

SAÚDE MENTAL



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Introdução

Nesta cartilha vamos abordar brevemente assuntos relacionados à Saúde Mental, como esta demanda se apresenta no Sistema de Justiça, mais especificamente na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), algumas possibilidades de atuação dos profissionais e estratégias que vêm sendo construídas nestes 4 anos de atuação interdisciplinar nesta instituição. Levantaremos algumas estratégias para o atendimento, a legislação de amparo e alguns serviços que as políticas públicas atuais oferecem para a intervenção, os quais devem ser acionados e articulados pelos profissionais atuantes nos Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAM) e pela Defensoria Pública de maneira geral.

Partimos do contexto da **Reforma Psiquiátrica**, que foi um movimento iniciado na década de 1960 em alguns países da Europa e que previa o fechamento dos hospitais psiquiátricos – manicômios – e a criação de uma rede de atendimento substitutiva para o cuidado mais efetivo das pessoas que sofriam de algum tipo de transtorno mental.

O conceito de doença mental ou transtorno mental engloba uma série de condições que afetam a convivência do indivíduo na sociedade e podem ocasionar alterações comportamentais, afetivas, de concentração, de humor, de percepção da realidade, entre outras. Utiliza-se com mais frequência a denominação transtorno mental, pois esta difere de doença mental na medida em que somente alguns quadros clínicos mentais apresentam todas as características de uma doença no sentido tradicional do termo: o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos e suas causas explícitas. Já o conceito de transtorno, ao contrário, implica um comportamento diferente, que não necessariamente apresenta diagnóstico, tratamento e prognóstico precisos.

O **sistema manicomial** previa que as pessoas com transtornos mentais deveriam ser separadas dos demais da sociedade porque causavam problemas, desordens etc. Assim sendo, o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais era o isolamento, a segregação social, a medicalização e outros métodos mais arcaicos, dentre eles, a conhecida camisa-de-força que servia para contenção do “louco” que se debatia ou se tornava agressivo. Um estudo

bastante interessante sobre o assunto está na obra do filósofo francês Michel Foucault, “A história da loucura na idade clássica”.

A partir da promulgação da **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, linhas específicas de financiamento e normatizações foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Com a **Reforma Antimanicomial no Brasil**, houve a criação de uma série de equipamentos de saúde mental substitutivos ao manicômio, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, associações de usuários e familiares. Esses equipamentos de saúde mental visam o atendimento integral ao cidadão, focando não apenas o transtorno, mas considerando a pessoa como um todo, como alguém que tem direito à convivência comunitária, que pode trabalhar e viver de forma autônoma em uma moradia comum, respeitando suas limitações e possibilidades.

Dentre estes equipamentos destaca-se o **CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)** que, atualmente, constitui-se como uma das principais modalidades de tratamento a pacientes com transtornos mentais. O CAPS conta com equipe interdisciplinar, formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros, cujo objetivo é oferecer tratamento aos cidadãos próximos à área de sua residência, sem a necessidade de internação. Os CAPS atuam na perspectiva intersetorial, de maneira integrada com outros serviços e políticas públicas. Além disso, o CAPS dispõe de uma proposta de tratamento específica para cada paciente, levando-se em consideração as particularidades de cada transtorno e das demandas apresentadas. Tais serviços se subdividem em cinco categorias, de acordo com sua especificidade:

- **CAPS I** - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adul-

tos, crianças, adolescentes e pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas);

- **CAPS II** - são serviços para cidades de médio porte e atendem clientela adulta durante o dia;
- **CAPS III** – são serviços 24 horas, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta;
- **CAPSi** – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia;
- **CAPS ad** – são serviços voltados a pessoas que fazem uso problemático de álcool e/ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

A internação é também uma forma de tratamento para o transtorno mental, cuja especificidade, posteriormente à Reforma Psiquiátrica, é a sua excepcionalidade, pelo tempo mínimo possível e indicação quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Artigo 4º - - Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001)). Existem, atualmente, três modalidades de internação:

Internação voluntária: é a modalidade de tratamento em que a pessoa com transtorno mental (ou uso problemático de drogas) concorda em ser submetida a um regime hospitalar de tratamento. Para tanto, é necessária a apresentação de laudo médico que informe sua necessidade;

Internação involuntária: é a modalidade de tratamento em que a pessoa com transtorno mental (ou uso problemático de drogas) é submetida a um regime hospitalar de tratamento sem sua concordância e mediante pedido de terceiro (familiares). Para tanto, também é necessário o laudo médico que corrobore a necessidade desse tipo de tratamento;

Internação compulsória: é a modalidade de tratamento em que a pessoa com transtorno mental (ou uso problemático de drogas) é submetida a um regime hospitalar de tratamento mediante uma determinação judicial. O laudo médico também deverá ser apresentado neste caso.

Saúde Mental e Defensoria Pública

As demandas relacionadas à Saúde Mental e uso problemático de drogas chegam à DPESP, e conseqüentemente aos CAMs de várias maneiras. Seja por via Judicial (quando já existe um processo judicial, acompanhado pelo Tribunal de Justiça/Poder Judiciário) ou Extrajudicial (procura espontânea), que pode partir da pessoa com transtorno mental, familiares ou da rede de serviços. Abaixo elencaremos algumas formas de manifestação de tais demandas e como elas se apresentam nos atendimentos realizados na DPESP.

Extrajudicial

Própria pessoa com transtorno mental:

- queixa/ demanda/discurso;
- Discursos de conteúdo aparentemente persecutório;
- Conflitos familiares ou com terceiros;
- Falta de vínculos com familiares ou serviços;
- Sofrimento mental;
- Situações de risco/ Exposição;
- Falta de acesso a serviços (de saúde e básicos);
- Ausência de renda;
- Discriminação;
- Não acesso a direitos.

Familiares de pessoas com transtorno mental ou uso problemático de drogas

- Conflitos com familiares ou terceiros;
- Não acesso a serviços de saúde ou não adesão a tratamentos;
- Situações de risco/ violências;
- Cultura manicomial: Pedidos de Internação para tratamento; culturalmente construída como forma de controlar a loucura ou o “desvio”
- Cultura judicial/ jurídica: Pedidos de Interdição.

Terceiros

- Denúncia de abandono/negligências/maus tratos;
- Conflitos (vizinhos);
- Situação de risco/violências;
- Não acesso a tratamentos ou direitos.

Encaminhamentos da Rede de serviços (Saúde, Assistência Social, Educação, Delegacias etc);

- Atuação Intersetorial;
- Contatos, Relato de situações, Dúvidas, Encaminhamentos;
- Conflitos com familiares ou terceiros;
- Não acesso a serviços de saúde ou não adesão a tratamentos;
- Situações de risco/ violências.

Diante deste cenário, destacamos algumas possibilidades de atuação do CAM:

- Acolhimento/Atendimentos/Estabelecimento de Vínculo;
- Compreensão da demanda/ histórico;
- Contato com pessoas envolvidas, familiares ou serviços nos quais a pessoa já foi atendida/acompanhada;
- Mediação de Conflitos;
- Juntamente com os defensores, verificar se há demanda judicial ou jurídica e possíveis alternativas (ações judiciais) para cada caso;
- Encaminhamentos para a rede;
- Discussão de casos (interno/CAM e DPESP e externo com rede);
- Capacitação Continuada;
- Articulação com a Rede (continuamente, através de parcerias, reuniões, eventos de Educação em Direitos, fóruns etc);
- Desconstruir a (des)informação feita pela grande mídia sobre esse tema;
- Viabilizar à entidade familiar o atendimento interdisciplinar e melhor interlocução com a rede;
- Estar aberto a Multicausalidade do ato humano

- Escutar é tarefa que se impõe atualmente para que novas formas de intervenção possam ser construídas e propostas. Esta escuta deve ser CRÍTICA, caso contrário, corre-se o risco de cair na psicologização de todo ato considerado socialmente desviante.

Judicial

Trata-se de atuação em casos nos quais já existem processos judiciais (arquivados ou em andamento).

Própria pessoa com transtorno mental:

PESSOAS INTERDITADAS

- Curadores distantes; sem vínculo/cuidado; abandono;
- Falta de acesso a serviços (de saúde e básicos);
- Ausência de renda (BPC ou pensão INSS é administrada pelo curador);
- Discriminação;
- Não acesso a direitos e a bens;
- Histórico de internações, inclusive involuntárias (solicitadas pelo curador);
- Interesse em Levantamento de curatela/Desinterdição;
- Pessoa é ré em processo de interdição (Cabível defesa Judicial);
- Encaminhamento de Defensores/as: pedido de laudo ou relatório para auxiliar em defesa possessual.

Familiares de pessoas com transtorno mental

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

Em caso de negligência ou falha no serviço de saúde, esgotadas as possibilidades de resolver a questão extrajudicialmente (na articulação e encaminhamento para a Rede de Serviços), a Defensoria pode entrar com ação judicial contra o estado ou município, tentando garantir o tratamento necessário: avaliação, visita domiciliar, busca ativa, projeto terapêutico, internação breve, dentre outras intervenções terapêuticas previstas nas normativas federais (vide referências).

DELIBERAÇÃO CSDP N° 219, DE 11 DE MARÇO DE 2011

Esta Deliberação regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental. É importante marco, que organiza o fluxo de atendimento a esta demanda. Sobre esta normativa interna de nossa instituição, destacamos alguns pontos:

- Art. 1º. Durante o atendimento, sempre que o Usuário apresentar dificuldade de comunicação decorrente de aparente sofrimento ou confusão mental, o Defensor ou Servidor da Ouvidoria-Geral, responsável pelo atendimento ou que esteja supervisionando a atividade, poderá acionar a intervenção imediata de Agente de Defensoria que integre o Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade.

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

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

- §3º. Onde não houver Agente de Defensoria diariamente em razão de rodízio entre Unidades, poderá o Defensor Público agendar retorno para data próxima, garantindo o atendimento conjunto.

- §4º. O atendimento aos Usuários privados de liberdade, com dificuldade de comunicação, será realizado com antecedência pelo Defensor

Público, no período anterior ao da realização da audiência, solicitando-se auxílio ao Centro de Atendimento Multidisciplinar, se necessário.

- Art. 2º. Identificado pelo Defensor Público Coordenador do Atendimento e pelo Agente de Defensoria envolvido no atendimento que a dificuldade de comunicação ou compreensão está associada a uma condição de sofrimento mental que demande atenção psicossocial, poderá ser oferecida ao Usuário identificação específica de atendimento pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade.

- Art. 3º. Caberá ao Agente de Defensoria que participou do primeiro atendimento dar início a procedimento administrativo em que conste como interessado o Usuário, vinculado ao Centro de Atendimento Multidisciplinar da Unidade e que ficará sob sua responsabilidade.

- Art. 4º. Identificado fato que possa significar a existência de pretensão jurídica, caberá ao Agente de Defensoria buscar orientação jurídica a ser prestada pelo Defensor Público responsável pelo atendimento.

- §1º. Entendendo pela possibilidade de existência de pretensão jurídica, deverá o Defensor Público possibilitar o atendimento jurídico do Usuário, tratando-se de inicial ou retorno.

- §2º. Deverá o Usuário se submeter à ordem de senhas preferenciais distribuídas no dia do atendimento

- §4º. Quando necessário, será disponibilizado o agendamento de horário alternativo para o atendimento do Usuário.

- Art. 5º. Os Coordenadores do Centro de Atendimento Multidisciplinar poderão encaminhar o Usuário que demande atendimento psicossocial para o atendimento com o Defensor Público, auxiliando-o quando necessário, ainda que a origem deste encaminhamento tenha sido realizada por organização externa à Defensoria Pública.

- Art. 6º

- §1º. Constatada a viabilidade jurídica da pretensão do Usuário, caberá ao Agente de Defensoria instruir o procedimento administrativo, sob a orientação do Defensor Público responsável.

- §2º. Reunidos todos os documentos necessários à apresentação da medida jurídica identificada, será aberto novo procedimento administrativo, indicando-se o Defensor Público natural, conforme ordem normal de distribuição.

- Art. 7º. Concluindo o Defensor Público pela inviabilidade da pretensão jurídica exposta pelo Usuário, deverá proceder nos termos da Deliberação CSDP nº 89, de 08 de agosto de 2008.
- Parágrafo único. Sem prejuízo da denegação do atendimento jurídico, o Usuário continuará na posse do cartão de identificação que o vincula ao Centro de Atendimento Multidisciplinar.
- Art. 8º. Identificando o Agente de Defensoria, durante os atendimentos ao Usuário, fato que indique ausência, falha ou insuficiência de serviço público específico, deverá submeter a questão ao Defensor Público Coordenador da Unidade, que decidirá sobre a abertura de procedimento administrativo a ser distribuído a um dos Defensores Públicos, dando-se ciência ao Coordenador do Centro de Atendimento Multidisciplinar.
- Art. 10º. A adesão, pelo Usuário, ao procedimento regulado por esta Deliberação é voluntária (Ideia também presente na deliberação CAM/187).

Internação

A Lei 10.216 / 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental coloca que:

- Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
 - Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
- No CAM, além de orientarmos os usuários e suas famílias sobre a excepcionalidade e limitações da internação, podemos traçar o histórico da reforma psiquiátrica, informar sobre o atendimento oferecido no CAPS, compartilhar a situação com o CAPS de referência, sugerir Visita Domiciliar e/ou articula-

ção com ESF (Estratégia Saúde da Família), acionar os supervisores de saúde mental da região, se necessário. Buscamos apreender outros aspectos sociais que contribuíram para tal solicitação (falta de moradia, violência doméstica, dificuldade de administrar o trabalho e o cuidado, entre outras).

Em casos de pedido para que o usuário permaneça no Hospital Psiquiátrico, onde está internado, sugerimos que a equipe de saúde do Hospital faça uma articulação com o CAPS de referência, para que este ofereça acompanhamento intensivo, de modo que o cuidador (familiar) se sinta fortalecido e apoiado.

Interdição

A interdição vem do Direito romano antigo, e era um processo discriminatório do ponto de vista social e político, isso porque, na Roma antiga, somente tinha plena capacidade o pater família, ou seja, o cidadão nascido em Roma, de sexo masculino e que dirigia uma família. Estavam excluídos da capacidade os estrangeiros, as mulheres, os prisioneiros de guerra, as crianças e os doentes, isto é, todos aqueles que não representavam o cidadão de Roma. Portanto, **o início da história da incapacidade está intimamente ligado a um processo discriminatório.**

Segundo o Código Civil de 2003 (Lei 10.406/2002):

Art. 3º. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 anos;

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Quem vai definir esta capacidade – ou não – de discernimento é o perito médico.

Banalização da Interdição Judicial

Importantes relatórios desenvolvidos após Audiência Pública e Seminário Nacional realizados pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias em parceria com o Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2005, com o objetivo de debater sobre o tratamento que a sociedade e o governo dispensam aos portadores de sofrimento mental no Brasil. Foi realizado a partir da provocação do Conselho Federal de Psicologia, que nos trouxe a preocupação com a relevância do tema e sua própria surpresa com o alto número de pessoas interditas por familiares, e o quanto isso está criando uma anormalidade em um processo que deve ser tratado como uma exceção, e, como essa exceção, pela ampliação de sua aplicação, está tornando-se uma regra e, com isso, privando homens e mulheres de seus direitos básicos.

A interdição acaba por ditar um novo rumo na vida do sujeito: a de um sujeito incapaz; sujeito que não tem poder de decidir sobre si mesmo, seus bens, seus filhos; sujeito sem autonomia; sujeito sem liberdade; posição inferior dentro do grupo familiar; considerado como um cidadão incompleto. A interdição como forma de proteção pode ser necessária eventualmente, mas que seja feita de forma excepcional parcial e temporária, protegendo a dignidade da pessoa ao máximo, acompanhando o curador.

Efeitos da Interdição

- Como o indivíduo é (ou está) desarrazoado não se questiona os efeitos que a interdição possa ter para o próprio interditado.
- Condição de cidadania restrita, pois ela atinge sua condição pessoal de gestão de sua própria vida, impedindo a conquista de direitos e reduzindo sua dignidade social.
- Lutar contra o estigma que, na maioria das vezes, também resulta da interdição, certamente evitará o isolamento ou mesmo a exclusão cada vez maior do indivíduo, conferindo-lhe a dignidade inerente à sua vida humana.
- A relação entre o interditando e o futuro curador tem de ser avaliada tanto quanto a verdadeira necessidade de uma interdição.
- Legítimas Internações Involuntárias, a pedido do curador (familiar, responsável)

- Grande contradição entre o objetivo de todo o trabalho da reforma psiquiátrica, que é a ressocialização das pessoas, a reinserção social, e a condição frequente de que pessoas, de modo geral bastante pobres, passaram a ser interditas judicialmente, sobretudo a partir do recebimento do benefício previsto na Lei Orgânica da Assistência Social.

- Genocídio político de um determinado grupo de brasileiros, aqueles que, sendo muito pobres e portadores de transtorno mental, fazem um percurso que tem, na interdição judicial, a condição para que recebam o benefício de prestação continuada previsto na LOAS prática de lesar a cidadania. Ressaltando que não há necessidade de interdição para requerer o BPC (Benefício de Prestação Continuada/ vide Política de Assistência Social - PNAS). A interdição não é exigência para acessar direitos sociais. É medida extrema só recomendada quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; “situação de extrema incapacidade” (CFP, 2007).

- Do laudo psiquiátrico, muitas vezes, cede diante da insuficiência social que o candidato apresenta e faz um julgamento antecipado do direito ao benefício, e concede, pelo laudo, a avaliação de que o sujeito é incapaz para os atos da vida civil, e não apenas para os atos da vida laboral. Ressaltamos o Memorando-circular nº9 (INSS) de 23/02/2006, segundo o qual: “IV – A interdição, seja total ou parcial, nunca deve ser exigida pelo INSS...”

- O abuso em interdições está na contramão do movimento da reforma psiquiátrica, que busca a reinserção do doente mental na sociedade. A interdição pode retirar a cidadania dessas pessoas.

- Essas interdições nem sempre são revistas, e seus curadores nem sempre são acompanhados e avaliados.

- E como fica este sujeito nomeado louco (ou doente) pela família em função de uma determinada história? Geralmente perde suas próprias referências e torna-se totalmente dependente e submisso ao curador. Paradoxalmente, o judiciário aceita pedidos de desinterdição feitos pelos próprios interditados. Talvez mea culpa. Entretanto, são muito raros estes pedidos e mais rara ainda a desinterdição.

Referências Bibliográficas e demais normativas

Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Brasil. Portaria MS/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf

Brasil. PORTARIA/MS Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. A banalização da interdição judicial no Brasil : relatórios. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. Disponível em file:///C:/Users/win%207/Downloads/banalizacao_interdicao_direitos_humanos.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania. Brasília: conselho Federal de Psicologia, 2007. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha_banalizacao.pdf

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Conselho Superior. DELIBERAÇÃO CSDP N° 219, DE 11 DE MARÇO DE 2011. Regulamenta as hipóteses de atendimento pela Defensoria Pública ao usuário em sofrimento ou com transtorno mental. Disponível em <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/DELIBERA%C3%87%C3%83O%20CSDP%20N%C2%BA%20219%20-%20transtorno%20mental.pdf>

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Conselho Superior. Deliberação CSDP nº 187, de 12 de agosto de 2010. (Consolidada). Disciplina a estrutura e funcionamento dos Centros de Atendimento Multidisciplinar. Disponível em http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Deliberacao_CSDP_187.pdf Foucault, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Autora: Paula Rosana Cavalcante

Organização: Assessoria Técnica Psicossocial e Comissão de Estudos Interdisciplinares

Revisão: Assessorias Criminal e Cível

AGENTES DE DEFENSORIA
ASSISTENTES SOCIAIS,
PSICÓLOGAS/OS E
SOCIÓLOGAS/OS



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO