



**Relato da reunião do Grupo “É Possível!” , 29 de abril de 2017**  
**Clarice Nunes**

O encontro foi proveitoso e já realizado no novo endereço em que o grupo passa a funcionar, isto é, no Auditório do Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira, Rua Silveira Martins, Catete, n. 161. No primeiro momento, foi relatada a reunião com a Defensoria Pública, no dia 10 de abril. Num segundo momento, os presentes fizeram uma troca de informações sobre o processo que estão vivendo com seus vulneráveis, suas demandas, dificuldades e sucessos obtidos no encaminhamento das diferentes situações relatadas e que resultam de processos laboriosamente construídos. Essa troca se faz sobre um pano de fundo que nos obriga a refletir: o de que a consciência da Esquizofrenia é a melhor arma contra o medo e aí se incluem atitudes importantes do ponto de vista dos nossos pensamentos, sentimentos e ações que precisamos cultivar.

*Primeiro momento: Identificando necessidades comunitárias e sociais*

A reunião com a representante da Defensoria Pública pode gerar desdobramentos desejáveis e necessários. Além de Olga Leão, representantes de todos os grupos formados pelo IPUB estiveram presentes (unidos pela identificação **Entrelaços**) e entregaram seus respectivos documentos para a Defensora Gislaíne Kepe (veja no **ANEXO 1** a carta do **Grupo É possível**). Nosso

grupo foi representado por Carmen Monteiro, Heliene Oreiro e Pedro Nin Ferreira (coordenador). Como já havia informado, estava em São Paulo com minha mãe hospitalizada.

A maior parte do público reunido nesse encontro é usuária da rede pública de saúde, mas o que se debateu e sugeriu foi útil para todos. A riqueza das informações e a interação entre os presentes foi preciosa. Muito pouco se falou sobre a qualidade de vida dos vulneráveis. Os comentários apresentados contemplaram os seguintes pontos:

1. Dificuldade de acesso à assistência médica e à obtenção de medicamentos na rede de saúde pública, aos serviços de emergência e internação, serviços de cuidadores e acesso às residências terapêuticas. A orientação recebida, sobretudo no caso da obtenção de medicamentos, é dirigir-se à Câmara de Resolução de Lítigios, situada na Rua da Assembléia, n. 75, das 8 às 17 horas, de segundas às quintas-feiras.

2. O funcionamento desigual dos CAPS. Alguns funcionam bem, outros não. Nesses últimos há falta de médicos e péssimo atendimento. A Associação Círculo Familiares Parceiros do Cuidado (ACFPC), ali presente, revelou grande conhecimento dos pontos positivos e negativos dos CAPS. Um dos testemunhos que chamaram a atenção foi aquele que relatou ter levado seu familiar vulnerável ao CAPS de Botafogo, onde permaneceu internado. Diante do bom atendimento, a família mudou-se para o bairro. A Associação Círculo Familiares Parceiros está situada na Rua Ramiro Magalhães, 521 no Bairro do Engenho de Dentro (Fone contato: 98224-6924 e e-mail: [circulo.familiaresparceiros@gmail.com](mailto:circulo.familiaresparceiros@gmail.com)).

3. O acesso desigual ao Riocard, já que este oferece uma facilidade sem limites ao deficiente físico e um uso bastante limitado ao doente mental, do qual é exigido um laudo com a especificação do número de sessões semanais ao médico. Esse limite de uso é rigidamente controlado.

4. O problema da sobrevivência dos vulneráveis após a morte dos cuidadores, que envolve a questão dos benefícios de pensão e do INSS. Este último não está reconhecendo mais a incapacidade do vulnerável e em consequência não tem renovado licenças, sob a alegação de que o trabalho é importante para os pacientes que, bem tratados, ficam aparentemente normais. É possível que a Defensoria Pública venha a fazer uma palestra de esclarecimentos sob este tema.

5. Críticas ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, que não é muito claro em relação às doenças mentais e aos direitos dos doentes mentais. O Deputado Francisco Floriano, aguarda sugestões para melhorias e acréscimos na lei 10.216 de 6/04/2001. Segundo uma participante do encontro, o projeto está parado por falta de divulgação e engajamento. Aqueles que desejarem fazer contato com o Deputado e sua equipe podem fazê-lo pelo facebook, pelo NUDEDH – 2332-6345 e 2332-6346, através de Clara, representante do CAPS Clarice Lispector, no Engenho de Dentro, fone 99971-3260. E também por e-mail à Clarice Silva Leal, cujo e-mail é [claricesilvaleal@yahoo.com.br](mailto:claricesilvaleal@yahoo.com.br).

6.O Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da Defensoria Pública Estadual (NUDEDH), através da Dra Gislaine Kepe, comprometeu-se a entregar o resumo do encontro aos participantes. Mariana Gonçalves, estagiária, também é o nosso contato no NUDEH. Os telefones de contato são: 2332-6345 e 2332-6346.

7.O único paciente que compareceu à reunião com a Defensoria Pública, já conhecido militante em prol dos serviços para os doentes mentais na cidade do Rio de Janeiro, levantou a questão da necessidade dos poderes públicos oferecerem treinamento para os cuidadores dos doentes mentais.

Um dos integrantes do nosso grupo adiantou que o Ministério Público/RJ possui um Centro de Apoio aos Promotores de Justiça que trabalham na Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, não só nas questões judiciais como, também, extrajudiciais, inclusive oferecendo muitas informações sobre legislação, decisões judiciais, e trabalhos de inclusão social em andamento em outros Estados da Federação, seja pelo MP Estadual, do Trabalho ou Federal. Ele se propôs a nos trazer o maior número possível de informes, esperando contribuir sobretudo no que diz respeito à questão da inclusão do deficiente mental ao trabalho.

A Defensoria Pública enviou, por e-mail, aos presentes e àqueles que se fizeram representar na reunião que liderou, o seu Plano de Ação da Defensoria Pública no âmbito da Saúde Mental para 2017 (veja o texto no **ANEXO 2**), encaminhado para conhecimento e ratificação do Defensor Público Geral e posterior publicação. Nele, ela compartilha conosco alguns pontos que pensa trabalhar em relação à rede de atenção psicossocial e os direitos das pessoas com transtorno mental. Este plano está em anexo.

### *Segundo momento: problemas e encaminhamento de soluções*

Nesta troca apareceram questões que são recorrentes em nossas reuniões: o preconceito em relação à doença e ao doente mental; a negação da doença pelo vulnerável e seus familiares; a angústia dos familiares em relação à internação do vulnerável; a insistência do vulnerável em não se cuidar, sobretudo tomando a medicação ou aceitando um acompanhamento psicoterapêutico; tipos de medicação e seus efeitos colaterais; a violência verbal e física do vulnerável em relação aos familiares e o medo que tal comportamento acarreta; a demanda por maior autonomia dos vulneráveis em tratamento e o risco aí envolvido sobretudo quando existe a comorbidade pelo uso de drogas; o rompimento do círculo vicioso de não tratamento em famílias disfuncionais. Ao invés de repetir os argumentos que vamos reunindo em cada relato do grupo, decidimos chamar a atenção para um ponto de reflexão que nos parece crucial.

*A consciência da vulnerabilidade (nossa e do outro) é a melhor arma contra o medo!*

O medo não pode ser afastado. É preciso que o experimentemos para descobrir que não contém nenhum terror, *que é possível lidar com ele e permanecer intacto*. Essa confiança em testar o medo, penetrar nele, parar de insistir no que precisa ser temido não é possível com nenhuma teoria, mas apenas por um ato interior. No entanto, é preciso distinguir medos reais de medos imaginários. Medos reais nos ajudam a tomar medidas autoprotetivas, necessárias à nossa sobrevivência física e emocional. Medos imaginários nos despotencializam porque não podemos lidar com eles de modo efetivo e prático. Eles nos escapam e sugam nossa energia.

A negação do processo de adoecimento de nosso familiar, como já afirmei em outros relatos, tem estágios variados. Vai daqueles mais superficiais aos mais profundos. Quais os motivos pelos quais entramos em negação? Medo do desconhecido? Medo de não saber lidar ou suportar essa situação? Não se trata de culpar aqueles que negam o processo de adoecimento, a começar pelos próprios vulneráveis, porque sabemos que a negação faz parte da debilidade do processo de conscientização que vivemos pessoalmente, faz parte da ignorância que temos sobre a Esquizofrenia. Nos casos mais sérios, essa negação pode durar quase toda uma vida. Quanto mais protelamos o enfrentamento da situação, ela se agrava, gerando crises sucessivas que nos levam a um sentimento de impotência.

Em algumas situações, apesar do diagnóstico já realizado, a situação de negação se arrasta por anos e o vulnerável vive sem medicação, perde a pensão de um dos progenitores por que recusa tratamento e cria situações de verdadeiro tormento para quem quer cuidar da sua saúde. *Apesar das intervenções tardias, é melhor fazer do que não fazê-las*. Nesse caso, não fazer nada cultiva o processo patológico do vulnerável e do familiar que se sente atado para agir, mesmo que à revelia, do vulnerável, pensando no que irá acontecer quando o vulnerável sair da internação. Nesse ponto, os Seminários do IPUB primeiramente e os grupos de familiares, em seguida, podem ser apoio necessário a quem dele necessite para compreender o que se passa nesse universo peculiar, saber das possibilidades de tratamento e intervenção, e agir enfrentando os riscos da situação, porque estes sempre existem.

Lidar com o medo supõe estar no presente, controlar a negatividade dos nossos pensamentos que nos induzem a “imaginar o pior”, informar-se sobre a Esquizofrenia, construir uma rede de apoio ao vulnerável na qual, como família, nos incluímos. O medo que sentimos das reações do nosso vulnerável pode nos levar, quando este não aceita o tratamento, a uma atitude de condenação, julgamento e criminalização das suas condutas, o que não ajuda o vulnerável e não nos protege de fato.

Um ponto de difícil compreensão para o familiar é entender a perspectiva de que o vulnerável, quando não se cuida, está prisioneiro das suas fantasias e que quando nos “maltrata” está, no fundo, reagindo não às nossas pessoas diretamente, como à primeira vista pode parecer, mas às pessoas por ele imaginadas nos seus processos delirantes. Não se trata, portanto, de estarmos diretamente recebendo uma ofensa pessoal. Nós é que nos sentimos ofendidos e tanto mais quanto menos temos informação sobre a doença e suas possibilidades de tratamento.

A confiança na recuperação do vulnerável é um ponto delicado porque *confiar é um*

*trabalho*. Todos partimos da falta de confiança e vamos abrindo espaço para ela na medida em que reconhecemos nossas próprias limitações, em que nos predispomos a pedir ajuda quando necessário, quando nos abrimos para o crescimento pessoal, como alguns depoimentos na reunião enfatizaram, quando aceitamos as dinâmicas da vida que vão trazendo situações novas num processo sem fim. É importante perceber que nossos esforços diante destes aspectos apontados não produzem um resultado direto sobre o vulnerável, mas criam uma atmosfera favorável para o vulnerável sentir-se amparado, amado, acolhido, o que é fundamental para o processo de recuperação. O que criamos em nós é um estado descontraído de prontidão interior que elimina grande parte do medo, da desesperança e do sentimento de esforço desperdiçado. Nesse estado nossas decisões são fundamentadas o que nos dá segurança e paciência em relação ao tempo exigido pelo processo de amadurecimento emocional e recuperação do nosso vulnerável, o que independe do nosso desejo e segue um ritmo próprio.

Como afirmei no relato anterior, “é interessante notar que enquanto os vulneráveis expressam rigidamente seu grau de imobilidade na vida, os familiares, ao seu modo, vão encolhendo e imobilizando sua crença na possibilidade da sua recuperação e abraçando cada vez mais a crença de que vulnerabilidade é fatalidade. Como o familiar sai dessa postura interna sem formular expectativas que não se cumprem e enfrentando sucessivas frustrações?”

O primeiro ponto é admitir como nossas crenças são limitantes. Quando acreditamos que nosso vulnerável não tem recuperação estamos colaborando para o seu confinamento no sofrimento instalado em seu processo esquizofrênico. Estamos também perpetuando nossa descrença e nosso sofrimento com essa situação. É porque não aguentamos mais que procuramos ajuda, que procuramos informação, que buscamos apoio. Mas depende de nós aquele ato de mudança interna que é o nosso único e verdadeiro poder de alinhar o que pensamos, o que sentimos e como agimos. Podemos observar que em inúmeras situações esse alinhamento não existe. E é bom observar nossa dissonância nesse ponto.

A riqueza da nossa experiência de lidar com a vulnerabilidade do nosso familiar esquizofrênico vem da humildade de reconhecer que não temos todas as respostas. Vem da habilidade em discernir, nas nossas atitudes, um *não saber que imobiliza* através de limites imaginários que não ousamos ultrapassar e um *não saber que nos impulsiona* a buscar respostas, não aquelas que desejamos, mas aquelas que vem da constatação de que os limites existem sim, mas não precisam necessariamente transformar-se em limitações. A maturidade de cada membro da família assim como do próprio vulnerável é fundamental para a paz em nossos relacionamentos, para uma atitude positiva de afirmação da vida.

Site do Grupo É possível: <http://www.grupoepossivel.com.br>

## ANEXO 1

Rio de Janeiro, 2 de abril de 2017.

*Ao Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos (NUDEDH)*

*da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro*

ATT: Dra. GISLAINE KEPE

Referência: Direitos de Saúde Mental de Portadores de Transtornos Psiquiátricos

Prezados Senhores:

Atendendo ao convite feito pelo NUDEDH, através do Ofício n. 1489/NUDEDEH/2017, e assinado pela Defensora Pública Gislaine Kepe, de que na reunião de 10 de abril poderíamos dar voz às nossas necessidades como familiares de portadores de Esquizofrenia, passamos a identificar o que, à luz da nossa experiência e reflexão, parece fundamental para a garantia de direitos de cidadania, sobretudo direitos à saúde, aos vulneráveis em processo de recuperação. Nosso objetivo, portanto, é colaborar com a iniciativa desse Núcleo de mapear as dificuldades encontradas por aqueles que necessitam e buscam o suporte da rede pública psicossocial especializada no atendimento a esse público específico.

Considerando que a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001:

a) Dispôs sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, colocando em evidência a importância da sua inserção social;

b) Redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, levando a política das principais instâncias de saúde do Estado a reduzir o número de leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos e transferir a responsabilidade pela assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos para a rede de atenção extra-hospitalar, da qual fazem parte os Centros de Assistência Psicossocial (Caps), os Programas de Saúde da Família e os consultórios de rua;

c) Provocou, como uma das suas principais consequências, a redução de leitos para pacientes psiquiátricos em hospitais que ficaram desacreditados como instâncias de cuidados médicos.

E tendo em vista que:

a) as pesquisas têm mostrado a complexidade da situação da saúde mental, sobretudo dos portadores de Esquizofrenia, que sofrem tanto quanto suas famílias, o estigma da sociedade, dos agentes públicos de saúde e segurança, além da comunidade em que vivem.

b) o processo de recuperação do vulnerável não se reduz à diminuição dos sintomas ou ao retorno ao nível prévio de funcionamento, mas inclui a construção de uma trajetória não linear, do qual faz parte a transformação das crenças fatalistas sobre a doença em crenças mais otimistas e esperançosas, a criação de uma postura, tanto de pacientes quanto de familiares, capacitada do ponto de vista da informação e engajada no sentido de criar uma janela de oportunidades para o empoderamento e autoria pessoal do vulnerável, assim como a consolidação dessa recuperação pessoal na sociedade mais ampla.

Temos necessidade de garantia de atendimento às seguintes demandas:

a) Divulgação de informação

Entendemos que o direcionamento dos recursos públicos precisa priorizar:

1. Informação contínua e sistemática às famílias de pacientes com transtornos psiquiátricos severos, através dos Programas de Saúde da Família, sobre causas, sintomas, evolução, tratamento e recuperação de pacientes esquizofrênicos, já que elas também são afetadas pelo estigma ao adoecimento mental de seus parentes. O estigma é a visão de que a doença mental desacredita o doente e justifica uma resposta hostil da sociedade, perpetuando os medos pessoais dos cidadãos em relação aos doentes mentais vistos apenas como suscetíveis de perderem o controle e cometerem atos violentos.
2. Informação atualizada e sistemática aos agentes de segurança pública sobre as condições e o manejo de possíveis portadores de Esquizofrenia em situações de risco e surto. Estudos existentes mostram que a criminalização da doença mental é a reação da justiça criminal, contribuindo para a prevalência de doentes mentais seriamente afetados nas prisões. Pessoas psicóticas que exibem sinais de doença mental séria são mais do que outras presas pela polícia.

## b) Atendimento de saúde do vulnerável e à sua família

Entendemos que o direcionamento dos recursos públicos precisa priorizar:

1. A ampliação do número (e dos recursos) de Centros de Assistência Psicossocial e dos Programas de Saúde da Família, o que significa não apenas criar novos espaços, mas também qualificar e contratar profissionais. Sabemos que os que trabalham nas unidades existentes estão, via de regra, sobrecarregados, o que diminui a qualidade do atendimento que oferecem.
2. A criação, em hospitais públicos escolhidos, de oferta de serviços psiquiátricos especializados para tratamentos mais complexos, inclusive dos dependentes de drogas, uma vez que são inúmeros os casos de comorbidade em pacientes com transtornos psiquiátricos severos.
3. A ampliação da oferta de residências terapêuticas, introduzidas no âmbito do SUS pela portaria do Ministério da Saúde nº 106/2000, cujo objetivo é oferecer um cuidado mais humanitário ao reconhecer o paciente como cidadão inserido em seu próprio espaço de convivência, o que exige não apenas um aparato médico psiquiátrico, mas também atividades psicoterapêuticas. No presente momento, o número de pessoas atendidas pelas residências existentes é demasiado pequeno e elas apresentam alto custo de manutenção. O mesmo ocorre com a oferta de hospitais-dia gratuitos que não dão vazão à demanda existente.
4. A garantia de oferta de medicação gratuita de segunda geração aos pacientes com transtornos psiquiátricos. Nossa sugestão é a sua inclusão no atual Programa Farmácia Popular, assim como ampliação da oferta de serviços de atendimento de emergência, urgência, remoção e transporte de pacientes psiquiátricos.

## c) Da (re) inserção do vulnerável no mundo do trabalho e da arte

1. Criação de Programas de apoio a empregos com o objetivo de (re) integrar os vulneráveis passo a passo no mercado de trabalho, através de oportunidades de ocupação remunerada com horário flexível e reduzido, além de contínuo acompanhamento. É desejável que haja oferta de vagas reservadas em concursos públicos. O trabalho tem grande importância para o vulnerável, não apenas pelo dinheiro, mas pelo sentimento de identidade social e de utilidade que amplia a auto-estima.



2. Criação de ateliês assistidos para a prática das artes plásticas nos quais os pacientes com distúrbios psiquiátricos e dotados para a arte possam explorar seu talento e vender as peças realizadas. Já existe uma experiência em funcionamento na periferia de Friburgo, no estado do Rio de Janeiro. Outras atividades culturais assistidas, como artes cênicas e música, também podem constituir-se em procedimentos terapêuticos facilitadores da criação de identidade e inserção social.

Essas são algumas demandas que julgamos legítimas e solicitamos à Defensoria Pública dar voz, já que zela pela finalidade última do Direito, isto é, realizar a justiça social, trabalhando na perspectiva da primazia da dignidade humana, na redução das desigualdades sociais e na prevalência e efetividade dos direitos humanos. O estigma público ao doente mental é mais nocivo quando lida com a negação de oportunidades – formais e informais – de trabalho, de educação, de moradia, recreação e relações formais com outros membros da sociedade. A luta contra o estigma e a manutenção dos direitos do paciente mental como cidadão é de todos nós.

Colocamo-nos à disposição para esclarecer e, se for o caso, detalhar as propostas aqui apresentadas.

Atenciosamente,

---

Clarice Nunes

---

Pedro Nin Ferreira

Coordenadores do **Grupo É Possível!**\*

Clarice Nunes  
Rua Dezenove de Fevereiro, 185 – apto. 703  
Botafogo. Rio de Janeiro. RJ  
CEP: 22280-030  
Identidade n. 03.534.005-8 – Detran/RJ. Expedição em 30/08/2010  
Fone: (21) 99923-3429  
Email: drcnunes@gmail.com

---

\* <http://www.grupoepossivel.com.br>

Pedro Nin Ferreira  
Rua Felício dos Santos 54 – apto 301  
Santa Teresa. Rio de Janeiro. RJ  
CEP: 20240  
Identidade n. 02.974.707-8 – Detran/RJ. Expedição em 1/10/2010  
Fone: (21) 99461-0106  
Email: pedro.nin.ferreira@gmail.com

## ANEXO 2

### **PROPOSTAS DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA 2017**

#### I. A partir do projeto RAPS, em andamento com a Coordenação de Saúde:

- promover interlocução com os gestores municipais para solução das demandas, podendo ser realizados TACs;
- propor ações individuais em favor das pessoas com transtorno mental em internação de longa duração, que tenham perfil para serem transferidos para residências terapêuticas;
- propor ACPs, caso a interlocução com os gestores municipais e estaduais se mostre infrutífera.

#### II. Confecção de cartilha sobre atuação institucional em Saúde Mental:

- realizar reunião com defensores públicos que atuam em varas orfanológicas para discutir a respeito do cumprimento das normas da Lei Brasileira de Inclusão no que se refere à curatela;
- realizar reunião com defensores públicos que atuam em varas criminais para discutir a respeito da possibilidade de cumprimento ambulatorial da medida de segurança;
- realizar reuniões com os defensores públicos do interior que desejem criar fluxos de atendimento com a rede de atenção psicossocial das suas comarcas.

#### III. A partir da parceria com a Defensoria Pública da União:

- mapear as dificuldades existentes nos serviços de residência terapêutica e do SAMU a fim de iniciar a fiscalização no repasse das verbas, bem como no fomento de criação de novos equipamentos com base na demanda existente.

#### IV. A partir da roda de conversa com profissionais da RAPS e acadêmicos:

- fomentar a criação de um CAPS – centro de atenção psicossocial no centro da cidade junto ao gestor municipal de saúde.
- criar um grupo de discussão com reuniões bimestrais sobre atenção e cuidado às pessoas com transtorno mental, na sede da Defensoria Pública, com representantes da Saúde, da Assistência, da Educação, da Câmara Municipal, da SEASDH e de instituições do Sistema de Justiça.

#### V. A partir da roda de conversa com pessoas com transtorno mental, familiares e amigos:

- promover interlocução com gestores públicos a fim de equiparar o tratamento já dado às pessoas com deficiência em relação ao Riocard e ao Vale Social a fim de estender o benefício para além do percurso residência e consultório médico.
- promover a inserção no mercado de trabalho das pessoas com transtorno mental, com adequada capacitação oferecida pelo Poder Público.