

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

YASMIM FERRARI GOMES VICENTE

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO
ESTADO DE SÃO PAULO - UNIDADE CAMPINAS**

CAMPINAS

2020

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

YASMIM FERRARI GOMES VICENTE

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNOS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE
SÃO PAULO - UNIDADE CAMPINAS**

Trabalho de conclusão de curso da graduação em Serviço Social pela PUC-Campinas, que possui como finalidade compreender a prática profissional do assistente social no atendimento de pessoas com transtornos mentais que buscam a Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Martha Coelho Souza

CAMPINAS

2020

YASMIM FERRARI GOMES VICENTE

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNOS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE
SÃO PAULO - UNIDADE CAMPINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção de título de
Graduação em Serviço Social, pela Faculdade de
Serviço Social da Pontifícia Universidade
Católica de Campinas.

Campinas, ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Martha Coelho de Souza

Prof. Dra. Fabiana Aparecida de Carvalho

Prof. Dra. Heloisa Aparecida de Souza

RESUMO

No cotidiano profissional do Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em especial da Unidade Campinas, casos de usuários com transtornos mentais têm se mostrado como uma demanda expressiva e cotidiana. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo abordar sobre a prática profissional do assistente social no atendimento aos usuários com transtornos mentais que buscam por atendimento na Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas. Assim como, abordar como se dá o diálogo do assistente social com a rede de apoio dos usuários e o trabalho interdisciplinar na instituição no atendimento desse público.

Palavras-chave: Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Saúde mental. Serviço Social. Transtorno mental.

ABSTRACT

In the professional routine of social work at the Public Defender's Office of the State of São Paulo, especially at the Campinas Unit, cases of users with mental disorder have shown to be an expressive and daily demand. In this way, the presente work aims to address the social worker's professional practice in dealing with users with mental disorders who go to the Public Defender's Office of the State of São Paulo - Campinas Unit to be attended. Also, it will address how the social worker dialogues with the users' support network and the interdisciplinary work in the institution in the treatment of this public.

Keywords: Public Defender's Office of the State of São Paulo. Mental health. Social Work. Mental disorder.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	7
II. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
II. 1. Saúde mental: a atenção em saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	8
II. 1.1. Definição de saúde mental e o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	8
II. 1.2. A atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde atualmente e sua relação com a Reforma Psiquiátrica.....	13
II. 1.3. O Serviço Social na Saúde Mental.....	20
II. 2. O papel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.....	26
II. 2.1. Centros de Atendimento Multidisciplinar: o Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo.....	30
III. O ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - UNIDADE CAMPINAS: A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55

I. INTRODUÇÃO

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, com foco na Unidade Campinas, possui uma grande demanda de usuários com transtornos mentais que buscam por atendimento na instituição. Por conta do fluxo de atendimento, organizado diante de legislações e deliberações específicas da instituição, esses usuários contam com a atenção do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM), composto por assistentes sociais e psicólogos/as. Diante dessa demanda, este trabalho tem como objetivo conhecer o fazer profissional do assistente social diante dos casos de usuários com transtornos mentais que buscam por atendimento na Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas.

O atendimento a esse público exige um certo diálogo do/a assistente social com a rede de apoio e de serviços que esses usuários frequentam, e também o diálogo com as demais áreas do conhecimento presentes na Defensoria Pública, que podem ou não se dar de forma fluida.

Neste trabalho será abordado a definição de saúde mental, bem como o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que teve como objetivo o rompimento com o modelo hospitalocêntrico e manicomial em que se dava a atenção em saúde mental. Além disso, será abordado como ocorre a atenção em saúde mental atualmente, nos moldes do Sistema Único de Saúde e o histórico do Serviço Social na atenção em saúde mental. Ademais, será trazido neste trabalho o processo histórico de criação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, o papel da instituição e seu compromisso com a sociedade civil. Inclusive, como o Serviço Social atua na instituição e no atendimento ao público.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

II. 1. Saúde mental: a atenção em saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica no Brasil

II. 1.1. Definição de saúde mental e o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Primeiramente, para o conhecimento e estudo sobre o tema proposto, faz-se necessário o entendimento da definição de saúde mental. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a definição de saúde mental vai além da ausência de transtornos mentais, sendo parte integrante da saúde do indivíduo como um todo, em sua integralidade:

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais. (OMS, 2002, p. 31)

Logo, compreende-se a importância de visualizar a saúde mental como parte integrante da saúde geral do indivíduo, não sendo algo que possa ser dissipado: não há saúde integral sem que haja saúde mental. A saúde mental deve ser reconhecida como parte da saúde integral do indivíduo. (OMS, 2002)

O grande avanço na atenção em saúde mental e sua definição, se dão por conta do movimento pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, iniciado em 1978 no Brasil, e integrante primordial e fundamental na Reforma Psiquiátrica no país. É compreendida como um complexo processo político e social, composta por diversos atores e instituições, e inserida em territórios diversos. A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de transformações de práticas, valores e saberes, que avança nas relações institucionais, dos serviços e interpessoais. Todo esse conjunto de relações é marcado por conflitos, tensões e desafios. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) Ou seja, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida não apenas como algo que alterou a metodologia do tratamento aos pacientes, mas também como um processo social que impacta diretamente nas relações sociais.

Durante sua trajetória histórica, a Reforma Psiquiátrica conta com a divisão em dois momentos importantes: o primeiro momento, é focado em uma crítica ao modelo

hospitalocêntrico - como ocorria atenção em saúde mental naquele momento histórico, e o segundo momento, focalizado na implementação de uma rede extra-hospitalar, como uma forma de superação do modelo hospitalocêntrico.

O primeiro momento, iniciado efetivamente em 1978, contou com o movimento pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, que denunciava o tratamento violento nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada na assistência às pessoas com transtornos mentais. O denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), contava com trabalhadores do movimento sanitário, sindicalistas, pessoas que já passaram durante a vida por longas internações psiquiátricas e suas famílias na composição dessa luta. Inspiraram-se no movimento pela desinstitucionalização psiquiátrica que ocorrera na Itália, que comprovou a possibilidade de se pensar e implementar novos modelos de cuidado em saúde mental, que fugissem dos antigos moldes. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) De 03 a 06 de dezembro de 1987 foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, onde o movimento se radicaliza na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos como luta da classe trabalhadora, se denominando como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.¹ Este evento fica conhecido como Congresso de Bauru, e gerou o documento Manifesto de Bauru², que pontua todas as reivindicações do Movimento.

¹BRASIL, LAPS - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Fundação Oswaldo Cruz. Linha do Tempo: II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde acontece a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Disponível online <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>>. Acesso: 28/07/2020.

²Manifesto de Bauru: “Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Manifesto de Bauru. Disponível online <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 28/07/2020.)

Ainda no ano de 1987, neste primeiro período, surge o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no país, situado na cidade de São Paulo, e em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) dá início à intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que seguia os antigos moldes de atenção em saúde mental aos pacientes, com tratamentos desumanos e degradantes. Esse processo interventivo gerou repercussão em âmbito nacional, demonstrando que uma atenção em saúde mental por meio de uma rede de cuidados seria uma alternativa viável para a substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial. Mais tarde, as mudanças e inovações no tratamento em saúde mental no município de Santos marcaram o processo da reforma. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

E para finalizar esse primeiro momento, ainda no ano de 1989, o deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (MG), propôs o Projeto de Lei 3657/1989, no Congresso Nacional, que visava regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e uma atenção em saúde mental fora dos moldes manicomiais.³ Mais adiante, esse Projeto de Lei se tornou a Lei Federal nº 10.216, que também será explicado neste trabalho, assim como a criação do Sistema Único de Saúde - SUS com a Constituição Federal de 1988, pontuando sua importância na atenção em saúde.

Já o segundo momento, iniciado por volta de 1992, conta com uma maior mobilização da classe trabalhadora na luta por mudanças legislativas, em diversos estados brasileiros, para que substituíssem o modelo hospitalocêntrico por um modelo de rede integrada de atenção em saúde mental no país. Nesta década, o Brasil assinou o documento proveniente da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Declaração de Caracas⁴, que

³**CÂMARA DOS DEPUTADOS.** Projeto de Lei 3657/1989. Disponível online em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso: 30/07/2020

⁴**DECLARAÇÃO DE CARACAS:** “Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, VERIFICANDO, 1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. CONSIDERANDO, 1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000; 2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva; 3. Que

marca as reformas na atenção em saúde mental no continente americano. Em dezembro de 1992, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, um espaço de debate e discussão a respeito de mudanças no modelo de atenção em saúde mental, e um espaço de deliberações dos organizadores e participantes com os temas: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e à cidadania dos pacientes. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 1994) Diante desses espaços de deliberação, é neste momento que são colocadas em prática as primeiras regulamentações no âmbito federal de serviços de atenção diária em saúde mental, criando-se os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e criadas normas de fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Porém, é importante ressaltar que, durante este período, não houve ascensão no processo de expansão desse novo modelo proposto de atenção em saúde mental. Não havia um financiamento específicos para os novos serviços, enquanto os hospitais psiquiátricos não contavam com projetos de redução de leitos. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) Ou seja, não havia maior repasse de verbas e investimento no novo modelo proposto, dificultando o rompimento com os antigos moldes de atenção em saúde mental.

Com a virada do século, o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado, que ficou 12 anos tramitando no Congresso Nacional, foi aprovado. A então Lei Federal nº 10.216, aprovada no dia 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde. DECLARAM 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. Para o que SOLICITAM Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.” (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. Declaração de Caracas. Disponível online <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 30/07/2020.)

com transtornos mentais, redireciona a forma de assistência em saúde mental como o tratamento de base comunitária, porém não pontua formas para a extinção gradual e progressiva dos manicômios. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) O direcionamento dos direitos de pessoas com transtornos mentais já demonstra partir de uma ótica oposta ao modelo manicomial, que ofertava atendimento de forma violenta e degradante aos pacientes, coloca como direito um tratamento em âmbito terapêutico.

Mais adiante, o Ministério da Saúde passa a adotar linhas para o financiamento aos serviços abertos, criando novas formas de fiscalização. Também foram adotadas linhas de gestão e redução de leitos psiquiátricos no país, logo, um maior financiamento aos serviços de caráter aberto.⁵

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

A expansão do novo modelo passa a ganhar força e forma com os novos direcionamentos na atenção diária em saúde mental. O processo de desinstitucionalização dos pacientes de longo histórico de internação passa a ser real com o Programa de Volta para casa⁶. Além disso, são criadas políticas para a questão de uso de álcool e outras drogas, outro tipo de adoecimento além de transtornos mentais, com a estratégia de redução de danos. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

⁵**BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde.** Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível online em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso: 15/07/2020.

⁶“O Programa "De Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). O programa irá atender a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Assegura ainda um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e do abandono social. (...) Este programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG)- e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família. (...) O auxílio-reabilitação psicossocial é o principal componente do Programa "De Volta para Casa", estratégia do Governo Federal para estimular a assistência extra-hospitalar, criado em 31.07.2003, na lei nº 10.708. O pagamento mensal do auxílio é realizado diretamente ao próprio beneficiário, no valor de R\$ 240,00, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade. (...)” **BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde.** Programa de Volta para Casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília. Disponível online em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 14/10/2020.

Ocorre em 2001, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, marcada pela participação ativa dos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, dos movimentos sociais e dos profissionais de saúde mental. No evento, foram discutidas as propostas da Reforma Psiquiátrica, já consolidada em lei, e a afirma como uma política de governo:

(...) Confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

No ano de 2004, a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal, após ações das esferas federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais para a consolidação deste novo modelo de atenção em saúde mental comunitária. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Todo o processo da reforma precisa e deve ser compreendido como resultado de mobilizações da classe trabalhadora contra os métodos degradantes, os maus tratos e a violência contra os pacientes psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica, que gerou um novo modelo de atenção em saúde mental, deve ser compreendida como um direito conquistado e que deve ser defendido constantemente, principalmente com a alavancada neoliberal nas últimas décadas. O processo da Reforma Psiquiátrica se estende até os dias atuais, com a implementação do modelo comunitário em saúde mental. No tópico a seguir será abordada a Política de Saúde no Brasil, como ocorre a atenção em saúde mental na saúde pública e sua relação com a Reforma Psiquiátrica.

II. 1.2. A atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde atualmente e sua relação com a Reforma Psiquiátrica

Nos anos oitenta, em um contexto de transformações e crises no Brasil nas esferas sócio-política e econômica, Netto (1990, apud BRAVO, acesso online) afirma que surgem dois grandes projetos societários opostos nesse momento: um projeto de uma sociedade fundada em uma democracia limitada, que conta com a constante diminuição dos direitos políticos e sociais e, antagonicamente, um projeto voltado para a democracia de massas, ampla participação social, unindo as instituições parlamentares e os sistemas partidários com

uma rede sindicalista organizada, com as comissões fabris, organizações profissionais e de territórios, juntamente com os movimentos sociais urbanos e rurais.

É neste contexto de dois grandes projetos societários antagônicos que as políticas sociais acabam sendo influenciadas por ambos os projetos. No caso da saúde, surgiram dois projetos: o Projeto de Saúde Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária.⁷

O Projeto de Saúde Privatista, articulado ao mercado, diz respeito justamente à uma saúde privatizada, com tendência à contenção dos gastos com racionalização da oferta, a focalização da assistência médica e a descentralização com isenção de responsabilidade do Estado, estando relacionado à Política de Ajuste. O caráter focalizado visa atender a população através de um pacote básico para a saúde, estimula a privatização, o seguro privado e descentraliza os serviços dos territórios. Consiste em uma saúde paga pelos próprios indivíduos.⁸

Opostamente, o Projeto da Reforma Sanitária consiste basicamente na formação de uma política de saúde pública, gratuita e universal, o então Sistema Único de Saúde (SUS). Este projeto, que é proveniente de diversas mobilizações populares e dos profissionais da saúde, exige a Saúde como direito de toda a população e como dever do Estado. Possui como centralidade o acesso democrático e universal à saúde, bem como um novo modelo traçado na integralidade e equidade das ações, e uma melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. Ademais, incentiva a participação da população na definição da política setorial, através de conselhos e conferências.^{9 10}

Faz-se importante refletir que ambos os projetos de saúde, além de serem refletidos e influenciados pelos projetos societários opostos, também geraram tensões entre si. A concepção individualista e fragmentada do modelo privatista se contrapunha à lógica coletiva e universal do projeto da Reforma Sanitária.¹¹

No final da década de oitenta, é composto o tripé da Seguridade Social respaldado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Neste caso, iremos focar apenas no que

⁷**BRAVO, M. I. S.** Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020.

⁸Idem.

⁹Idem.

¹⁰ **BRAVO, M. I. S.** Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e Práticas Profissionais. in: **BRAVO, M. I. S.** Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020

¹¹**BRAVO, M. I. S.** Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020.

diz respeito à saúde. Como consta no Artigo nº 196 da Constituição Federal brasileira de 1988:

Artigo nº 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (PLANALTO FEDERAL, Constituição Federal de 1988, acesso online)

Ou seja, a saúde pública passa, então, a ser direito de toda a população e deve ser viabilizado e garantido pelo Estado, como sua responsabilidade. Bem como, suas ações integrantes devem se dar de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída de um sistema único organizado através da descentralização, do atendimento integral (com prioridade para ações preventivas, mas que não prejudiquem os serviços assistenciais) e contando com a participação da comunidade. (PLANALTO FEDERAL, Constituição Federal de 1988, acesso online)

Em setembro de 1990, é sancionada a Lei Federal nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) em território nacional, e suas condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e como deve ocorrer a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Enfatiza e legisla a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo o Estado responsável por prover condições para seu exercício. Tal qual, como consta no Art. 2º, parágrafo II - *“O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.”*. Logo, o papel de prover saúde deve ser coletivo nos moldes da sociedade, mas a responsabilização de prover instrumentos e atenção médica de forma integral e universal é do Estado. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 8.080 de 1990, acesso online)

No que diz respeito à atenção em saúde mental pelo âmbito do SUS, como citado anteriormente, o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado, foi aprovado após mais de uma década de tramitação. A Lei Federal nº 10.216, aprovada no dia 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) A lei aponta e reforça os direitos da pessoa com transtorno mental, sendo: a) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; b) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; c) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; d) ter garantia de sigilo nas informações prestadas; e) ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a

necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; f) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; g) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; h) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; i) ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online) E ademais, como consta no Art. 1º da lei citada:

Artigo 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online)

Logo, tudo isso reforça que toda pessoa, em qualquer condição de adoecimento mental, possui o direito à assistência em todos os níveis necessários diante do seu adoecimento, com toda preservação à sua dignidade humana. Bem como, o desenvolvimento da política de saúde mental deve ser realizado pelo Estado, com a participação dos familiares dos pacientes e da sociedade. Política pública esta que prestará assistência e promoção em saúde em espaços físicos adequados e capacitados para os atendimentos aos usuários de saúde mental, com o objetivo final do tratamento voltado à reinserção do paciente em seu meio social. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online) A rede de atenção em saúde mental brasileira faz parte da Política de Saúde (SUS), logo, assim como a atenção em saúde das demais áreas, visa impulsionar o protagonismo e autonomia dos usuários. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Os espaços públicos de assistência em saúde mental se dão através do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Além de serem espaços essencialmente do viés público, são fiscalizados e geridos de acordo com o processo da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são espaços destinados às pessoas com transtornos mentais graves, que saíram dos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos. São casas localizadas no espaço urbano, com o objetivo de garantir o direito à moradia dos usuários egressos de longas internações e trabalhar a reintegração comunitária. Os SRT fazem-se extremamente importantes em municípios em que havia hospitais psiquiátricos, visto como uma ferramenta em curso para a desinstitucionalização dos usuários. Toda

residência terapêutica deve possuir um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para o atendimento em saúde mental dos usuários, e deve atuar juntamente com a rede de atenção em saúde mental para o atendimento dos usuários. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Já os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um importante papel no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, como um mecanismo que substituiu os manicômios e hospitais psiquiátricos no país. Seguindo uma linha comunitária, os CAPS têm como diretriz justamente a atenção em saúde mental aberta, com atendimentos diários aos usuários, sem que os referidos sejam afastados de seus meios sociais. Os usuários frequentam o espaço físico, passam por atendimentos de acordo com suas necessidades, e continuam em convívio social. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) Sendo assim, o CAPS possui diversas funções para seu funcionamento e prestação de atenção em saúde mental aos usuários:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Além disso, os CAPS estão inseridos nos territórios dos usuários, não sendo afastados do meio urbano e social como os hospitais psiquiátricos e manicômios, que tinham como objetivo o afastamento dos usuários do convívio social. O território, para além de um espaço geográfico, é também o espaço de relações sociais e institucionais, é onde se dá a vida comunitária. Logo, há a possibilidade de trabalhar junto ao usuário todos os saberes e potencialidades da comunidade. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Os modelos dos CAPS são diferenciados de acordo com o município ou região na qual se encontram, seu público-alvo e os serviços oferecidos, de acordo com cada modalidade. A seguir, há uma tabela que indica as modalidades dos CAPS e suas especificidades, com dados obtidos através do site do Ministério da Saúde (Brasil):

Modelos:	Municípios ou regiões com:	Público-alvo:	Informações extra:
CAPS I	Pelo menos 15.000 habitantes.	Pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive por uso de álcool e outras drogas.	
CAPS II	Pelo menos 70.000 habitantes.	Pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive por uso de álcool e outras drogas.	
CAPS III 24h	Pelo menos 150.000 habitantes.	Pessoas de todas as faixas etárias transtornos mentais severos e persistentes, inclusive por uso de álcool e outras drogas.	Contam com, no máximo, 05 leitos destinados à acolhimento noturno e observações, quando necessário.
CAPS i	Pelo menos 70.000 habitantes.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive por uso de álcool e outras drogas.	
CAPS ad Álcool e Drogas	Pelo menos 70.000 habitantes.	Pessoas de todas as faixas etárias que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.	
CAPS ad III Álcool e Drogas 24h	Pelo menos 150.000 habitantes	Pessoas de todas as faixas etárias que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.	Contam com 8 a 12 leitos destinados à acolhimento noturno e observações, quando necessário.

(BRASIL, Ministério da Saúde: Centro de Atenção Psicossocial, acesso online)

Importante ressaltar que um importante critério para implementação dos CAPS nos municípios ou regiões é o perfil populacional daquele espaço. Estes dados auxiliam no planejamento das ações. Porém, a articulação e o planejamento final são realizados pelo gestor local concomitantemente com as outras instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Além disso, os CAPS possuem caráter público, sendo parte da política de saúde mental no âmbito do SUS, logo, seguem o modelo de atendimentos do referido sistema único. O viés de atendimento é através da inserção no serviço, acompanhamento clínico pela equipe e

reinserção social desses usuários, seja praticando o exercício dos direitos civis como através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Apenas nos casos em que os recursos extra-hospitalares não forem o suficiente para o tratamento do usuário, a internação, em qualquer de suas modalidades, pode ser indicada. Além disso, é vedada internação de pacientes com transtornos mentais em instituições que possuem caráter asilares, ou seja, as que não garantem assistência integral à saúde e os direitos às pessoas com transtornos mentais. Quaisquer internações psiquiátricas, independentemente de seu modelo, devem ser solicitadas mediante laudo médico que pontue seus motivos e necessidades, indicando a insuficiência dos recursos extra-hospitalares para o tratamento do usuário em questão. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online) São consideradas os seguintes modelos de internação psiquiátrica, de acordo com o Artigo 6º da Lei nº 10.216/2001:

- I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- III - Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online)

Faz-se importante pontuar que, como consta no Art. 8º desta Lei, as internações psiquiátricas voluntária e involuntária devem ser somente autorizadas por médicos registrados e regulados no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado no qual o estabelecimento esteja localizado. Deverá ser comunicado ao Ministério Público Estadual, no prazo de no máximo 72 horas, os casos de internação involuntária e, bem como, quando houver a respectiva alta do usuário. O final da internação involuntária pode se dar através de solicitação escrita de familiar ou responsável legal pelo usuário, ou pelo o médico/ especialista responsável pelo tratamento. E como consta no Art. 9º, os casos de internação compulsória são determinados pelo juiz competente. O juiz levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento, para que os direitos do usuário, demais internados e funcionários do local sejam garantidos. Ademais, o tratamento nesses moldes deve contar com o propósito de reinserção do usuário em seu meio social, enquanto deve oferecer assistência integral as necessidades do usuário, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. (PLANALTO FEDERAL, Lei nº 10.216 de 2001, acesso online)

Além de tudo, como citado anteriormente, o processo da Reforma Psiquiátrica ainda se mostra presente até os dias atuais, diante da implementação e do exercício deste novo modelo comunitário em saúde mental. Bem como, além de ser compreendido como um processo resultante da mobilização da classe trabalhadora:

O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Além disso, é no dia a dia dos serviços de atenção à saúde mental e nas mobilizações sociais através da militância, dos movimentos sociais e da luta antimanicomial, que os usuários de saúde mental e seus familiares vêm alcançando a garantia de seus direitos e as mudanças nas políticas públicas e na inclusão dos usuários em saúde mental nos moldes societários. A luta pela inclusão e quebra do estigma destes usuários, segue sendo fruto da mobilização popular da classe trabalhadora. Isso reforça a questão dos direitos conquistados através de lutas sociais. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005)

Diante disso, o assistente social está inserido em todo esse meio de relações sociais e institucionais, no qual realiza sua atuação profissional na política de saúde e na saúde mental, e mantém relações profissionais. No tópico a seguir será abordado como se insere o Serviço Social na saúde mental e sua atuação profissional.

II. 1.3. O Serviço Social na Saúde Mental

Como abordado nos tópicos anteriores sobre a reforma psiquiátrica e o atual modelo de atenção em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), todo esse processo deve ser compreendido como frutos de movimentos da classe trabalhadora ao exigir direitos e condições humanas na atenção em saúde mental. O assistente social encontra-se inserido nesses serviços de atenção em saúde mental, e possui um papel fundamental no dia a dia desses espaços. Neste tópico, serão abordados a inserção do Serviço Social na Saúde Mental historicamente e como se dá sua atuação.

Como afirma Matos (2017), a divisão sociotécnica do trabalho faz parte do trabalho do profissional do Serviço Social, justamente pelo seu trato com a questão social, que é expressa pelos modos de acumulação capitalista que geram a desigualdade social. Nas décadas de 1940 e 1950, momento historicamente marcado pelo conservadorismo na profissão, muitos direitos foram conquistados pela categoria profissional do Serviço Social, como a regulamentação da profissão e autonomia no exercício profissional, bem como a constituição de entidades representativas e a organização de eventos e congressos nacionais do Serviço Social. E diante da conjuntura daquela época, o Serviço Social constrói seus próprios discursos, práticas e teorias para a intervenção profissional, sendo o Serviço Social de caso, Serviço Social de grupo e o Serviço Social de comunidade. Matos (2017) afirma também que o método de intervenção variava de acordo com a finalidade de cada instituição e, diante desta concepção, é marcado o “Serviço Social Médico”.

O dito “Serviço Social Médico” surgiu na década de 1940, enquanto o serviço de saúde ainda estava em processo de construção no Brasil. A inserção do Serviço Social se deu baseado em um modelo médico clínico, como afirma Matos (2017), sendo o assistente social (bem como os demais profissionais inseridos na saúde que não fossem médicos) como o profissional que colaboraria para o trabalho do médico, se tratando de uma relação de complementaridade, na qual o médico definia a atuação de cada profissional.

De acordo com Bisneto (2007), mesmo com a inserção do Serviço Social na Saúde, o setor de Psiquiatria não era considerado um campo de trabalho “separado”, visto que havia um pequeno número de assistentes sociais inseridos dessa área. Esse número pequeno de assistentes sociais em clínicas, manicômios e hospitais na área psiquiátrica se dava porque o número de assistentes sociais era reduzido até a década de 1960 (quando ocorre a privatização dos serviços públicos de saúde por conta da ditadura militar no Brasil). Como pontua Bisneto (2007), nessa inserção do Serviço Social na saúde mental eram utilizadas práticas higienistas, caritativas e, mais adiante, o funcionalismo e as demais psicologias. Gradativamente, assistentes sociais passaram a ser contratados em manicômios estatais nessa época.

Como afirma Bisneto (2007), com o advento do golpe militar no Brasil em 1964, ocorreram diversas reformas, inclusive na área da Saúde e da Previdência, o que levou à uma administração centralizada e a privatização do atendimento médico, inclusive na área de saúde mental. Como pontua Souza (1986, apud BISNETO, 2007), nos anos 70, houve uma inserção mais efetiva do Serviço Social nos hospitais psiquiátricos, porém, não por demanda dos usuários. Essa inserção do assistente social se deu para o cumprimento de uma

regulamentação do Ministério, e os assistentes sociais eram contratados com salários baixos, em níveis precários, provisoriamente e com uma pequena carga horária, sem pré estabelecer suas funções. O Serviço Social foi inserido como uma demanda do Estado da ditadura, para executar políticas sociais em saúde mental, visto que a miséria, o abandono e a pobreza geravam “contestações da sociedade” - se tratava de “uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’”. (BISNETO, 2007)

Apenas no início da década de 1960, como afirma Matos (2017), os assistentes sociais passam a participar de perspectivas progressistas, no momento em que emerge na América Latina o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que fora vivenciada à sua maneira em cada país, de acordo com a conjuntura marcada por golpes militares nos anos 60 e 70. Como pontua Matos (2017), todo esse processo com a intenção de ruptura com um Serviço Social conservador, além de ser intenso, também se deu paralelamente ao movimento da reforma sanitária no Brasil, que como explicado anteriormente, visava romper com a atenção em saúde privatista. Ademais, Bisneto (2007) pontua que após os anos 70 e as reformas no sistema de Saúde e Previdência Social, houve um aumento na contratação de assistentes sociais, que tinham diversas formas de intervenção (modelos de Caso, Grupo e Comunidade; fenomenologia, marxismo e desenvolvimentista; com influência da psiquiatria daquele momento histórico, sendo emergentes ou tradicionais). Nesse momento, assistentes sociais passam a serem contratados em instituições psiquiátricas tanto privadas quanto filantrópicas conveniadas.

As demandas ao Serviço Social na Saúde Mental vieram se alterando com o passar dos anos pós-64 por conta de três aspectos principais, em relação aos usuários, à equipe médica e aos donos dos hospitais e clínicas psiquiátricas. A *primeira* se trata da importância do atendimento aos usuários, visto a constante conexão das questões sociais e do adoecimento mental. Os transtornos mentais são intensificados por conta das questões sociais. A pessoa com transtornos mentais tem suas questões sociais agravadas, sendo assim, há a necessidade da assistência social sendo trabalhada junto com a assistência em saúde desses usuários. A *segunda* aborda sobre a reinserção social dos usuários diante do processo de desinstitucionalização no processo de Reforma Psiquiátrica, que tem sido objeto da prática do Serviço Social na Saúde Mental. É importante ressaltar que isso exige do profissional uma formação profissional em Saúde Mental, processos e estudos psicossociais de acordo com a intervenção do assistente social. A *terceira* pontua como a atuação do assistente social acaba diminuindo as despesas das instituições psiquiátricas, visto que o profissional organiza a

manutenção dos usuários nos serviços. Isso ocorre de diversas maneiras, mas são citadas a documentação do usuário para possíveis benefícios, o que faz com que a instituição particular ou filantrópica seja reembolsada pelo Sistema Único de Saúde; observa as condições palpáveis para a possibilidade de desinstitucionalização do usuário; atua na orientação de familiares quanto aos cuidados necessários com os usuários, e demais situações. (BISNETO, 2007, p. 59) Isso demonstra como o assistente social se encontra amortecendo e mediando essas relações entre usuário, equipe de saúde e donos das instituições para que não entrem em conflito.

Além disso, o movimento pela Reforma Psiquiátrica, que perdura até os dias atuais, também acabou influenciando no trabalho do Serviço Social na Saúde Mental. Este movimento levou discussões pontuais ao Serviço Social, sendo:

O debate em torno da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários. (BISNETO, 2007, p. 36)

Além disso, mesmo a Reforma Psiquiátrica trazendo uma amplitude para o trabalho do Serviço Social na Saúde Mental, por conta a formação política e social da categoria profissional, a mesma se encontra com restrições: a primeira é a falta de capacitação do profissional durante o processo de graduação para “*entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política*”; e a segunda é a nova psiquiatria ansiar por abrir espaço para a área social e encontrar barreira no movimento de renovação da categoria profissional, que era heterogêneo - além disso, rever a “*hegemonia e os mandatos sociais*” não era algo que todos os psiquiatras estavam dispostos a fazer no seu espaço de atuação. (BISNETO, 2007, p. 37) Além disso, Bisneto (2007) ainda acrescenta que, a partir da década de 1990, nomeado como um segundo momento do movimento de Reforma Psiquiátrica, o Serviço Social na Saúde Mental conta com uma forte influência da psicanálise e de correntes institucionalistas da Saúde Mental, e ainda mais, da teoria dos sistemas. Além disso, os assistentes sociais já se encontravam atuando em diversos estabelecimentos, porém, agora os mesmos passam a ser conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando cada vez mais os espaços para a atuação do Serviço Social.

Já na década de 1990, como afirma Bisneto (2007), ainda influenciado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, o Serviço Social compõe nas equipes multiprofissionais

com uma visão social. O autor reforça que, diante desse movimento, o assistente social precisa ser o profissional que pode fortalecer a crítica à “loucura” e à sociedade burguesa e relacionando ao sistema capitalista, não apenas sendo o profissional presente na atenção e cuidado em saúde. Faz-se necessário que o profissional desenvolva metodologias, utilize técnicas e desenvolva uma análise crítica social para intervir no campo de Saúde Mental de forma efetiva. Além disso, Montañó (1998, apud Bisneto, 2007) acrescenta que a metodologia do Serviço Social em psiquiatria não deve se dar de forma prática ou por um viés de neutralidade. Para isso, Bisneto (2007) propõe a resistência às perspectivas tradicionais psiquiátricas e do Serviço Social, e que a categoria profissional de assistentes sociais componha junto no movimento de Reforma Psiquiátrica - claramente com papéis definidos, nos quais o Serviço Social trabalhará com o social, a politização e a contradição em sua prática profissional.

Bisneto (2007) pontua que os assistentes sociais estão sendo inseridos no campo da Saúde Mental como um simples executor de políticas sociais, assim como ocorreu na década de 1940. Bem como, desde os anos 1990, tem sido demandado a criticidade na profissão, por parte do movimento de Reforma Psiquiátrica e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Bisneto (2007) ainda afirma:

Uma contradição atual é como fazer a reabilitação psicossocial numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrossocial). Ao lado de funções típicas, como dar assistência social aos portadores de transtornos mentais, o Serviço Social também é alocado em Saúde Mental para diminuir os custos da assistência psiquiátrica, mas esta contenção de gastos não tem como objetivo alargar o atendimento a faixas maiores da população demandante, e sim abaixar os custos para aumentar a acumulação capitalista, pois a “mercantilização da loucura”, apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta. (BISNETO, 2007, p. 63)

No que diz respeito à atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Machado (2009) realizou, em sua dissertação de mestrado, uma pesquisa qualitativa com assistentes sociais que trabalham em CAPS nas cidades de Porto Alegre e Rio de Janeiro. Essa pesquisa aborda sobre a análise da percepção do profissional do Serviço Social sobre a inserção da categoria profissional na Saúde Mental. A pesquisa de Machado (2009) aponta para uma ampliação no debate sobre o “social” nas equipes, também como fruto das mobilizações e debates do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial. Enquanto isso, diante desse debate, observa-se na equipe que a

questão econômica dos usuários influencia diretamente em seus quadros de saúde: a saúde do usuário não se reduz apenas aos sintomas e ao adoecimento. Frente a isso, o assistente social se destaca por seu conhecimento em relação aos direitos sociais e políticas públicas, logo, participa do enfrentamento da questão social que implica diretamente no processo de adoecimento mental dos usuários. Além disso, no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar nos CAPS, o assistente social possui um papel fundamental na discussão em equipe e no atendimento aos usuários:

(...) Como já indicamos, a orientação do CAPS favorece que os profissionais da equipe (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e enfermeiros) tenham “sensibilidade” e reconheçam a questão social, porém eles não têm bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que lhes permitam intervir de forma “qualificada”. A trajetória histórica da profissão do Serviço Social está sem dúvida ligada à questão social. Podemos considerar que o Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental vem contribuindo quotidianamente no enfrentamento do “miúdo” da questão social na interface saúde/sofrimento psíquico. (MACHADO, 2009, p. 248, acesso online)

Além disso, o espaço e a construção de trabalho nos CAPSs se manifestam de uma forma mais democrática e coletiva, diferentemente de outros espaços de atenção em saúde mental. Logo, abre-se espaço para a troca de saberes e práticas profissional de forma mais horizontalizada e menos fechada. Sendo assim, ocorre uma abertura para o trabalho interdisciplinar, com projetos terapêuticos que propiciem a integralidade, a intersetorialidade e a equidade no atendimento aos usuários.¹²

Para finalizar, no sentido de dificuldades encontradas pelo Serviço Social nos CAPS, Machado (2009) aborda o número baixo de assistentes sociais, o que pode refletir na trajetória histórica do assistente social na Saúde Mental. Por vez, a tendência desse baixo número é que os profissionais não tenham tempo o suficiente para suprir as necessidades dos usuários, dando prioridade às necessidades institucionais, com propensão ao trabalho rotineiro, individual e burocrático. Consequentemente, o assistente social compõe menos em atendimentos interdisciplinares, para suprir as “emergências sociais”, e também enfrenta a dificuldade para planejar e implementar propostas e projetos interventivos que sejam coerentes com o Projeto Ético-Político da categoria profissional e com a Reforma Psiquiátrica. Isso influencia diretamente na qualidade do trabalho prestado pelos assistentes sociais e na própria legitimação da profissão, como coloca Machado (2009).

¹²MACHADO, G. S. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. Porto Alegre, Revista Textos & Contextos, Vol. 8, nº 2, p. 241-254, 2009. Disponível online em <<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527165005.pdf>>. Acesso em: 28/10/2020.

Nos tópicos a seguir serão abordados o papel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e como o Serviço Social está inserido na instituição, bem como as legislações e deliberações que preveem o atendimento ao público em geral e aos usuários com transtornos mentais.

II. 2. O papel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

A princípio, faz-se necessário pontuar que, na Constituição Federal de 1988, no que diz respeito aos direitos e garantias fundamentais, “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”, cabendo à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar sobre diversas questões, dentre elas a assistência jurídica e a Defensoria Pública (PLANALTO FEDERAL, Constituição Federal de 1988, acesso online). Porém, mesmo constando na Constituição Federal, como cita Glens (2018), o processo de criação e implementação das Defensorias Públicas no país se deu de forma lenta, e foi marcada por tensionamentos com outras divisões da advocacia, tanto pública como privada, que defendiam interesses opostos. Diante da realidade do estado de São Paulo, a autora cita:

O Estado de São Paulo foi um dos últimos a promover sua adequação e somente implantou a Defensoria Pública no ano de 2006, por meio da Lei Complementar nº 988/06, após uma ampla movimentação de organizações e movimentos sociais juntamente com a sociedade civil, unidos no chamado “Movimento pela Criação da Defensoria Pública” (MDPESP), oficializado em meados de 2002. (GLENS, 2018, p. 19, acesso online)

O Movimento pela criação da Defensoria Pública chegou a contar com a participação de mais de 400 entidades, que lançaram o ‘Manifesto pela Criação da Defensoria’, em um momento histórico em que não havia um amplo acesso à justiça à população, especialmente àqueles que não possuíam condições de pagar por uma assistência jurídica integral. (BERNARDES e VENTURA, 2019, acesso online) Cabe ressaltar também que Miranda (2018) enfatiza que, desde seu nascimento, a instituição possui o compromisso com a sociedade civil, com maior apropriação e controle social pela classe trabalhadora. Logo, deve ser enfatizado que a criação da Defensoria Pública, mesmo com a previsão na Constituição Federativa, se concretizou efetivamente através da mobilização popular na busca pelos seus direitos e garantias fundamentais.

No que diz respeito à definição e o papel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo à população, pode ser trazido a seguinte pontuação:

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo é a instituição que tem a incumbência de prestar assistência jurídica integral e gratuita às pessoas em situação de exclusão social e violação de direitos, bem como à população que não possui recursos* para acessar à justiça e ter seus direitos defendidos na arena jurídica, ou seja, que não possui meios de arcar com as custas processuais e o trabalho de advogada/o para ingresso/defesa no Poder Judiciário. *Em geral, a DPESP atende às pessoas que possuem renda familiar de até três salários mínimos. Alguns casos excepcionais, em que a renda da família ultrapassa esse limite, podem ser avaliados pela coordenação do atendimento. (MIRANDA, 2018, p. 36, acesso online)

Agora pensando nos parâmetros legislativos, implementada em 09 de janeiro de 2006, a Lei Complementar nº 988/2006 regulamenta e organiza a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), definindo suas atribuições, bem como a carreira de Defensor Público do Estado. Como consta na Lei, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo é compreendida como uma instituição de caráter permanente, em função jurisdicional do Estado, possuindo a tutela jurídica integral e gratuita (individual e coletiva) à população de baixa renda, nos âmbitos judicial e extrajudicial. Ademais, no exercício de suas funções, a instituição deverá atuar para a diminuição das desigualdades sociais e regionais, bem como a superação da pobreza, e trabalhar para a construção de uma sociedade solidária, livre e justa. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online) Inclusive Glens (2018) afirma que, no estado de São Paulo, as unidades da Defensoria Pública contam com Defensores/as Públicos/as, estagiários/as e servidores/as que oferecem atendimento ao público-alvo do serviço, nas áreas cível, de tutela coletiva, criminal, execução criminal e infância e juventude.

Além disso, como rege a Lei Complementar nº 988/2006, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo possui diversas atribuições institucionais, dentre elas, faz-se importante ressaltar: a) ser um mecanismo de informação e conscientização à ‘população carente’¹³, sobre seus direitos e garantias, bem como orientar seus usuários; b) representar em juízo a população usuária em seus interesses individuais e coletivos diante dos órgãos jurisdicionais do Estado, em todas as instâncias possíveis, seja no âmbito civil ou criminal; c) deve prestar atendimento interdisciplinar; d) deve assegurar aos usuários o contraditório e ampla defesa, com os recursos a eles inerentes, em processos judiciais ou administrativos; e) deve prover

¹³ Terminologia utilizada na própria Lei Complementar nº 988/2006, assim como os termos “necessitados” e “carentes”.

comissões permanentes para acompanhar/ formular propostas legislativas. Além disso, é função da Defensoria Pública do Estado de São Paulo promover diversas situações, dentre elas, faz-se importante ressaltar: 1) a mediação/ conciliação extrajudicial entre as partes que estão em conflito; 2) a proteção dos direitos humanos em todos os níveis, inclusive em todos os graus de jurisdição; 3) a proteção dos direitos das pessoas “necessitadas”, vítimas de qualquer tipo de opressão, violência ou discriminação em razão de origem, raça, etnia, cor, identidade de gênero, sexo, orientação sexual, estado civil, religião, idade, condição econômica, filosofia ou convicção política, deficiência em diversas esferas (em órgãos ou entes da administração estadual e municipal, direta ou indireta), cumprimento de pena, ou em razão de qualquer questão particular; 4) prestar orientação jurídica, informação sobre direitos humanos e sobre cidadania à população e das ‘comunidades carentes’, de maneira integrada e multidisciplinar. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

Faz-se importante frisar que os termos “necessitados” e “população carente” aparece por diversas vezes na Lei Complementar nº 988/2006. Diante disso, é necessário fazer uma observação diante do uso desses termos:

Apesar de encontrarmos os termos “população carente” e “necessitados” – que a depender da condução política da Instituição, conjugada ao cenário externo, pode flertar com o que há de mais benevolente e caritativo na sociedade, o que significa claro retrocesso com relação à execução de uma política pública e, conseqüentemente, a garantias de direitos, colocando a população atendida num lugar de submissão e passividade – temos, nas atribuições supramencionadas, o direcionamento das ações da Defensoria de São Paulo: posicionamento e atuação em prol das pessoas em situação de pobreza, violência e marginalização, com a possibilidade de intervir na formulação de propostas de elaboração, revisão e atualização legislativa e na proposição de políticas públicas voltadas a determinada classe social. (MIRANDA, 2018, p. 39, acesso online)

Além de todas essas atribuições da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, as pessoas que buscam por atendimento na instituição também possuem direitos, que são regidos ainda pela Lei Complementar nº 988/2006. Sendo assim, os direitos das pessoas que buscam pelo serviço são:

Artigo 6º - São direitos das pessoas que buscam atendimento na Defensoria Pública:

I - a informação;

II - a qualidade na execução das funções;

III - a participação na definição das diretrizes institucionais da Defensoria Pública e no acompanhamento da fiscalização das ações e projetos

desenvolvidos pela Instituição, da atividade funcional e da conduta pública dos membros e servidores. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

O direito à informação precisa diz respeito ao horário de funcionamento, localização e atividades exercidas por cada órgão da Defensoria Pública, tramitações dos métodos administrativos, processos judiciais do interesse do usuário e respectivas decisões, e também orientar o acesso à Ouvidoria-Geral (para denúncias, sugestões e reclamações); e **o direito à qualidade na execução das funções**, que exige dos membros e servidores da Defensoria Pública a qualidade e o respeito no atendimento prestado às pessoas que buscam à instituição, com o atendimento de forma igualitária, sem quaisquer discriminações; prestando atendimentos por ordem de chegada (respeitando os públicos prioritários: idosos, gestantes, pessoas adoecidas ou com “necessidades especiais”), com o cumprimento de prazos e normas de procedimento com atenção e respeito aos horários para um bom atendimento e, inclusive, medidas de segurança e saúde à população que busca pelo serviço. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

Glens (2018) também afirma que, no cotidiano da instituição, existem demandas que são mais exigidas dos profissionais que ali trabalham. Dentre elas, a busca pelo direito à Saúde:

No tocante ao direito à Saúde, a existência de serviços precários, insuficientes, falta de médicos e equipamentos, dentre outras razões tem gerado graves ocorrências que atentam contra o direito à própria vida e tem resultado em inúmeros pedidos de medicamentos, solicitação de internação para familiares, vagas em clínicas de atendimento à saúde mental ou drogas, acesso a tratamentos diversos, pedidos de insumos sanitários, etc. Havendo um conflito entre o direito individual à saúde e o Estado, o Poder Judiciário é o órgão competente para solucionar a contenda e a Defensoria Pública um meio de acesso que tem alcançado cada vez mais pessoas. (GLENS, 2018, p. 20, acesso online)

Como citado nos tópicos anteriores, o direito à atenção em saúde mental, em caso de necessidade de internação, podendo ser solicitada na Defensoria Pública a internação compulsória. Mas claro, como citado ainda nos tópicos anteriores, isso exige comprovação documental médica da necessidade da internação do usuário de saúde mental, para a oferta do atendimento em saúde necessário, após esgotar-se as tentativas extra hospitalares.

Para além disso, Glens (2018) menciona que a Defensoria Pública do Estado de São Paulo também conta com a formação de Núcleos Especializados, que possuem execuções em

áreas exclusivas, e que oferecem suporte técnico de suas respectivas áreas aos servidores e aos Defensores Públicos. Como consta na Lei Complementar nº 988/2006, os Núcleos Especializados possuem caráter permanente e são organizados de acordo com os seguintes temas, e possivelmente, dentre outros: interesses difusos e coletivos; cidadania e direitos humanos; infância e juventude; consumidor e meio ambiente; habitação e urbanismo; situação carcerária; segunda instância e Tribunais Superiores. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

Faz-se importante destacar que a Defensoria Pública do Estado de São Paulo consta com a Escola da Defensoria Pública do Estado (EDEPE), como um dos órgãos auxiliares da instituição. Compete à EDEPE o aperfeiçoamento técnico dos membros, servidores e estagiários através de conferências, cursos, seminários e demais atividades científicas, que promovam a capacitação para o exercício dos cargos na instituição. Além disso, promover atualizações nos âmbitos legislativo, doutrinário e jurisprudencial aos membros, de forma rápida e constante. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

Ademais, as Defensorias Públicas Regionais e a da Capital do estado de São Paulo, contam com pelo menos um Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM), para prestar assessoramento técnico e interdisciplinar às atribuições da instituição. O CAM conta com um local apropriado para os atendimentos aos Defensores Públicos, em toda comarca ou órgão jurisdicional de acordo com sua área de atuação. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

No tópico a seguir será abordado sobre o Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, espaço no qual o Serviço Social está inserido na instituição. Será abordado a inserção do CAM na instituição, quais as atribuições, a atuação do Serviço Social em conjunto com a Psicologia e as devidas legislações.

II. 2.1. Centros de Atendimento Multidisciplinar: o Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo

De acordo com Glens (2018), dois anos após a criação da Lei Complementar nº 988/2006, em 2008, na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, foram formadas as classes de apoio. Classes estas com cargos de Oficiais/las de Defensoria (cargos de nível médio) e os Agentes de Defensoria (cargos de nível superior). Sendo assim, os/as assistentes sociais e psicólogos/as são denominados como Agentes de Defensoria, e estão inseridos nos Centros de

Atendimento Multidisciplinar (CAM). Porém, apenas em 2010, quatro anos após a criação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, como cita Miranda (2018), houve um ingresso concreto de profissionais do Serviço Social, Psicologia e outros, nos Centros de Atendimento Multidisciplinar e nos Núcleos Especializados da instituição. E então, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade que estavam previstas na Lei Complementar nº 988/2006 puderam finalmente se tornarem visíveis, e como cita Miranda (2018), o CAM como um espaço para busca da defesa dos direitos.

Na Lei Complementar nº 988/2006, os Centros de Atendimento Multidisciplinar já estavam previstos e deviam prestar assessoria aos Defensores/as Públicos/as de acordo com as atribuições de suas profissões. Ademais, para que suas atribuições pudessem ser realizadas, de acordo com Artigo 70, os Centros de Atendimento Multidisciplinar contariam com profissionais e estagiários das áreas de psicologia, serviço social, engenharia, sociologia, estatística, economia, ciências contábeis e direito, dentre outras. (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Lei complementar nº 988 de 2006, acesso online)

No ano de 2010, o Conselho Superior da Defensoria Pública (CSDP) aprovou a Deliberação CSDP nº 187/2010, que organiza a estrutura e o funcionamento dos Centros de Atendimento Multidisciplinar, levando em consideração a indispensabilidade da padronização dos serviços das áreas de Serviço Social e Psicologia na instituição. A deliberação, em seu Artigo 1º, descreve os princípios dos Centros de Atendimento Multidisciplinar, sendo alguns deles: a) oferecer atendimento humanizado que garanta a privacidade, enquanto oferece um trabalho fundamentado no respeito e na promoção de liberdade, igualdade, dignidade e integridade do ser humano; b) a instrumentalidade da atuação dos CAMs deve ser de acordo com a missão da Defensoria Pública, havendo independência técnica na área de atuação do profissional; c) os interesses dos usuários atendidos pela instituição devem ser prioritários, sem prejuízo da independência técnica; d) discussão de casos e informações com os demais profissionais que atuam no caso, garantindo o sigilo profissional; e) o CAM não é um órgão que substitui a rede de serviços das políticas públicas; f) o atendimento jurídico cabível, de acordo com cada caso, não deve ser substituído; g) acato aos códigos de ética e normas que regulamentam o exercício das atividades profissionais dos que compõem os CAMs; h) o respeito à autonomia do usuário, levando em consideração suas potencialidades e limitações; i) a não obrigatoriedade de submeter o usuário à atendimento multidisciplinar como condicionante para atendimento em assistência jurídica; j) possui como diretriz a

interdisciplinaridade e intersetorialidade da intervenção profissional; k) informar ao usuário a existência e os motivos da intervenção multidisciplinar; l) rapidez no atendimento das solicitações; m) adesão de perspectivas preventivas, emancipatórias e socioeducativas da cidadania; n) diálogo com a rede de serviços e de políticas públicas. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Deliberação CSDP nº 187/2010, acesso online)

Ademais, ainda na Deliberação CSDP nº 187/2010, são organizadas as atribuições gerais dos Agentes de Defensoria que se encontram nos Centros de Atendimento Multidisciplinar, nesse caso, assistentes sociais e psicólogos/as. Dentre elas, faz-se importante destacar que os Agentes de Defensoria do CAM devem: prestar suporte técnico de suas áreas aos Defensores Públicos, servidores, estagiários, à Ouvidoria-Geral e aos demais CAMs; recomendar propostas de regulamentação de procedimentos técnicos à Assessoria Técnica Psicossocial; realizar perícias e laudos periciais, eventualmente quando os Defensores Públicos solicitarem; interpretar documentos técnicos e realizar discussões com os Defensores, tanto de casos como de demandas; operar como mediador, conciliador e facilitador; realizar mapeamento e articulação com a rede de serviços da região para realizar encaminhamentos dos usuários; realizar os pedidos de intervenção realizados pelos Defensores Públicos e da Ouvidoria-Geral, registrando-os e atendendo-os de acordo com as prioridades; orientar e supervisionar os estagiários; quando preciso, cumprir atividades externas diante de suas atribuições; realizar relatórios estatísticos, qualitativos e quantitativos mensalmente das atividades realizadas, em um modelo pré definido pela Assessoria Técnica Psicossocial e encaminhar à eles. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Deliberação CSDP nº 187/2010, acesso online) A respeito dessas atribuições aos Agentes de Defensoria dos Centros de Atendimento Psicossocial, Glens (2018) afirma que:

Em consonância com suas atribuições ordinárias, as principais atividades se desenvolvem em torno da produção de laudos e pareceres técnicos, do suporte ao atendimento, na composição extrajudicial de conflitos, da educação em direitos e do mapeamento e articulação com a rede de serviços do território. (GLENS, 2018, p. 26)

Como citado anteriormente, e como consta na Deliberação CSDP nº 187/2010, o CAM não deve ser compreendido como um órgão substitutivo da rede de serviços de políticas públicas. A respeito disso, Glens (2018) explica, exemplificando, que por isso que psicólogos não realizam atendimento clínico na instituição, e assim como, assistentes sociais não realizam cadastros para conceder benefícios da assistência social. Para que essas demandas

que surgem no cotidiano sejam encaminhadas, os assistentes sociais e psicólogos articulam e fazem a mediação entre os usuários e os serviços públicos condizentes com as demandas. Como afirma Glens (2018), esse processo faz com que o CAM seja um local que possibilita a visualização de como funciona e se efetiva as políticas públicas. Em uma pesquisa realizada por Miranda (2018), a fala de uma psicóloga entrevistada pontua a importância do papel do Serviço Social em conhecer e pensar nas políticas, visto que elas estão inseridas nos territórios dos sujeitos e que “para o sujeito ser o sujeito ele tem que conhecer o seu território, conhecer as políticas” (grifo da autora, MIRANDA, 2018). Além disso, esse conhecimento também oferece instrumentos ao profissional para pensar em diversos caminhos que podem ser trilhados na prática profissional.

Outra deliberação realizada pelo Conselho Superior da Defensoria Pública (CSDP) que se faz importante pontuar neste trabalho é a Deliberação CSDP nº 219, aprovada em 11 de março de 2011, que regulamenta o atendimento aos usuários com transtornos mentais ou que se encontram em sofrimento pela Defensoria Pública. Em seu Artigo 1º consta que o CAM poderá ser acionado para intervir imediatamente caso, durante o atendimento inicial, o usuário apresente dificuldade de comunicação, que pode ser proveniente de um sofrimento ou confusão mental. Diante disso, o Agente de Defensoria do CAM (assistente social ou psicólogo/a) continuará com o atendimento em conjunto com o/a Defensor/a Público/a ou com o/a Servidor/a da Ouvidoria-Geral, buscando facilitar a comunicação entre a equipe e o usuário. O atendimento específico do CAM poderá ser disponibilizado ao usuário, caso compreenda-se por parte da equipe, que o usuário com essa dificuldade de comunicação ou compreensão se dá por uma condição de adoecimento ou sofrimento mental. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Deliberação CSDP nº 219 de 2011, acesso online)

Ainda como consta na Deliberação CSDP nº 219/2011, o Agente de Defensoria do CAM que participou do primeiro atendimento ao usuário com adoecimento ou em sofrimento mental ficará responsável por este caso. Ademais, este Agente terá que realizar as condutas necessárias para atender as demandas deste usuário, podendo ser um encaminhamento à rede de serviços públicos de saúde e assistência social, por exemplo, como consta ainda nesta Deliberação. Além disso, cabe ao Agente de Defensoria do CAM realizar o registro dos relatos dos atendimentos e as medidas e encaminhamentos de cada caso atendido. Caso haja a identificação de demanda jurídica diante desses atendimentos, também cabe ao Agente de Defensoria do CAM buscar orientação com o Defensor Público responsável, bem como cabe

a este Agente o dever de orientar o usuário sobre os procedimentos administrativos necessários (de acordo com a orientação do Defensor). (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Deliberação CSDP nº 219 de 2011, acesso online) Nesse sentido, mostra-se a importância do trabalho interdisciplinar entre a equipe que compõe a Defensoria Pública no atendimento de pessoas com transtornos mentais, o que favorece a atenção necessária diante das demandas que se apresentam.

Com a inserção do Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2010, como explicado anteriormente, foi possível vislumbrar as ideias de multidisciplinaridade e de interdisciplinaridade no viés do trabalho na instituição, que já estavam previstas na Lei Complementar nº 988/2006. Além disso, trazendo uma atenção às questões que exigiam maior cuidado, é importante observar que:

A atuação de assistentes sociais e psicólogas/os na Defensoria proporciona atenção especializada a demandas complexas, como transtorno mental, uso problemático de drogas, violência doméstica e outros tipos de violência, vulnerabilidades sociais e conflitos familiares, buscando, principalmente, as vias extrajudiciais para a garantia de direitos da população usuária da DPESP. O trabalho interdisciplinar destas/es profissionais, em conjunto com defensoras/es públicas/os, amplia o sentido de justiça e potencializa as estratégias para seu acesso. (MIRANDA, 2018, p. 43)

Porém, faz-se importante abordar que o trabalho interdisciplinar com os/as Defensores/as Públicos/as não necessariamente se dá de forma fluida e facilitada. Como cita Miranda (2018), a Defensoria Pública é um espaço marcado pelo poder, formalidade e a hierarquia, e isso torna o trabalho interdisciplinar mais dificultoso nesse espaço. Além disso, em uma pesquisa realizada por Miranda (2018), aponta que o Serviço Social na instituição experiencia um desconhecimento da profissão pelos que lá trabalham, bem como sentem um estigma sobre a sua prática profissional em diversas instituições, incluindo a Defensoria Pública. Sendo assim, há uma tensão entre o que é solicitado ao Serviço Social e o próprio exercício profissional, o que reflete na construção e na qualidade do serviço prestado.

No capítulo a seguir será abordado a análise do relato de uma assistente social que trabalha na Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Unidade Campinas, em que é abordado a prática profissional do Serviço Social no atendimento dos usuários com transtornos mentais na unidade.

III. O ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - UNIDADE CAMPINAS: A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

Neste capítulo será abordado a análise do relato de uma assistente social que trabalha na Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas. No relato obtido foi destacado a prática profissional no atendimento aos usuários com transtornos mentais que buscam pela instituição e passam pelo atendimento do Serviço Social.

A participação neste estudo se deu de forma voluntária, com a liberdade de escolha ao participar ou não, com plena possibilidade de desistência, caso fosse da vontade da entrevistada. O relato da profissional foi obtido através de uma entrevista, realizada virtualmente pela plataforma Microsoft Teams no dia 07 de outubro de 2020. Bem como, foi assinado pela entrevistada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consente na participação e na publicação dos resultados da pesquisa, ficando acordado o rigoroso sigilo da identidade da profissional, assim como a identidade os usuários e/ou equipe profissional dos possíveis casos que pudessem surgir durante a entrevista.

Foram realizadas 6 (seis) perguntas à entrevistada, que poderão ser consultadas em Anexos (vide Anexo 1), assim como uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em branco (vide Anexo 2).

ANÁLISE DA ENTREVISTA

A princípio, iremos iniciar falando sobre os Centros de Atendimento Multidisciplinar na Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Com a inserção dos Centros de Atendimento Multidisciplinar na instituição, assim como consta na Deliberação CSDP nº 187/2010 já citada anteriormente, no que diz respeito às atribuições gerais dos Agentes de Defensoria dos CAMs, os referidos deveriam operar como mediadores, facilitadores e conciliadores.

“(...) Com a chegada dos profissionais, havia existência de um projeto de trabalho ao CAM, sendo principalmente a atuação em mediações de conflitos e conciliações e havia uma visão muito embrionária sobre o trabalho em rede e como ele se estende. Assistentes sociais e Psicólogos/as entraram a fim de atender uma certa expectativa institucional, sendo a diminuição de processos judiciais, seguindo a linha que a Justiça, em todas as suas dimensões, vem pautando: a

resolução extrajudicial de conflitos. (...) Vale destacar que o Serviço Social, atendendo ou não esta expectativa inicial, sempre foi muito combativo em aceitar esse lugar na instituição, porque nós trabalhamos com questões duríssimas, com as expressões da questão social em todas as perspectivas e em muitas delas não cabem mediações de conflito e/ou conciliações. Nós não estamos na prática para nos colocarmos neutros, isentos e sem compromisso, que é o que é exigido de um mediador.” (Entrevistada)

Destaca-se que os profissionais adentraram já com tarefas demandadas e com uma expectativa da instituição para a diminuição das demandas dos/as Defensores/as Públicos/as, quando na verdade, as categorias profissionais de assistentes sociais e psicólogos já possuíam suas próprias atribuições e linhas profissionais. Porém, mesmo diante dessa demanda exigida, os/as assistentes sociais se colocaram de forma combativa à essa expectativa da instituição, visto que o profissional é orientado por uma base crítica, o que foge da neutralidade esperada de um mediador.

Além disso, no que diz respeito à atenção ao usuário nos Centros de Atendimento Multidisciplinar, é a oferta de um atendimento humanizado e fundamentado no respeito e na promoção de liberdade, igualdade, dignidade e integridade do ser humano, como consta na Deliberação CSDP nº 187/2010, já mencionado anteriormente. Além disso, é esperado que um diálogo com a rede de serviços e de políticas públicas para um melhor encaminhamento aos casos.

“A importância do CAM na Defensoria é poder dar alguns tons um pouco mais garantistas do direito, se é que eu posso assim afirmar. Os profissionais do CAM acolhem os usuários de uma forma diferenciada, promovendo uma escuta qualificada, sigilosa, cuidadosa e fazendo diversos links com a rede de serviços e familiares, evitando que aquela situação apresentada se torne uma demanda judicial, mas, principalmente, para que a pessoa tenha um acesso ao direito e à sua justiça de uma forma muito ampla e respeitosa. Acredito que esta seja a principal função do CAM, na minha opinião.” (Entrevistada)

Partindo do princípio de que a viabilização aos direitos não se dá única e exclusivamente através do Direito, o assistente social ao oferecer um acolhimento e uma escuta qualificada consegue identificar possíveis demandas que possam ser atendidas de forma extrajudicial, ou seja, que não necessite de uma ação judicial. Seguindo essa linha, o assistente social, ao manter contato com a rede de serviços e realizar os devidos encaminhamentos, pode possivelmente viabilizar para que aquele usuário acesse seus direitos.

Por exemplo, encaminhamentos para possíveis concessões de benefícios socioassistenciais que aquele usuário possa ter direito. Além disso, esse papel é condizente com a funções da Defensoria Pública do Estado de São Paulo de acordo com a Lei complementar nº 988/2006, em ser um mecanismo de informação e conscientização à população sobre seus direitos e garantias, bem como orientar seus usuários.

Diante disso, na prática profissional do assistente social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas, observa-se uma demanda expressiva de casos de Saúde Mental que chegam ao CAM.

“No cotidiano profissional, casos de usuários com transtornos mentais se mostram como uma demanda bastante significativa. Nos deparamos também com muitos casos de uso de álcool e drogas, porém esses casos de transtornos mentais, em especial a esquizofrenia e outras questões que perpassam o adoecimento mental, chega como uma grande demanda ao CAM e ao Serviço Social que está dentro desse espaço.” (Entrevistada)

O atendimento dos usuários com transtornos mentais por parte dos Centros de Atendimento Multidisciplinares é condizente com a Deliberação CSDP nº 219/2011, que regulamenta o atendimento aos usuários com transtornos mentais ou que se encontram em sofrimento pela Defensoria Pública e pelo CAM. Nesse sentido, chega como uma demanda expressiva. Diante disso, são realizadas as devidas condutas e práticas profissionais do assistente social em face a cada caso e situação.

“(...) Primeiramente, todas as atenções são voltadas à identificar se aquela pessoa com transtornos mentais possui uma família ou uma rede de proteção, e se à ela são ofertados os cuidados mais elementares em saúde e em assistência social. Há um cuidado também em colher informações úteis: telefones, onde e com quem reside, se faz acompanhamento em saúde mental e onde, se há algum profissional de referência neste serviço... E posteriormente são realizados contatos e discussões de casos para concretizar melhor o histórico desse usuário nestes serviços, além de poder delinear melhor a questão do cuidado e o motivo inicial que a levou a buscar pela Defensoria Pública.” (Entrevistada)

Todo esse cuidado do assistente social na coleta de informações e dados, além de possibilitar o conhecimento sobre a realidade concreta daquele usuário, suas dificuldades e potencialidades, e identificar as demandas que o levaram a buscar pela Defensoria Pública,

também qualifica nas discussões com os demais serviços e possíveis encaminhamentos a serem realizados. E surpreendentemente, a alta demanda de casos de saúde mental ao CAM, como citado anteriormente, também apresentam motivos.

“Curiosamente, a Defensoria Pública ocupa um lugar no imaginário das pessoas com transtornos mentais, que buscam a instituição, muito interessante. Essas pessoas enxergam esse espaço como um lugar de proteção. E muitos CAMs pelo estado verificam uma vinculação forte dessas pessoas, tanto a busca recorrente pela instituição como uma vinculação como um espaço onde ela pode falar e ser ouvida, e se sente protegida. (...) (Essa vinculação ocorre), em especialmente, com o CAM. Nós conseguimos oportunizar um espaço de acolhimento e escuta que, muitas vezes, eles não conquistam em outros serviços, seja na justiça, seja na saúde, seja na assistência social. (...)” (Entrevistada)

O acolhimento humanizado para a escuta dos usuários com transtornos mentais, além de ser coerente com os princípios do CAM, ainda faz com que aquele usuário se sinta ouvido e sinta que suas demandas importam de alguma forma. Demandas estas que podem ter sido levadas a outros serviços (que podem ter encaminhado o usuário à Defensoria Pública do Estado) ou os serviços não deram conta de absorver tal demanda – seja pela natureza do serviço, seja pelo acúmulo de trabalho dos profissionais, seja pelo descrédito com as demandas do usuário com transtornos mentais. Esse espaço de acolhida do CAM faz com que esse usuário crie um vínculo com o espaço e com o/a profissional/ equipe que o atendeu e possa retornar trazendo devolutivas ou novas demandas.

“(...) Isso faz com que eles tenham um retorno continuado em busca desses profissionais que os acolheram. Muitas vezes, esse retorno se dá de uma forma não planejada e a pessoa exige ser ouvida naquele momento, logo, isso precisa ser equacionado de uma forma bem inteligente e rápida no nosso cotidiano de trabalho. Para exemplificar, trago o caso de um senhor, com um transtorno mental importante, que buscava a Defensoria sempre. Ele comparecia sempre em horários diferentes, trazendo demandas bastante delicadas que envolviam sua família, e por vezes, se sentia contrariado ao não ser atendido naquele momento que ele livremente demandava. Pontuo essa situação para ilustrar que precisa de um jogo de cintura, porque se trata de um público extremamente merecedor da nossa escuta e dos devidos encaminhamentos jurídicos e institucionais.” (Entrevistada)

Diante dessa realidade, na qual os usuários com transtornos mentais retornam, muitas vezes inesperadamente, exige que os profissionais do CAM (assistentes sociais e psicólogos/as) se organizem para atender ao usuário. Muitas vezes o usuário com transtorno mental pode almejar ser atendido imediatamente, e essa questão de organização também precisa ser organizado com o mesmo, para que o profissional possa garantir que ocorra o atendimento de forma adequada, em um espaço adequado, resguardando toda a dignidade do usuário.

O atendimento aos usuários com transtornos mentais exige que haja uma sensibilidade e um manejo de toda a equipe da Defensoria, antes que esse usuário chegue ao atendimento do CAM. Trazido em relato pela entrevistada, o usuário, ao chegar na unidade, passará pelo atendimento do estagiário de Administração (que colherá informações necessárias e fará a avaliação financeira, para saber se o usuário é público-alvo do serviço) e depois passará pelo estagiário de Direito. O primeiro atendimento em que esse usuário contará suas demandas e o que levou o mesmo a buscar pela Defensoria, se dará com o estagiário de Direito, supervisionado por um Defensor Público na triagem.

“Então, a primeira escuta dessa pessoa com transtorno mental (que pode ter ou não uma demanda jurídica) é realizada pelo estagiário de Direito. Destaca-se que há, neste momento, o nosso primeiro problema para acessar esse público: nós dependemos de um olhar sensível deste estagiário para notar que há algo que indique que aquela pessoa precisa de uma atenção especializada, para que ela possa seguir com seu relato. Sensibilidade esta que muitos estagiários trazem como traço da personalidade, porém outros não, e não há um investimento concreto da instituição para o aprimoramento dos estagiários e servidores em algumas percepções nesse atendimento inicial. Essa sensibilidade inicial do estagiário de Direito é primordial, cabendo a ele perceber ou não se é uma demanda que necessita da atenção do CAM. Caso sim, o estagiário de Direito leva essa demanda ao Defensor Público que está na triagem que pode respaldar este encaminhamento ao CAM.” (Entrevistada)

Frente à essa situação, em que cabe aos estagiários de Direito identificar que aquele usuário necessita de uma atenção especializada, faz-se necessário a capacitação dos mesmos para que os encaminhamentos ao CAM se deem de uma forma efetiva. Diante do relato, nota-se que não há investimento efetivo da Defensoria Pública do Estado para a capacitação dos servidores e estagiários, para que se possa realizar uma atenção dos casos de usuários com transtornos mentais por parte do CAM. Nesse caso, a Defensoria Pública do Estado de São

Paulo conta com a Escola da Defensoria Pública do Estado (EDEPE), como um de seus órgãos auxiliares, que é responsável por promover a capacitação de servidores e estagiários através de conferências, cursos, seminários e demais atividades científicas. Diante do relato, nota-se que esse tipo de formação não está sendo realizada, o que pode causar um déficit de casos que poderiam passar por uma atenção especializada do CAM. Porém, por falta de capacitação oferecida pela instituição, essa necessidade pode passar despercebida pelo estagiário de Direito. Cabe ressaltar que o estagiário não deve ser responsabilizado pela possível não identificação da demanda, mas sim toda a estrutura da Defensoria Pública do Estado que não oferece a capacitação necessária para que o estagiário esteja habilitado para receber essas demandas e encaminhá-las ao CAM.

Da mesma forma que não há uma capacitação dos estagiários de Direito, o assistente social também encontra dificuldades e desafios diante dos atendimentos aos usuários com transtornos mentais.

“Todavia, algumas peculiaridades podem, e certamente atravessarão o atendimento e o nosso cotidiano profissional, e não há formação para lidar com essas condições. Tal como anteriormente fiz menção aos estagiários de Direito que não são habilitados para receber a multiplicidade de casos e demandas, o assistente social também não está. A graduação em Serviço Social nos dá uma base bem generalista sobre questões que irão perpassar nosso cotidiano profissional, todavia há questões que irão necessitar do nosso aprimoramento, seja de uma forma oficial (através de uma especialização) seja pela nossa prática profissional. Isso se faz necessário para que a atuação faça sentido e que consiga preservar um pouco a saúde mental do assistente social, porque, destaco... não possuímos ferramentas dadas pela graduação para trabalhar com esse universo: com discursos desconexos, com às vezes traços de agressividade. E essas situações, o assistente social pode vivenciar com o público em geral que atendemos diariamente. Sendo assim, deixo minha crítica que a universidade também não nos prepara para a intervenção, temos uma aproximação bastante teórica e o estágio nos leva um pouco mais próximos da práxis. Sendo o estágio o momento que ocupa um grande momento na vida do estudante, porque cabe ao supervisor de campo fazer todos os ‘links’ junto ao estagiário, e muitas vezes o profissional não se vê totalmente habilitado ao que demanda naquele momento.”
(Entrevistada)

A partir disso, propriamente na prática profissional do assistente social, a entrevistada destaca o déficit da graduação em Serviço Social que oferece uma base geral do que o profissional irá se deparar na sua práxis. Sendo assim, o estágio em Serviço Social, como

parte fundamental da formação, aproxima os estudantes e os familiariza com a prática profissional do assistente social. Porém, muitas vezes, o supervisor de campo não se compreende completamente habilitado para atender tal demanda. Logo, diante dessas concretudes, a entrevistada sugere que o assistente social se aprimore, seja através de cursos ou especializações ou então diante da sua própria prática profissional. Faz-se importante acrescentar e reforçar que espaços de capacitação para o atendimento de usuários com transtornos mentais também seriam cabíveis nessa situação. Espaços esses que deveriam ser oferecidos pela Escola da Defensoria Pública do Estado (EDEPE), que está prevista na Lei complementar nº 988 de 2006, que rege e organiza a Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Vale a pena acrescentar que, no atendimento aos usuários com transtornos mentais, é de extrema importância a garantia do sigilo no atendimento. Muitas vezes, diante desses relatos (inclusive do público em geral atendido pelo CAM, além dos usuários com transtornos mentais), surgem questões sensíveis que necessitam de um espaço adequado para que isso seja trazido: um espaço que possa garantir o sigilo durante o atendimento. Diante da realidade de Unidade Campinas da Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

“Os atendimentos à essa demanda ocorrem em uma sala à parte na triagem que, esteticamente, nota-se que ela prevê um maior sigilo e cuidado na escuta. Enquanto o “grosso” dos casos são atendidos nas baias de atendimento com os estagiários de Direito, um ao lado do outro, essas demandas mais sensíveis são trazidas para a sala do CAM. Esta sala é fechada e com total isolamento acústico, até o teto. A respeito da construção do espaço físico, houve uma preocupação da Administração quanto à organização dessas salas em colocar uma parte de vidro, para garantir a nossa segurança durante os atendimentos. E como estratégia durante os atendimentos, toma-se o cuidado de colocar os usuários de costas para esse vidro para manter sua identidade preservada em momentos que envolvem emoção e questões mais sensíveis. Além disso, o nosso CAM contou com uma equipe muito maravilhosa de estagiárias que percebeu a necessidade de, por vezes, colocarmos uma persiana neste vidro para que essas pessoas pudessem ainda ter sua privacidade ainda mais resguardada quando demonstrassem questões sensíveis.” (Entrevistada)

A importância de um espaço físico adequado para o atendimento dos usuários é que, além de possibilitar que o que surja durante o atendimento seja mantido em sigilo entre o usuário e o profissional, também possibilita que o usuário se sinta confortável em trazer as questões que o levaram a buscar pelo atendimento na instituição. Porém, a garantia do sigilo

nos atendimentos não se resume apenas ao espaço físico. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo conta com um sistema virtual para o registo de informações e, inclusive, de atendimentos.

“No entanto, no nosso sistema institucional virtual para registro o de informações, profissionais de áreas diversas do Serviço Social e da Psicologia conseguem acessar alguns dados dentro desse banco. Então, os profissionais e estagiários precisam tomar cuidado com o que é registrado durante o atendimento com os usuários, para que os mesmos não sejam expostos.” (Entrevistada)

A garantia do sigilo profissional dos atendimentos realizados pelo CAM aos usuários está prevista na Deliberação nº 187/2010 do Conselho Superior da Defensoria Pública. O que é trazido no relato demonstra quem, no sistema institucional, esse sigilo pode não ser garantido em sua integralidade. Os profissionais do CAM acabam tomando um cuidado maior no registro para que os usuários não sejam expostos, porém, até que ponto informações extremamente importantes trazidas em atendimento podem acabar sendo omitidas no registro virtual para que o usuário não seja exposto? E quando essas informações acabam se perdendo, e poderiam ser registradas?

Outro ponto importante a ser trazido é que o CAM não deve ser compreendido como um órgão substitutivo da rede de serviços de políticas públicas, assim como consta na Deliberação CSDP nº 187/2010. Logo, diante das demandas apreendidas durante os atendimentos com usuários com transtornos mentais, se faz necessário o contato com a rede de serviços. Nesse viés, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são o serviço de referência para discussões de casos e possíveis encaminhamentos dos usuários por parte da equipe do CAM.

“O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o principal serviço de saúde mental do município, além de ser fruto de toda uma luta pela Reforma Antimanicomial. O CAPS é um serviço no qual nós buscamos apoio frequente. Em Campinas, ele funciona bem, posso dizer... No entanto, nós temos serviços diferentes dentro de um território, então em alguns espaços isso flui mais ou menos. Sem dúvida, é o primeiro serviço que contatamos quando observa-se que a demanda necessita de uma atenção diferenciada: contato tanto no sentido de identificar se há um histórico de acompanhamento, quanto para vincular a pessoa à um acompanhamento, se for do desejo dela. Existem CAPS extremamente disponíveis, e conosco realizam reuniões, discussões de caso e até visitas domiciliares, o que qualifica muito o nosso fazer

sociojurídico. Assim como, existem serviços que possuem muitas limitações e dificuldades para trabalhar coletivamente, seja pela postura do profissional ou do gerente daquele serviço, seja pela dificuldade em termos de disponibilidade de transporte ou agenda. Mas faz-se importante frisar que o trabalho com os usuários com transtornos mentais é necessariamente interdisciplinar e da rede multissetorial, e é isso que o CAM busca promover.” (Entrevistada)

A interdisciplinaridade, como prevista na Deliberação CSDP nº 187/2010 já citada anteriormente, se mostra presente, juntamente com a multissetorialidade, na intervenção profissional dos que compõem o CAM. Inclusive, isso se faz completamente preciso, visto que o CAM não deve ser compreendido como um espaço substitutivo de execução de políticas públicas. Para que esses usuários possam ter suas demandas atendidas integralmente, é importante e necessário que haja a articulação e o trabalho com a rede de serviços. As discussões de casos, reuniões e até visitas domiciliares realizadas em um trabalho interdisciplinar e multissetorial permite a compreensão das demandas dos usuários em sua integralidade, além de pensar em conjunto os devidos encaminhamentos a serem realizados. Isso qualifica demasiadamente na atenção às demandas desses usuários, além de permitir uma visão integral deste indivíduo, suas questões e potencialidades.

Outro ponto obtido durante a entrevista que é de extrema importância citar é o preconceito e a estigmatização dos usuários com transtornos mentais que buscam pelo serviço da Defensoria Pública do Estado.

“Muitas vezes os usuários com transtornos mentais que buscam pelo atendimento da Defensoria são nomeados como “loucas” e “causadoras de conflitos”, e por vezes, essas posturas de afronta e requisição de atenção, dependendo da forma que é requisitado pelo usuário, não são acolhidas. Logo, a intervenção do CAM traz consigo a humanização do caso e do atendimento, resgatando todo o histórico de vida e promovendo algumas intervenções. (...) A Defensoria é uma instituição que não se deve ao luxo de ter esse tipo de comportamento, são pessoas com transtornos mentais graves, que merecem ser atendidas com toda a dignidade possível. A instituição deveria oportunizar espaços de formação para estagiários e servidores em atendimento ao público. Precisa de uma política institucional de atendimento aos usuários, é elementar.” (Entrevistada)

Diante desse relato é possível notar que o estigma e o preconceito aos usuários com transtornos mentais atravessam diretamente o cotidiano da instituição. A intervenção do CAM com um atendimento humanizado se faz completamente necessária, mas não se faz

plenamente suficiente, enquanto esse público não é acolhido em seu primeiro contato com a instituição. Além disso, é um público estigmatizado na instituição por conta do quadro de adoecimento mental. E pensando que a Defensoria Pública, como um órgão que surgiu através de mobilizações populares, que atende a classe trabalhadora e em especial as pessoas de baixa renda, não deve aceitar esse tipo de comportamento dentro da própria instituição. Dessa forma, a entrevistada pontua a importância de uma política institucional de atendimento aos usuários, para que os servidores e estagiários em geral exerçam um atendimento que preserve a dignidade desse público.

Outra questão que envolve o atendimento aos usuários com transtornos mentais na instituição é a desqualificação de suas demandas jurídicas, mesmo que legítimas, por conta do seu quadro de adoecimento. Isso também deve ser observado como uma expressão do preconceito diante desse público.

“Faz-se importante destacar que não é pelo fato da pessoa ter algum transtorno mental que ela não tenha uma demanda jurídica. Ela pode estar adoecida e possuir uma demanda a ser resolvida. O fato do adoecimento mental, por muitas vezes, desqualifica essa demanda, que é genuína, e isso dificulta o acesso desse público à Justiça. (...) As demandas jurídicas muitas vezes, ficam ofuscadas por uma questão de adoecimento mental muito severo. E quem acaba cuidando do caso, em absoluto, é o CAM, sem que haja um olhar respeitoso àquela demanda jurídica que motivou a pessoa a buscar pela Defensoria Pública.

Verifica-se que os Defensores Públicos, em sua maioria, possuem uma intervenção bastante prática, concreta e que essas nuances que perpassam o atendimento (como, por exemplo, um sofrimento, um sentimento, um adoecimento mental) não são tratadas com muito rigor e cuidado em seus atendimentos. Logo, no que diz respeito ao CAM, além de oferecer o cuidado em rede para a pessoa com transtorno mental que procura pela Defensoria, tem a tarefa hercúlea de convencer o Defensor de que ele precisa se interessar por aquela pessoa e pelas suas demandas, pois são concretas, pois necessitam de encaminhamentos, e porque aquela pessoa está tendo seu direito cerceado por qualquer questão que seja.

(...)

O fazer profissional do assistente social na instituição não se dá sozinho. A demanda de usuários com transtornos mentais é grande, aparece diariamente e de múltiplas formas. Mas para que ela seja ouvida, cuidada, caracterizada e respeitada em sua totalidade é necessário o fazer coletivo de todos os profissionais da instituição e do fazer junto com o Defensor Público, caso contrário causa sobrecarga e adoecimento dos profissionais do CAM.” (Entrevistada)

Por vezes, os usuários com transtornos mentais buscam atendimento na Defensoria Pública com uma demanda jurídica, porém, por conta do seu adoecimento mental, muitas vezes essa demanda é deixada em segundo plano. Enquanto isso, quem toma as rédeas do atendimento a esses usuários é o CAM, que realiza os devidos encaminhamentos enquanto dialoga com a rede de serviços necessária para cada caso. Ou seja, realiza a atenção extrajudicialmente, não absorvendo demandas jurídicas. Quem deve prestar as devidas orientações e até mesmo ações jurídicas são os/as Defensores/as Públicos/as. Dessa forma, se faz completamente necessário o atendimento interdisciplinar, que é regido na Deliberação CSDP nº 219/2011, que regulamenta o atendimento aos usuários com transtornos mentais ou que se encontram em sofrimento pela Defensoria Pública. Além disso, como citado por Miranda (2018) anteriormente, o trabalho interdisciplinar entre os assistentes sociais e psicólogos/as do CAM com os Defensores/as Públicos/as amplia o sentido de justiça, potencializando as estratégias para que a justiça possa ser acessada pelo usuário. Além disso, a entrevistada enfatiza a importância da interdisciplinaridade entre todos os membros da Defensoria para que, além de atender integralmente as demandas dos usuários, os/as assistentes sociais e psicólogos/as não fiquem sobrecarregados e adoçam por conta de uma sobrecarga. Essa tarefa, como citada pela entrevistada, hercúlea do/a assistente social de ter que convencer o/a Defensor/a Público/a sobre a importância da atenção e atuação dele naquele caso, demonstra o quanto a interdisciplinaridade não se dá de forma fluida com o Direito na instituição. Diante disso, é exemplificado pela entrevistada:

“Para exemplificar, trago o caso de uma senhora, já idosa, que possuía um transtorno mental evidente e que buscava frequentemente pela Defensoria Pública. Apenas após muita atuação em conjunta do Serviço Social e da Psicologia, em especial das estagiárias que abraçaram a demanda de uma forma muito sensível, foi possível identificar a situação de saúde dessa mulher, os traumas severos que passara na vida e que a mesma possuía família. Foi possível identificar questões jurídicas, as quais seria muito importante que fossem cuidadas. Todavia, não houve um acolhimento institucional à essa demanda. Não sei como nomear de outra forma a não ser ‘preconceito’. Normalmente, prefiro utilizar outras palavras, mas há um pré conceito sobre essas pessoas...de que elas são limitadas, de que elas não possuem condições de gerir sua própria vida de nenhuma forma. Então, sob este pretexto, muitas atenções não lhes são conferidas. (...) Enfatizo que o CAM não pode trabalhar sozinho, ele é um órgão de apoio ao Defensor Público e espera-se que o mesmo possa compor junto na prática, visto que todas as ferramentas jurídicas para a garantia do direito não será o Serviço Social a

especialidade que irá promover, e sim o Defensor Público. Casos como o dessa senhora... havia uma extrema importância de uma parceria com um Defensor Público e isso não ocorreu.” (Entrevistada)

Novamente é possível identificar o quanto o preconceito diante do atendimento desse público influencia na própria viabilização e no acesso aos direitos desses usuários. Enquanto o CAM fez todo um trabalho voltado a conhecer o histórico de vida, como nesse caso exemplificado, e fundamentou toda a importância da necessidade de uma atenção jurídica, não houve esse acolhimento por parte do Direito. Isso demonstra a importância da interdisciplinaridade, um “fazer conjunto” para que esse público possa ser atendido em sua integralidade, visto que a garantia ao direito quem é responsável por promover é o/a Defensor/a Público/a, e não o Serviço Social. Além disso, a entrevistada pontua sobre a desvalorização do Serviço Social na Unidade Campinas:

“E o Serviço Social possui um papel muito desprestigiado dentro dessa unidade... não sei se outros assistentes sociais de outras unidades possuem experiências melhores ou se o meu fazer profissional não expandiu a ponto de fazer com que a nossa profissão tivesse mais espaço..., mas o fato é que hoje, o Serviço Social compõe quando é cabível. Isso é muito triste como profissional, de saber da sua potencialidade e não poder expandi-la.” (Entrevistada)

Diante dessa realidade na qual o Serviço Social se depara dentro da instituição, em especial citando a Unidade Campinas, isso demonstra o quanto as relações de poder se mostram presentes no cotidiano profissional. Pode ser observado que, desde sua gênese na Defensoria Pública do Estado, o Serviço Social está colocado, juntamente com a Psicologia, como instrumento de apoio aos/às Defensores/as Públicos/as. Esse “apoio”, da visão do Direito, durante o cotidiano profissional pode ser vista não necessariamente como algo para se compor em conjunto. O desprestígio pode vir como decorrência de uma visão de órgãos de Justiça pautados na hierarquia. Sendo assim, se tratando de um espaço no qual o Direito se encontra em supremacia, o desprestígio de outras categorias profissionais, incluindo o Serviço Social, pode se mostrar presente.

“Muitas questões poderiam ser viabilizadas e/ou resolvidas com pedidos e ofícios realizados por Defensores Públicos, porém há uma hierarquia jurídica nessa instituição, e outras do sistema de Justiça, que não possibilitam o fazer conjunto. A Justiça precisa ser

interdisciplinar se ela quer responder de forma diferente as demandas que se apresentam hoje. A Justiça quer ser pioneira, mas ela está imersa em um conservadorismo e um pré conceito em relação ao público que ela mesma atende.” (Entrevistada)

Para finalizar, diante desse trecho do relato, é possível observar, como citado anteriormente, o que Miranda (2018) pontua sobre a Defensoria Pública ser um espaço nitidamente marcado pela formalidade, hierarquia e o poder. Isso demonstra o quanto o trabalho interdisciplinar se mostra dificultoso e, por vezes, inexistente dentro da instituição. Para além disso, esse conservadorismo notório no cotidiano e nas relações de trabalho, atrelado com o pré conceito diante do público que a Defensoria Pública se dispõe a atender, em especial usuários com transtornos mentais que são o foco deste trabalho, culminam em uma atenção fragilizada a esse público. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, como consta na Lei Complementar nº 988/2006, possui como uma de suas funções a proteção dos direitos dos usuários do serviço da instituição, assim como o dever promover a proteção dos direitos humanos em todas as suas esferas. Ao analisarmos seus princípios e funções, constata-se que a instituição entra em contradição em sua prática. Como uma instituição que nasce de mobilizações populares para atender demandas da classe trabalhadora, em especial de baixa renda, se mostra com um pré conceito diante do público que ela mesma se dispõe a atender. E além disso, o público responsável pela sua criação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do que foi apresentado neste trabalho, no qual foi contextualizado como se dá o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e sua influência na atual atenção em Saúde Mental e no papel do assistente social nessa área, bem como o papel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e a inserção do Serviço Social na instituição, faz-se importante fazer um apanhado geral e sua relação com a pesquisa realizada.

Primeiramente, é importante enfatizar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que veio como uma resposta aos métodos abusivos e degradantes de um modelo manicomial, é um processo que se estende até os dias atuais. Esse processo deve ser compreendido como fruto de uma luta de profissionais da saúde e de membros da sociedade civil pelos direitos humanos e sociais dos pacientes com transtornos mentais. Toda essa mobilização culminou no atual modelo em Saúde Mental que se dá de acordo com os moldes do Sistema Único de Saúde, com um tratamento humanizado, livre de qualquer tipo de abuso e exploração, em um ambiente terapêutico e de cuidado. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vieram com um papel importante de substituir a ótica manicomial no país, com a oferta de atendimentos diários a seus usuários, em seus territórios, sem afastá-los de seus meios sociais. (BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, 2005) O Serviço Social, frente a esse processo, se mostra indispensável para a contribuição na atenção aos usuários com transtornos mentais, enquanto possui conhecimento sobre as políticas públicas para a viabilização dos direitos dos usuários. (MACHADO, 2009, acesso online)

Segundamente, assim como a Reforma Psiquiátrica, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo também é proveniente de mobilizações de organizações, movimentos sociais e da sociedade civil, o nomeado “Movimento pela Criação da Defensoria Pública. (GLENS, 2018, p. 19, acesso online) Além disso, possui um compromisso com a sociedade civil, devendo prestar assistência jurídica integral e gratuita à população de baixa renda. (MIRANDA, 2018, acesso online) Ademais, a Defensoria Pública do Estado deve promover a proteção dos direitos humanos em todas as suas esferas, assim como consta na lei que a regulamenta e a organiza, a Lei Complementar nº 988/2006. O Serviço Social, juntamente com a Psicologia, que compõem os Centros de Atendimento Multidisciplinar, vêm como um órgão de apoio que presta um atendimento acolhedor e humanizado, para que esses usuários possam ser atendidos em suas demandas mais sensíveis.

Nesse bojo, diante do relato colhido na entrevista, foi possível encontrar diversos pontos que entram em contradição com o que foi colhido dos autores e das legislações que falam sobre o papel da Defensoria Pública do Estado. Diante do atendimento dos usuários com transtornos mentais, que é previsto pela Deliberação do Conselho Superior da Defensoria Pública (CSDP) nº 219/2011, se faz necessária a intervenção e atuação dos Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAM). O CAM, ao oferecer um atendimento humanizado, pautado em uma escuta qualificada e cuidadosa a esse usuário, além de ser condizente com os princípios do órgão auxiliar, faz com que surja um vínculo entre esse profissional e esse usuário. Além de se tratar de uma alta demanda ao Serviço Social, esses usuários retornam, trazendo devolutivas ou novas demandas. Esse retorno se dá pelo usuário encontrar nesse espaço uma atenção que possivelmente ele não encontrou em outro, e se sente confortável em trazer novas questões.

Diante desse movimento de busca pelos usuários com transtornos mentais à Defensoria Pública, em alta demanda, faz-se extremamente necessária uma atenção de toda a equipe que ali trabalha e que irá fornecer atendimento a esse público. Como citado pela entrevistada e analisado anteriormente, a equipe que atende esse público primeiramente (antes do CAM) e até mesmo do/a assistente social, nem sempre se encontra extremamente capacitada para atender os usuários com transtornos mentais. Sendo assim, faz-se de suma importância um investimento efetivo da Defensoria Pública do Estado para a capacitação dos servidores e estagiários, para que se possa realizar uma atenção dos casos de usuários com transtornos mentais por parte do CAM. A Escola da Defensoria Pública do Estado (EDEPE) é um dos órgãos auxiliares na Defensoria Pública do Estado, e é responsável por promover a capacitação de servidores e estagiários através de conferências, cursos, seminários e demais atividades científicas. Sendo assim, faz-se de extrema importância esse investimento da instituição na formação de seus servidores e estagiários para que esses usuários possam receber um atendimento digno e especializado.

Além disso, como trazido na análise da entrevista, no que diz respeito à garantia do sigilo diante dos atendimentos aos usuários, a Unidade Campinas pode contar com uma ótima estrutura para a garantia do sigilo, porém, essa garantia não se resume unicamente através disso. Precisa haver um interesse da instituição em garantir esse mesmo sigilo diante do sistema utilizado para registro dos casos.

No que se trata da interdisciplinaridade, o CAM consegue fazer esse trabalho devidamente no diálogo com a rede de serviços. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

sendo o serviço mais procurado pelo CAM diante dessa demanda de usuários com transtornos mentais, demonstra o quanto a interdisciplinaridade funciona para além do espaço da Defensoria Pública do Estado. Enquanto isso, dentro da própria instituição, o/a assistente social encontra dificuldades em compor um trabalho interdisciplinar com a equipe, e em especial com o Direito.

O preconceito e a estigmatização dos usuários com transtornos mentais que buscam pelo serviço da Defensoria Pública do Estado influenciam demasiadamente na qualidade do atendimento que esse público vai receber na instituição. A falta de uma atenção às suas demandas jurídicas, coloca o/a assistente social no papel de convencimento dos/as Defensores/as Públicos/as. A hierarquia e o conservadorismo que se mostram presentes, não apenas neste órgão de Justiça, influenciam na qualidade do atendimento que essa mesma instituição dispõe a realizar. Além disso, essas nuances durante a prática de trabalho na instituição dificultam o acesso desse público aos seus direitos. A Defensoria Pública do Estado precisa romper com a hierarquia e com o conservadorismo se a mesma quer prestar atendimento de qualidade, dispostos na lei que rege e organiza a instituição. Enquanto essas questões ainda estiverem presentes no cotidiano da instituição, sem que haja um investimento da mesma em uma política institucional de atendimento ao público, a interdisciplinaridade efetiva continuará sendo uma utopia no atendimento desses casos e esse público continuará tendo seus direitos não atendidos pela instituição que deveria viabilizá-los e garanti-los.

Isso demonstra o quanto é importante a luta e a manutenção dos direitos dos usuários com transtornos mentais em diversos espaços, incluindo o espaço da Defensoria Pública. Pensando que se trata de um público que sempre encarou o desprestígio de suas demandas e que há poucas décadas vem conquistando seus direitos básicos, frente à um histórico marcado por diversas violações, não se deve aceitar o menor sinal de violação de direitos. E mais ainda em um espaço público, fruto de mobilizações populares e que deve possuir um compromisso com o seu público de atendimento e toda a população. Isso demonstra o porquê do movimento pela Reforma Psiquiátrica e a luta Antimanicomial se estendem até os dias atuais: “direito conquistado” não é sinônimo de “direito garantido”. A luta pelos direitos dos usuários com transtornos mentais precisa adentrar todos os espaços, incluindo os espaços que deveriam viabilizar e garantir os direitos a esse público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei complementar nº 988, de 09 de janeiro de 2006. Disponível online em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2006/alteracao-lei.complementar-988-09.01.2006.html>>. Acesso em: 25/09/2020.

BERNARDES, E. M. e VENTURA, C. A. A. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, participação social e acesso à justiça. Rio de Janeiro, Saúde em Debate (Versão online), Vol. 43, nº 120, 2019. Disponível online em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100269>. Acesso em: 30/09/2020.

BISNETO, J. A. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. 3ª edição, São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, LAPS - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Fundação Oswaldo Cruz. Linha do Tempo: II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde acontece a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Disponível online <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>>. Acesso: 28/07/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Disponível online <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 09/09/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. Declaração de Caracas. Disponível online <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 30/07/2020.)

BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. 1994. Disponível online <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 30/07/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. Programa de Volta para Casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília. Disponível online em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 14/10/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível online em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso: 15/07/2020

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e Práticas Profissionais. in: **BRAVO, M. I. S.** Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 3657/1989. Disponível online em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso: 30/07/2020

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Manifesto de Bauru. Disponível online <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 28/07/2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Deliberação CSDP nº 187, de 12 de agosto de 2010. Disponível online em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Delibera%20n%20ba%20187.pdf>>. Acesso em: 09/10/2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Deliberação CSDP nº 219, de 11 de março de 2011. Disponível online em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/DELIBERA%20n%20ba%20219%20-%20transtorno%20mental.pdf>>. Acesso em: 09/10/2020.

GLENS, D. M. V. O acesso e a garantia de direitos no Brasil e na França: a Defensoria Pública e o Défenseur des droits. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo: Questões Institucionais e Atuação Interdisciplinar: Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: reflexões, desafios e potências na instituição. São Paulo, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, EDEPE, 1ª Edição, Volume 3, nº 13, 2018. Disponível online em: <https://www.defensoria.sp.def.br/cadernos_defensoria/volume13.aspx>. Acesso em: 20/09/2020.

MACHADO, G. S. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. Porto Alegre, Revista Textos & Contextos, Vol. 8, nº 2, p. 241-254, 2009. Disponível online em <<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527165005.pdf>>. Acesso em: 28/10/2020.

MATOS, M. C. Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2017.

MIRANDA, M. M. O Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: arranjos, fronteiras e potências interdisciplinares para a garantia de direitos. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo: Questões Institucionais e Atuação Interdisciplinar: Serviço Social na Defensoria Pública do Estado de São Paulo: reflexões, desafios e potências na instituição. São Paulo, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, EDEPE, 1ª Edição, Volume 3, nº 13, 2018. Disponível online em:

<https://www.defensoria.sp.def.br/cadernos_defensoria/volume13.aspx>. Acesso em: 20/09/2020.

MONTAÑO, C. La naturaliza del Servicio Social. in: **BISNETO, J. A.** Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. 3ª edição, São Paulo: Cortez. 2007.

NETTO, J. P. Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política. in: **BRAVO, M. I. S.** Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. Disponível online <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 02/08/2020.

OMS. RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª edição, Lisboa, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 30/03/2020.

OMS. MENTAL HEALTH. Mental health: strengthening our response. Disponível online em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 30/03/2020.

PLANALTO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível online em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21/08/2020.

PLANALTO FEDERAL. Portal da Legislação: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível online em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26/08/2020.

PLANALTO FEDERAL. Portal da Legislação: Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível online em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07/08/2020.

SOUZA, É. É. C. M. A prática do Serviço Social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/MG. in: **BISNETO, J. A.** Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. 3ª edição, São Paulo: Cortez. 2007.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário utilizado na entrevista

- 1) Qual o papel do Centro de Atendimento Multidisciplinar na Defensoria Pública do Estado de São Paulo? E o serviço social?
- 2) Como o usuário com transtorno mental chega ao Centro de Atendimento Multidisciplinar? Qual a demanda para o Serviço Social?
- 3) Onde e como se dão os atendimentos? É possível garantir o sigilo profissional no atendimento dos usuários com transtornos mentais?
- 4) A respeito dos encaminhamentos, como se dá o diálogo com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e com a rede?
- 5) Quais as respostas institucionais são dadas às questões trazidas pelos usuários com transtornos mentais?
- 6) Os usuários com transtornos mentais geralmente retornam à instituição? Como é trabalhado isso com eles?

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - em branco

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Meu nome é Yasmim Ferrari Gomes Vicente e sou estudante do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-Campinas. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora Martha Coelho de Souza, cujo objetivo é conhecer o fazer profissional do assistente social diante dos casos de usuários com transtorno/os mental/is que buscam a Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade Campinas.

Sua participação envolve uma entrevista.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, a sua e as identidades que possivelmente surgirem, diante do seu relato, serão mantidas no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar usuários e/ou equipes que atenderam os possíveis casos trazidos na entrevista.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora através do e-mail yasmim.ferrariv@gmail.com.

Atenciosamente,

Yasmim Ferrari Gomes Vicente

Matrícula: 17010471

Local e data

Professora Martha Coelho de Souza

Consinto em participar deste estudo e na sua publicação, e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do/a entrevistado/a

Local e data