorrem. Muitas vezes, conforme previsto na Lei 10.216/2001, são excepcionais, temporárias (cerca de 30 dias no máximo, visando a desintoxicação) e em leitos de hospitais gerais. Porém, neste cenário de clamor por internações, surgiram – e se fortaleceram, nos últimos anos – as chamadas *Comunidades Terapêuticas*, já referidas no caso narrado.

Em 2010, o governo federal lançou o Programa “Crack, é Possível Vencer”, o qual incluiu as então nomeadas *comunidades terapêuticas* entre os dispositivos do eixo de cuidado, como *Serviços de Atenção em Regime Residencial Transitório*. Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, na qual também incluiria como dispositivo as *comunidades terapêuticas*, em caráter de Regime Residencial, sendo que, no ano seguinte, em 2012, publicou a Portaria MS nº 131, que instituiu incentivo financeiro para municípios, estados e o Distrito Federal para apoiar a ampliação dessa rede. No programa federal, as comunidades terapêuticas seriam destinadas a adultos, ofereceriam acolhimento referenciado por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e compartilhado com a atenção básica, além de manter-se articuladas com os serviços de saúde do território. A contratação e o repasse de recursos para essas unidades seriam realizados por estados ou municípios⁹⁸. Cabe, desde já destacar que, nesta ocasião, o modelo de cuidado do SUS e da RAPS era baseado na perspectiva de *redução de danos*. Segundo o documento da FIOCRUZ:

A política de redução de danos faz 30 anos, desde que se realizou o primeiro programa de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis, em 1989, no município de Santos, São Paulo. **Trata-se de um conjunto de estratégias que visam reduzir os efeitos negativos do uso de drogas, sem a necessidade de abstinência, respeitando-se o direito desses cidadãos ao cuidado à saúde [...] a política de redução de danos tem efeitos positivos reconhecidos em todo o mundo e que alcançam toda a sociedade**, ao atuar na prevenção da transmissão de doenças, como hepatite e aids, entre usuários e entre usuários e para os que não usam drogas. Francisco Neto explica, ainda, que a **política tem aspecto não só técnico, como ético, possibilitando a formação de vínculo com os que fazem uso problemático dessas substâncias. "A redução de danos se mistura enquanto movimento com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, parte do pressuposto de que é necessário garantir os direitos de todas as pessoas"**.
(FIOCRUZ, 2019, destaques nossos)

⁹⁸ BRASIL. Documento de apresentação de diretrizes e estratégias do programa Crack, é Possível Vencer. Brasília, 2013.

Como se vê, apesar da perspectiva da redução de danos e da ampliação da RAPS que estava ocorrendo em 2010, neste plano de atenção às pessoas que faziam uso problemático de drogas foram incluídas as *comunidades terapêuticas* em regime de residência que, dentre outros aspectos, partem da premissa de abstinência como requisito para o tratamento. Passados alguns anos, várias denúncias começaram a surgir contra estas instituições, que passaram a receber fortes investimentos do poder público, inclusive no estado de São Paulo/SP, no Programa *Recomeço*⁹⁹.

Em 2011, o CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA realizou a “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” (CFP, 2011), desenvolvida a partir de visitas realizadas em estabelecimentos de tratamento de internação, dentre eles comunidades terapêuticas. Segundo Duarte et al.(2012), neste trabalho ficam evidenciadas as práticas inadequadas de algumas comunidades terapêuticas tais como restrições de atividades de lazer e/ou aumento da carga de trabalho em casos de indisciplina, exigência de pagamentos para conseguir benefícios extras (carne nas refeições, por exemplo), agressões psicológicas e físicas, isolamento, obrigatoriedade de cavar um buraco do tamanho do corpo (que representaria uma cova, destino daqueles que desobedecem as regras), trabalho forçado, dentre outros (DUARTE et al., 12, p.173).

Bernardes (2015), que pesquisou o atendimento da DPESP a demandas de saúde mental, tendo entrevistado e acompanhado profissionais da instituição, Rede de serviços, usuáries/os e familiares, ouviu narrativas de pessoas que internaram familiares em Comunidades Terapêuticas. Vejamos alguns dos relatos:

Cinco meses e meio lá, e todo o mês eu ia visitá-lo, eu e minha esposa. Cada visita que eu ia, eu via que não tinha progresso. E além do que não tinha progresso, eu não tinha um respaldo com profissionais, que nunca me pegou e me chamou em uma mesa para 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 para 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.

[...]

⁹⁹ Mais informações em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/lenoticia.php?id=3434>

O Governo Estadual ou o Governo Federal, vamos supor, quem põe dinheiro nessas clínicas para que recupere, começar a pôr, também, auditores e fiscais para dar uma olhada nestas clínicas periodicamente, para ver realmente o que tá acontecendo[...].

(BERNARDES, 2015, p.154-155)

Como se vê, nestes casos, as principais críticas foram em relação à falta de profissionais, à falta de articulação com o território, ao tratamento (não) prestado e à falta de fiscalização, ainda mais tendo em vista que são instituições financiadas pelo governo. Ao longo desta pesquisa, outras violações de direitos ocorridas em *Comunidades Terapêuticas* também foram registradas (BERNARDES, 2015, p.185).

Apesar das críticas e da ausência de dados estatísticos que comprovem a suposta efetividade ou qualidade deste dispositivo, o financiamento público em *Comunidades Terapêuticas* só foi aumentando nos últimos anos. Em 2017 foi realizada nova pesquisa nestas instituições, que trouxe como resultado o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, organizado pelo CFP, em conjunto com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e o órgão de *Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura* (CFP, 2018). Os resultados apontam para a lógica manicomial e de isolamento existente nestas instituições:

Buscando lançar luz sobre territórios ainda pouco conhecidos pelo conjunto da sociedade, a inspeção nacional identificou nas comunidades terapêuticas vistoriadas a adoção de métodos que retomam a lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente.

(CFP, 2018, p.9)

Dentre as constatações da referida inspeção, foram observadas irregularidades e graves violações de direito, tais como: isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido (p.12); muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação (p.12); prática de retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários (p.12); privação de liberdade (p.13); práticas de castigos, punições e indícios de tortura (p.14); violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual (p.15); “Laborterapia”: trabalhos forçados e sem remuneração (p.16); fragilidades nas equipes de trabalho, tais como trabalho voluntário e

exploração do trabalho de ex-residentes (p.16); internação de adolescentes (p.17); irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias (p.66); ausência de projeto terapêutico singular (p.76); ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização (p.87); cotidiano e práticas de uso de força (p.109).

Assim como foi narrado no caso de Túlio, em muitas *Comunidades Terapêuticas* visitadas foi identificada a violenta prática do “resgate” ou “remoção”:

As inspeções mostraram ainda que algumas comunidades terapêuticas adotam a prática do “resgate” ou “remoção”: internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio da aplicação de medicamentos. Em algumas das unidades, foi informada a participação de outros internos na realização desse serviço [...]. A prática viola a determinação legal sobre a necessidade de laudo médico fruto de avaliação prévia e pode, inclusive, configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal.

(CFP, 2018, p.13, grifo nosso)

Este documento também ressalta que a privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclaram realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento” (CFP, 2018, p.10). Assim como na ação coletiva relatada acima, acompanhada junto à equipe do Núcleo de Direitos Humanos da DPESP, na qual podia se verificar que a suposta voluntariedade dos residentes era bastante questionável quanto às condições em que era mantida.

Trata-se, portanto, da imposição real de barreiras, que vão desde retenção de documentos, intervenção para dissuadir a vontade apresentada, até a não viabilização de transporte para a saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos. Além desses obstáculos, não há política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca de quando cessar o “tratamento”.

(CFP, 2018, p.10).

Nessa linha, estas instituições até oferecem certas facilidades para receber as pessoas voluntariamente – como transporte e opções para o pagamento. Porém, quando a pessoa ou a família demonstram o desejo de deixar a “comunidade”, muitos obstáculos são impostos: “multa por quebra de contrato, retenção de documentos, pressão sobre familiares, entre outros (CFP, 2018, p.14).

Um outro ponto que chama a atenção: em um dos seus capítulos, este documento agrupa algumas situações encontradas nas *Comunidades Terapêuticas* e nomeia como “Novos Usos para as Comunidades Terapêuticas” (CFP, 2018, p.136). Isso porque durante as inspeções pelo Brasil, foram identificadas pessoas internadas sem que nem fizessem qualquer uso de drogas: pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, pessoas idosas, pessoas em situação de rua ou mesmo outros tipos de “indesejados”, assim como a história da loucura nos contou que levava aos manicômios (conforme abordado no Capítulo 3 do presente trabalho).

Há comunidades que afirmam receber pacientes com diversos tipos de transtornos mentais. Também foram identificadas unidades que recebem pessoas idosas com permanência não necessariamente relacionada ao uso de drogas, mas por não disporem de outros locais para permanecer. Esse parece ser também o perfil de instituições que são acessadas como espaços alternativos à vida na rua, ainda que temporariamente. Além disso, algumas das comunidades terapêuticas visitadas têm sido utilizadas para internação de pessoas com comportamentos considerados moralmente desviantes da norma, daí o registro de internações por “agressividade e rebeldia” ou “deficiência intelectual.” **Cada um dos exemplos ratifica o perfil desses espaços como expressão contemporânea de segregação. À margem das normas, vêm sendo utilizados como mecanismos para afastar pessoas – e seus problemas – do convívio social**[...].

(CFP, 2018, p.136)

Tendo em vista a oferta de financiamento público a esse modelo de serviço – inclusive em desfavor das políticas de saúde mental de base comunitária, preconizadas pela legislação brasileira – o relatório da Inspeção Nacional em *Comunidades Terapêuticas* conclui evidenciando estas questões e cobrando a tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira (CFP, 2018, p.10). Mas, pelo contrário, o que tem se visto nos últimos anos é um crescimento no investimento público em instituições de tipo¹⁰⁰. E isso chama atenção em um momento de redução de gastos públicos em políticas de saúde – conforme já citado na p.102 – ao mesmo tempo em que se voltou a investir em internações em Hospitais (vide Cap.4.2) e em *Comunidades Terapêuticas*, que a partir da Lei nº 13.840/2019, a qual deu nova redação a Lei nº 11.343/2006, ganharam novo adjetivo. Agora se chamam: *Comunidades Terapêuticas Acolhedoras*. Continuam sendo – ao menos oficialmente – voltadas a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, com caráter apenas residencial, foco na abstinência, adesão e permanência são voluntárias, devendo haver referenciamento no CAPS mais próximo, conforme previsto na lei. Será que agora se

¹⁰⁰ Veja mais detalhes em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2019/05/16/drogas-governo-quer-financiar-20-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas.htm> e <https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-de-cunho-religioso-para-atender-usuarios-de-drogas-23617574>

tornaram mais acolhedoras realmente? Ainda não há outros estudos a respeito. Mas o que se sabe é que têm sido alimentadas por crenças religiosas e recursos públicos. Há polêmicas em relação ao fato de políticos do atual governo serem donos destas instituições e, assim, terem interesses pessoais com o investimento público nestes locais¹⁰¹.

Outro ponto: uma das irregularidades verificadas em *Comunidades Terapêuticas* nas inspeções do CFP refere-se à falta de tratamento, projeto terapêutico e articulação com serviços da Rede, visando a ressocialização da/o paciente. Tendo em vista que tais instituições lucram com estes *tratamentos*, qual seria o interesse em *tratar* tais pacientes ou fomentarem alguma transformação em suas situações? Afinal, a “cura” ou a melhora dos sintomas não lhes dará lucro. Este tipo de questionamento também era feito aos manicômios, pois, como já foi visto neste trabalho, muito se lucrava com pacientes que pouco ou nenhum tratamento tinham. Continuavam a ser seus “clientes”, financiados pelo Estado. Na linha do que analisou Amarante (2016):

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: **os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e têm crescido ainda mais, em detrimento de outras necessidades sanitárias prementes do País.**

(AMARANTE, 1995, p.13, destaques nossos)

Túlio, elemento químico e seus compostos não são muito utilizados em nossa sociedade. Parece que, “devido ao preço elevado, não apresentam, ainda, aplicação economicamente viável¹⁰². Já o *Túlio* – jovem da situação narrada – assim como tantos outros jovens que se encontram fazendo uso problemático de drogas, têm se mostrado economicamente viáveis, gerando interesse para locais que dizem oferecer tratamentos a eles. O resultado destes tratamentos? Ponto fundamental a continuar se investigando.

Enquanto o número de leitos em hospitais psiquiátricos teve forte queda nos últimos anos, as comunidades terapêuticas cresceram em quantidade e buscam se consolidar como opção de tratamento imediatamente disponível. Entretanto, como se verifica ao longo deste relatório, **tais instituições oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos.**

(CFP, 2018, p.22, destaques nossos)

¹⁰¹Mais informações a respeito em: <https://exame.abril.com.br/brasil/projeto-que-reformula-politica-de-drogas-avanca-a-toque-de-caixa-no-senado/> e <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/projeto-facilita-internacao-involuntaria-de-dependente-quimico,196d50ab8ec6e1a534a75cbde8b024e6j2i1fuxx.html>

¹⁰² Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/T%C3%Tulio> (acesso em 15/01/2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: “SAÚDE MENTAL” PARA (RE)PENSAR O TRABALHO E O ATENDIMENTO NA DEFENSORIA PÚBLICA

Neste trabalho procuramos identificar e refletir acerca de situações envolvendo o campo da saúde mental, a partir de casos que chegam à Defensoria Pública. No resgate histórico, pode-se ver como a loucura foi sendo dado o lugar de exclusão, segregação, anormalidade e doença. Às pessoas indesejadas, conforme os moldes dos dispositivos criados na sociedade: segregação, sofrimento, violência e dor.

Foi possível ver como a Psiquiatria se apoderou do campo, com um suposto saber-poder, legitimado pelo Estado e pela Justiça, que passou a ser inserido na cultura de tal forma que andar na contramão tornou-se uma luta. Garantir direitos, dignidade e condições humanas às pessoas deixou de ser consenso. Violências são muitas vezes vistas como normais; naturais.

Partiu-se da premissa de que a Defensoria Pública, instituição mais recente, ao menos em tese voltada à garantia de direitos das pessoas mais oprimidas, poderia ser berço de práticas inovadoras neste contexto e, assim, trouxesse o óbvio: justiça, garantia de dignidade às pessoas e grupos. Mas a questão não é tão simples. Do caldeirão das condições sociais, econômicas, políticas, culturais é que vão emergir as situações. Querer promover mudanças é trabalho árduo.

Foi possível ver que as demandas do campo da saúde mental que chegam à DPESP são bastante variadas: pessoas sofrendo, que buscam na instituição soluções para seus problemas, muitas vezes em realidades que não são compartilhadas por outras pessoas e que não encontram na justiça formal uma resposta; pessoas sofrendo que encontram na instituição espaço de cuidado e a ela se vinculam e depositam suas esperanças de uma vida com um sentido que lhe traga certo alívio; famílias que dependem de políticas públicas para terem seus direitos garantidos, mas que frequentemente se relacionam com o Estado quando este lhes direciona penas e mais sofrimento; pessoas sofrendo com questões complexas como uso de drogas buscando soluções “milagrosas” e individualizantes, dentre outras. Vê-se práticas de amparo, desamparo, violência, escuta. Vê-se labirintos, encruzilhadas de pessoas, serviços, histórias. Aparecem também encontros; encontros potentes e transformadores. Surgem no caos espaços de cuidado e vinculações.

A partir das situações retratadas, além das reflexões e discussões propostas, é possível perceber que a Reforma Psiquiátrica – no sentido mais radical do termo – ainda não foi concluída. Talvez nunca seja. A ideia de *loucura* como algo prejudicial que deve ser combatido está infiltrada em nosso cotidiano. A concepção de que a norma, a organização e a contenção são benéficas à sociedade está presente nos documentos, nas instituições e nas relações, e sustenta um sistema no qual se explora, se domina e se legitimam discursos que o mantém. Mas nas brechas do cotidiano também se veem frestas de luz, sorrisos e acolhimento ao que é diferente e surpreendente. Às vezes abrem-se espaços para a existência humana nas suas mais variadas versões. Há movimentos em várias direções e há contradições, até mesmo nas instituições de Saúde Mental e na Defensoria Pública.

Ao se debruçar sobre as leis e portarias, construídas e reconstruídas ao longo dos anos, pode-se perceber transformações, que nem sempre tem reflexo na vida das pessoas. Há diferentes interesses em jogo, diferentes modelos, uns aparentemente mais ou menos propulsores de saúde. Em certos momentos, o “velho” parece retornar como “novo”. O manicômio retorna em outras vestimentas, com outros discursos. Volta a ser defendido por “fiéis”.

Apesar de ter estruturas que parecem repetir o antigo, a Defensoria Pública apresenta novidades: espaços de diálogo, espaços de escuta, espaços de discussão, espaço de reflexão e construção. À Psicologia é possível ver outras expectativas que não categorizar pessoas, lugar tão comum nessa interface com a Justiça. É possível estar junto às pessoas e aos outros serviços que as acompanham. É possível tentar cuidar, estabelecer laços, afetos. É possível afetar-se. É possível um *louco* ser ouvido pelo *doutor*, mesmo que a *Psicologia* tenha que estar em conjunto, fortalecendo esta comunicação, que antes não era possível, nem pensada e, até por isso, precisa ser cuidadosamente alimentada.

No cotidiano em que se corre o risco de se amortecer, a *loucura* muitas vezes escapa. Não se adapta. Não aceita protocolos. Incomoda. Faz barulho. E, por isso, muitas vezes é alvo de estigmatizações, violências e segregação. Se a *loucura* e/ou a droga forem os inimigos, as pessoas ficarão tanto tempo atrás delas, gastando energia e recursos financeiros para combatê-las, que nem prestarão atenção nas outras questões sociais do nosso país, tais como a exploração do trabalho e a desigualdade social. Ninguém vai nem prestar atenção em quem está lucrando mais ainda com toda essa máquina.

O Sistema – que era para fazer justiça – muitas vezes limita-se a apenas reproduzir o que aí está, mesmo que não seja justo. Outras vezes é ele mesmo o violador. O injusto, que não enxerga todas/os da mesma forma. Um sistema que não transforma, nem melhora. Mantém. Tanto sofrimento. Tanta pobreza. Tanta violação de direitos.

Os caminhos que se mostram frutíferos são os tecidos caso a caso, com pessoas atentas, olhares acesos, posturas acolhedoras. O direito se garante quando a pessoa pode repousar a armadura na tranquilidade da confiança estabelecida com as/os profissionais e com os serviços. Mas o caminho é de cada um/a. Novos caminhos precisam ser traçados a cada caso. É trabalho artesanal, não é linha de produção. Mas como fazer tanta arte em instituições públicas com tantas pessoas aguardando para serem escutadas? Como tratar com o mínimo de cuidado, se há uma fila interminável esperando em sofrimento? Talvez escolher seja preciso. O conceito de equidade em saúde pode nos ajudar. A complexidade das ferramentas vai depender da necessidade do caso.

É possível verificar que após a entrada de psicólogas/os na Defensoria Pública outras possibilidades foram sendo pensadas e construídas, sobretudo na prática. Nos atendimentos, nas relações, no trabalho multiprofissional, quando este teve espaço e horizontalidade para acontecer. Ao longo desta tese, procurou-se retratar este trabalho que busca se desenvolver com escuta, atenção, análise, perspectiva do cuidado, da autonomia da pessoa, do fortalecimento das relações e da facilitação do diálogo – entre familiares, entre Redes, entre usuária/o e defensor/a, nos vários arranjos e rearranjos que as histórias nos pedem.

Com o inconformismo da *loucura*, que não aceita fluxos pré-estabelecidos, não quer se limitar a protocolos, talvez seja como melhor se exercite as variadas possibilidades de ser, estar, atender e atuar. Para que, quando estivermos com casos “enquadrados”, pessoas adaptadas que nem conseguem mais reclamar ou se indignar, não nos esqueçamos de olhar com atenção.

Os casos de saúde mental nos mobilizam a conversar de modo menos burocratizado. Sabe-se que nos calhamaços dos processos judiciais e na formalidade dos ofícios muitas vezes o mais importante se perde: as pessoas. Afinal, para que tudo isso? Para quem tudo isso, se não para elas?

Casos de saúde mental não aceitam protocolos. Eles voltam. Não aceitam escuta desatenta. Resistem, de sua maneira. São intensos; não se satisfazem com respostas padrão.

Não se contentam em ser “mais um”. Querem ser – e são – únicos. E não deveriam ser assim tratadas todas as pessoas? Talvez não dê... qual seria o impacto? Limitar mais? Demorar mais para atender? Como qualificar sem desqualificar – ou desconsiderar – a fila de pessoas que batem às portas dos serviços públicos todos os dias?

De que adianta um atendimento em segundos, se a pessoa vai voltar? De que adianta tentar otimizar o tempo de atendimento de uma demanda, se depois a pessoa vai retornar diversas vezes e utilizar horas de trabalho de várias profissionais, e mesmo assim, continuar descontente. E mais: isso é garantir direitos?

Conceito de equidade em saúde: tratarmos de modo diferente os diferentes. Não para agradá-los. Mas sim para cumprirmos o nosso papel. Não porque somos “bonzinhos”, mas porque queremos efetivar nossa missão e que não assistamos uma situação piorar gradativamente – pela falta de uma ação de cuidado mais preventiva, em momento de menor tensão – para depois assumirmos os impactos da omissão. Isso seria garantia à assistência jurídica integral? Isso é garantir o acesso à justiça?

O que procuramos retratar neste trabalho foram algumas das estratégias de manejo e de cuidados com casos complexos que chegam à justiça e, mais especificamente, à DPESP. Ao longo dos anos, temos construído estratégias, atendimentos conjuntos, em caráter interdisciplinar e intersetorial, saídas extrajudiciais, procurando atender mais às necessidades das pessoas e menos à máquina do judiciário. No campo da saúde mental, levantar e fomentar intervenções que garantam direitos, possibilitem a transformação de relações e contribuam para a melhoria na qualidade de vida das pessoas que têm suas histórias mediadas pelas instituições públicas.

REFERÊNCIAS¹⁰³

ALBUQUERQUE, J. A. G.. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 120 p.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02/02/2020.

AMARANTE, P. (coord). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 3ª edição, revisada e ampliada.

_____. *Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. *Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/01/ 2020.

ARANTES, E. M. de M. *Mediantes quais práticas a Psicologia e o Direito pretendem discutir a relação? Anotações sobre o mal-estar*. IN: COIMBRA, C.M.B e NASCIMENTO, M. L. (Orgs), *PIVETES: encontros entre a Psicologia e o Judiciário* (pp. 131-148). Curitiba: JURUÁ, 2008. Também disponível em <http://www.aasptj.org.br/sites/default/files/arquivos-artigos38-1285183711.pdf> (acesso em 20/11/2017)

_____. *Pensando a Psicologia aplicada à Justiça*. In: GONÇALVES, H. S.; BRANDÃO, E. P. *Psicologia Jurídica no Brasil*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nau, 2011.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, J. F. de. *Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica*. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 133, p. 547-565, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/01/2020.

ASSIS, M. de. *O Alienista*. 17ª edição. São Paulo: Ática, 1990.

BARROS, Luiza Aparecida de et. al. (Orgs.). *Interdisciplinaridade na Defensoria Pública: Contribuições da Psicologia e do Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (orgs.) *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

BERNARDES, E. M. *Saúde Mental e acesso à Justiça na Defensoria Pública do Estado de São Paulo*. Tese de Doutorado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2015. 324 p.

¹⁰³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BERNARDI, D. C. F. *Histórico da inserção do profissional psicólogo no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – um capítulo da Psicologia jurídica no Brasil*. In: BRITO, L. M. T. *Temas de Psicologia Jurídica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

BERLINCK, M. T. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. São Paulo:, v.12, n.3, p. 441-443, 2009.
_____. O método clínico – 3. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. São Paulo:, v.11, n.2, p. 191-194, 2008.

BLANCHOT, M. *A conversa infinita – 2. A experiência limite*. São Paulo: Escuta, 2007.

BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembrança de velhos*. 3ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOWLBY, J. *Apego e perda. Perda: tristeza e depressão* (Valtensir Dutra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRASIL, Lei federal nº 10.216, de 06 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*.

CAFFÉ, M. O Encontro entre a Psicanálise e o Direito nas Práticas Judiciais. In: *Revista da Defensoria Pública*. Edição Especial: Temas Multidisciplinares. Ano 5 - n.1 – 2012, p. 61-70.

CAVALCANTE, P. R. (Org.). *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo Psicólogas e psicólogos na Defensoria Pública: a psicologia a serviço da população, dos seus direitos e do acesso à justiça*. Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – São Paulo : EDEPE, 2018. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/cadernos_defensoria/volume20.aspx (acesso em 10/10/2019).

CAVALCANTE, P. R. *Contribuições da Psicologia no Acesso à Justiça: (des)construções no campo sociojurídico, desafios e possibilidades de atuação na Defensoria Pública*. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. v. 1. 276 p.

_____. *Contribuições da psicologia no acesso à Justiça: reflexões sobre a atuação de psicólogas/os na Defensoria Pública do Estado de São Paulo*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07082015-112201/>>. Acesso em: 20/11/2017.

_____. *Lei Brasileira de Inclusão, curatela e tomada de decisão apoiada: buscando novos caminhos para as pessoas com deficiência*. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Direitos das pessoas com deficiência e direitos das pessoas idosas: temas atuais*, v. 3 n.18, p. 20-37, 2018. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/cadernos_defensoria/volume18.aspx. Acesso em: 04/01/2020.

CHAUÍ, M.S. *Escritos sobre a universidade*. São Paulo: Ed. UNESP, 2001

CHAVES, F. C. *Crime e loucura: as relações entre medicina e justiça penal no Rio de Janeiro*. 2010. 114 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

COELHO, H. M. B. Vínculo No Tratamento Psíquico - Descoberta, Construção E Desenvolvimento. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2002.

COELHO, M. V. F. Manicômios Judiciais são uma espécie de prisão perpétua. *Revista Consultor Jurídico*, 20/05/2014. Recurso eletrônico. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2014-mai-20/marcus-venicius-manicomios-judiciais-sao-prisao-perpetua> (acesso em 10/01/2020).

COLOSIO, R.; FERNANDES, M. I. A. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 284-293, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300284&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07/01/2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) Brasil. Relatório de inspeções : 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019. 128 p.

_____. Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania. Brasília: conselho Federal de Psicologia, 2007. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha_banalizacao.pdf

_____. Inspeções aos manicômios - Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015. 172p

_____. Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia. VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. - Brasília: CFP, 2016.

_____. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 10/01/2020.

_____. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

_____. RESOLUÇÃO CFP Nº 009/2010 Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/07/resolucao2010_009.pdf (acesso em 02/02/2020).

_____. RESOLUÇÃO CFP Nº 012/2011 Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf (acesso em 02/02/2020).

CORREIA, L. C. *Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito*. In: CORREIA, L. C. e PASSOS, R. G. (Orgs) *Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 79-107

CROCHÍK, J. L. ; PATTO, M. H. S. *Pedindo socorro à parede*. In: Maria Helena Souza Patto. (Org.). Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da Psicologia. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, v. 1, p. 137-152.

DINIZ, M. H. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva, 1998.

DOTTO, K. M., ENDO, P. C., SPOSITO, S. H., ENDO, T. C. (Orgs.) *Psicologia, violência e direitos humanos./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região*, São Paulo: CRP SP, 2011.

DUARTE, C. G. et al. *INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA: A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO*. In: Revista da Defensoria Pública. Edição especial sobre: Temas multidisciplinares. São Paulo: EDEPE. Ano 5 - n.1 – 2012, p.157-182. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/REVISTA.2012.virtual.pdf>

ELIA, L. *A psicanálise na atenção psicossocial: o dispositivo psicanalítico ampliado na rede pública de saúde mental*. Associação Psicanalítica de Curitiba, em Revista, 26. Curitiba: Juruá, 2013.

ENDO, T. C. *Sofrimento Psíquico à Margem do SUS: Vastidão e confinamento na clínica*. 1ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

FÁVERO, E. T.; MELÃO, M. J. R.; JORGE, M. R. T. *O Serviço Social e a Psicologia no Judiciário: construindo saberes, conquistando direitos*. São Paulo: Cortez, 2011.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. *Fim do Século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação* - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização* . - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016. 440 p.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). *Política de redução de danos, 30 anos: garantia de direitos ao usuário de drogas*. Notícias. Recurso eletrônico. 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46739>. Acesso em 04/02/2020.

FOUCAULT, M. (1973). *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

_____. (1972). *História da Loucura na idade clássica*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 9ed. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Perspectiva SA, 2013.

_____. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

FREITAS, Cristiano Rodrigues et al. Fragmentos de discursos (não tão amorosos) sobre o Exame Criminológico: Um livro falado. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2013.

FREUD, S. (1925). Nota sobre o “bloco mágico”. Obras completas. Vol. 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos. Tradução e notas de Paulo César Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GOFFMAN, E. (1961). Manicômios, prisões e conventos/ Erving Goffman [tradução Dante Moreira Leite] – São Paulo: Perspectiva, 2015. 9ª.Ed. 2ª.Reimpressão.

GONCALVES FILHO, J. M.. Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicol. USP, São Paulo*, v.9, n.2, p.11-67,1998. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/01/2020.

_____. *Problemas de Método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante*. In: BOCK, A. M. B. (Org.). *Psicologia e compromisso social*. 1ed.São Paulo: Cortez, 2003, v. , p. 193-239.

_____. *Humilhação Social: humilhação política*. In: Souza, B. de P. (org). *Orientação à queixa escolar*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007, 2ª edição.

GUEDES, C. F. Acolhimento Institucional da Assistência à Infância: reflexões a partir da experiência de um abrigo. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

GUIRADO, M. Psicologia institucional: em busca da especificidade de atuação do psicólogo. In M. Guirado, *Psicologia institucional*. (2a ed. rev. e ampl.). São Paulo: EPU, 2004, pp.104-130.

_____. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus, 1995. 141 p.

HÖFLING, E.M. *Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes*, a. XXI, nº 55, nov. 2001.

KEMPER et. al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, 2015; 19 Supl. 1:995-1003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0995.pdf> (acesso em: 04/02/2020).

KOHARA, P. K. I. Defensoria Pública, Interdisciplinaridade e Loucura. In: RÉ e REIS (orgs). *Temas Aprofundados da Defensoria Pública*. Salvador: Editora Juspodivm, 2014, v. 2, p. 1001-1016.

_____. *Direito à loucura*. Coluna Desha, 04 de nov. de 2019. Disponível em: <<https://coluna.desha.com.br/direito-a-loucura-paulo-kohara>>

KOLKER, T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP, 2016, p. 204-230.

LAPLANCHE, J. Vocabulário da Psicanálise/ Laplanche e Pontalis; sob a direção de Daniel Lagache; Tradução Pedro Tamen – 4ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, A. G. S. A. *Psicologia Jurídica: lugar de palavras ausentes*. Aracaju: Evocati, 2007.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MARINHEIRO, V. Viciados da cracolândia são os excluídos dos excluídos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p.C1-C3, 15/01/2012.

MARTINS, J. S. *Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”*. In: A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 25-47.

MEDEIROS, M. B. M. *Interdição civil: proteção ou exclusão?* São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Interdição civil: uma exclusão oficializada?* *Revista Virtual Textos e Contextos*, n. 5, nov. 2006. Disponível em <file:///C:/Users/win%207/Downloads/Interdicao%20civil%20uma%20exclusao%20oficializada.pdf>

MENEZES, V. M. de. A escuta psicanalítica no entrecruzamento de práticas e saberes. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Cuiabá, 2019.

MERHY, E. et al. *Relatório final da pesquisa: Barreira e acesso em saúde mental em redes complexas – o caso de Campinas*. Brasília: CNPQ, 2011.

MERHY, E. E. *Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua*. In Conselho Federal de Psicologia, 2012.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120. parte II.

_____. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Apêndice 1. São Paulo: Hucitec, p. 115-133, 2002.

MIRANDA JUNIOR, H. C. *Psicologia e justiça: a psicologia e as práticas judiciais na construção do ideal de justiça*. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 28-37, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931998000100004>.

NASCIMENTO, M. L. . *Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização*. *Psicologia & Sociedade (Online)*, v. 24, p. 39-44, 2012.

NASCIMENTO, M.L; CUNHA, F.L. & VICENTE, L.M.D. *A Desqualificação da Família Pobre como Prática de Criminalização da Pobreza* – Revista Psicologia Política 14 (7), 2008.

NICHOLS, S. Jung e o Tarô: uma jornada arquetípica; tradução Octavio Mendes Cajado – São Paulo: Cultrix, 2007.

NUNES, E. D.. A pesquisa narrativa em saúde - Resenha. Interface (Botucatu. Online), v. 22, p. 307-312, 2018.

OLIVEIRA, C. F. B. de ; BRITO, L. M. T. de . Judicialização da vida na contemporaneidade. Psicologia: Ciência e Profissão (Impresso), v. 33, p. 78-89, 2013.

OLIVEIRA, R. G. Encontros psi-jurídicos na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: entre saberes, transversalidades e itinerários de formação. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, 2015.

OLIVEIRA, R. T. *Psicologia, Direito e Crítica: a constituição de um campo*. In: BEMFICA, A. G.. (Org.). *Psicologia Jurídica: Ética, Transmissão e Política*. 1ed.Rio de Janeiro: Imago, 2011, p. 65 – 82.

OMS (Organização Mundial da Saúde). RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Título original The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. 1.ª Edição, Lisboa, Abril de 2002.

PAIM, J. S. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PATTO, M. H. S. (Org) *Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da Psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PATTO, M. H. S. ; MELLO, S. L. *Psicologia da violência ou violência da Psicologia*. In: Maria Helena Souza Patto. (Org.). *Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da Psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, v. 1, p. 17-21.

PERON, P. R. *A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia*. Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013, disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/viewFile/17993/13358> (acesso em 26/11/2019)

PICHON-RIVIÈRE , E.; QUIROGA, A. P. de. *Psicologia de la vida cotidiana*. 1.ed./17ª. reimpressão. Buenos Aires, 2010.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1982). *Teoria do Vínculo*. Tradução Eliane Toscano Zamikhowsky – 7ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PINTO, D. M. et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 493-502, Sept. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/01/2020.

POKORSKI, Maria Melania Wagner Franckowiak; POKORSKI, Luís Antônio Franckowiak. O contador de histórias: vínculos e identificações. *Estud. psicanal.*, Belo Horizonte, n. 40, p. 91-99, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 maio 2019

RAUTER, C. Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 42-47, maio/ago. 2007.

REISHOFFER, J. C.; BICALHO, P. P. G. de. Exame criminológico e psicologia: crise e manutenção da disciplina carcerária. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 34-44, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5116/4967>>. Acesso em: 02/02/2020.

RIBEIRO, A. M. (2009). A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia* (Natal), 14(1),77-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a10v14n1.pdf>> .

RINALDI, D. “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental”. In: S. Alberti e A. C. Figueiredo (org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (pp. 141-148). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

RIOS, A. G. O fio de Ariadne : sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2017.

ROTELLI, F. LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SÃO PAULO. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, CONSELHO SUPERIOR. Deliberação nº 187, de 12 de Agosto de 2010, que *Disciplina a estrutura e funcionamento dos Centros de Atendimento Multidisciplinar*. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CSDP%20n%C2%BA%20187.pdf>

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. DEFENSORIA PÚBLICA-GERAL . Lei Complementar nº 988/06 atualiz. em 22.06.11, que *Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado*. Disponível

em:<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/0/documentos/legisla%C3%A7%C3%A3o/Lei%20988%20-%20atualizada%2022.06.11.doc>

SÃO PAULO. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, CONSELHO SUPERIOR. Deliberação nº 219, de 11 de Março de 2011, que *Regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental*. Disponível

em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/DELIBERA%C3%87%C3%83O%20CSDP%20N%C2%BA%20219%20-%20transtorno%20mental.pdf>

SAWAIA, B. (Org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2002.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. *O SUS como desafio para formação em Psicologia*. *Psicologia: Ciência e Profissão* (Impresso), v. 31, p. 340-355, 2011.

SCARCELLI, I.R. *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

_____. *Psicologia Social e Políticas Públicas: pontes e interfaces no campo da saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2017.

SENNA, M. C. M.. *POLITICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE: elementos para debate*. In: IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2009, São Luís - MA. Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: EDUFMA, 2009. v. 1. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/politicas_sociais_e_inters-etorialidade_elementos_para_debate.pdf (acesso em 25/05/2019).

SILVA, E. A. da; COSTA, I. I. da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05/02/2020.

SILVA, M. R. Do Direito ao Grito. In: MIRANDA, M. M. & CAVALCANTE, P. R. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo II Congresso Brasileiro de Atuação Interdisciplinar nas Defensorias Públicas: caminhos extrajudiciais, judiciais e intersetoriais para o acesso à justiça*. v. 4, n. 22, 2019, p. 57-66.

SOARES, C. B. & DINIZ, M. A. Os serviços substitutivos em Saúde Mental e as alternativas à lógica manicomial: O Programa de Atenção Integral ao louco Infrator (PAI-LI) COMO PRÁTICA INOVADORA. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP, 2016, p.288-313.

SOUZA, B. R. et al. *NAT em movimento: práticas do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial [recurso eletrônico] / organizado por Bianca Ribeiro de Souza et al*. São Paulo: MPSP/NAT, 2019. 261 p.

SUANNES, C. A. M. *A sombra da mãe: psicanálise e vara de família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-29, 2002.

VENTURINI, E.; OLIVEIRA, R. T. & MATTOS, V. (Orgs). *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP, 2016. 356p.

VICENTIN, M. C. G., GRAMKOW, G. & ROSA, M. D. A Patologização Do Jovem Autor De Ato Infracional e a Emergência de “Novos” Manicômios Judiciários. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(1): 61-69.

ZARIAS, A. Negócio público e interesse privado: análise dos processos de interdição. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2003.