



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

ELIANE GARCIA BAZ

**A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS:
um caso emblemático no campo de estágio**

Rio de Janeiro
2021

ELIANE GARCIA BAZ

**A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS:
um caso emblemático no campo de estágio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro como parte dos
requisitos necessários para obtenção do grau
de bacharel em Serviço Social

Orientador: Prof. Dr. Marildo Menegat

Rio de Janeiro

2021

ELIANE GARCIA BAZ

**A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS:
um caso emblemático no campo de estágio**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação de Banca Examinadora como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Data da Aprovação:

Banca Examinadora:

Prof.Dr.Marildo Menegat – ESS/UFRJ (Orientador)

Prof. Dra. Luana Siqueira - ESS/UFRJ

Prof. Dra. Larissa Murad – NEPP-DH/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha filha Camila, que me inscreveu no ENEM no ano de 2014, essa pessoa especial que desde o nascimento é a motivação das minhas lutas, minha fonte de coragem e o meu porto seguro. Grata pelo desafio, pelo apoio e suporte, sem os quais eu não teria chegado até aqui.

Às minhas terapeutas: Roseana que foi essencial na travessia e renascimento, Renata que amorosamente segurou a minha mão em momentos difíceis e Marcelly que me aponta novos caminhos. Obrigada!

A todas que participaram da minha trajetória na Escola de Serviço Social, com os quais teci laços de carinho e amizade que levarei para toda a vida, assim como, àqueles que nas divergências possibilitaram-me crescer.

Aos mestres, na construção de caminhos de conhecimento, contribuindo para o meu crescimento intelectual, ampliando os horizontes do meu entendimento do mundo.

Ao Professor Erimaldo Nicácio, que na disciplina eletiva “Loucura e Cinema” apresentou a face mais humana do que categorizamos como transtorno mental, desmistificando rótulos e desconstruindo equívocos decorrentes do senso comum. Este aprendizado foi imprescindível na minha escolha do campo de estágio.

Aos servidores da ESS que sempre com boa vontade atenderam às minhas demandas e aos funcionários terceirizados tão amáveis, com os quais troquei abraços e carinho.

À minha Supervisora do Campo de Estágio Janete A., pela confiança, dedicação, autonomia, generosidade ao compartilhar conhecimento e parceria nos momentos mais desafiantes.

Aos usuários do CAPS III pelo convívio, pelos vínculos estabelecidos, pelo aprendizado, afeto e experiência de vida. Com certeza não sou a mesma pessoa que ingressou naquele dispositivo. Obrigada!

À equipe multidisciplinar do CAPS III, em especial aos funcionários do apoio e manutenção, que a partir do olhar atento e proximidade dos usuários inúmeras vezes foram parceiros nos cuidados destes, discretamente, sem almejar reconhecimento, exclusivamente pela empatia e respeito humano.

À minha Orientadora de Treinamento Profissional, Professora Luana Siqueira, cujo exemplo profissional, destemor diante dos obstáculos e orientações foram fundamentais à minha experiência no campo de estágio.

E em especial, o meu mais profundo e sincero agradecimento ao meu Orientador Professor Marildo Menegat, com quem partilhei tantas ideias e tantos caminhos, que sempre me ouviu tão atenta e respeitosamente, que leu nas entrelinhas do discurso os meus objetivos, que apostou no meu projeto, mesmo nos momentos em que não acreditei que conseguiria concluir. Obrigada Mestre!

“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”.

Franco Basaglia

RESUMO

BAZ, Eliane. **A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS:** um caso emblemático no campo de estágio. Rio de Janeiro, 2021, 77p. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O presente trabalho pretende problematizar a inserção do Serviço Social em uma equipe multidisciplinar da saúde mental a partir do acompanhamento de um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, ao longo do período de dois anos de estágio. Para tal, refletimos sobre a imbricação de dois projetos progressistas em defesa dos direitos humanos - a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, de como se materializam, são atravessados e desafiados pelas determinações do sistema capitalista em colapso. O cotidiano vivenciado no CAPS III evidenciou tanto possibilidades como as contradições do Serviço Social, apontando lacunas no currículo acadêmico da formação profissional para a atuação no campo da saúde mental, onde nos deparamos com a correlação de forças entre os projetos políticos profissionais e também as disputas de primazia dos saberes médicos e “psi”.

Palavras-Chaves: serviço social, campo de estágio, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, equipe multidisciplinar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Morador de rua morre em padaria em Ipanema.....	39
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1.A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	11
1.1. OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA	11
1.2. O OLHAR DE BASAGLIA: DESVELANDO AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS	12
1.3. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	13
1.4. A LUTA ANTIMANICOMIAL É CONTÍNUA	15
1.5. A SAÚDE MENTAL NO ENSINO DO SERVIÇO SOCIAL.....	16
2. QUANDO UMA SIMPLES DEMANDA SE REVELA UM CASO COMPLEXO	22
2.1. A CHEGADA DO USUÁRIO AO CAPS III	22
2.2. A IMEDIATICIDADE EM MEIO AO CAOS	25
2.2.1 A relação da polícia com a pobreza.....	27
2.3. A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMO PARTE DO ACOLHIMENTO	29
2.4. O ACOLHIMENTO COMO START DO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO	30
2.5. O INÍCIO DA TRAJETÓRIA DE PEDRO NO CAPS III.....	34
2.5.1 Senso comum e preconceito na atuação profissional	38
2.5.2 A multidisciplinaridade não necessariamente se materializa em interdisciplinaridade ..	40
2.5.3 Reunião de supervisão de equipe – um divisor de águas?.....	43
2.5.4 Normativas e burocracia: barreiras no acesso a direitos.....	44
3. A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS.....	47
3.1. UMA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DESVELANDO UMA VIDA	47
3.2. O ESTRANHAMENTO DE SI MESMO	48
3.3. O CONTATO COM A FAMÍLIA DE PEDRO (VINÍCIUS).....	49
3.4. A VISITA DO TIO TIAGO AO CAPS III	50
4. JUNTANDO AS PEÇAS.....	53
4.1. INFÂNCIA	53
4.1.1 A morte do pai	54
4.2. ADOLESCÊNCIA	56
4.2.1 A morte da mãe.....	57
4.3. O ANO DE 2018: CONFLITOS, RUPTURAS E O DESAPARECIMENTO	58
4.3.1 Reportando à equipe as novas descobertas.....	60
4.4. A PERPLEXIDADE DIANTE DO DOCUMENTO ORIGINAL, SEGUIDA DA REJEIÇÃO	61

4.5. QUANDO UMA CERTIDÃO ORIGINAL NÃO POSSIBILITA A RECONSTRUÇÃO DA VIDA REAL.....	62
4.6. UM NOVO SUJEITO E A IDENTIDADE DO “OUTRO”	64
4.7. ORGANIZANDO A VIDA CIVIL DE PEDRO.....	66
4.8. O DESMONTE DA SAÚDE MENTAL: UM PROJETO DE ESTADO.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da loucura surgiu de longa data. A forma como a sociedade se relaciona com “essa diferença” sempre me chamou a atenção, pelo fato de inspirar medo a alguns, a outros a compaixão; é incompreensível para muitos, rejeitada por tantos outros; frequentemente é oprimida por parte daqueles que detêm o poder ou, circula invisível nos espaços da cidade.

Desde a Idade Média, o poder dominante e a Igreja se unem na criação de estratégias de controle social, tais como práticas higienistas para excluir do espaço urbano os indivíduos que escapam aos “padrões de normalidade”. Em “A História da Loucura” (FOUCAULT, 2015), veremos que os primeiros a serem isolados foram os leprosos, depois os portadores de doenças venéreas e os loucos que na Renascença eram deslocados para fora dos limites das cidades, por uma questão de preservação da ordem. E é sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento que passaram a confinar também os loucos, que foram “postos sob esse regime durante um século e meio”. Embora a estrutura de internamento fosse denominada de Hospital Geral¹ tinha uma função filantrópica, de caridade: abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes, internados compulsoriamente, refletindo claramente um processo de exclusão social, além de representar “um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão”.

A loucura começa a se confundir também com a pobreza e há uma inclinação da sociedade que passa a tratar os pobres como loucos, o que justificava excluí-los dos centros urbanos. Desde então até os dias atuais, a loucura vem sendo muitas vezes encarada pelas famílias dos portadores de transtornos mentais como uma tragédia, um castigo divino ou um fardo pesado incapaz de ser suportado. Assertivas que invariavelmente emergem do desconhecimento e/ou de dogmas religiosos.

A loucura também serve como instrumento de patologização das consequências nefastas das crises estruturais do capitalismo, que se materializam nas mazelas sociais daqueles que vivem (ou sobrevivem) em condições precárias. Fatores tais como o desemprego, a precariedade de redes de proteção, a dificuldade de acesso à saúde, à educação e moradia digna, intensas e exaustivas jornadas de trabalho, transporte público de má qualidade, somados à violência urbana justificada pela “guerra às drogas” - que criminaliza determinados

¹ A expressão hospital, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade. Ver mais em AMARANTE, 2007.

territórios e determinados indivíduos - colaboram para o adoecimento psíquico (não somente) da classe trabalhadora mais vulnerável, desprovida de direitos.

Entretanto, tais condições adversas de existência não encerram em si a extensão do sofrimento humano que habita as cidades, nos centros e periferias, onde é evidente a dimensão da miséria expressa nos corpos famintos expostos ao relento, aglomerados nas calçadas como entulhos, nos viadutos e nas praças, padecendo de fome, frio, medo e desalento. Não surpreende que circunstancialmente a loucura se apossa de suas mentes exauridas, como último recurso de sobrevivência do corpo fragilizado, possibilitando um exílio (transitório ou definitivo) para o espírito, de forma a dissociar o sujeito de uma realidade incompreensível e inaceitável.

Diante do exposto, o presente trabalho busca problematizar a inserção do Serviço Social em uma equipe multidisciplinar na Saúde Mental com o objetivo de problematizar os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica e do Projeto Ético-Político profissional do assistente social, em sua atuação e na relação institucional, a partir da experiência do estágio da graduação, tendo como base o acompanhamento de um caso emblemático em uma Unidade de CAPS III.

A partir dos registros do Diário de Campo do estágio no período entre fevereiro e dezembro de 2019, buscamos respaldar a nossa análise crítica nos fundamentos do Serviço Social e em bibliografias das áreas da psiquiatria, psicanálise e sobre o Movimento da Luta Antimanicomial. Sem a pretensão de negar ou questionar os saberes biomédicos, psiquiátricos e seus recursos pela ótica científica, arriscamos uma reflexão de que há um sofrimento psíquico que pode surgir da experiência da violência inerente às profundas desigualdades estruturantes da sociedade em que vivemos e que ao longo da história tem produzido estados de loucura, a cada dia em maior escala.

Todos os nomes mencionados no presente trabalho são fictícios e a Unidade do CAPS III não foi identificada, em respeito ao sigilo do usuário e dos membros da Equipe.

No capítulo um nos propomos a fazer um breve histórico da trajetória da Reforma Psiquiátrica e considerações sobre o ensino do Serviço Social no segmento da Saúde Mental. O segundo capítulo se destina a apresentar o caso do usuário a partir do seu acolhimento, os desafios e possibilidades do acompanhamento de um “sujeito” integrante de uma parcela da população reconhecida como sobra metabólica do capital, sem utilidade, destinada à marginalização, criminalização e descarte.

No terceiro capítulo discutimos a inserção do Serviço Social na equipe multidisciplinar, as barreiras e contradições do poder de autorização, aspectos positivos e

críticos na realização de um trabalho coletivo compartilhado por diversos saberes. E o capítulo quatro é reservado à análise dos encaminhamentos do Serviço Social para a reinserção social do usuário na comunidade, seguido das considerações finais.

1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

1.1. OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, queiram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade; a força (AMARANTE, 2007)²

Pensamos que os avanços na trajetória da história do homem, muitos deles nascem da indignação. Consideramos que a luta pela extinção dos manicômios seja um deles, cujas raízes remetem ao período da Revolução Francesa, quando os libertários criticaram as casas de internamento – o Hospital Geral, que apesar da denominação, “em seu funcionamento, ou em seus propósitos, não se assemelha a nenhuma ideia médica” (FOUCAULT, 2015). Essas estruturas foram transformadas em instituições médicas por Philippe Pinel, um dos estudiosos do “alienismo”- ciência pioneira no estudo do que conhecemos hoje como “transtornos mentais” - que ficou conhecido como o pai da psiquiatria (AMARANTE, 2007).

Os contemporâneos de Pinel foram críticos aos primeiros asilos de alienados, que rapidamente superlotaram de internos. Como exposto por Amarante:

A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis. (AMARANTE, 2007, p.34)

Uma das primeiras tentativas de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das “colônias de alienados”, cujo trabalho no campo demonstrou-se positivo na recuperação destes. Após a 2ª Guerra Mundial, existiram experiências de tentativa de transformação da psiquiatria, as chamadas “reformas psiquiátricas” que ocorreram na Inglaterra, França, depois nos EUA, até culminar com a experiência considerada a mais revolucionária, a mais radical, que foi na Itália, liderada por Franco Basaglia, que advogava não ser possível humanizar os manicômios. As reformas que precederam a italiana acreditavam que era possível humanizar o hospício, ter um hospital

² Antonin Artaud e os autores do manifesto da “*La Révolution Surréaliste*”, em carta aos diretores dos hospícios (Amarante, 2007 – posição 127 – *apud* Basaglia, 2005:109).

psiquiátrico terapêutico, com uma prática clínica bem executada e tudo o mais, no entanto, a realidade demonstrou o contrário (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021)³.

1.2. O OLHAR DE BASAGLIA: DESVELANDO AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Franco Basaglia foi a primeira pessoa, na prática, a colocar em discussão tanto o resultado prático das instituições, como fundamentos teóricos que ele passava a conhecer. Recorreu, por exemplo, a “A história da loucura” de Michel Foucault, publicado originalmente em 1961 e “Asilos” de Goffman, publicado no Brasil com o título de “Manicômios, Prisões e Conventos”, além de outras bibliografias que começavam a denunciar que esses locais não eram concebidos com o objetivo de curar ou acolher efetivamente, e sim, sob esse manto - essa máscara do tratamento, da reabilitação, da recuperação, da terapêutica -, encobriam práticas violentas de exclusão radical e completa da sociedade. Ou, como Lima Barreto já havia descrito, “cemitério de vivos” (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, apud BARRETO, 1919-1920).

O livro de Basaglia, *A instituição negada*, é fundamental para entender o seu pensamento à época. O movimento da reforma psiquiátrica italiana culmina em 1978 com o seu trabalho em Trieste⁴ e depois a aprovação da Lei 180⁵ – que ficou conhecida como a “Lei Basaglia”, embora ele não tenha participação direta na elaboração da mesma, já que foi uma iniciativa do próprio Estado para poder reconhecer muitas das coisas que se fazia e se falava, e ao mesmo tempo, para dar limite ao movimento de reforma (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021). Como apresentado:

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente,

3 Ver mais em SAÚDE MENTAL CRÍTICA: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Entrevistado: Paulo Amarante. Entrevistador: Dassayve Távora Lima., Spotify, 18 de maio de 2021 . Podcast. Disponível em <<http://open.spotify.com/episode/0jFGrBDROBeKykoQgYIOfo>>.

⁴ Franco Basaglia, no início dos anos 70, começa um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada ao norte da Itália. “Lá teve início a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo”, que serviu como referência do processo a ser implantado na cidade de Santos, SP, no final dos anos 1980, início dos anos 1990, tornando-se o eixo central da mais importante face do processo da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2007, p. 50).

⁵ Dia 13 de maio de 1978: aprovação da Lei 180, que ficou conhecida como Lei Basaglia, a lei da Reforma Psiquiátrica italiana que determinou a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional. Disponível em <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/37>>. Acesso em 29 de agosto de 2021.

tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas (AMARANTE, 2007, p.50).

As questões do sofrimento psíquico não se resumem à aplicação da lei, implicam em mudança de comportamento social, cultural. Implica em a sociedade mudar a sua relação com a loucura, com a diferença, com a diversidade, com o outro. “É para isso, nós temos que estar atentos, nós temos que estar ativos, construindo esse novo cenário” (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 15:57).

A experiência italiana também denominada de “psiquiatria democrática” possibilitou um salto de qualidade nas reformas psiquiátricas que se seguiriam, ao romper com a ideia da prática psiquiátrica baseada na repressão, no poder, na intervenção violenta, mas uma prática na qual todos os sujeitos são participantes são atores – o usuário, o familiar, os profissionais, visando a defesa da cidadania e o direito de todos (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021).

Os italianos usavam a expressão “manicômio” para nomear os hospícios, os asilos de alienados, palavra que significa “casa de loucos.” No Brasil, até os anos 1970/80 o termo “manicômio” estava muito vinculado à instituição judiciária – manicômio judiciário.

É importante chamar a atenção para o fato de que todo manicômio é uma instituição semi-jurídica, porque na medida em que a pessoa é internada involuntariamente, internada compulsoriamente, ela perde os direitos de cidadania, ela perde o direito de querer sair, de querer esse ou aquele tratamento, esse ou aquele profissional que a atenda. Ela perde o direito como cidadão, então, é uma instituição antidemocrática, por isso também a psiquiatria democrática chamava a atenção para esse aspecto (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 17:25).

1.3. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Um dos fundadores do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é o médico psiquiatra Paulo Amarante, que no período de sua residência médica não suportou conviver com as condições desumanas sob as quais viviam os internos dos hospitais psiquiátricos da sua cidade, acreditando que se transferindo para o Rio de Janeiro encontraria um cenário mais favorável (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021). Apesar de mudar-se para um Estado mais rico, mais desenvolvido, decepcionou-se ao constatar que:

[...] na verdade eu descobri que os manicômios são mais ou menos iguais no mundo inteiro, porque eles têm uma função, que não é uma função de tratamento, de terapêutica, é uma função de exclusão, de gestão de determinados segmentos sociais, para os quais o Estado não constrói políticas públicas de inclusão, de trabalho, de educação, de saúde, etc (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 5:34).

A dura realidade dos manicômios contribuiu para que Amarante se unisse a outros profissionais da saúde mental na organização do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental em 1978⁶, que se desdobrou mais adiante em 1987 no Movimento de Luta Antimanicomial⁷.

Desde que foi criada a instituição hospício, existiram críticas e tentativas de reformas em vários países. Por exemplo, a criação de colônias de alienados na Europa ofereciam alternativas de espaços abertos de trabalho para os internos. Os alienistas brasileiros do início do século XX foram adeptos fervorosos das colônias, criando dezenas delas no país no período das décadas de 40 e 50 sob a premissa de que o trabalho “seria o meio terapêutico mais precioso, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer “os vestígios do delírio.” (AMARANTE, 2007, posição 341) Porém, em pouco tempo as colônias desvelaram-se semelhantes aos asilos tradicionais, verdadeiros aparelhos de opressão e de práticas violentas, a exemplo de Juquery em São Paulo que chegou a ter 16 mil internos, algo que hoje é impensável.

Vale lembrar que o Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais também funcionava como uma instituição punitiva, cujos internos eram levados para lá compulsoriamente.

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. [...] Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. [...] Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (BRUM, in ARBEX, 2013).

⁶ Em 1978, três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciam no livro de registro da instituição, as condições de maus tratos e violência que eram submetidas as pessoas internadas; ao mesmo tempo que denunciavam as condições de trabalho. A partir daí são demitidos 260 trabalhadores das quatro unidades de saúde mental da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Trabalhadores realizam uma greve em um episódio que ficou denominado como a Crise da DINSAM. E o marco de criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro. Disponível em <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

⁷ Durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, os trabalhadores incluem os usuários e seus familiares e passa a se denominar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Radicaliza a luta contra a violência dos manicômios ao adotar como lema Por uma sociedade sem manicômios. Cria o dia Nacional da Luta Antimanicomial e fica conhecido como o Congresso de Bauru. Disponível em <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>>. Acesso em 10 de outubro de 2021.

Esse palco de horrores teve suas portas fechadas somente na nossa história recente, a última cela foi desativada em 1994, quando o movimento por uma sociedade sem manicômios já existia há quase vinte anos. A Reforma Psiquiátrica teve inúmeros desafios para avançar no período da Ditadura Civil Militar do Brasil, ganhando fôlego a partir do movimento de redemocratização do país e a conquista de direitos garantida pela nova Constituição de 1988.

Vasconcelos (2010) identifica três grandes fases no processo de reforma psiquiátrica no Brasil:

1ª fase: 1978-1992: denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar; I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986), emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços (em Santos e cidade de São Paulo);

2ª fase: 1992-2001: II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

3ª fase: 2001-2010 (?): III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, e ampliação inicial da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas, etc.) (VASCONCELOS, 2010, pp. 20-21).

O Autor também chama a atenção para a excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços de saúde mental, evidenciando a precarização de vínculos de trabalho e a entrada de profissionais sem experiência política e profissional, sem contato com a história do movimento da reforma psiquiátrica, contextos presentes nos últimos anos da terceira fase.

1.4. A LUTA ANTIMANICOMIAL É CONTÍNUA

A Luta Antimanicomial que surgiu nos anos 1980 denunciando a violência dos manicômios e o modelo hospitalocêntrico no tratamento de transtornos mentais, ganhou força, a adesão de novos atores sociais, ampliando-se e passando a atuar como um movimento em defesa dos direitos humanos, contra a opressão das pessoas fragilizadas e vulneráveis. Tornou-se um movimento em defesa das pessoas discriminadas por sua condição humana ou pelo lugar social que elas ocupam, ou ainda por sua aparência vinculada a uma visão estigmatizada, que vivenciam cotidianamente constrangimentos e são expostas à violência, submetidas a um sofrimento psíquico, que embora não seja passível de diagnóstico e não seja sinônimo de transtorno mental, é um sofrimento mental real e se faz necessário que se tome

consciência de como ele é produzido, porque não pode ser negligenciado, ele resulta da barbárie que permeia uma sociedade extremamente desigual.

Em tempos de regressividade nos direitos humanos, urge acirrar a resistência em defesa da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, em meio aos retrocessos, da contrarreforma do Estado um movimento de contrarreforma psiquiátrica em notório andamento. As medidas adotadas na esfera federal a partir de 2016 pelo governo Temer e agudizadas desde os primeiros meses do governo de Jair Bolsonaro demonstram que existe um processo de desmonte sistemático das conquistas e avanços de direitos nos variados setores da sociedade, atingindo prioritariamente as classes subalternas, o segmento da saúde- em particular da saúde mental (DELGADO, 2019).

Diante do exposto fica evidente que apesar dos avanços, muito do que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira ainda reside no plano ideal de seus fundadores e na esperança e na força da militância do Movimento da Luta Antimanicomial.

É muito importante seguir, porque se não tivermos os mesmos serviços, nós temos ainda as nossas práticas culturais, temos as nossas práticas de trabalho substitutivas, alternativas. Mas, fundamentalmente, eu acho que a gente deve continuar resistindo, pensando da forma que a gente pensa. Considerando a importância dos outros, considerando a dignidade das pessoas. Se não mudarem a nossa forma de respeitar, de reconhecer o outro, não mudarem a nossa ética, nós estaremos resistindo e construindo micropoliticamente um mundo melhor (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021 – 87:35).

1.5. A SAÚDE MENTAL NO ENSINO DO SERVIÇO SOCIAL

Antes de relatar a experiência do estágio de Serviço Social no CAPS III, consideramos relevante tecer algumas considerações sobre o tema da Saúde Mental no currículo do curso de Serviço Social da Escola de Serviço Social da UFRJ.

O estágio no segmento da Saúde Mental - seja em instituições fechadas⁸ ou em dispositivos substitutivos, demanda uma aproximação com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e suas práticas e com o Movimento da Luta Antimanicomial⁹, - luta contínua em defesa dos direitos humanos e cidadania da população reconhecida como

⁸ Ao nos referimos a “instituições fechadas”, nos referimos aos hospitais psiquiátricos e aos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, sejam públicos ou privados.

⁹ Ver mais em Desinstitucionalização – Rotelli, Mauri, Leonardis (2019), Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Paulo Amarante (2007), Desafios Políticos da reforma psiquiátrica brasileira-Vasconcelos (2010), Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira - Silvio Yasui (2010), Reforma Psiquiátrica Brasileira-Stockinger (2019).

portadora de transtornos mentais, acrescentando ainda todo um suporte teórico-metodológico voltado especificamente a este segmento.

Partimos da premissa de que tal conhecimento incide na qualidade da experiência no campo de estágio e no desempenho das atividades pertinentes ao espaço sócio ocupacional voltado ao atendimento dos usuários em sofrimento psíquico, viabilizando uma atuação crítica destes no cotidiano do serviço. Isto é, significa ir mais além do conhecimento da legislação que envolve a organização e reorganização dos serviços, da elaboração de relatórios claros e objetivos e de encaminhamentos adequados. A Reforma Psiquiátrica brasileira é mais abrangente do que a Lei 10.216¹⁰ que a regulamentou e se constitui como um processo contínuo, que inclui mudanças na forma que a sociedade se relaciona com a loucura. Lembrando sempre que o assistente social é parte dessa sociedade.

Observamos uma lacuna no currículo do curso de Serviço Social em relação ao tema da loucura¹¹ - não a abordagem como um diagnóstico ou uma doença e seus sintomas, mas como uma expressão de sofrimento social produzido pelo capitalismo desde as suas origens. No decorrer da formação acadêmica temos acesso a uma base generalizada de conhecimento sobre a psicologia social, mas que não alcança suportar as determinações da realidade do campo da Saúde Mental no Brasil.

Na academia estudamos sobre as políticas sociais nas áreas de saúde, previdência e assistência, mas não abordamos a saúde mental como um aspecto crítico das relações sociais. A loucura aparece exclusivamente como uma questão de saúde, ou melhor, como uma questão de doença pela ótica das políticas sociais, descolada das determinações que estão intimamente imbricadas no processo de sofrimento e adoecimento psíquico da população, processo que recai pesadamente sobre as camadas mais pobres, mais vulneráveis e os sujeitos considerados “diferentes” dos padrões de normalidade da sociedade burguesa – negros, periféricos, LGBTQIa+, miseráveis, enfim, qualquer sujeito que não se demonstre funcional ou subserviente à hegemonia do capital, à sua moral ocasional e aos seus interesses.

Chegamos ao campo de estágio do Serviço Social em Saúde Mental desarmados de saberes essenciais para o adequado desempenho das atividades no cotidiano da Instituição. Muitos de nós (graduandos) apreendemos determinadas técnicas, por exemplo, o que é

¹⁰ 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_2001/110216.htm>. Acesso em 29 de agosto de 2021.

¹¹ Currículo do Curso de Graduação em Serviço Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <<https://siga.ufrj.br/sira/temas/zire/frameConsultas.jsp?mainPage=/repositorio-curriculo/D3140158-92A4-F79C-0323-49D87730966C.html>>. Acesso em 6 de outubro de 2021.

denominado como “manejo do usuário”, empiricamente (caso estejamos motivados, atentos e interessados).

Portanto, é comum encontrar um(a) estagiário(a) “temeroso(a)” diante da convivência com os usuários da Instituição, cujo receio nasce do déficit de conhecimentos que orientem a sua relação com alguém que expressa uma subjetividade diferenciada, fato que não ocorreria se houvesse um contato anterior com a história da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus princípios. A expectativa de que a formação prática se realize plenamente no campo de estágio, nem sempre se materializará, visto que os preceptores, Assistentes Sociais inseridos na divisão social e técnica do trabalho, integrantes da classe trabalhadora, são submetidos a vínculos e condições precárias de trabalho, e por mais que tenham interesse em compartilhar conhecimento, nem sempre será possível realizar na medida de suas intenções, porque estarão sobrecarregados de atendimentos, sob a intensificação das jornadas de trabalho e sob as cobranças de produtividade por parte do empregador.

Diante dessa realidade, resta como alternativa ao discente buscar conhecimentos mais específicos em disciplinas eletivas sobre o tema (também pouco disponíveis) e atividades de pesquisa e extensão, que nem sempre estão ao alcance da maioria dos estudantes, já que grande parte do corpo discente dos Institutos Federais de Ensino Superior (IFES) onde se insere a Escola de Serviço Social da UFRJ, pertence à classe trabalhadora e/ou às camadas da população menos privilegiadas, condição social que já torna quase um “evento épico” lograr minimamente cumprir a grade obrigatória e concluir o curso¹².

Bisneto (2007) levanta o debate sobre a metodologia (ou a deficiência/ausência desta) do Serviço Social em Saúde Mental, chamando a atenção para o fato de que até o fim dos anos 1960 as faculdades de Serviço Social eram isoladas e não havia cursos de pós-graduação. A partir dos anos 1970, as faculdades de Serviço Social deixam o isolamento e se inserem nas universidades federais e católicas, se beneficiando do intercâmbio com outras áreas de conhecimento, tendo acesso à produção de teses e debates teórico-metodológicos.

Os movimentos críticos às práticas no campo da Saúde Mental e no campo do Serviço Social, que emergiram a partir dos anos 1970, tinham em comum a intenção de ruptura com o tradicionalismo e o conservadorismo de suas práticas, convergindo na determinação em defesa da liberdade, equidade, justiça social. Enfim, compartilhavam do propósito de

¹² A V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018 revela que 53,5% dos (as) graduandos (as) das IFES estão na faixa de renda mensal familiar per capita de “Até 1 SM” e 70,2% na faixa de renda mensal familiar per capita de “Até 1 e meio SM”. Disponível em <<https://www.andifes.org.br/?p=79639>>. Acesso em 6 de outubro de 2021.

transformação da sociedade que no âmbito da saúde mental requer uma mudança significativa na relação dessa sociedade com a loucura. Entretanto, a convergência desses interesses não se refletiu em uma produção teórico-metodológica que abrangesse os dois campos de saber.

Vale ressaltar que nesse período os autores de vanguarda da luta por uma psiquiatria democrática e pela superação (fechamento) dos manicômios, como Franco Basaglia e Frantz Fanon, tampouco eram publicados no Brasil, visto que eram considerados “autores malditos” pelas correntes conservadoras da medicina e da psiquiatria. Embora as correntes progressistas dos cursos de formação superior na área reconhecessem publicamente as suas práticas inovadoras, não os adotavam como referência bibliográfica (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021).

Enquanto no âmbito do ensino em psiquiatria prevalecia uma corrente mais conservadora, o Serviço Social, a partir de 1971, dava os primeiros passos na direção da tradição marxista, apesar de ainda acessar apenas “manuais de divulgação do marxismo-leninismo, desprovidos de uma aproximação rigorosa aos textos de Marx” (IAMAMOTO, 2015). Esse movimento da categoria influenciou a prática de um Serviço Social crítico ao modelo da sociedade vigente, embora encontrasse dificuldades ao abordar “as questões da subjetividade na atenção ao sujeito singular”. A psicanálise importada dos modelos estadunidenses, não se adequava ao suporte teórico do Serviço Social brasileiro em Saúde Mental ao se defrontar com a extrema pobreza da população usuária, produto da relação capital/trabalho, tema pouco incorporado pela teoria psicanalítica. Diante desse cenário, o Serviço Social em Saúde Mental não conseguia construir uma metodologia para a sua atuação (BISNETO, 2007).

A influência da teoria marxista no campo do saber do Serviço Social contribuiu para tornar a prática mais crítica, incorporando possibilidades de transformação social, trazendo o debate sobre a exploração dos trabalhadores, as questões democráticas e se colocando na clara defesa da igualdade de direitos e de uma justa distribuição de riqueza. Contudo, observamos que outras questões que eram pautas importantes no mundo ocidental, tais como o feminismo, as drogas, a sexualidade e o racismo não foram incorporados ao debate na mesma proporção. Na época a loucura, por exemplo, não foi incorporada como uma questão a ser pautada, permanecendo à margem das discussões.

O marxismo não se ocupou tanto do debate da loucura, e o que foi publicado não foi incorporado à discussão no Brasil (BISNETO, 2007, p. 45).

A repercussão no Serviço Social Brasileiro foi que o Movimento de Reconceitualização e o Debate Contemporâneo não puseram a loucura no centro das discussões como se

deu com relação aos movimentos sociais, às políticas sociais, o estatuto profissional, entre outros (BISNETO, 2007, p. 45 - Apud KAMEYAMA, 1998).

Quer dizer, não houve desenvolvimento metodológico em Serviço Social na Saúde Mental dentro da nova pós-graduação. As universidades públicas e católicas tiveram poucas dissertações de mestrado sobre Serviço Social em Saúde Mental e apenas uma foi publicada, o já referido livro de Lúcia Gonçalves (1983). Faltou criação de substrato teórico para a prática (BISNETO, 2007, p. 46).

As lacunas metodológicas no Serviço Social em Saúde Mental são identificadas por Bisneto:

a articulação entre Serviço Social e Saúde Mental no Brasil, sistematizando a história, as teorias psicossociais, as novas práticas, as possibilidades advindas de matrizes teóricas pouco aproveitadas, sugerindo melhorias na formação especializada do assistente social, é uma necessidade ainda por ser satisfeita (BISNETO, 2007, p.48).

Até 1997 e no ano 2000 só haviam sido publicados no Brasil três artigos sobre o tema, todos de autoria de Eduardo Vasconcelos, que em 2000 lançou um livro de circulação nacional “Saúde Mental e Serviço Social”. A escassez de artigos e livros publicados na área de Serviço Social e Saúde Mental se justifica também pela carência de professores com dupla especialização, em Serviço Social e em Saúde Mental (BISNETO, 2007). Ainda assim, é necessário acrescentar que havia por parte da categoria profissional uma legítima preocupação em construir, no âmbito do Serviço Social, uma proposta de formação profissional adequada aos novos tempos, comprometida com os valores democráticos e com a construção de uma nova cidadania, isto é, compatível com o Projeto Profissional.

As novas e ainda atuais Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social, segundo a Resolução nº15, de 13 de Março de 2002¹³, baseadas no currículo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996, da antiga ABESS (Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social), expressam avanços significativos e apontam “para a formação de um perfil profissional com *capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade*”. Nessa direção, se articulam três Núcleos de Fundamentos: “O Núcleo de fundamentos teórico-metodológico da vida social; o Núcleo de fundamentos da formação sócio histórica da sociedade brasileira e o Núcleo de fundamentos do trabalho profissional”.

Tais núcleos se tornam eixos articuladores dos conteúdos necessários para a formação e o trabalho profissional do assistente social e “desdobram-se em áreas de

¹³ Resolução nº 15, de 13 de Março de 2002, Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. Disponível em <<http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10>>. Acesso em 28 de agosto de 2021.

conhecimento que, por sua vez, se traduzem pedagogicamente através do conjunto dos componentes curriculares, rompendo, assim, com a visão formalista do currículo, antes reduzido a matérias e disciplinas” (ABEPSS/CEDEPSS, 1996, p. 63)¹⁴.

No que diz respeito aos Conteúdos Curriculares, as Diretrizes incluem outros componentes, tais como seminários, oficinas, laboratórios, entre outros, que de modo geral são ofertados pelas graduações em Serviço Social, entretanto, no que diz respeito à temática da loucura, sob a ótica das relações sociais, a oferta de atividades é mais reduzida.

Quando pensamos na formação metodológica do Serviço Social em Saúde Mental, não nos referimos ao aprofundamento de conhecimentos nas áreas “psi”, mas sim de acessar um conjunto de conhecimentos teóricos que impeçam tropeços na imediaticidade das aparências, onde os sintomas se misturam às características do “ser são” que existiu antes do sofrimento psíquico e que ainda está presente de alguma forma porque nem toda a sua realidade se resume a um diagnóstico. Esse tipo de conhecimento - não necessariamente uma especialização - potencializa a intervenção do Serviço Social e agrega valor e força junto às demais especialidades das equipes multidisciplinares e interdisciplinares, sem perder de vista que, acima de tudo reside o interesse de construir coletivamente soluções e não competir saberes.

¹⁴ Ibidem

2. QUANDO UMA SIMPLES DEMANDA SE REVELA UM CASO COMPLEXO

2.1. A CHEGADA DO USUÁRIO AO CAPS III

No dia 06/02/2019 à tarde, o Hospital Municipal Philippe Pinel entrou em contato com o CAPS III informando o encaminhamento de um jovem que para lá foi levado por agentes do Programa Leblon Presente¹⁵, e após avaliação da médica psiquiatra do setor de Emergência concluiu-se que o mesmo não possuía perfil para aquele Hospital, visto que somente apresentava perda de memória e precisava de ajuda para requerer a segunda via dos documentos que havia perdido.

A terapeuta ocupacional do CAPS III - que chamaremos de Sônia - responsável pelo acolhimento (entrevista de primeira vez) naquele horário, me convidou, enquanto estagiária do Serviço Social, a acompanhá-la no atendimento. Fazia parte de nossas atividades acompanharmos a equipe técnica nos atendimentos individuais e familiares. Recebemos o jovem, nos encaminhamos até uma sala privativa e nos apresentamos.

Ele era negro, aparentava uns vinte e poucos anos, disse se chamar Pedro Magalhães. Tinha a aparência abatida, estava muito magro, com roupas aparentemente sujas. Não trazia consigo nada de seu, a não ser a angústia por resgatar a sua documentação. Nesse primeiro contato pouco nos contou sobre ele, suas respostas eram monossilábicas e na maioria das vezes dizia “não se lembrar das coisas”. Porém relatou sobre as várias abordagens da Polícia Militar (nem sempre tranquilas), quando era levado até uma delegacia, fotografado e colhidas as suas digitais. Por não possuir antecedentes criminais, nem constar informações sobre o seu registro civil¹⁶, era liberado.

Entretanto, naquele dia, foi abordado por uma equipe do Programa Leblon Presente e levado até o posto base do bairro, onde foi atendido pelo Serviço Social que lhe deu um encaminhamento para a Defensoria Pública do Estado do RJ (DPERJ) para requerer a segunda via da sua certidão de nascimento gratuitamente. Depois de atendido pelo Serviço Social, foi levado pelos agentes para a Emergência do Hospital Philippe Pinel, o que nos provocou

¹⁵ O Programa Leblon Presente faz parte da Operação Segurança Presente, que é um modelo de policiamento de proximidade que complementa a atuação da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Com o objetivo de promover ações de segurança pública, cidadania e atendimento social, as operações visam um ambiente mais seguro e acolhedor aos moradores, comerciantes e turistas das regiões onde atua. Disponível em <https://segurancapresente.rj.gov.br/>. Acessado em 29/03/2021.

¹⁶ Até então, não tínhamos conhecimento de que os registros de identidade civil são circunscritos à Unidade Federativa onde foi emitido o documento. Como Pedro afirmava ser natural de São Paulo, a busca teria de ser realizada no âmbito desse Estado, abrangendo os Cartórios de Registro Civil de Nascimento.

estranhamento, pois um suposto quadro de amnésia e confusão mental não justificaria uma emergência psiquiátrica.

O usuário nos contou que havia perdido todos os documentos na vinda para o Rio de Janeiro, que era de São Paulo, da cidade de Jaguariúna. Não tinha família e a mãe tinha falecido há mais ou menos cinco meses, acreditava que teria sido no “mês oito do ano passado”, no caso, agosto de 2018. Viajou para o Rio de Janeiro de carona porque queria trabalhar e estudar, que já se passara mais ou menos três meses da sua chegada, permanecendo em situação de rua desde então, porque não conseguia trabalhar pela falta de documentos. Quando perguntado sobre as falhas de memória, alegou que desde criança tomava um remédio para “lembrar das coisas”, que a sua mãe “pegava no postinho”.

Não soube informar o endereço de Jaguariúna, o nome da escola onde estudou ou o bairro onde morava. Enfim, era perceptível o quanto ele estava perdido e como seria desafiador requerer a segunda via dos seus documentos pela precariedade de dados, incluindo a possibilidade de não serem reais. Era final do expediente da psiquiatra naquele dia, mas seria importante o usuário passar por uma avaliação para que pudéssemos definir os encaminhamentos para atendimento de suas demandas. Enquanto Sônia foi chamar a psiquiatra para participar da entrevista, continuei conversando com Pedro e tentando identificar alguma informação mais concreta que pudesse nos ajudar na sua identificação, mas não ocorreu.

Seu relato resumia a sua vida até então na convivência com a mãe, que segundo ele não se relacionava com a família, a escola que abandonou quando a mãe faleceu, o emprego que perdeu e uma infinidade de perguntas sem respostas, sem recordações, sem referenciais. Quando perguntei em que bairro ele ficava na Zona Sul, respondeu que era a Lagoa, mas não soube especificar o trecho e nem dar um ponto de referência que pudéssemos localizar. Sônia voltou para a sala informando que a psiquiatra conversaria com ele antes de ir embora e o orientamos a aguardar. O horário do estágio já havia expirado, mas antes de sair foi possível falar rapidamente com a terapeuta ocupacional sobre o atendimento, sobre o qual ponderamos a possibilidade de ele ficar no acolhimento noturno¹⁷, por conta da vulnerabilidade que apresentava e para que outros integrantes da equipe também dele pudessem se aproximar. Entretanto, precisaria da indicação da psiquiatra.

Nesse mesmo dia, à noite, entrei em contato com a terapeuta ocupacional e soube que a psiquiatra o teria diagnosticado a princípio como psicótico, cujo perfil aparentemente não

¹⁷ O CAPS III é caracterizado por possibilitar o “acolhimento noturno” para o atendimento de crise, com a disponibilidade de dez leitos destinados à estabilização do usuário, que permanece em média até quinze dias.

representava perigo para si ou para os outros, pela ausência de traços agressivos ou violentos e o orientando a retornar no dia seguinte para resolver a demanda da documentação, e nessa oportunidade seria novamente avaliado pela psiquiatra referenciada¹⁸ do território onde ele ficava.

Nada garantiria o retorno do usuário e, se ele não retornasse seria inviável promover uma busca ativa, visto que não tínhamos ideia de um ponto de referência do bairro da Lagoa, onde ele disse que costumava ficar. Diante disso, ponderei sobre o fato de que talvez não tenhamos utilizado todos os recursos necessários nesse acolhimento, no sentido de estabelecer algum vínculo mais consistente que propiciasse o retorno do usuário para ser tratado. Ao Serviço Social restava apostar no quanto o usuário estava seguro de que solucionaríamos a sua demanda imediata e burocrática – a segunda via de uma certidão de nascimento, como a primeira etapa do processo de resgate da sua documentação civil.

Os autores Schmidt e Figueiredo chamam a atenção para a importância do acolhimento, esse primeiro contato que definirá as etapas seguintes do acompanhamento do usuário, de como se organizará os demais atendimentos. “É o momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova: quem atende, o que pode oferecer; como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda” (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p.131).

A experiência desse atendimento evidencia a prevalência do poder de autorização da psiquiatria, visto que a opinião da Terapeuta Ocupacional não foi considerada no encaminhamento dado pela médica. Tampouco podemos assegurar se o encaminhamento seria diferente caso a Assistente Social estivesse presente na Unidade – se encontrava em atendimento externo -, e na condição de estagiária, qualquer sugestão também não pesaria sem o aval da preceptora.

No que diz respeito às práticas psiquiátricas, encontraremos diferentes abordagens, umas mais democráticas, outras mais conservadoras, mesmo quando o espaço ocupacional é um dispositivo substitutivo criado à luz da Reforma Psiquiátrica. Contudo, não podemos ignorar o fato de que a rotina e as tensões que permeiam as atividades de um serviço público de saúde mental, sob condições e vínculos precários de trabalho, somados à burocracia e às regras normativas no desempenho de cada função, acabam contaminando o profissional, cuja percepção torna-se nublada, impregnada de um sentimento de naturalização da miséria e

¹⁸ Referência: Denominação dada ao Técnico ou à equipe multidisciplinar responsável pelo acompanhamento dos usuários circunscritos a um determinado território geográfico.

sofrimento dos usuários, que muitas vezes podem ser avaliados apenas com base em um “provável diagnóstico”.

Em entrevista ao Podcast Saúde Mental Crítica, Paulo Amarante cita Franco Basaglia, defensor de uma psiquiatria democrática: “O que importa dizer se é esquizofrenia, se é psicose, se na prática concreta eu não o escuto - ele enquanto sujeito - só escuto os seus sintomas?” (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 52:22). É disso que se trata. Observar que depois de quase quarenta anos do início da luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, no interior de um dispositivo substitutivo que se propõe a substituir a lógica manicomial, a avaliação do usuário ainda hoje é delimitada por um conjunto de sintomas que caracterizam uma doença aponta para a dificuldade de consolidação da Reforma.

Mas, se o olhar do profissional não alcança ultrapassar as fronteiras das aparências e seus ouvidos são incapazes de interpretar os silêncios das entrelinhas, a dor silenciosa submersa no discurso errático e não é identificado que além de “prováveis diagnósticos” está ali presente um ser humano que possui medos, incertezas, desejos e sonhos. Tudo isso pode representar um distanciamento da premissa de um atendimento humanizado¹⁹.

Na visão do Serviço Social, Pedro era um “sujeito de direito” em situação de extrema vulnerabilidade – sem memória, sem documentos, sem teto, sem meios de subsistência, sem referências locais; desprovido do mínimo de suporte que lhe garantisse a integridade física, mental e emocional; exposto à violência policial por possuir o estigma de ser um jovem negro que usa boné e se encontra em situação de rua, apontado pelo senso comum como um “elemento suspeito”.

2.2. A IMEDIATICIDADE EM MEIO AO CAOS

A partir dos anos 1990, com o amadurecimento teórico da profissão de assistente social aprofundado com a publicação de estudos e pesquisas de caráter teórico e metodológico, foi possível melhorar a apropriação teórica do método dialético e exercitar a sua concreta viabilidade prática para a formação e ação profissional, mantendo o devido distanciamento do voluntarismo (PONTES, s/d).

¹⁹ Como destacado por Trajano e Silva: “Por isso, a humanização na saúde mental ganha um sentido mais ampliado. Aqui, é preciso ir além da abolição das práticas que violam direitos, desrespeitam a cidadania; faz-se necessário ir ao ponto de raiz da humanização: o reconhecimento do outro como ser igual a mim – em direitos e, radicalmente distinto, em sua subjetividade. Quando a saúde se humaniza ela descobre, ou melhor, redescobre algo que não devia ter esquecido: nossa prática é a arte humana de buscar alívio para a dor, e como arte que é, é também instrumento de invenção de novos modos de existir” (TRAJANO e SILVA, Cadernos HumanizaSUS 2015 – Vol. 5, p.203).

Atuar criticamente e de modo transformador num meio profissional cujas forças conservadoras ainda se apresentam ostensiva ou veladamente, compreender a realidade complexa da sociedade capitalista na qual se insere essa prática e encontrar as melhores formas de enfrentamento das contradições nela postas são desafios do cotidiano difíceis de serem superados se nos limitarmos às aparências dos fatos. A inserção do Serviço Social em uma equipe multidisciplinar, composta de uma pluralidade de saberes, formações e vertentes políticas, exige um esforço extra que não se limita a “desvelar” o que existe além da aparência do imediato. Exige mais do que o conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, exige estar constantemente pronto para sair em defesa dos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional, constantemente ameaçados na correlação de forças institucionais, no cotidiano da atuação – tarefa complexa, nem sempre profícua.

A queixa do usuário Pedro que reivindica ajuda para acessar a segunda via da sua documentação civil, não significa que aí se encerra todas as suas demandas. Cabe-nos ouvi-lo atentamente, compreendendo que o usuário em questão é constituído por um complexo de determinações sociais as quais, na maioria das vezes ele não se dá conta. É preciso ouvi-lo com o compromisso de não nos dobrarmos ao “fatalismo” de que a conjuntura político-econômica-social nos sonega as ferramentas necessárias e por isso, muito pouco ou quase nada podemos fazer no sentido de promover qualquer tipo de mudança na sua trajetória, isto é, caindo no conformismo resultante do cansaço das muitas lutas perdidas no fazer profissional, que pretendem nos fazer acreditar que o *difícil é impossível*. Diante dos desafios cotidianos não podemos nos intimidar com as dificuldades e obstáculos que se apresentam, atentando para o fato de que a realidade também abriga e oferta outras saídas, outras soluções.

Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. Assim, a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades. Sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social. Essa compreensão é muito importante para se evitar uma atitude fatalista do processo histórico e, por extensão, do Serviço Social: como se a realidade já estivesse dada em sua forma definitiva, os seus desdobramentos predeterminados e os limites estabelecidos de tal forma, que pouco se pode fazer para alterá-los. Tal visão determinista e a-histórica da realidade conduz à acomodação, à otimização do trabalho, ao burocratismo e à mediocridade profissional (IAMAMOTO, 2000, p. 20-21).

Por outro lado, se faz necessário estarmos atentos e não tomarmos o “messianismo” como fonte de soluções, com “uma visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as

possibilidades e limites da realidade social” (IAMAMOTO, 2000, p.21). Contudo, podemos ir além dos paradigmas institucionais, no intuito de identificar quais as tendências e caminhos possíveis de serem desbravados, trilhados, instrumentalizados.

Quando Pedro foi avaliado pela psiquiatria e diagnosticado como psicótico, a sua singularidade e a sua subjetividade foram circunscritas dentro de um contexto de “doença”. Desvelada a sua condição de sem teto, sem trabalho, sem família, sem meios de sobrevivência, ele e a sua doença passam a se inserir no que é classificado - e naturalizado, como um indivíduo “em situação de rua²⁰”, condição que aparecerá como seu endereço e definirá o seu perfil no prontuário sob a sigla “SDR”.

2.2.1. A relação da polícia com a pobreza

O Programa Leblon Presente recolheu Pedro com base em um “perfil de jovem infrator” determinado por uma sociedade racista e uma polícia arbitrária: negro, em situação de rua, sem documentos, usando um boné. Foi levado a uma delegacia porque era “suspeito”, o que aponta para a “criminalização da pobreza”, que é secular no Brasil, remontando às Leis Criminais do Império. No Código Penal da República, a mendicância e a vadiagem eram consideradas contravenções e penalizadas com prisão.

O fato de o usuário ser levado à emergência psiquiátrica do Hospital Philippe Pinel por apresentar-se confuso e desmemoriado nos leva a ponderar sobre dois aspectos: 1) o despreparo dos agentes do Programa Leblon Presente, na hipótese de ignorarem outros dispositivos da saúde mental como o CAPS, por exemplo. E, por se tratar de uma pessoa em situação de rua, também poderia ser direcionado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), onde seria orientado quanto aos seus direitos, acesso a benefícios e políticas sociais; 2) a hipótese da apreensão do usuário fazer parte de uma prática higienista, uma forma de isolar o indivíduo que se manifesta diferente do “padrão normal”, aponta para vestígios de uma lógica

²⁰ A Política Nacional para a População em Situação de Rua define o seu público alvo como: [...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto No 7.053 de 23 de Dezembro de 2009, art. 1.o, Parágrafo Único). Em seu Art. 5º elenca os princípios norteadores, além da igualdade e equidade: I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

manicomial, ultrapassada, mas infelizmente ainda presente em determinadas situações, por determinados atores sociais. Por outro lado, aponta também para a patologização de expressões da questão social. Diante disso, observamos que na sociedade em que vivemos a extrema pobreza expressa nas pessoas “em situação de rua” frequentemente é criminalizada ou é medicalizada.

A Polícia Militar na Cidade do Rio de Janeiro, responsável pelo policiamento ostensivo e manutenção da ordem, recorrentemente discrimina segmentos populacionais reconhecidos como “elementos suspeitos”, que são submetidos a arbitrariedades, abordagens e ações violentas.

Um termo comumente utilizado pelos agentes da PM fluminense em comunicações de rádio – elemento suspeito de cor padrão – sugeria a presença forte de seletividade racial na atuação cotidiana da polícia, confirmadora de percepções de senso comum, segundo as quais pessoas não-brancas são alvo prioritário da suspeição policial (RAMOS; MUSUMECI, 2003, p.16).

A princípio, qualquer pessoa que transite pelas ruas a pé ou em qualquer meio de transporte, está exposta a ser abordada e revistada numa ação policial de prevenção da criminalidade. As abordagens seguem certos critérios tais como: a aparência, atitude, local, horário, circunstâncias ou combinações destes. Entretanto, o “elemento de cor padrão” carrega outras “marcas”: gênero, idade e classe social – homens jovens, pobres, principalmente periféricos e favelados (RAMOS; MUSUMECI, 2003, p.16).

Pedro possui várias dessas características e por isso foi abordado inúmeras vezes pela polícia, como ele mesmo disse: “estava cansado de levar duras”. Nenhum dos técnicos da equipe manifestou qualquer tipo de preocupação com a integridade física do usuário, como se fosse natural o risco de violência policial, como se fosse banal fazer parte do seu cotidiano. A partir dessa constatação podemos pensar na possibilidade de um atravessamento da formação social brasileira escravocrata, conservadora e racista, desmascarando o discurso acalorado sobre a defesa dos direitos humanos e a dignidade das pessoas, ao testemunhar a discriminação como sendo um fato consumado e irremediável.

E, como nos posicionamos perante o VI Princípio do Código de Ética do/a Assistente Social²¹ que exalça o “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à

²¹ Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (10ª edição). Texto aprovado em 13/3/1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/regulamentacao-da-profissao>>. Acesso em 07 de outubro de 2021.

discussão das diferenças”; se aceitamos naturalmente a condição excludente de um sujeito social? Onde mora o equívoco: no projeto profissional que nos serve de guia ou, na atuação do dia-a-dia que nos draga para o centro do caos, onde a noção de “direito” se mostra embaçada pela selvageria da sobrevivência? - Não conseguiremos garantir acesso a “direitos”, se tivermos uma visão míope do que eles significam e a quem eles se destinam, o que implica reproduzirmos os mesmos mecanismos que – de uma maneira ou de outra, de alguma forma também nos oprimem.

2.3. A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMO PARTE DO ACOLHIMENTO

Chegando ao CAPS na manhã seguinte à entrevista de acolhimento de Pedro, o encontrei dormindo em uma das poltronas da recepção, o que significava que teríamos uma oportunidade de cuidá-lo. Quando a Dra. Isabel, a psiquiatra que o acompanharia chegou, relatei rapidamente o atendimento realizado no dia anterior e combinamos de conversar com ele. A Dra. Isabel orientou deixa-lo um tempo aguardando na recepção, para que se ambientasse com a Unidade. No decorrer da manhã o encontrei acordado e informei que seria atendido, porém precisaria aguardar. Mais próximo do horário do almoço, lhe oferecemos água, recusou, mas aceitou café. Já aguardava há pelo menos três horas - incluindo o tempo que dormiu - demonstrando uma justificada irritação e impaciência. Recusou-se a almoçar, mas continuou aguardando. A rotina cotidiana do CAPS é muito corrida e só foi possível conversarmos com Pedro depois do almoço.

A Dra. Isabel é jovem e muito simpática, o que propiciou a Pedro sentir-se visivelmente mais confortável, facilitando o contato. Nessa conversa conseguimos saber um pouco mais sobre o usuário. Na medida em que a Dra. Isabel o abordava com perguntas, ele respondia que já tinha contado tudo no dia anterior. Mas, aos poucos foi cedendo e adicionando informações sobre a sua trajetória de vida. Com muita tranquilidade e paciência conseguimos saber um pouco mais sobre ele.

Quando a mãe faleceu, ele estava trabalhando num restaurante de um amigo “montando pratos” e foi “despedido”, mas não sabia explicar o motivo da demissão. Sobre a sua mãe, a descreveu como “velhinha que tinha uns problemas no corpo”, embora não soubesse especificar quais eram. Não conheceu o pai, e a sua mãe não “falava com a família”, no entanto, uma única vez lhe apontou uns primos, à distância, enquanto caminhavam na rua, mas não sabia onde moravam. Como relatado no dia anterior, desde criança tomava um remédio para “lembrar das coisas”, mas não sabia o nome. Contou que estava cursando o

primeiro ano do ensino médio quando a mãe morreu. Sobre o colégio, disse que era particular e estudava lá desde pequeno, mas não lembrava o nome, apenas que tinha um muro branco e amarelo escuro. Descreveu a sua casa como “normal”, sem detalhar, mas revelou que tinha um quarto só para ele e ficava no computador até tarde da noite. A mãe se encarregava das tarefas domésticas, enquanto ele trabalhava e estudava à noite. Relatou que um dia os amigos foram avisá-lo de que a ambulância estava levando a sua mãe para o hospital, mas que chegou lá sem vida. Nesse período ela estava na casa de uma amiga, próximo de sua casa, porque estava muito doente e precisava ser cuidada. Não sabe a causa de sua morte.

Após a morte da mãe, perdeu o emprego, abandonou os estudos e sem motivos para permanecer em Jaguariúna decidiu vir para o RJ, pois via na TV Globo um bairro bonito, onde tinha uma estátua grande – abre os braços para descrever a estátua do Cristo Redentor. Pegou carona com um amigo até a saída da cidade e depois seguiu pedindo carona em caminhões. No trajeto perdeu uma pasta preta que a sua mãe havia lhe dado, que continha todos os documentos. Perguntamos se usava drogas ou álcool e se havia tido alguma internação por problemas de saúde, ele respondeu que não.

A Dra. Isabel lhe perguntou se poderíamos fotografá-lo, ele aceitou e até esboçou um sorriso para a foto. Ela lhe propôs que continuasse voltando ao CAPS diariamente, para tomar um remédio que lhe ajudaria a “lembrar das coisas” e que poderíamos ajudá-lo a providenciar novos documentos – ele concordou. Também emitiu um laudo psiquiátrico informando que ele estava em tratamento no CAPS, no intuito de preservá-lo da violência policial. Ao final do atendimento Pedro foi acompanhado até a Farmácia, recebeu a medicação e um lanche, se despediu afirmando que voltaria no dia seguinte.

2.4. O ACOLHIMENTO COMO START DO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO

O acesso ao serviço é caracterizado pela oferta de respostas às demandas apresentadas e, particularmente no segmento da saúde, inclui os recursos que facilitam ou limitam o seu uso por potenciais usuários (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). O encaminhamento de Pedro à Emergência do Hospital Psiquiátrico pela equipe do Programa Leblon Presente, aponta para uma inconsistência do referido Programa no que diz respeito à atuação das equipes junto à população em vulnerabilidade que não se caracterize uma ameaça ao controle da ordem, por exemplo, uma pessoa em situação de rua que apresenta traços de algum transtorno mental, cujo comportamento não representa risco para a sua integridade física ou dos outros.

No caso de Pedro, ele se apresentava apenas confuso e desmemoriado, queixando-se da perda de sua documentação, o que não justificava o encaminhamento a uma emergência psiquiátrica. Entretanto, lembremos de que a prioridade do Programa é a “manutenção da ordem”, se efetivando numa prática de ”higienização de determinados espaços da cidade”, onde corpos como o de Pedro “não devem fazer parte do cenário”. Apesar dos atropelos na abordagem de Pedro pelo Programa Leblon Presente, ele conseguiu chegar ao CAPS III e assim, materializar o direito de acesso ao atendimento de saúde mental.

O seu retorno no dia seguinte à primeira entrevista foi crucial, pois possibilitou realizar um atendimento mais humanizado, menos burocrático, uma escuta mais atenta. Tentamos estabelecer uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio, priorizando traçar o diagnóstico da situação do usuário, sem abandonar o diagnóstico psicopatológico (Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002)²², que é circunscrito em protocolos de atendimento na saúde mental, visto que um está implícito ou intimamente relacionado com o outro (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). A medicamentação entra como um recurso inicial na maioria dos casos com o objetivo de estabilizar o usuário, fato que ocorreu com Pedro após a confirmação do diagnóstico de psicose aventado pela psiquiatra de plantão no dia anterior.

A partir da promulgação da Portaria do Ministério da Saúde nº332 de 2002, houve um grande processo de patologização e de medicalização²³, e como consequência, também de medicamentação²⁴, de prescrição de medicamentos, porque os atendimentos passaram a se pautar significativamente no diagnóstico (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021)

Foi o período das APACs – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, que os médicos ficavam assinando prontuários, assinando guias, para que o CAPS pudesse receber. O modelo equivocado de financiamento dos CAPS, que financiava o serviço pela quantidade e pela qualidade do diagnóstico. Então, sem tomar conhecimento de que nós estávamos patologizando e reduzindo a nossa relação, não com o ator social, o sujeito, usuário, político, protagonista, mas com a sua doença. Ao invés de estarmos colocando a doença entre parênteses, nós estávamos colocando as pessoas entre parênteses. Ingenuamente também achando que ampliar

²² É importante lembrar que a partir da Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, se tornou obrigatório ter o diagnóstico nos CAPS. Vide Ministério da Saúde, Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 23 de agosto de 2021.

²³ Segundo Amarante e Freitas (2017), o processo de medicalização desloca para o campo médico algo que é da vida cotidiana, que é natural do campo da economia, da cultura, da sociedade e que passa a ter uma explicação e uma racionalidade predominantemente ou exclusivamente médica, isto é, transformar a natureza de um evento ou fenômeno tendo como consequência um tratamento e a prescrição de medicamentos dentre outras medidas. Tal processo funciona como um poder regulador, com perda de autonomia das pessoas.

²⁴ O mito do princípio do desequilíbrio químico: esta ideia é baseada na teoria de que enfermidades mentais são resultado de desequilíbrio químico no cérebro e para promover o reajuste deste é necessário a prescrição de antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos. Tal prescrição não é praticada exclusivamente por psiquiatras, também praticada na atenção primária por outras especialidades como cardiologistas, geriatras, dermatologistas, ortopedistas, oftalmologistas, entre outras (AMARANTE ; FREITAS, 2017, posição 771).

a clínica era fazer passeio e coisas assim, e que são passeios. É muito importante que um passeio seja um passeio, que um grupo de música seja um grupo de música, e não uma estratégia de clínica ampliada. Para que a arte retome o seu potencial, a vida, as atividades culturais, as atividades de trabalho e não sejam capturadas pela racionalidade médico-psi, médico-científica, pelo biomédico (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 83:50).

Na posição de estagiária do Serviço Social, acompanhei a avaliação psiquiátrica do usuário no sentido de identificar situações que nos levassem a compreender a trajetória social daquele “sujeito”, independente do seu diagnóstico. Diante de nós estava um jovem vulnerável, limitado pela ausência de lembranças, quase pueril, que reivindicava a documentação perdida, como se fosse uma solução definitiva para todos os seus problemas. O olhar científico da médica psiquiatra, por mais que fosse humanizado, se baseava nos “sintomas” de uma aparente amnésia dissociativa²⁵, de um delírio²⁶ aparentemente sistematizado e persistente, característicos do quadro psicótico, que só com o acompanhamento seria possível confirmar, e se confirmado, poderia ou não se reverter. Os problemas de Pedro não se resumiam à segunda via de documentos, conforme ele imaginava.

O “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5” é uma ferramenta que se tornou imprescindível para o cadastro do usuário no prontuário eletrônico, pois o CID referente à sua psicopatologia o descreve e orienta o seu Projeto Terapêutico

²⁵ É um tipo de transtorno dissociativo que envolve a incapacidade de recordar importantes informações pessoais que tipicamente não seriam perdidas pelo esquecimento normal. É geralmente causada por trauma ou estresse. O diagnóstico se baseia na história após outras causas serem descartadas. O tratamento é psicoterápico, algumas vezes combinado com hipnose ou entrevistas facilitadas por fármacos. Manual MSD – Versão para Profissionais de Saúde Por David Spiegel, MD, Stanford University School of Medicine. Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornospsiqui%C3%A1tricos/transtornosdissociativos/amn%C3%A9sia-dissociativa?query=amn%C3%A9sia%20dissociativa>>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

²⁶ As ideias delirantes, ou delírio, são juízos patologicamente falsos. 1. O doente apresenta uma convicção extraordinária, uma certeza subjetiva praticamente absoluta. A sua crença é total; a seu ver, não se pode colocar em dúvida a veracidade de seu delírio. 2. É impossível a modificação do delírio pela experiência objetiva, por provas explícitas da realidade, por argumentos lógicos, plausíveis e aparentemente convincentes. Assim, diz-se que o delírio é irremovível, mesmo pela prova de realidade mais cabal, ele não é passível de ser influenciado externamente por pessoas que queiram demover o delirante de suas crenças. 3. O delírio é, quase sempre, um juízo falso; o seu conteúdo é impossível. Embora este seja o aspecto mais evidente do delírio, mais fácil de caracterizar, é, também, o aspecto, do ponto de vista psicopatológico, mais frágil. (...) Os modos como ela construiu o seu ajuizamento e como mantém a crença são patológicos, determinados por fatores mórbidos. Entretanto, cabe reforçar: na maioria dos casos, o delírio é, de fato, um juízo falso. Deve-se acrescentar, aos três indicativos ou características externas do delírio descritas por Jaspers, uma quarta característica, que ajuda a diferenciar o delírio de determinadas crenças culturais: 4. O delírio é uma produção associal, idiossincrática em relação ao grupo cultural do doente. Geralmente se trata de uma convicção de um só homem. O delírio, no mais das vezes, não é nem produzido, nem compartilhado ou sancionado por um grupo religioso, político ou de outra natureza. Ao delirar, o indivíduo se desgarrar de sua trama social, do universo cultural no qual se formou, e passa, mesmo contra esse grupo cultural, a produzir seus símbolos e suas crenças individuais. Pode-se dizer que, ao produzir um delírio, o doente engendra a sua própria religião, o seu próprio sistema ideológico ou científico”, que são criações geralmente falsas, individuais e associadas (DALGALARRONDO, 2008, pp.210,211).

Singular (PTS)²⁷. O próximo passo seria a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que de modo geral é delineado a partir do diagnóstico - com ou sem medicamentação - quando se define a indicação de frequência na Convivência do CAPS, intensiva ou não, espaço onde se realiza um acompanhamento terapêutico pelas diversas especialidades, a participação de atividades coletivas, o suporte de alimentação e autocuidado de higiene, além do suporte do Serviço Social junto ao usuário e aos seus familiares, promovendo a mediação com outros dispositivos, da saúde, da assistência social, da justiça, da educação, enfim, entidades e instituições que viabilizem a solução de demandas práticas da vida civil. O Serviço Social também participa ativamente das ações e atuações de outras especialidades na equipe.

Podemos considerar essas etapas na elaboração do PTS como padrão. Tais definições são frequentemente discutidas e compartilhadas nas reuniões regulares da equipe, prática que por vezes pode gerar discussões infundáveis e imobilizar o trabalho coletivo. Quando isso ocorre, uma ascendência hierárquica, mesmo que velada, por parte da psiquiatria, poderá intervir e definir parâmetros ou a definição pode partir da Coordenação da Unidade.

Estamos falando sobre a elaboração do PTS do usuário a partir de um diagnóstico e seus sintomas. Porventura, não estaríamos negligenciando o sujeito que existe antes e além do transtorno, cuja subjetividade não se resume a um conjunto de sintomas e características definidas pela psicopatologia? Se enquanto Instituição, somos guiados pelo modelo de aparelho substitutivo ao regime asilar criado pela Reforma Psiquiátrica brasileira e nos declaramos defensores da Luta Antimanicomial, tal prática não parece dissonante?

Nesse sentido, Figueiredo propõe que:

[...] o projeto terapêutico deve ir na direção contrária à hierarquia dos saberes e funções que designam o que é necessário ou melhor para o paciente/usuário, e ir em busca das boas perguntas. Em vez de nos perguntarmos o que podemos fazer por ele, a pergunta deve ser feita de outro modo: o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte (FIGUEIREDO, 2004).

Será que na prática cotidiana não colocamos o usuário numa condição de subalternidade nessa relação, exercendo o poder do conhecimento (prioritariamente) científico

²⁷ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário é um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL NO SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004, p.16. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/pdf/sm_sus>. Acesso em 30 de agosto de 2021.

para definir o que é melhor para ele? O fato de o espaço físico onde desempenhamos as nossas atividades não estar cercado de muros, pode não significar que todo e qualquer resquício das práticas manicomiais ficaram no passado. Amarante considera que o manicômio é um conceito, não necessariamente um espaço fechado, inclui “todos os conceitos, todos os saberes, todas as formas de definição, de fundamentação da superioridade de um sobre os outros, da inferioridade de um perante os outros” (SAÚDE MENTAL CRÍTICA, 2021, 19:03).

2.5. O INÍCIO DA TRAJETÓRIA DE PEDRO NO CAPS III

Sônia (terapeuta ocupacional) acionou o CAPS de Jaguariúna, SP, e uma enfermeira da Unidade se prontificou a acessar o cadastro da Unidade e verificar a existência de informações sobre o usuário. A princípio ela não encontrou nada e então enviamos a foto de Pedro na expectativa de que alguém o reconhecesse. Como estagiária do Serviço Social, dediquei-me a pesquisar informações na internet – redes sociais, jornais da cidade de Jaguariúna, buscando algum registro de desaparecimento, notícias policiais, enfim, qualquer publicação relacionada ao usuário. Mas nada foi encontrado, era como se Pedro Magalhães não existisse.

Na semana seguinte, voltando ao estágio, encontrei Pedro novamente dormindo na Recepção do CAPS. Integrantes da equipe informaram que ele estava frequentando diariamente e levando a medicação. Nesse mesmo dia em conversa com o usuário, foi possível acessar outras informações, que apesar de fragmentadas e com o risco de serem inverídicas apostávamos na possibilidade de nortear a nossa busca.

Pedro mostrou o requerimento da segunda via de sua certidão de nascimento expedido pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ), onde constava o número do processo e um telefone de contato. Ele relatou que foi caminhando até o Sambódromo, no Centro do RJ (uma distância de aproximadamente 10 km), perguntando para as pessoas como chegaria ao posto volante da DPERJ. Ao ler o requerimento foi inevitável pensar sobre a dificuldade para localizar a certidão original, porque só constava o seu nome Pedro Magalhães, o nome da mãe Maria Helena (sem sobrenome), o nome do pai como “não informado”, a data de nascimento 06/02/1999, natural de Jaguariúna – SP. Ao perguntar-lhe se havia lembrado a data de nascimento, ele respondeu que não, que informou a data que estava no papel do Programa Leblon Presente e o ano a “moça calculou pela idade – 19 anos”.

Diante disso, vislumbramos o enorme desafio que nos aguardava, seria quase como procurar uma agulha no palheiro, e nessa situação específica, nem o palheiro havia sido localizado. Pedro repetiu que não tinha conhecido o pai, que recordava a mãe comentando que o “Magalhães” seria o sobrenome do pai, mas não sabia o nome dele. Não lembrava o sobrenome da mãe e não sabia dizer se o pai o teria registrado, se constava na sua certidão de nascimento, mas sabia que os pais não eram casados, não moraram juntos. Sobre a mãe, contou que trabalhava como caixa de um supermercado, que recordava não ser tão grande quanto o supermercado onde ela fazia as compras para a casa. Tentar ordenar as informações de forma consistente, possibilitando encontrar um ponto de partida “concreto” para atender a demanda do usuário era como tentar montar um quebra-cabeça cujas peças-chave estavam perdidas.

Pedro seguiu frequentando o CAPS diariamente para buscar a medicação, chegava pela manhã e permanecia até à tarde, dormindo quase todo o tempo na poltrona da recepção. Às vezes tomava café da manhã, solicitava analgésicos com alguma frequência, alegando forte dor de cabeça e se restringia a interagir comigo, com a terapeuta ocupacional Sônia e a psiquiatra Dra. Isabel. Quando estava acordado, ria, falava sozinho e eventualmente demonstrava interesse por algum livro disponível na estante da recepção. Durante uma abordagem relatou que quase não dormia à noite porque era perigoso, para justificar o fato de dormir praticamente o dia inteiro. Complementou dizendo que ficava cansado, pois fazia o trajeto de ida e volta ao CAPS a pé (um total aproximado de 14 km).

Depois de mais ou menos uma semana, o usuário pediu para tomar banho e perguntou se tinha algo para comer. Aceitou uma camiseta limpa, mas recusou a bermuda, explicando que lavaria a sua no banho e depois a secaria com a toalha. Participou do lanche da tarde no refeitório, embora sem interagir com outros usuários. Propus um atendimento em conjunto com a preceptora, a assistente social Marlene e a terapeuta ocupacional Sônia, técnica de referência do usuário. No decorrer da conversa com Pedro, Marlene mostrou na internet algumas imagens de Jaguariúna, como o Hospital Municipal, mas ele não reconheceu nenhum desses lugares. Quanto à sua trajetória de vida, repetiu os relatos feitos no primeiro dia e na avaliação com a psiquiatra Isabel. Após o atendimento, a preceptora Marlene orientou-me a assumir os contatos com o CAPS de Jaguariúna, cuja enfermeira se prontificou a pesquisar se alguém na instituição ou nos arredores o reconhecia pela foto por nos enviada, e prosseguir com as pesquisas na internet visto que as demais referências do caso estavam sobrecarregas no serviço.

O usuário seguiu frequentando o CAPS e em certa ocasião pediu para pernoitar, mas a psiquiatra avaliou que não havia indicação clínica para o acolhimento noturno e definiu o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) na liberação do acesso diário ao Serviço (não obrigatório), incluindo as refeições (café da manhã, almoço e lanche da tarde), higiene pessoal e a dispensação da medicação para 07(sete) dias.

Prosseguimos em contato com a enfermeira do CAPS de Jaguariúna que, com a foto em mãos buscou informações nos arredores daquela instituição, informou que alguns rapazes frequentadores de um parque vizinho afirmaram conhece-lo, mas pelo nome de Rui, e que teriam confirmado a versão de que ele teria vindo para o Rio de Janeiro conhecer “a estátua grande” na companhia de um malabarista do circo local, que retornou sozinho, porque o seu amigo (hipoteticamente o Pedro) se recusara a voltar com ele. Jamais conseguimos identificar se tal história era real, ou se as pessoas se confundiram ao olhar a foto. Nosso usuário negou ser verdadeira essa versão dos moradores de Jaguariúna.

Com base nas lembranças de Pedro, pesquisei exaustivamente estabelecimentos de ensino, restaurantes, supermercados, hospitais, postos de saúde, pontos de referência de Jaguariúna e sentava com ele frente ao computador, para mostrar-lhe na esperança que reconhecesse algum desses locais, mas as referidas pesquisas se mostraram infrutíferas. Em contato com o Cemitério Municipal de Jaguariúna, o funcionário informou que o único registro de sepultamento com o nome de Maria Helena se referia ao ano de 2015 e a pessoa em questão, era de Campinas. O usuário havia relatado que a mãe faleceu em 2018.

Por indicação da enfermeira do CAPS de Jaguariúna, fiz contato com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS local, cuja orientação foi que o CAPS III do RJ enviasse um e-mail institucional aos cuidados da Coordenação, constando as informações disponíveis, solicitando a colaboração na localização dos dados do usuário. Dessa forma, o CREAS poderia acionar os cartórios de registro de pessoas naturais, as maternidades, as escolas, divulgar a foto nos prédios públicos da cidade, dentre outras medidas. Com a ajuda da preceptora Marlene redigi um pequeno relatório sobre o usuário, constando os dados por ele informados. Para que a comunicação com o CREAS fosse institucional, seria necessário que o e-mail fosse assinado e enviado pela direção do CAPS III do RJ.

Na maioria dos dias em que estava no estágio, conversava com Pedro e tentávamos reconstituir as suas lembranças, no intuito de identificar algum fato novo, concreto, que nos possibilitasse agilizar a sua documentação civil. Era notório que havíamos construído um vínculo que facilitava a comunicação. Ele mostrava-se mais sociável e organizado, no entanto

as suas lembranças continuavam imprecisas e vagas. A cada novo relato, fazíamos uma checagem com novas pesquisas. As investigações prosseguiram com base em fragmentos de memória – o nome de um amigo, da ex-namorada com quem romperá há dois anos, a cor do carro que a mãe dirigia e ficava parado na porta de casa, o bairro onde morava que poderia ter Europa no nome, enfim, ouvíamos atentamente, anotávamos, checávamos, mas sem encontrar sequer uma pista concreta. Em contrapartida, o usuário se mostrava angustiado e ansioso pela demora da documentação, lhe sendo incompreensível o fato de a justiça não emitir os seus documentos com base na sua declaração de se chamar Pedro Magalhães.

Numa tarde, enquanto conversávamos, observei que Pedro “arrancava peles” da sola dos pés e ao perguntar sobre a causa da descamação, ele explicou que ia e voltava a pé da Lagoa todos os dias, atravessando três bairros, que o seu tênis estava furado, criando bolhas que haviam estourado. Diante disso, sugeri que passasse a dormir nas proximidades do CAPS, evitando as longas caminhadas, onde teria mais segurança e poderia recorrer à unidade em situações de emergência.

Depois de quase dois meses frequentando o CAPS diariamente, o PTS do usuário não tinha sido reavaliado, se resumia à medicação, ao suporte alimentar e de asseio pessoal. Ele permanecia distante dos demais usuários e técnicos, interagia timidamente quando provocado e se mostrava refratário às oficinas e outras atividades terapêuticas coletivas. Havia fortes indícios de existir um déficit de investimento terapêutico por parte da equipe técnica em relação ao usuário, indicando que o seu PTS se baseava principalmente no uso de medicação.

Nas reuniões de final de turno e reuniões de equipe, invariavelmente compartilhávamos as informações do acompanhamento do usuário e frequentemente aventávamos a possibilidade de um suporte psicoterapêutico com o objetivo de ajudá-lo a se organizar mentalmente, mas na visão da médica psiquiatra e de alguns psicólogos, a amnésia apresentada pelo usuário diagnosticado como psicótico, fazia parte do quadro e inclusive poderia ser irreversível, e a dosagem da prescrição (Risperidona) era avaliada quinzenalmente. Porém, independente de resgatar a memória, existia no usuário o desconforto de não se recordar do passado, sobretudo na sua condição de “sozinho no mundo”, sem raízes, sem referências, existia nele sofrimento com potencial de ser atenuado com a palavra.

Segundo Figueiredo (2004, p.77), a partir da avaliação psiquiátrica, com base “na psiquiatria atual, não há um diagnóstico do sujeito e sim de uma coleção de fenômenos que nada dizem a respeito dele”. [...] “a maneira de fazer o sujeito existir é trazer à cena do tratamento o sujeito do inconsciente que se apresenta por meio de seu sintoma. É essa

articulação que muda o eixo da discussão diagnóstica e de tratamento” (FIGUEIREDO, 2004, apud FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2001).

Um estudo de caso, então, não pode mais ser um relato compilado de acontecimentos e procedimentos dispostos em uma sequência com critérios pré-estabelecidos a serem preenchidos. Este é o caso da anamnese, que resulta na súmula psicopatológica padronizada que viceja nas sessões clínicas da psiquiatria. Aqui está a diferença, todo o esforço diagnóstico deve se deslocar dessa assepsia para trazer à cena o sujeito e suas produções. E este só aparece pela via do discurso, no qual podemos localizar seu sintoma ou seu delírio (FIGUEIREDO, 2004, p.78).

O Serviço Social não intencionava debater cientificamente com a área médica ou com a psicologia, mas, nos cabia defender o acesso do usuário a um acompanhamento que lhe propiciasse suporte emocional para “escrever uma nova história”. Porém, era perceptível a ascendência da equipe “psi” sobre os demais saberes. A nossa proximidade e vínculo com os usuários nos possibilitava um importante conhecimento das suas reações e necessidades no cotidiano, cujos técnicos nem sempre tinham acesso. A dinâmica do trabalho coletivo se circunscrevia a uma “equipe multidisciplinar”, o que não se refletia em uma atuação “interdisciplinar”.

2.5.1. Senso comum e preconceito na atuação profissional

Embora não fosse ostensivo, alguns membros da equipe técnica expressavam a sua desconfiança do usuário, argumentando que ele poderia ser um oportunista, visto que no CAPS “tinha onde passar o dia e comer de graça”. Era alegado que “se ninguém tomasse uma providência, ele continuaria sentado no sofá, sem procurar o que fazer” e uma psicóloga usava o argumento de que o usuário “precisaria de um choque de realidade, para sair da inércia”. O que seria um choque de realidade para quem não tem memória, não tem família, encontra-se sozinho no mundo, ouve vozes, é um jovem negro em uma sociedade racista e está em situação de rua, sem documentos?

Para além da vulnerabilidade da extrema miséria, choque de realidade é o que nos mostra as manchetes cotidianamente, como a publicação do jornal Folha de São Paulo em dezembro de 2020: “Morador de rua morre em padaria em Ipanema²⁸”. Conhecido como Cadu, ele se encontrava em situação de rua e naquela manhã se dirigiu à padaria onde

²⁸ FOLHA DE SÃO PAULO. Estou sem alma, disse morador de rua antes de morrer em padaria de Ipanema no Rio. Publicada em 02 dez 2020 às 16h29, por Júlia Barbon. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/12/estou-sem-alma-disse-morador-de-rua-antes-de-morrer-em-padaria-de-ipanema-no-rio.shtml>>. Acesso em 28/07/2021.

costumava “tomar um cafezinho”, mas dessa vez para pedir ajuda, pois sentia-se mal e ali mesmo tombou. O seu corpo foi coberto por um saco de lixo preto e cercado por mesas e cadeiras, ficou mais de duas horas no chão do comércio, invisível para a clientela que tranquilamente tomava o seu café-da-manhã, até ser retirado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que sequer sabia o seu nome, pois ele não tinha documentos. Por meio de contatos de colegas do local, a sua família foi localizada e só depois de cinco dias foi possível enterrá-lo. Uma imagem vale mais do que mil palavras:

Figura 1: Morador de rua morre em padaria em Ipanema

Morador de rua morre em padaria em Ipanema



Fonte: Folha de São Paulo, 2020.

A invisibilidade de Cadu não difere da condição dos usuários da Saúde Mental que vivem em “situação de rua” – e não são poucos. Estar em situação de rua é estar em extrema vulnerabilidade, não é uma opção de vida, ao contrário, é a falta de opção de uma vida digna, é quando a impossibilidade de repousar tranquilamente lhe é sonogada em face à violência das ruas, é não ter acesso a uma higiene adequada, ser estigmatizado e discriminado por isto, é despertar todos os dias com a incerteza se de alguma forma irá se alimentar, é viver de inseguranças e desesperanças.

O CAPS é um importante dispositivo substitutivo na saúde mental que prioriza o atendimento à crise, a promoção da estabilidade do quadro, para promover a inserção e/ou reinserção do usuário na comunidade, materializando o acesso ao exercício de cidadania, liberdade e equidade. A perceptível resistência ao usuário por parte da equipe poderia estar relacionada ao seu comportamento não agressivo, não violento, ao seu isolamento silencioso e uma aparente preservação, características que não eram regra na “clientela” que ali circulava,

portanto, foi construído um contrassenso comum de que ele estaria dissimulando ou não teria perfil para ali ser tratado.

A hipótese de dissimulação colocaria em xeque o diagnóstico de psicose, presumindo um equívoco coletivo, agravado pela possibilidade de se estar medicando alguém sem necessidade, aspecto que inviabilizaria justificar o aumento da dosagem da medicação e o acréscimo de outros medicamentos no decorrer das avaliações periódicas. Depois de quase três meses, de inúmeras entrevistas e avaliações, conversas e discussões do caso pela equipe, o juízo de valor de “oportunista” não se sustentava. Além de todas as dificuldades para localizar a certidão de nascimento original, surge ainda um novo desafio para o Serviço Social – defender o direito de o usuário permanecer em tratamento, sem privação do suporte garantido desde a sua chegada.

2.5.2. A multidisciplinaridade não necessariamente se materializa em interdisciplinaridade

Vínhamos mantendo contato frequente com duas servidoras da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DEPERJ) responsáveis pelo acompanhamento do processo de busca da certidão de nascimento original de Pedro, que solicitaram um relatório informando o andamento dos contatos realizados, das pesquisas junto às instituições de Jaguariúna, para anexar aos documentos do referido processo e agregar na busca. A essa altura já havia se esgotado todas as possibilidades de investigação e pesquisa pela internet, por telefone e por e-mail, sem êxito. Uma última tentativa de obter informações junto ao Cartório de Registro Civil de Jaguariúna por telefone foi negada, só seria possível consultar pessoalmente.

Diante desses resultados e em virtude da vulnerabilidade do usuário que permanecia em situação de rua, a preceptora Marlene achou por bem propor ao Pedro que ele voltasse para a sua cidade de origem. Em reunião com o usuário em uma sala privativa, conversamos, expusemos a dificuldade e a falta de previsão de tempo para conseguir a documentação, mas ele recusou-se a voltar, alegando não ter mais ninguém em Jaguariúna, o que o faria viver como mendigo nas ruas. E a sua argumentação fazia sentido. Apesar de Pedro afirmar que não possuía família, a proposta de retorno à sua cidade demonstrava que, diante das dificuldades de atendimento às demandas decorrentes da retração de políticas sociais, pode promover o equívoco de se considerar como solução transferir para a família ou para o local de origem, a responsabilidade do cuidado do usuário, como uma tentativa extremada de ofertar uma solução a partir das mãos vazias.

O usuário evoluía positivamente, não estava mais solilóquio, se mostrava sociável, dormia menos e aproveitava o dia para ler com mais frequência e desenhar imagens abstratas, cuja estética cuidadosa revelava traços firmes. Nesse mesmo período passou a participar da Oficina de Fuxico (costura) e da atividade da biblioteca, onde demonstrou habilidades em informática. Participava também animadamente da Cantoria que ocorria uma vez por semana, tocando percussão. Volta e meia ele me procurava para contar uma lembrança nova, dentre elas o nome da mãe que não era Maria Helena e sim Camila, e a sua data de nascimento que não seria 06/02/1999 e sim 05/02/1998, recordações que se reais, inviabilizariam a busca da certidão, pois contradiziam os dados preenchidos no requerimento da segunda via. De qualquer forma, essas informações eram repassadas à DEPERJ. Deparávamos com um curioso caso que não apresentava referências ou pistas que apontassem alguma direção para identificar a origem do usuário.

Um segmento da equipe persistia resistente em aceitar a permanência do usuário na instituição, defendendo a ideia de alterar o PTS do mesmo, reduzindo a sua frequência no CAPS e conseqüentemente, o suporte que lhe era garantido (refeições e cuidados de higiene), argumentando que a mudança o motivaria a “se mexer e sair da inércia”, pois “era visível que não apresentava nenhuma evolução ou alteração do quadro”. Essa percepção se justificava pelo distanciamento que parte dos técnicos mantinha do usuário, a falta de interesse no caso, que restringia o convívio à observação distante e a dispensação da medicação. No entanto, eu e a psiquiatra referenciada que o acompanhávamos mais amiúde, percebíamos mudanças na sociabilidade, no autocuidado, na comunicação verbal, além de um raciocínio mais organizado, embora sem resgate das lembranças do passado. Apesar do progresso apresentado, ainda não seria viável a inserção de uma rotina de trabalho e auto sustento que lhe requisitasse práticas sociais formais – ele não estava apto, além do fato de não possuir documentos. Como conseguiria trabalhar? Em reunião com a preceptora Marlene questioneei a “inaceitável” proposta de redução do PTS do usuário como “medida terapêutica”, simplesmente devolvendo-lhe à mendicância como única alternativa de sobrevivência. Esse seria o processo de reinserção social da saúde mental? Ao fim da reunião ficou combinado que a preceptora Marlene levaria o caso de Pedro à reunião de supervisão da equipe, para que fosse discutido amplamente.

Uma questão delicada no trabalho coletivo das equipes do CAPS é abordada por Figueredo (2004), que trata da construção do caso clínico e a distribuição do poder de intervenção nas equipes, que podem apresentar um modelo hierárquico ou igualitário na organização do trabalho coletivo. Ao se referir ao trabalho coletivo, vale ressaltar que no caso

dos CAPS, “esses serviços constituem-se fundamentalmente a partir do trabalho ‘em equipe’, um trabalho marcadamente coletivo, a partir da convivência tanto entre pares quanto entre técnicos e usuários (pacientes, familiares e outros agentes).”

O trabalho coletivo pode se organizar no modelo de “equipe hierárquica” que é mais comum nos hospitais psiquiátricos e geralmente prevalecem as especialidades, na autoridade do médico, do enfermeiro e do psicólogo, fazendo com que as demais opiniões pouco interfiram na especialidade que ocupa o poder, ou no modelo de “equipe igualitária”, adotado pelo CAPS III. Já sobre o modelo de equipe igualitária, Figueiredo descreve algumas características:

A equipe igualitária se apresenta no extremo oposto: as especialidades sofrem uma implosão’, devendo todos os participantes ter a palavra, seja em que momento for. A hierarquia dá lugar a uma autorização difusa e sempre questionável de um profissional por outro. Ao contrário da anterior, as discussões são infundáveis e a cada argumento novo, surge uma nova situação ou uma nova dúvida. Tudo pode ser discutido, e o que prevalece é o confronto de ‘igualdades’, em que cada diferença pode ser tomada como desavença ou ameaça ao equilíbrio harmonioso do todo, no qual se sustenta a equipe. Aqui, a equipe se sustenta na lógica do ‘todo’. O igualitarismo corre o risco permanente de desconsiderar a especificidade de certas ações no trabalho clínico em nome de abolir as especialidades profissionais ou de confrontá-las. Como, então, resolver o impasse entre esses opostos que trazem a marca de sua própria falibilidade? Nem hierarquia como sinônimo de rigidez ou inflexibilidade, nem igualitarismo como sinônimo de indefinição ou confronto de especialidades. Na prática, o que observamos é uma mistura, uma composição híbrida dos dois modos de funcionamento, de acordo com as situações que emergem (FIGUEREDO, 2004, p.44).

Durante a vivência no campo de estágio foi possível observar claramente exemplos das situações anteriormente descritas, no tocante ao confronto de igualdades. Por exemplo, quando o técnico de referência²⁹ alterava o PTS do usuário e não comunicava aos demais membros da equipe. Outro técnico – por desconhecimento – desautorizava os novos combinados com o usuário (cuja palavra não era levada em consideração) no que resultava em prejuízo do mesmo, com a exclusão de acessos e prerrogativas no Serviço. O técnico de referência ao tomar conhecimento do ocorrido, intervinha formalmente restabelecendo as

²⁹ O terapeuta (ou técnico) de referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS. Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL NO SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004, p.16. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/pdf/sm_sus>. Acesso em 30 de agosto de 2021.

novas regras, fato que não raro produzia constrangimentos e dissensões entre os integrantes da equipe.

Outra reflexão de Figueiredo (2004) é sobre o aspecto de que “não se pode trabalhar sozinho, isoladamente, mas a responsabilidade do ato se situa no um a um. O ato é solitário, mas nem por isso intransmissível. Pode-se produzir um saber a partir do que deve ser partilhado”.

A responsabilidade do ato de cada um também é partilhável e deve ser retomada em determinado momento do trabalho coletivo. Se isso não for feito, pode se suceder um emaranhado de acusações a cada dificuldade, a cada obstáculo, retornando ao confronto já mencionado. O que se deve partilhar, afinal? Como partilhar a responsabilidade se é de cada um? Partilha-se a experiência? Sim e não. Sim, porque cada um deve prestar contas do que fez, porque e como o fez. Não, porque não se trata de apresentar sua experiência como um bem ou como algo que foi vivido em seu trabalho como um sentimento ou conflito a ser elaborado. Não se trata também de inquirir sua intervenção para julgar se fez certo ou errado, e cumpriu o que devia etc. (FIGUEIREDO, 2004, p.45).

A importância de partilhar ações, saberes e as informações recolhidas de cada caso, após as intervenções, viabiliza um único direcionamento ao PTS, visto que muitas vezes os elementos recolhidos junto ao usuário, agregados das variadas observações por parte da Equipe, possibilitarão retificações ou abrirão novas possibilidades de encaminhamentos que auxiliem a atuação do técnico de referência e a equipe como um todo.

2.5.3. Reunião de supervisão de equipe – um divisor de águas?

Durante o relato do caso de Pedro, um integrante da equipe multidisciplinar aventou a hipótese de que o usuário não estivesse ingerindo a medicação dispensada, visto que levava para tomar antes de dormir, fato que justificaria a inalteração de seu quadro, sugerindo que a sua frequência no CAPS fosse condicionada à medicação assistida, isto é, na presença de um profissional que verificaria se realmente foi ingerida pelo usuário. Mais uma vez via-se a responsabilização do usuário pelo “insucesso do seu tratamento”.

Diante disso, pedi permissão à preceptora para compartilhar as minhas impressões sobre o usuário, consciente do risco de ferir suscetibilidades, visto que o acompanhava de perto desde a sua chegada. Após relatar aspectos que demonstravam que sim, havia evolução no quadro de Pedro e esclarecer sobre as limitações do seu PTS, a supervisora do território se pronunciou: “precisamos ajudar o usuário a construir uma vida como Pedro”, apontando para a necessidade de acolhimento noturno que assegurasse uma observação mais próxima por

parte da equipe, não só quanto ao uso da medicação, mas no intuito de realizar uma posterior avaliação da sua condição mental. Diante da devolutiva da supervisora de território, vários técnicos da equipe, incluindo aqueles que eram refratários quanto à sua presença do usuário no CAPS, mudaram suas posições e manifestaram interesse no acompanhamento do caso.

O mais irônico foi o desfecho dessa situação, pois Pedro recusou-se a ficar acolhido quando tomou ciência da planilha de medicação da enfermagem, onde constava a prescrição de um “SOS” para dormir e um medicamento injetável para agitação (contenção química). A psiquiatra esclareceu que a referida prescrição era um padrão para todos os acolhidos, porque durante a noite não havia a presença de médicos na unidade. O usuário se sentiu perseguido e afirmou que a prescrição seria para “controlá-lo”, recusando-se a ficar e pedindo a sua medicação para levar.

Foi frustrante depois de tanto esforço, o usuário recusar o acolhimento noturno. Coincidentemente naquela noite caiu um temporal na cidade do RJ que inundou as ruas do bairro, as imediações do CAPS e o local onde ele dormia. A preceptora Marlene comentou que ele retornaria, porque não tinha para onde ir e assim ocorreu, ele voltou no dia seguinte e se permitiu ser cuidado. Quanto às recomendações da supervisora de território, só tiveram reflexo na postura dos técnicos durante a reunião de supervisão e num primeiro momento do acolhimento noturno. Ao surgir a primeira demanda de vaga para um usuário em surto, foi dada a alta para Pedro, que retornou para a rua e ao acompanhamento diário no Intensivo.

Com a chegada da nova assistente social, que chamaremos de Cristina, foi possível otimizar o atendimento do Serviço Social como um todo, restabelecendo a divisão dos usuários por território. Embora Pedro passasse a ser referenciado por Cristina, ficou definido que eu prosseguiria no acompanhamento, mesmo estando vinculada à outra equipe. Compartilhamos o andamento do caso e as informações obtidas até aquela data. Diante do exposto, Cristina acionou um papiloscopista para coletar as digitais do usuário e promover uma nova busca, incluindo outros estados.

2.5.4. Normativas e burocracia: barreiras no acesso a direitos

O usuário demonstrava impaciência e aflição pela falta de notícias sobre a sua certidão de nascimento e por vezes nos acusava de não estarmos nos empenhando o suficiente para resolver o problema. Outras vezes sentia-se perseguido, paranoico, mas se acalmava depois de conversarmos. Nessas ocasiões exercitávamos retrospectivas de sua vinda para o RJ, na tentativa de acessar lembranças novas que eventualmente frutificavam informações, embora

não relevantes para localizar os documentos, mas válidas na construção da sua trajetória. O seu descolamento das demandas práticas da vida chegava a ser pueril, evidenciando uma visão de mundo singular, onde os problemas se solucionavam a partir de pensamentos mágicos. Em novo contato com a DPERJ, nos foi indicado o PLID - Programa de Localização e Identificação de Desaparecidos que, a partir da foto de Pedro poderia pesquisar no seu banco de dados e obter informações concretas que levassem à sua identificação civil, com o qual fizemos contato e passamos a contar com a colaboração do referido serviço.

Na medida em que o caso de Pedro passou a ser mencionado nas reuniões de supervisão de território, alguns técnicos da equipe que ficavam na Convivência do CAPS - terapeutas ocupacionais, psicólogos, músico-terapeutas, residentes e estagiários multidisciplinares - se aproximaram dele e relatavam as suas impressões nas reuniões de final de turno, para alinhamento do seu PTS. O grupo de técnicos que questionavam o transtorno mental do usuário persistia no propósito de alterar o seu PTS e retirá-lo do acompanhamento Intensivo, começando por suspender o jantar e antecipando a sua saída logo após o lanche da tarde.

Nas reuniões de supervisão de estágio, aproveitava a oportunidade para conversar com a preceptora sobre situações adversas relativas ao relacionamento da equipe com o usuário e a mesma argumentava que ali não era lugar para ele, pois o CAPS era um serviço de atendimento à crise e ele não estava em crise. Então, nesse caso, é passível questionar qual seria o parâmetro a ser utilizado se a sua prescrição de Risperidona³⁰ e Haldol³¹ era em doses

³⁰ Segundo o Bulário Eletrônico da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o medicamento Risperidona é indicado no tratamento de uma ampla gama de pacientes esquizofrênicos incluindo: a primeira manifestação da psicose; exacerbações esquizofrênicas agudas; psicoses esquizofrênicas agudas e crônicas e outros transtornos psicóticos nos quais os sintomas positivos (tais como alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, hostilidade, desconfiança), e/ou negativos (tais como embotamento afetivo, isolamento emocional e social, pobreza de discurso) são proeminentes; alívio de outros sintomas afetivos associados à esquizofrenia (tais como depressão, sentimentos de culpa, ansiedade); tratamento de longa duração para a prevenção da recaída (exacerbações agudas) nos pacientes esquizofrênicos crônicos. A Risperidona é indicada para o tratamento de curto prazo para a mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar I. A Risperidona é indicada, por até 12 semanas, para o tratamento de transtornos de agitação, agressividade ou sintomas psicóticos em pacientes com demência do tipo Alzheimer moderada a grave. A Risperidona também pode ser usada para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo desde sintomas de agressividade até outros, como autoagressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor. Disponível em <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/25351410563200657/>, acessado em 19/03/2021.

³¹ Segundo Bulário Eletrônico da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o medicamento Haldol (haloperidol) é indicado como agente antipsicótico - em delírios e alucinações na esquizofrenia aguda e crônica. Na confusão mental aguda. Como um agente antiagitação psicomotor: mania, demência. Agitação e agressividade no idoso. Distúrbios graves do comportamento e nas psicoses infantis acompanhadas de excitação psicomotora. Movimentos coreiformes. Tiques. Estados impulsivos e agressivos. Síndrome de Tourette. Como antiemético: náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens, quando outras terapêuticas mais específicas não foram suficientemente eficazes. Disponível em <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=HALDOL>>. Acesso em 19 de março de 2021.

equivalentes ou até mais elevadas às doses prescritas para outros usuários em crise? Quanto ao aumento da dosagem da medicação, muitas vezes ocorria quando o usuário se mostrava inadequado ou respondia irritado a abordagens dos técnicos, entretanto, suas reações não eram agressivas, violentas ou destrutivas - mesmo quando chegou ao Serviço, se apresentava apenas isolado e desconfiado.

Existia certo consenso por parte da equipe “psi” acerca da premissa de que teria havido uma ruptura, uma dissociação com a realidade a partir de um surto psicótico e o usuário teria mergulhado em um delírio persistente, do qual talvez jamais retornasse. Tal diagnóstico e prognóstico decretava que quase nada se teria a fazer, portanto, não faria sentido ele continuar frequentando o CAPS. Curiosamente, jamais foi aventada a possibilidade de encaminhá-lo para outro dispositivo (por exemplo) que oferecesse um suporte psicanalítico ou psicoterápico, algo que envolvesse a palavra, a escuta e se somasse à medicação no intuito de estrutura-lo para organizar a sua vida psíquica e civil. O projeto de conclusão do tratamento estava atrelado a encontrar um trabalho e ele se responsabilizar por seu próprio sustento, restando ao CAPS a dispensação da medicação e acompanhamento psiquiátrico, o que aparentemente “cumpriria” a sua função institucional de reinserção social do usuário.

3. A IDENTIDADE DE PEDRO, RECÉM-DESCOBERTO VINÍCIUS

3.1. UMA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DESVELANDO UMA VIDA

A essa altura do tratamento, Pedro se tornara bastante sociável e interagiu com os outros usuários, dispensava cuidados aos mais velhos e debilitados, havia cultivado a amizade dos porteiros e passava parte do tempo na varanda conversando.

No início de agosto recebemos uma ligação da servidora da DPERJ comunicando que havia chegado a Certidão de Nascimento de Pedro, que na verdade se chamava Vinícius Jatobá de Moraes. Cristina, assistente social referenciada do caso, solicitou que a certidão digitalizada fosse enviada por e-mail e posteriormente o usuário buscaria a certidão original. Cristina imprimiu a certidão de nascimento e o cartão de identificação da carteira de identidade de Pedro (Vinícius) e propôs que juntas apresentássemos o documento ao usuário.

Pedro não se reconheceu na foto do cartão de identificação da carteira de identidade, quando ele tinha 13 ou 14 anos, embora não houvesse sombra de dúvidas de que era ele. Continuava afirmando que não possuía família, mesmo quando argumentávamos sobre a possibilidade de não se lembrar. Negava ser de Campinas, alegando que nem conhecia a cidade e nunca tinha saído de Jaguariúna. Quando esclarecido que aquela documentação correspondia às suas digitais, ele contra argumentou que estava errada, que “o computador errou”.

Cristina ponderou que não teria outros documentos para apresentar e ele teria de aceitar aquele. Diante da angústia e perplexidade do usuário, no intuito de ganhar tempo para ele digerir a notícia, avantei a possibilidade de ele ter sido adotado, de aquelas pessoas serem a família biológica que talvez ele não tivesse conhecido, de sua mãe não ter lhe contado para não magoá-lo. Naquele momento, a possibilidade da adoção lhe perturbaria menos do que alguém querendo lhe provar que ele era outra pessoa. Ele contestou dizendo que tinha certeza de que não, pois seu nome não era Vinícius. O usuário estava visivelmente aflito e perplexo. Na tentativa de tranquilizá-lo combinamos uma ida à DPERJ e lá, ele teria acesso ao processo, ao documento original e também poderia reclamar sobre o “suposto erro”. Cristina retirou-se da sala e segui mais alguns minutos conversando com Pedro, que perguntava: “você sabe que eu sou Pedro, né? Você sabe de tudo sobre mim, me acompanha desde que eu cheguei”.

Naquele momento seria inútil tentar convencê-lo de que a documentação correspondia às suas digitais, só aumentaria a sua angústia. Prometi-lhe que organizaria a ida à DPERJ o mais breve possível. Passados uns quinze minutos do encerramento da conversa, Pedro me procurou pedindo para dispensar a medicação mais cedo, porque queria ir embora, não queria

lanchar, precisava “caminhar”, porque a cabeça estava doendo muito. Enquanto aguardava pela medicação na sala de cuidados, comentou que iria até à base do Projeto Leblon Presente procurar a assistente social que lhe deu o requerimento para a DPERJ, para “avisar que o documento veio errado, que teve erro no computador”. Foi inútil tentar demovê-lo da ideia, ele pediu o visto no cartão de frequência e saiu apressadamente.

Na reunião de final de turno, Cristina atualizou as informações sobre a identidade de Pedro e surpreendeu a todos. A ida à Defensoria foi considerada uma medida terapêutica, pois diante da materialidade da certidão original e o acesso ao processo de busca, talvez pudesse recuperar alguma lembrança que propiciasse aceitar a certidão, caso contrário, teria a chance de se manifestar perante a justiça de que havia um erro e solicitar a correção do mesmo.

3.2. O ESTRANHAMENTO DE SI MESMO

Tendo em mãos a certidão de nascimento e o cartão de identificação, conseguimos conhecer os verdadeiros dados do usuário, como a data de nascimento - 30/10/1995. O acesso ao nome dos pais, avós maternos e paternos e a cidade onde nasceu (Campinas - SP), nos permitiu acessar também o CPF e o Cartão Nacional de Saúde - CNS. Tínhamos acesso a novos fragmentos da história do usuário, soterrados em alguma parte da sua mente.

As informações constantes na certidão de nascimento possibilitaram prosseguir investigando na internet informações sobre os familiares de Pedro. A partir do nome do pai foi possível localizar processos na justiça referentes a um requerimento de saque de FGTS, PIS/PASEP, datado de 17/08/2017, ajuizado por uma mulher, que depois viríamos saber que seria uma meia-irmã, de outro relacionamento do seu pai. Também havia notificações sobre um processo de inventário do avô materno, no qual sua mãe era citada como uma das herdeiras.

Além dos processos, foram encontrados dois perfis no Facebook com sobrenomes homônimos, residentes na cidade de Campinas - SP, onde ele nasceu. Um dos perfis era de uma jovem, cujas publicações exibiam fotos de Vinícius mais jovem, com um grupo de pessoas que pareciam pertencer à mesma família. Foi muito impactante, após seis meses de buscas fracassadas, observar novos fragmentos daquela história. Faltava identificar o tipo de vínculo que Pedro tinha com aquelas pessoas e para esclarecer, usei o “Messenger” para perguntar se a jovem em questão o conhecia, informando que ele estava o RJ, em tratamento num CAPS. No dia seguinte pela manhã a jovem respondeu informando que o rapaz da foto era o seu irmão Vinícius, que havia desaparecido de Campinas em Janeiro de 2019, depois de

enlouquecer. Ela escreveu: “ele enlouqueceu e sumiu. Ele gritava com a gente, pedia pra sair de perto dele, não tínhamos o que fazer” [sic]. “Nossos pais morreu, depois disso ele ficou sem chão acredito” [sic]. Ela informou o seu número de celular, o contato dos tios e da avó materna, esclarecendo que não podia falar ao celular no horário de trabalho, mas estaria disponível à noite. De repente se descortinava uma vida repleta de outras histórias.

O usuário em questão, ainda conseguiu chegar ao CAPS e ser acolhido – apesar das incompletudes nos cuidados disponibilizados - viabilizou um exitoso processo de investigação que permitiu o acesso à sua verdadeira identidade e, mais que isso, aos poucos foi contando a sua história de vida. Esse acompanhamento me fez entender todo o sentido do Serviço Social, fundamentou e materializou a importância do desempenho da profissão em defesa do acesso aos direitos e à cidadania da população mais vulnerável. Quanto à loucura, por mais que tenhamos evoluído na relação social com as diferentes subjetividades, ainda é perceptível a rejeição aos portadores de transtorno mental por grande parte da população, que teme os comportamentos atípicos por vezes inadequados e consideram impossível inserir ou reinseri-los na comunidade.

Estamos falando de intolerância ao diferente – que não se restringe a esse grupo, mas inclui discursos equivocados que consideram suas famílias vítimas de uma fatalidade, condenadas a carregar um fardo. Espectros como compulsivos, psicóticos, neuróticos, depressivos, portadores de transtorno afetivo bipolar entre outros, que se mantenham aparentemente preservados e funcionais na vida civil, têm suas singularidades encaradas pelo senso comum como falhas de caráter ou deficiência na educação recebida - ou são preguiçosos, ou são cheios de manias, enfim, devem ser “ajustados” ao “padrão normal” ditado pela sociedade.

3.3. O CONTATO COM A FAMÍLIA DE PEDRO (VINÍCIUS)

Foram inúmeros os contatos realizados com a família de Pedro (Vinícius) e com base nestes, fomos reunindo os fragmentos e os organizando com o objetivo de aos poucos, dar forma ao quebra-cabeça de como aquela vida se mostrava. Os relatos mais detalhados e contundentes partiram de sua irmã do meio, que chamaremos de Carine. Fatos sumamente importantes foram revelados por seu tio Tiago, que é bem jovem e praticamente foi criado juntamente com os sobrinhos. E, com base nas longas conversas com esses dois familiares tornou-se possível “desembaralhar” as novas peças e aos poucos dar forma a um passado concreto.

O seu tio Tiago trabalhava numa empresa construtora de piscinas e estava alocado em Nova Iguaçu, RJ, entrou em contato manifestando o desejo de visitar Pedro. Esclareceu que era muito pobre e gostaria de ter ideia do custo da ida ao CAPS. Expliquei quais os meios de transportes necessitaria utilizar e o custo aproximado, ele ficou bastante animado e na semana seguinte enviou uma mensagem pelo whatsapp para combinar o dia e o horário. Perguntei se ele teria acesso e condições de levar algum pertence que fosse significativo para Pedro, como tentativa de ativar-lhe a memória. Também esclareci que precisava conversar com o usuário, para saber se ele aceitaria a visita. Pedro concordou em receber Tiago e quando questionado sobre o motivo de aceitar a visita, respondeu que seria por curiosidade.

3.4. A VISITA DO TIO TIAGO AO CAPS III

No dia 09/09/2019, Tiago chegou ao CAPS para visitar Pedro. Enquanto aguardávamos a chegada de Tiago, fomos tomar café em uma lanchonete próxima e “passeando” pelo perfil de Vinícius no Facebook, Pedro olhava as fotos e dizia “Ele não se parece comigo! Não está vendo?” Mas, se identificava com o gosto musical e as postagens “daquele desconhecido”. Com a chegada de Tiago nos encaminhamos para uma sala privada e solicitei o acompanhamento de uma terapeuta ocupacional, pois como estagiária não seria adequado reuni-los sozinha.

Pedro que tinha demonstrado certa ansiedade em receber a visita, ao ver Tiago pareceu decepcionado, como se esperasse ver outra pessoa, talvez. Já na sala privada, Tiago tomou a palavra e iniciou um diálogo, expressando a sua satisfação de vê-lo bem, saudável e “até gordinho”, se sentia feliz em encontra-lo depois de quase um ano desaparecido, sem notícias. Contudo, Pedro disse que não lhe conhecia, que nunca o tinha visto, que estava sendo confundindo com outra pessoa. Tiago replicou e o acusou de estar fingindo, dizendo: “conheço muito bem o seu riso nervoso, quando você mente”. E continuou “entendo que você esteja com raiva da família, porque nós erramos quando não fizemos um BO (Boletim de Ocorrência) quando você sumiu, peço perdão por isso”. Pedro sem se alterar disse: “sinto muito, mas não sou a pessoa você está procurando”.

A terapeuta ocupacional interveio sugerindo que Pedro aceitasse o afeto que aquela família estava ofertando, independente de conhecê-los, visto que eles desejavam ajuda-lo no que fosse possível. A esta sugestão respondeu que tudo bem, que não se oporia aos contatos. Tiago é um jovem muito articulado e aparentemente envolvido por suas crenças religiosas, como frequentador de uma igreja evangélica. Insistindo no aspecto de que Pedro estaria

fingindo não conhecê-lo, apelou para um discurso moralista e lhe cobrou senso de responsabilidade. Ao lhe entregar uma bolsa com roupas de Pedro, comentou: “você sempre foi trabalhador. Está vendo essas roupas de marca? - Você comprou com o suor do seu trabalho”. Falou sobre os riscos que Pedro corria em situação de rua e sem documentos, questionando se ele passaria o resto da vida sem trabalhar.

Ainda tentando despertar a memória de Pedro, mostrou um vídeo de Janaína, a irmã deficiente auditiva, expressando o seu amor e pedindo que ele voltasse e morasse com ela. A sua fala era bastante comprometida, mas paralelamente se comunicava por libras. Após assistir ao vídeo, Pedro afirmou não ter entendido nada do que ela falou. Entretanto, segundo a irmã Carine, ele se comunicava com Janaína usando a linguagem de libras. O tio pediu para tirar uma foto com ele, que aceitou meio a contragosto, e só esboçou um discreto sorriso quando foi provocado. Tiago se despediu dizendo que não importava se ele era Pedro ou Vinícius e que a família o amaria de qualquer forma. Pediu que Pedro aceitasse as roupas, pois lhe pertenciam e pontuou: “Como eu adivinharia o número que você calça? Está vendo como são seus”! - enquanto Pedro ria e parecia se divertir com a situação. Com o passar dos dias, observamos que Pedro doou parte das roupas para os usuários amigos do CAPS.

Durante uma conversa, lhe perguntei o que tinha significado para ele aquela visita. Ele respondeu que achava interessante ser confundido com o Vinícius, mas que não conhecia o Tiago e que esperava que ele encontrasse o Vinícius, que estava desaparecido. Em relação a desenvolver vínculos com a família, ele me respondeu que tudo bem, não se importaria de eles entrarem em contato. Percebi que ele não oferecia resistência à aproximação da família, desde que eles o aceitassem como Pedro Magalhães. Mais de uma vez argumentei com ele sobre o fato de poder contar com a Carine e com o Tiago para ajuda-lo, já que estavam tão disponíveis para isso e, quem sabe poderia eleger essas pessoas como familiares, por escolha, construir laços afetivos de amizade. Ele respondia indiferente que “tudo bem” e não se mostrava interessado em alongar tal conversa. Quanto às roupas que Tiago levou, disse que não havia provado nenhuma delas.

Ao insistir que Pedro mantivesse contato com a família, não tinha a expectativa de essa relação fazer com que ele recobrasse a memória, mas eles poderiam construir laços e ele percebê-los como um porto seguro acaso a sua situação no Rio de Janeiro se tornasse insustentável. Tive longas conversas com psicólogos e com a Dra. Isabel, psiquiatra referenciada, sobre a possibilidade de Pedro ter um acompanhamento psicanalítico ou psicoterapêutico regular, mas havia um consenso por parte deles de que não havia indicação para o seu diagnóstico. Em reunião de equipe alguns técnicos cogitaram passar a chama-lo

pelo nome de Vinícius, mas, argumentei se essa iniciativa não desqualificaria a sua identidade de Pedro, a única que naquele momento ele reconhecia, provocando mais um sofrimento e o argumento foi aceito.

Reportei ao coordenador técnico Vicente as informações que havia levantado e insisti sobre a possibilidade de o usuário ter um acompanhamento psicoterápico regular incluso no seu PTS. Ele argumentou que, apesar de Pedro ser “um caso emblemático”, seria difícil organizar junto à equipe esse acompanhamento, em consequência das baixas provocadas pela política de cortes imposta pela Prefeitura da Cidade do RJ, orientando a facilitar o maior suporte possível ao usuário, ajudando-o a escrever uma nova história. Quanto às lembranças perdidas, só o tempo mostraria se elas emergiriam ou não.

4. JUNTANDO AS PEÇAS

4.1. INFÂNCIA

Solange, a mãe, é filha de Albenir e Maria Helena, que se separou do marido quando a filha ainda era criança, para levar uma vida livre. Justificou ter deixado Solange na companhia do pai, no intuito de que ela tivesse melhores oportunidades de conforto e educação. Ao completar treze anos, Solange decidiu morar com a mãe, porque não se relacionava bem com o pai. Nesse período conheceu Moacir, de quem engravidou e com quem foi obrigada a se casar, mesmo sem amá-lo. Dessa união Solange teve três filhos: Janaína (1992) que nasceu deficiente auditiva, Carine (1994) e Vinícius (Pedro - 1995). Ela é descrita por Carine como uma pessoa “seca”, não era amorosa nem carinhosa com os filhos e, quando irritada os acusava de terem destruído a sua vida e os culpava pela sua “infelicidade”, os espancava e os queimava com cigarro. Não comemorava o aniversário das crianças e muitas vezes se esquecia da data.

Apesar da aparente frieza, preservava os cuidados básicos com a casa, os filhos e o marido. A única exceção nessa postura foi em relação ao Vinícius - o caçula, pelo menos durante a tenra infância, pois realizara um sonho de Solange – ter um menino. Era visível a sua predileção por ele, que o mimava e o amamentou até os cinco anos de idade. Carine recorda que ainda bem pequena, com uns seis anos, observava que a mãe se trancava no banheiro e depois saía “alterada” e, quando mais crescida identificou que naquela época ela usava drogas escondida.

Quanto ao pai Moacir, o descreve como um pai amoroso, atencioso, muito presente, que “não deixava faltar nada em casa, muito apaixonado pela esposa, dava todo o conforto à família”, embora “não fosse flor que se cheirasse”, pois durante o dia tinha um trabalho formal como “mascate”, mas haviam rumores na cidade onde moravam que à noite ele era um assaltante. Tal fama era corroborada pelo fato de ele andar armado e ter atirado na própria irmã durante um desentendimento, além de tempos em tempos ele desaparecer por alguns dias, coincidindo com assaltos ocorridos na região.

Após uns oito anos de casamento, Solange conheceu Carlos e por ele se apaixonou, reproduzindo a trajetória de Maria Helena (sua mãe), saiu de casa levando consigo Janaína e Pedro (Vinícius) que na época tinha cinco anos, deixando Carine com o pai. Existe por parte da família a suspeita de que Solange saiu de casa por ter engravidado de Carlos, com quem se relacionava secretamente há cerca de um ano. Temendo uma reação violenta por parte de

Moacir, o casal fugiu com as duas crianças para Itapetininga, município no interior de São Paulo, que segundo Carine se localizava na área rural.

Carlos abandonou o emprego que tinha em sua cidade, onde trabalhava no bar de propriedade de seu pai biológico. Diante do desemprego e privações da família, ele ingressou no tráfico de drogas e frequentemente era preso. Passado pouco mais de um ano, a família retornou à Campinas, pois nesse período Moacir já tinha aceitado a separação, não havia mais risco de violência e Solange buscou a filha para morar com ela. Durante o período em que Carine ficou com o pai, ele a matriculou numa creche em horário integral e lhe dispensou toda assistência, mas ela chorava muito e sentia falta da mãe.

A vida de Solange e as crianças ao lado de Carlos foi muito tumultuada, permeada pelo uso abusivo de drogas e violência doméstica, incluindo maus-tratos aos filhos de Moacir. Carlos não trabalhava, vivia do tráfico e toda a renda da família era desviada para o uso de drogas do casal. Da união com Carlos, Solange teve dois filhos - Letícia e Hugo. A família de Carlos era temida na região, pois o seu padrasto era um “matador profissional” e sua mãe tinha envolvimento com o tráfico, além de ter fama de “perversa”. Tais referências intimidavam Solange e seus filhos. Em várias ocasiões em que as crianças não tinham o que comer, Solange recorria à ajuda do ex-companheiro, que nunca lhe faltou com apoio. Era comum a ajuda financeira prestada por Moacir ser usada por Solange para visitar Carlos na cadeia e usar drogas.

A relação de Solange com Carlos durou cerca de oito anos, atravessada pelo uso abusivo de drogas, violência, traições, inúmeras prisões de Carlos e privações de todo o tipo.

4.1.1. A morte do pai

Quando Pedro tinha dez anos, seu pai com pouco mais de trinta anos foi assassinado. O crime jamais foi esclarecido, Solange foi proibida por Carlos de ir ao sepultamento do ex-companheiro e as crianças foram acompanhadas por uma tia. Segundo Carine, existe uma suspeita de que Moacir teria sido assassinado a mando de Carlos, que na época estava preso e tinha ciúmes da proximidade de Solange com o pai de seus filhos. Entretanto, Tiago (tio) quando esteve no RJ comentou que Moacir morreu em decorrência de um linchamento dos moradores do local onde vivia e cometia crimes, suspeito de cometer um estupro, sendo também atingido por três tiros no rosto. O que há de comum nas duas versões sobre a morte de Moacir, é o seu desaparecimento por sete dias e o corpo encontrado em estado avançado de

decomposição, o que fez com que o velório não se alongasse nem por uma hora, em decorrência do odor exalado.

A morte de Moacir agravou a vulnerabilidade das crianças, que não tinham mais um esteio com que contar. A avó Maria Helena desaparecia por longos períodos, sem deixar rastro. Além de Solange, ela teve dois filhos homens, um deles Tiago, que apesar de suas dificuldades sempre lhe prestou assistência. Quando eles eram crianças, ela os deixava na casa da sogra ou de vizinhas e viajava por longos períodos. Sabe-se que ela cumpriu pena de quatro anos, mas o motivo não foi revelado.

Diante da personalidade errante de Maria Helena, em determinado período Solange se viu responsável por seis crianças – os seus cinco filhos e o irmão Tiago. Solange e Carlos tiveram muitas idas e vindas durante o relacionamento. Carlos a traiu com outras mulheres e, em uma das vezes que saiu da prisão a procurou propondo reconciliação e ela aceitou encontra-lo sem saber que ele havia roubado um carro, que estava foragido da polícia. Quando se encontraram numa lanchonete, a polícia apareceu para detê-lo, ele fugiu e Solange foi presa como suspeita de ser cúmplice, cumprindo quatro meses de prisão. Por sorte, nesse período Maria Helena tinha voltado à Cidade e ficou com as crianças. Esse fato serviu para o rompimento definitivo do casal e quando Solange saiu da prisão, se comprometeu a construir uma vida nova, voltou a trabalhar no bar do ex-sogro – que sempre a ajudou, alugou uma casa e foi viver com os cinco filhos.

Carine conta que foi a melhor fase da vida deles! A mãe saía cedo para trabalhar e voltava para casa muito tarde da noite, enquanto ela e os irmãos cuidavam da casa. Relata que cozinhava, enquanto Janaína e Pedro (Vinícius) se dividiam na arrumação e na atenção dos dois irmãos menores. Comenta com certa nostalgia que Pedro era proativo e muito engraçado, também se sentia orgulhosa quando a mãe lhe dizia que ela era o seu “braço direito” e a agradecia por ajudar. O aluguel da casa era pago com o BPC – Benefício de Prestação Continuada de Janaína, as demais despesas eram sustentadas pelo salário de Solange. Mesmo nessa fase mais tranquila, Solange seguia usando drogas (com algum controle), fato que com o passar do tempo foi se alterando e refletindo no seu comportamento. Nesse período seu ex-sogro que era o dono do bar onde ela trabalhava, faleceu e ela ficou desempregada. O dinheiro do BPC era suficiente só para o aluguel. Carine suspeita que a mãe também fizesse “programas” e, quando ela desaparecia por dias, às vezes, “um cliente” levava uma cesta de compras para as crianças, transparecendo compaixão por aquela situação.

Solange se envolveu com o gerente de uma “biqueira” (ponto de venda de drogas), transformando a vida dos filhos em um verdadeiro suplício. Pedro que tinha por volta de onze

anos, era o alvo principal da sua violência, era espancado frequentemente com correntes. A casa onde moravam era um ponto de venda de drogas, frequentada pelos mais variados tipos de homens, deixando as crianças vulneráveis. Essa fase é descrita por Carine e Tiago como a pior fase da vida da família. Solange havia perdido o controle, usava drogas e se relacionava sexualmente na presença dos filhos. Maria Helena que estava morando com eles, saía durante o dia para não presenciar esse cenário deprimente, visto que não tinha ascendência sobre Solange, para evitar tais episódios. Carlos que estava preso, ao tomar conhecimento da situação ordenou que a sua mãe fosse até a casa de Solange e levasse Letícia e Hugo embora, e assim aconteceu.

Carine relata que os homens assediavam a ela e a Janaína, o que as apavorava. Solange conseguiu um trabalho de babá para Carine das 18h até meia-noite e lhe tomava todo o salário. Janaína quando completou 16 anos, se casou com um dos frequentadores da casa e foi embora. Carine ao perceber que a mãe planejava entregá-la para um traficante começou a namorar um frequentador eventual da casa e fugiu com ele quando tinha 14 anos, ajudada por sua avó Maria Helena. O rapaz a levou para a casa de sua família que morava em outra cidade. Carine relata que a mãe descobriu onde ela estava e foi procurá-la e, ao perceber que ela estava amparada, ficou indiferente, pediu um copo de água e em seguida foi embora, sem procurá-la posteriormente. Carine viveu com esse rapaz até os 23 anos.

Diante disso, Pedro ficou sozinho com a mãe, num ambiente nefasto, sendo espancado sistematicamente, passando fome e, existe a suspeita de ter sido abusado pelos frequentadores da casa. Porém, tal suspeita nunca foi confirmada. Maria Helena também foi morar sozinha e depois de mais ou menos um ano, quando se estabeleceu, voltou para buscar Pedro e o levou para morar com ela. Ele tinha aproximadamente treze anos.

4.2. ADOLESCÊNCIA

A fase em que viveu com a avó foi tranquila, enquanto moravam só os dois. Eles trabalhavam no mesmo lugar, numa pizzaria. Pedro era “chapeiro” e Maria Helena faxineira. A avó lhe cobria de carinho e cuidados, se relacionavam muito bem e estavam felizes.

Aos dezessete anos Pedro começou a namorar Laura, colega de colégio, cujo relacionamento era tempestuoso, brigavam muito e eventualmente se separavam. Laura apresentava um comportamento obsessivo, era agressiva e por vezes assustava Pedro com suas atitudes. A família não gostava de Laura, por considerá-la arrogante e não concordavam com o fato de ela ser roqueira, umbandista e usar drogas. Laura tinha uma história de vida

pesada, perdera os pais num afogamento e era criada pela avó, que a maltratava muito desde pequena. Pedro passou a frequentar festas “raves”, fumar maconha e tomar “bola” com Laura. E como a família não apoiava tal comportamento, ele saiu de casa e foi morar com a namorada.

Esse relacionamento seguiu por uns dois anos e acabou quando Laura começou a pressioná-lo para ter um filho e ele não queria, por ser ainda muito jovem. Diante da recusa de Pedro, Laura engravidou de um amigo seu, deixando-o totalmente arrasado e deprimido. Carine relata que esse rompimento desestruturou Pedro, que jamais voltou a ser o mesmo, se tornou introspectivo, antissocial e revoltado com a família. Ele foi morar em vagas e casas de familiares, mas não se adaptava, sempre havia conflitos e era convidado a se retirar.

Em 2015 Solange (mãe) procurou ajuda para parar de usar drogas. Ela era dependente de crack e estava em situação de rua havia alguns anos. Carine jamais rompeu com a mãe, sempre a procurou, ajudou no que ela permitia, dentro de suas possibilidades. Solange fazia acompanhamento no CAPS de Campinas, frequentava o Intensivo e foi morar com Carine. Conseguiu ficar limpa por um período, mas ao descobrir que estava soropositiva, recaiu.

Carine contou que depois que Pedro saiu da casa da mãe, “tomou horror a ela”, ao ponto de quando a encontrava na rua, mudava de calçada. Em contrapartida, Solange nessa situação de miséria, sofria e pedia perdão aos filhos por intermédio de Carine, dizia que os amava e que desejava que eles ficassem distantes, pois na condição em que se encontrava – em situação de rua, não era lugar para eles. Além do diagnóstico do HIV, o médico havia lhe solicitado uma biópsia de um nódulo no pulmão, mas Solange disse que não iria fazer, sentia-se deprimida, queria morrer. A sua saúde estava muito comprometida, tinha tido sífilis, tuberculose e no início de 2016 ficou internada no hospital em decorrência de uma trombose no braço. Mais ou menos um mês depois de ter alta, passou mal e faleceu em março de insuficiência respiratória aguda.

4.2.1. A morte da mãe

Solange faleceu em 2016 e todos os filhos foram ao sepultamento. Durante o velório Pedro gritou com os irmãos menores, que eram bem pequenos ainda, porque estavam brincando. Quando Pedro se aproximou do caixão e tocou no corpo da mãe, caiu em desespero, “urrava ao chorar”, e daí por diante as alterações de comportamento se acentuaram significativamente.

Nesse período ele foi morar com Carine e com ela ficou por oito meses. Ele não parava em nenhum emprego e se sentia perseguido pelos empregadores e pela população da cidade. Falava sozinho, demorava no banho por mais de duas horas e ficava parado diante do espelho, porque via a sua pele suja. Durante a madrugada, Carine acordava e se assustava com Pedro parado em pé ao lado de sua cama a olhando fixamente, e quando ela lhe perguntava por que ele estava ali, respondia que tinha ido ver se ela estava bem. No dia-a-dia ela percebia que era observada pelo irmão continuamente e sentia medo, inclusive porque o surpreendeu a espiando no banho. A família justificava os seus comportamentos diferentes pela “influência de espíritos do mal”, da “pomba gira que ele pegou na umbanda” quando se relacionava com Laura. Esta leitura sobre os comportamentos de Pedro se sustentava na formação religiosa evangélica, que mesmo errática e precariamente orientou a educação das crianças desde muito cedo.

Tiago (tio) falou sobre uma senhora da Igreja que sempre os ajudou, inclusive informou o seu nome e telefone durante a visita ao CAPS no RJ, como referência da família. Segundo ele, a tal senhora existia como um porto seguro nos piores momentos da vida deles. Nessa fase Pedro parou de procurar trabalho, cobrava da irmã que comprasse itens de alimentação que estavam faltando na casa e, quando a mesma argumentava que sozinha não conseguia prover tudo, ele reagia irritado, grosseiro. Ela relata que ele não compartilhava a sua vida com a família, era introspectivo. Nessa mesma época ele começou a sair de casa tarde da noite e voltar de madrugada, justificando ir encontrar com amigos. Muitas vezes voltava com dinheiro e ao ser questionado como conseguiu, respondia que tinha um dinheiro guardado. A família ouviu boatos na cidade de que ele estaria fazendo “programas” com homens, mas ele negou. Alguns amigos se afastaram dele em decorrência dos boatos e o único amigo que permaneceu próximo até o seu desaparecimento, é gay assumido, o que sinalizou à família que Pedro estivesse escondendo a sua homossexualidade.

4.3. O ANO DE 2018: CONFLITOS, RUPTURAS E O DESAPARECIMENTO

A convivência com Pedro tornou-se insustentável e Carine lhe pediu que fosse embora. Ele já não tinha muitas opções de acolhida, porque tinha tido problemas na casa dos parentes onde morou. No início de 2018 ele foi para Camboriú em Santa Catarina, de carona com um amigo, trabalhar num restaurante e permaneceu na cidade em torno de oito meses. Durante a sua estada em Camboriú mantinha contato com a irmã e dava notícias. Chegou a alugar uma casa e morar sozinho, mas depois de um período sem entrar em contato, Carine recebeu a

ligação de uma senhora moradora de Camboriú, informando que Pedro estava em situação de rua, dormindo na rodoviária e pedindo que a família o ajudasse a voltar para Campinas. Mais uma vez Carine se mobilizou, enviou o dinheiro da passagem e Pedro voltou para sua casa.

Ela relata que Pedro confidenciou ao tio que ouvia vozes, que tinha visões, o que foi interpretado pela família como um espírito do mal que o perturbava. Certo dia comentou com a irmã que foi a um terreiro de umbanda em Camboriú e “uma entidade” teria dito que o seu pai (Moacir) morreu para evitar que ele fosse gay, o que reforçou a “tese do encosto”. Carine comenta que por vezes Pedro pulava no sofá batendo palmas, como se fosse uma criança, que se sentia perseguido e comentava que toda a cidade estava contra ele.

A irmã relata que o convívio com Pedro estava muito difícil, visto que durante o dia ou ele dormia, ou fumava maconha, que era grosseiro com ela, não saía mais para procurar trabalho, além do fato de não ter condições de sustenta-lo, pois vivia e vive com “o dinheiro contado”. Diante dessa dificuldade, Pedro voltou para a casa da avó, que já não estava sozinha, tinha um namorado que lhe ajudava financeiramente. O fato de ele não procurar trabalho, de tomar banhos demorados que duravam duas horas em média, contribuindo para o aumento da conta de luz, começou a incomodar o namorado da avó, quando Maria Helena comunicou ao neto que iria morar com Tião em outra casa e ele não seria aceito lá.

Ela foi embora, mas ele continuou na casa, que era frequentada por moças e rapazes que bebiam, fumavam maconha e faziam muito barulho, o que gerava constantes queixas por parte da dona do imóvel, que morava na casa da frente. Algum tempo depois ele foi obrigado a sair da casa e deixar tudo o que tinha nela, para cobrir os aluguéis atrasados. Sem ter para onde ir, ele recorreu aos amigos, mas os períodos de acolhida eram curtos, em decorrência de seus comportamentos inadequados, era convidado a ir embora, culminando na total falta de opção de suporte de moradia, ficando em situação de rua.

A família tomou conhecimento de que ele estava dormindo na sala de espera da Emergência de um hospital da cidade e passaram a abordá-lo, levar comida e tentar convencê-lo a voltar para a casa da irmã. Nessas abordagens ele era muito agressivo com o tio Tiago e ameaçava de arremessar-lhe as cadeiras da recepção do hospital. Só falava com Carine e o sobrinho mais velho Luan. Na continuidade das visitas tornou-se agressivo com todos, se negava a falar com eles e gritava pedindo ajuda aos seguranças do Hospital, dizendo que os familiares o perseguiam. Outras vezes, quando avistava a família se aproximando, saía correndo e gritando. Carine e Tiago não sabiam como lidar com aquela situação, achavam que ele estava “com encosto” ou “que fosse efeito da maconha”. Durante o dia ele era visto

circulando pelas ruas da cidade, porém se alguém tentasse se aproximar ele saía correndo, fugia.

Na passagem do ano novo de 2018 para 2019, a família foi até o hospital onde ele pernoitava. Quando os viu começou a gritar dizendo que não os conhecia, que seu nome era Pedro e se eles insistissem em procurá-lo, ele sumiria da cidade. No início de janeiro de 2019, Carine e Tiago voltaram a abordá-lo e o encontraram muito agressivo. Mas, ele concordou em conversar com a irmã numa lanchonete próxima ao hospital, aceitou lanche e recusou o convite de voltar para a casa dela dizendo “eu tenho 23 anos, sou um homem, vou seguir o meu caminho e você segue o seu”. Carine entendeu que ele a tinha reconhecido.

Conhecidos da família comentavam que o encontravam na rua e quando o chamavam pelo nome – Vinícius, ele respondia que não sabia quem era e que seu nome era Pedro. A irmã o viu de longe em algumas ocasiões e se recorda de um dos amigos lhe entregando o que parecia ser comida. Depois de um tempo, ela não o viu mais, ele desapareceu. A família não registrou um BO (Boletim de Ocorrência) do desaparecimento. Carine diz que pensou que ele estava com raiva da família e por isso teria decidido ir embora, cuidar da própria vida. Por outro lado, a família tem muitos problemas, é muito complicada e não sabiam lidar com o que estava acontecendo. Preferiram não fazer nada, até porque, a sua ausência trouxe certo alívio a todos.

4.3.1. Reportando à equipe as novas descobertas

Relatamos à psiquiatra e às assistentes sociais a descoberta da família do usuário, assim como os contatos com os mesmos. Pelo aspecto psiquiátrico, a Dra. Isabel ratificou o diagnóstico de psicose, afirmando que ele estaria vivenciando um delírio persistente e estruturado, inclusive podendo ficar assim para sempre, portanto, ela aumentaria a dosagem da “Risperidona” e observaria a evolução do quadro. Pelo aspecto do Serviço Social, Cristina perguntou se a família teria condições de alugar um local para ele morar e prestar-lhe algum suporte financeiro. Esclareci que a família era muito pobre, tão pobre que não tinha condições sequer de visitá-lo no Rio de Janeiro.

Diante do exposto, ficou decidido seguir com as providências da sua documentação. Seria preciso levá-lo até a Defensoria Pública do Estado do RJ para retirar a certidão de nascimento que já estava disponível, mesmo ele não a reconhecendo como sua.

4.4. A PERPLEXIDADE DIANTE DO DOCUMENTO ORIGINAL, SEGUIDA DA REJEIÇÃO

Entramos em contato por telefone com a servidora da Defensoria informando que iríamos buscar a segunda via da certidão de nascimento do usuário. Na companhia da estagiária de medicina, fomos até o Fórum no Centro da cidade. Logo na entrada do Fórum nos deparamos com uma manifestação de racismo explícito, quando a guardete parou Pedro e usou o detector de metais somente nele. Contudo, a recepção das servidoras da DPERJ foi de respeito, empatia e solidariedade. Como havíamos combinado por telefone, se dirigiram ao usuário como Pedro.

A assistente social da Defensoria, que chamaremos de Vera, me convidou para conversar particularmente, o que propiciou uma troca de informações sobre o caso. Vera o reconheceu, coincidentemente ela o atendeu no posto volante da Defensoria onde requereu a segunda via da certidão e comentou sobre a sua aparência, de como ele estava bem cuidado. Por precaução à reação do usuário ao se deparar com o documento original, a assistente social da Defensoria considerou prudente que eu assinasse a retirada da certidão, na hipótese de Pedro inesperadamente rasga-la, já que a rejeitava. Combinamos que Vera apresentaria o processo de busca ao Pedro, para que ele tomasse consciência de todo trâmite até chegar à verdadeira certidão.

Ao retornarmos para a recepção onde Pedro e Suzi, estagiária de medicina, nos aguardavam, a expressão de decepção e perplexidade de Pedro ao se deparar com o documento original, não deixava margem de dúvidas que ele não se reconhecia como Vinícius. Com um olhar incrédulo, a voz trêmula e um sorriso nervoso afirmou: “esse documento está errado, o computador errou. Eu não sei quem é esse Vinícius, meu nome é Pedro Magalhães”. Vera argumentou sobre a exclusividade das impressões digitais pertencentes às pessoas até o final da vida, que ninguém no mundo terá outra igual, mas Pedro contra argumentava: “Eu sei, mas foi o computador que errou, alguém colocou as minhas digitais no documento errado”.

Todos se despediram cordialmente e ao sair da sala Pedro revelou que estava com vontade de vomitar. Quando saiu do banheiro e perguntamos se estava melhor, respondeu que estava bem. Na volta para o CAPS, lhe perguntei por que ele não participava dos passeios e ele respondeu que não queria levar “dura da polícia”. Argumentei que de posse da certidão de nascimento, ele poderia regularizar a sua documentação e se deslocar livremente pela cidade, mas ele retrucou que “o computador errou” e iria pedir para a justiça corrigir.

Quando chegamos ao CAPS, relatei como tinha sido a ida à Defensoria e sugeri que a terapeuta referenciada agendasse atendimento na justiça gratuita, para que ele contestasse a certidão que recebeu. Aleguei que seria a última tentativa de convencê-lo de que não havia outra certidão, esgotando todos os recursos legais. Posteriormente, Cristina (assistente social referenciada) cogitou a possibilidade de ele continuar utilizando o nome de Pedro, como nome social, o que seria sondado na ocasião do atendimento jurídico. Cristina aventou a possibilidade de solicitar a presença do papiloscopista do Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro (DETRAN-RJ), para coletar as digitais de Pedro e emitir uma carteira de identidade à sua revelia, no sentido de garantir-lhe uma documentação que lhe permitiria acesso aos direitos de cidadania, além de protegê-lo de uma ação de recolhimento compulsório da população em situação de rua, promovida pela Secretaria de Assistência Social da Prefeitura da Cidade do RJ. As pessoas recolhidas eram levadas para comunidades terapêuticas, onde ficavam sem direito à alta por pelo menos três meses.

Mesmo diante desse risco, argumentei que essa iniciativa colocaria em risco todo o vínculo do usuário com a instituição, construído com muito esforço, além de atropelarmos a sua autonomia. Quando não encontramos saídas formais para impasses sensíveis, precisamos estar atentos para não transpor as fronteiras da ética. O novo desafio posto seria a aceitação da documentação como Vinícius, condição *sine qua non* para organizar a sua vida civil. Apesar de assumir não lembrar muita coisa do seu passado, argumentava ter “certeza” de que “o computador errou”. Contudo, sentia-se esperançoso em corrigir tal erro no atendimento da justiça gratuita, que só ocorreria em outubro de 2019.

4.5. QUANDO UMA CERTIDÃO ORIGINAL NÃO POSSIBILITA A RECONSTRUÇÃO DA VIDA REAL

Pedro seguia ansioso pela ida à justiça gratuita agendada em 17/10/2019, para a troca de nome em documentos. Ele estava ciente de que esse seria o nosso último recurso para obter a documentação com o nome de Pedro Magalhães. Nós (eu e a assistente social Cristina) sabíamos que não seria possível, mas Pedro precisava constatar pessoalmente para esgotar todas as possibilidades de obter uma nova certidão de nascimento. Já tínhamos nos informado sobre a impossibilidade da inclusão de um “nome social”, viável somente nas questões de gêneros ou nomes pejorativos.

No dia agendado, chegamos à Defensoria Pública e dirigimo-nos a uma sala de espera. Conforme o combinado, quando Pedro foi chamado, Cristina entrou sozinha para explicar a

sua situação, enquanto permaneci na sala de espera com ele, que demonstrava estar muito ansioso e nervoso. Cristina nos chamou e entramos numa sala com várias baias ocupadas pelos advogados que realizavam os atendimentos. Uma jovem se apresentou como Vera Lúcia e nos convidou a sentar. Vera Lúcia começou a esclarecer ao Pedro o funcionamento da justiça, que nos exige “provas materiais” para comprovar as nossas afirmações. Por esta razão não seria possível alterar o nome na certidão de nascimento, pois não tínhamos nenhum documento que provasse que o seu nome era Pedro Magalhães, sem contar que na certidão de nascimento correspondente às suas digitais, constava o nome de Vinícius Jatobá de Moraes.

Percebi em Pedro um olhar de perplexidade e desespero ao ouvir Vera Lúcia falando, a sua expressão era de alguém que vê partir o último trem que o levaria de volta para casa e não consegue embarcar. Então Pedro argumentou que não desejava mudar o nome naquele documento, porque não lhe pertencia, porque pertencia ao Vinícius, insistindo em afirmar que o documento veio errado. Vera esclareceu sobre o registro e exclusividade das impressões digitais, fato que impede qualquer erro de identificação, pois não existe a possibilidade de duas pessoas terem a mesma impressão digital. Porém, esse argumento utilizado inúmeras vezes por nós também, não penetrava a barreira da negação de Pedro, que repetia: “o computador errou”.

Diante do impasse, decidi intervir lançando mão de uma teoria que eu já havia cogitado quando ele não reconheceu a certidão de nascimento; a possibilidade de ele ser adotado e por isso, constar na certidão os dados da família biológica, mesmo ciente de que não seria a melhor das versões, porque também desconstruía a sua história, entretanto, era menos dolorosa do que afirmar que ele não é quem pensa ser. Argumentei que, como ele havia esquecido informações fundamentais como o nome da escola onde estudava, quem garantiria que a sua mãe Camila (o nome mais recente que ele lembrou num sonho), não lhe contou sobre essa família para não magoá-lo? Ou quem sabe, tenha contado e ele tivesse esquecido também? Nesse momento Vera Lúcia intervém e comenta que é bem comum a “adoção à brasileira”, sem a mediação da justiça.

Eu observava Pedro com um olhar suspenso no vazio, perdido e angustiado. Insisti na argumentação, com esperança de ele aceitar a documentação, medida essencial para construir uma vida nova. Ponderei que entendia o quanto seria desconfortável imaginar que a mãe que conheceu, pudesse não ser a mãe biológica, mas que esse fato não alteraria ou invalidaria todo o amor e dedicação que ela teve por ele (esta era a imagem materna que ele construiu). Prossegui lembrando que não tínhamos como resgatar os documentos de Pedro Magalhães, visto que já tinha se passado oito meses de buscas infrutíferas, além de não conseguirmos

nenhuma nova informação concreta, formal. Argumentei também que, como ele estava em tratamento, quem sabe a memória retornasse e aí poderíamos retomar as buscas novamente, conseguindo provas materiais, como a justiça exige. Enfim, meus argumentos se esgotavam e Pedro me dava à impressão de que a qualquer momento se dissolveria naquela cadeira.

Como última tentativa, arrisquei uma proposta: vamos tocar a vida e os seus projetos? Mas, para isso precisamos providenciar a sua carteira de identidade, de trabalho, certificado de reservista, histórico escolar, para você poder trabalhar, estudar e conseguir um lugar para morar. O que temos nesse momento é a certidão de nascimento com a qual você não concorda, mas esgotamos todas as possibilidades de ter outra. Você continuará sendo o Pedro Magalhães, Vinícius é apenas um nome no papel que constará no seu registro civil. Segui e perguntei: você sabia que existem milhares de pessoas que adotaram nomes diferentes de seus registros de nascimento? – Nesse momento citei como exemplo a atriz Fernanda Montenegro e o ator Lima Duarte, e perguntei se ele os conhecia. Bruno me olhava incrédulo.

Mais uma vez lhe perguntei: vamos tocar a vida em frente? Já estamos nessa busca há oito meses e você com a sua vida parada. – Ele contestou com um último argumento: “e se o Vinícius aparecer e quiser os documentos dele”? – Confesso que ele me pegou de surpresa com a pergunta e a advogada Vera Lúcia interveio: “Aí o Vinícius vai ter de provar que ele é ele!” E complementou: “como as digitais correspondentes à certidão de nascimento são suas, você não terá problemas”. Muito a contragosto ele se resignou em providenciar a sua documentação a partir da certidão de nascimento de Vinícius Jatobá de Moraes.

Voltamos para a sala de espera e Pedro comentou: “se eu disser que sou Pedro, mas no documento sou Vinícius, as pessoas vão achar que sou maluco”. Eu lhe respondi que é mais comum do que ele imagina, pessoas adotarem nomes diferentes do documento, por não gostar deles. E que ele não precisaria ficar dando esse tipo de explicação, apenas no decorrer do convívio poderia explicar que prefere ser chamado de Pedro, pois foi sempre tratado assim pela família, como um apelido. Percebi que não o convenci, mas ele não voltou a falar sobre isso, nesse dia.

4.6. UM NOVO SUJEITO E A IDENTIDADE DO “OUTRO”

Depois de demonstrar concretamente a impossibilidade de emitir a documentação com o nome e informações de Pedro Magalhães, coube ao Serviço Social convencer o usuário de aceitar a certidão de nascimento com o nome de Vinícius para viabilizar a reconstrução da sua vida civil. Causava-me estranheza observar que a equipe não levava em conta o sofrimento de

Pedro decorrente da sua “não existência civil”, ao ponto de precisar utilizar uma documentação “que não lhe pertencia, na qual ele não se reconhecia”. Na verdade não estávamos atendendo a sua demanda, não resgatamos “os seus documentos”. Ele estava impotente diante do fato de não conseguirmos “corrigir o erro do computador” e precisar usar os documentos de “outra pessoa”.

A partir da segunda quinzena de outubro a situação do CAPS III encontrava-se precária, com falta de insumos, precariedade na manutenção do espaço, atraso no pagamento dos salários dos funcionários (todos os níveis), e para agravar a equipe da RT (Residência Terapêutica) vinculada ao CAPS, que estava há mais de três meses sem salários, entrou em greve. O acolhimento noturno foi suspenso para receber os moradores da RT, porque a Prefeitura não havia pagado o aluguel da casa e os usuários estavam sujeitos a serem despejados. Foi um momento muito triste, porque esses usuários tinham um histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos e se angustiaram muito, com receio de serem novamente institucionalizados. Uma das usuárias, uma idosa de oitenta anos, passara quarenta anos internada na Colônia Juliano Moreira e no dia da transferência para o CAPS ela disse para a cuidadora: “pode contar a verdade, você está me levando de volta para o hospital”.

A minha frequência no CAPS precisou ser reduzida, possibilitando o acompanhamento de duas usuárias fora do território. A essa altura a assistente social Cristina já havia providenciado a ida do papiloscopista até o CAPS para coletar as digitais de Pedro e emitir a sua carteira de identidade. Ele tinha muitos planos para quando recebesse a carteira, como por exemplo, providenciar os demais documentos e procurar uma escola para se matricular. Não demorou e Pedro contou que tinha ido buscar a sua carteira de identidade, providenciado o CPF e requerido a segunda via do Certificado de Reservista, para o qual pleiteou e conseguiu a isenção do pagamento da taxa. Quanto à carteira de trabalho, esta necessitava de agendamento pela internet. Também precisava de uma declaração de residência para tirar a segunda via do Título de Eleitor.

É surpreendente como o Pedro se organizou e se articulou de forma autônoma para providenciar a sua documentação. Como ele não possuía Riocard e o CAPS estava sem recursos para custear o seu deslocamento, ele pediu emprestado o Riocard de uma usuária amiga. Ele me pediu para fazer o agendamento da carteira de trabalho pela internet. Aproveitei a oportunidade e sugeri que ele providenciasse o CadÚnico e se cadastrasse na Clínica da Família. Também informei sobre o recebimento automático do benefício Bolsa Família a partir da inscrição no CadÚnico. Ele me disse que não tinha interesse no benefício do Programa Bolsa Família, pois iria trabalhar. Esclareci que o recebimento seria automático,

mas se ele não quisesse poderia doar para alguém. Esse argumento o fez mudar de ideia imediatamente: “Não, não vou doar, é meu”.

4.7. ORGANIZANDO A VIDA CIVIL DE PEDRO

O agendamento no site do DETRAN para a Carteira de Trabalho estava crítico. Seria necessário conectar de madrugada, pois eram poucas vagas e o site nos outros horários ficava instável. Ele jamais conseguiria, se dependesse somente do CAPS e por isso, me programei para fazer o agendamento de casa. Enquanto tentava acessar o site do DETRAN, aproveitei para investigar a situação de Pedro junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), visto que ele já tinha trabalhado com carteira assinada, e quem sabe, conseguíssemos requerer um auxílio-doença para ele. Essa e outras providências seriam algumas das medidas a serem tomadas para o exercício de sua cidadania.

Nesse acesso à internet foi possível criar:

- um e-mail para que ele pudesse utilizar no envio de currículos e receber os retornos;
- um login de acesso ao “Meu INSS” e pude fazer download do seu extrato previdenciário no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS);
- um login de acesso no Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE).

O acesso ao “Meu INSS” e ao extrato previdenciário revelou uma boa notícia: Vinícius possuía um resíduo do FGTS que estava liberado para recebimento. Foi preciso entrar em contato com a irmã de Pedro, pedindo ajuda para conseguir o seu histórico escolar, mas precisaria que “Vinícius” enviasse um e-mail para a escola solicitando a retirada do documento. Pelo CAPS, não tinha como providenciar, visto que a internet estava cortada. Compartilhei todas essas informações no Grupo do Estágio do Whatsapp e solicitei que fosse providenciada uma declaração de residência para ele.

Os próximos passos seriam: confeccionar um currículo, pesquisar uma escola próxima do CAPS para que ele concluísse o ensino médio, efetuar o cadastro na Clínica da Família. Pedro pediu que o acompanhasse ao Centro de Referência de Assistência Social e à Clínica da Família (CRAS) para efetuar o seu cadastro, mas não seria possível por conta de outras atribuições o orientei a ir sozinho e se surgisse qualquer imprevisto, poderia telefonar. Um dia recebi uma ligação da assistente social do CRAS para confirmar se o Pedro continuava sendo assistido pelo CAPS, porque a data da declaração de residência estava defasada. Confirmei a sua frequência no CAPS e dessa forma a inscrição no CadÚnico foi realizada.

Retomando o estágio presencial no CAPS, Pedro relatou que de posse do extrato do CNIS se dirigiu à Caixa Econômica Federal e providenciou o saque do resíduo do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) que estava liberado. A partir da posse da carteira de identidade, mesmo com o nome de Vinícius, Pedro despertou para a vida civil, se mostrando muito articulado diante de processos burocráticos. Quando nos encontrávamos no CAPS, ele me cercava para pedir ajuda nas suas providências.

Em uma das tardes, quando já tínhamos novamente acesso à internet, pesquisamos algumas escolas próximas, que ele já havia visitado e fora informado da necessidade de inscrição on line. Eram escolas estaduais de ensino médio, com aulas presenciais que dependiam da abertura de vagas para matrícula. Pedro se inscreveu em três escolas que dispunham de horário noturno. Nessa mesma busca identificamos um Centro de Educação de Jovens e Adultos (CEJA) em Copacabana e Pedro se animou em conhecer, pois era próximo e havia disponibilidade de matrícula mais breve. A localização permitia que Pedro fosse a pé para a Escola, o que o facilitaria o deslocamento. Esclareci sobre o método de ensino do CEJA, que não era o tradicional presencial, mas, dispunha de “explicadores” e encontros presenciais, além do material didático ser gratuito. Ficou combinado de visitarmos a Escola o mais breve possível.

Nessa fase Pedro estava muito próximo de Vitória, uma usuária de difícil convívio, muito agressiva e violenta. Entretanto, desenvolveram laços afetivos e se tornaram inseparáveis, até ao ponto de ela pedir para sair do acolhimento e dormir na rua com ele. No dia de visitarmos a Escola, Vitória insistiu em nos acompanhar.

Chegando ao CEJA, nos surpreendemos positivamente com as ótimas instalações, que possuíam uma sala de informática com vários computadores, com funcionários que se apresentaram muito atenciosos, enfim, nos pareceu uma boa escola. Enquanto Pedro e Vitória passeavam pelas instalações, entrei na secretaria para me informar sobre as matrículas. Esclareci que Pedro estava sendo acompanhado no CAPS III, que seu diagnóstico era de espectro psicótico, que ele havia perdido a memória, mas vinha se mostrando muito organizado e não apresentava comprometimentos cognitivos. A Coordenadora foi muito atenciosa e nos dispensou da inscrição pela internet, nos fornecendo uma lista com os documentos e itens necessários para a realização da matrícula, dentre eles, o histórico escolar original e fotos 3x4. Pesquisamos alguns endereços próximos do CAPS onde ele poderia tirar as fotos, mas ele por conta própria localizou um estabelecimento, pagando as fotos com parte do saque de R\$ 280 do FGTS, que pediu para guardar na Administração do CAPS.

A próxima etapa seria aguardar o histórico escolar chegar. Carine (irmã) já tinha enviado por Sedex para o endereço do CAPS. Preparei uma pasta com a documentação exigida pelo CEJA, contatei a Coordenadora informando que Pedro iria sozinho efetuar a sua matrícula e ela passou os horários de atendimento. Passados uns dois dias, recebi a ligação da Coordenadora do CEJA, informando que o histórico escolar do ensino médio não seria suficiente para efetivação da matrícula, necessitaria apresentar também o histórico escolar do ensino fundamental, que era uma exigência da Secretaria Estadual de Educação. Nessa conversa esclareci a situação de Pedro, a sua amnésia e a dificuldade de conseguir os documentos lá em Campinas, sua cidade natal.

A Coordenadora disse que havia percebido que Pedro tinha alguma dificuldade, porque ele declarou que os documentos apresentados não eram dele, eram do Vinícius. Ela também comentou que contra argumentou lhe mostrando que a foto da carteira de identidade era dele, porém, ele lhe respondeu que a foto também não era sua. Diante dessa situação a Coordenadora informou que o incluiria em uma turma especial, que lhe exigiria menos e na qual ele teria melhor suporte de ensino. Também me disse para que eu não me preocupasse, porque ela realizaria a matrícula dele e depois quando tivéssemos o histórico escolar do ensino fundamental, ela anexaria à documentação de Pedro. E assim procedeu.

Entrei em contato com Carine (irmã) perguntando se ela sabia onde ele tinha cursado o ensino fundamental e ela se lembrava da escola. Foi até lá e a diretora informou que Pedro, no caso Vinícius, já havia retirado o histórico e ela só tinha a cópia disponível e necessitaria que ele solicitasse formalmente. Carine esclareceu que ele agora morava o Rio de Janeiro, se serviria ele enviar um e-mail e a diretora aceitou.

Informamos à Coordenadora do CEJA que não seria possível apresentar o histórico escolar original e ela esclareceu que era uma exigência da Secretaria de Educação. Por fim, Carine (irmã) conseguiu uma segunda via do histórico do ensino fundamental, mas a diretora da escola sugeriu que ela não enviasse para o RJ, pois se perdesse de novo seria muito difícil providenciar outra. Diante disso a Coordenadora se prontificou a aceitar o histórico enviado por e-mail e por fim concluímos a sua matrícula com sucesso.

4.8. O DESMONTE DA SAÚDE MENTAL: UM PROJETO DE ESTADO

O meu período de estágio chegava ao final e provavelmente não teria oportunidade de testemunhar a conquista da autonomia de Pedro. A Instituição estava caótica, a equipe muito reduzida por conta da paralização em virtude do atraso de dois meses no pagamento dos

salários, trabalhava por escala para manter o mínimo de funcionamento. A Prefeitura do Município Rio de Janeiro anunciou que estava rompendo o contrato com a Organização Social (OS) Viva Rio, gestora de várias unidades de saúde, fato que provocou muito sofrimento e incertezas aos funcionários que a princípio seriam todos demitidos, sem a garantia de serem readmitidos pelo novo gestor, até então não divulgado. Para agravar o cenário a OS Viva Rio informou que não teria recursos para pagar as rescisões. O clima no CAPS III era o pior possível. A equipe totalmente desmotivada, o acolhimento reduzido apenas a cinco usuários mais comprometidos, enfim, um clima de terra arrasada.

Além de todas as dificuldades enfrentadas pela conjuntura, identificávamos nas relações institucionais uma visível correlação de forças em função de divergências de cunho técnico e ideológico, somadas às discretas disputas egóicas, não menos indesejáveis. O campo de estágio se desvelava e revelava uma realidade composta de muitas lutas, de muitos acertos, de muito comprometimento, mas também de muita disputa hegemônica e um cotidiano de trabalho perpassado pela impotência. Lutamos contra um contexto social bárbaro e excludente, lutamos contra os retrocessos ameaçadores, lutamos desarmados contra a brutalidade da falta de recursos, lutamos com as relações institucionais, lutamos pelos insanos, desvalidos, os rotulados de loucos e inúteis, os fardos das famílias e o peso morto dos orçamentos governamentais. Nós lutamos e lutamos exaustivamente enxugando o gelo de cada dia, para avançar meio passo e retroceder muitos; e avançar e retroceder.

A conjuntura política do ano de 2019, nas três esferas de governo sinalizava um cenário crítico e sombrio no que se refere ao segmento da saúde, em especial a saúde mental, ameaçada de retrocessos, incluindo o retorno do regime manicomial. Havia cortes de verba falta de investimento em dispositivos substitutivos tais como os CAPS e Residências Terapêuticas que propiciassem a desinstitucionalização de pessoas com longos períodos em regime asilar, que por vezes contabilizavam 20, 30, 40 anos internados e encontravam-se em condições de serem acompanhadas fora de um hospital psiquiátrico. O quadro de técnicos do CAPS havia sofrido redução nas equipes de psicologia, Serviço Social e terapia ocupacional. Por exemplo, o Serviço Social passou a funcionar com uma única assistente social para atendimento das demandas de toda a Unidade, que incluindo todas as especialidades totalizava em média mais de mil atendimentos/mês.

A partir do golpe parlamentar de 2016 com a ascensão de Michel Temer ao poder, iniciou-se um processo de contrarreforma do Estado brasileiro com foco na retirada de direitos das classes subalternas, de modo a favorecer os interesses do capital. Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, uma sucessão de desmontes de políticas sociais

e ataques frequentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), causaram fortes impactos no segmento da saúde mental como um todo.

De acordo com Delgado (2019), no período de 2016 a 2019, o governo federal adotou graves medidas regressivas:

1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, pp. 2-3).

Os reflexos dessas medidas foram contundentes na Cidade do Rio de Janeiro, sob a caótica gestão do Prefeito Marcelo Crivella, cujas decisões eram impregnadas de uma ideologia de cunho religioso e aplicava duros golpes nas estruturas de saúde do Município. Com a publicação da NT N° 11/2019 do Ministério da Saúde - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, ficou claro um movimento de contrarreforma da Reforma Psiquiátrica, ao reforçar,

o papel estratégico do hospital psiquiátrico: ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019, p. 3).

O desmonte da saúde no Município do RJ afetou gravemente a Atenção Básica de Saúde, com a demissão maciça de equipes de diversas especialidades; o mesmo ocorrendo em relação aos CAPS, situação que promoveu o adoecimento psíquico e emocional nos funcionários deste segmento, gerando seguidos pedidos de afastamento por motivo de doença, elevando significativamente os níveis de absenteísmo. Tais medidas se refletiam na qualidade do atendimento ao usuário, visto que as Unidades funcionavam com equipes reduzidas de profissionais sobrecarregados física e emocionalmente, com seus salários atrasados, benefícios retirados, além das condições precárias de funcionamento das Unidades onde faltavam insumos básicos para o trabalho da enfermagem, para a higienização e desinfecção

das instalações, eventualmente faltavam medicamentos das prescrições dos usuários, além da redução na quantidade e qualidade da alimentação dos acolhidos e frequentadores do Intensivo. Como se isso não fosse o suficiente, vivenciávamos dias seguidos sem internet e sem telefone, porque os serviços eram suspensos por falta de pagamento, isto é, ficávamos isolados e impedidos de dar prosseguimento aos encaminhamentos necessários. Todas essas dificuldades fazem parte de um projeto de Estado de desmonte do SUS, da saúde pública, da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, não podemos ignorar a existência de trincheiras capazes de produzir resistência e construir novas possibilidades, ao exemplo do Movimento da luta Antimanicomial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pluralidade do espaço sócio ocupacional do estágio se expressa no aspecto de que o Serviço Social crítico não é uma regra. As dificuldades impostas pelo contexto de barbárie que atravessamos, propicia a manifestação de um pragmatismo e um conservadorismo notório. A inserção do Serviço Social em uma equipe multidisciplinar de modelo igualitário, não facilita a sua atuação, ao contrário, as diversas (e por vezes divergentes) formações sociais e profissionais, acabam atropelando a atuação das assistentes sociais.

As primeiras reações aos estagiários - em especial da equipe “psi”, de certa forma foram resistentes, quase “hostis” e discriminatórias, ao desqualificar propostas de atividades e até suprimir algumas informações aos recém-chegados, postura que foi se diluindo com o passar do tempo, na medida em que desenvolvíamos as nossas atribuições. Como já abordamos anteriormente, a relação da equipe “psi” com o Serviço Social não se materializava no “modelo igualitário”, visto que, em alguma medida fazia prevalecer os seus saberes em detrimento da atuação e qualificação da assistente social. Tais relações podem inibir os estagiários, que precisarão escolher entre uma posição subalternizada e um aprendizado limitado, muitas vezes descolado dos princípios norteadores do projeto profissional ou, lançar mão do arcabouço teórico que viabiliza uma leitura real da vida social, prevalecendo-se do frescor dos ideais assimilados na academia e assim, instigar novos olhares para antigas questões, no intuito de replicar no profissional afetado pela barbárie diária de longa data, a força desgastada pelas lutas – em grande parte – inglórias.

Em relação às demandas e projetos de vida de Pedro quando chegou ao CAPS em 06 de fevereiro de 2019, havíamos conseguido organizar toda a sua documentação. Quanto a estudar e trabalhar, logramos matriculá-lo em um Centro de Educação de Jovens e Adultos, ficando pendente conseguir um trabalho que lhe viabilizasse sair das ruas e ter como pagar por uma moradia.

Na visão da preceptora, a Instituição havia atendido a demanda do usuário ao resgatar a sua documentação e assim, havia chegado a hora de Pedro partir para a vida civil, trabalhar e se sustentar. Pontuou que ele não tinha perfil para ser acompanhado no CAPS III, pois não considerava que o mesmo estivesse em crise. Ressaltou que o CAPS não possui função assistencial e que a sua permanência poderia acarretar-lhe um processo de institucionalização, circunstância que a experiência já havia lhe apresentado em várias ocasiões no decorrer da sua vivência profissional. Provoquei um questionamento sobre a função de ressocialização proposta pelo dispositivo, que nesse caso específico significaria reinseri-lo na comunidade na

condição de mendigo (nosso ponto de divergência), mas não chegamos a um consenso sobre o tema. Essa divergência de avaliações não reflete o quanto essa profissional luta aguerridamente pelo acesso aos direitos dos usuários. A sua disponibilidade e determinação de buscar soluções alicerçou o nosso aprendizado durante dois anos de estágio, compartilhando conhecimento, experiências e delegando responsabilidades sem impor as suas ideias e sem cercear a nossa atuação, isto é, possibilitando-nos experimentar uma relativa autonomia nas nossas atividades.

Entretanto, esta profissional faz parte da classe trabalhadora cujos direitos vem sendo retirados sistematicamente, da mesma forma que seus instrumentos de trabalho vêm sendo reduzidos drasticamente. Ao constatar as mãos vazias, contraditoriamente ela aposta na capacidade de sobrevivência de alguém sem acesso a mobilidade social e subjetivamente conta com que a caridade dos justos garanta ao usuário resistir à dura realidade de ser desprovido de tudo e o seu sofrimento lhe capacite a sobreviver. Em nossas reuniões de supervisão eventualmente divergíamos na análise dos casos em acompanhamento, como ocorreu em relação ao Pedro, quando ela sinalizava os desafios imensos que são postos no cotidiano e, talvez pelo exaurimento de tantas lutas travadas, transmitia certa resignação em relação ao destino dos usuários.

Apesar de avaliar que o perfil de Pedro não se enquadrava no atendimento à crise do CAPS, a preceptora jamais inibiu as minhas iniciativas e questionamentos sobre o tratamento de Pedro, visto considerar que realizávamos um acompanhamento terapêutico junto aos usuários por meio de nossa escuta e de nosso cuidado, nossas ações para inseri-los e/ou reinseri-los no dia-a-dia da comunidade, colaborando para que se apropriassem dos espaços da Cidade, portanto, descartando a psicologização das relações sociais, a nossa proximidade e vínculo com os usuários nos possibilitava conhece-los mais amiúde nas dificuldades vivenciadas no dia-a-dia.

Durante quase um ano no acompanhamento do usuário, enquanto estagiária do serviço social questionei o seu PTS focado na medicação e insisti em reivindicar a “inserção da palavra” por parte da equipe “psi” no seu tratamento, com fundamento nas propostas terapêuticas da Reforma Psiquiátrica e nas práticas defendidas por profissionais reconhecidos na área da saúde mental, como por exemplo, o psiquiatra Paulo Amarante, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, FIOCRUZ e a Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB, Ana Cristina Costa de Figueiredo. Nunca se tratou de desqualificar as decisões clínicas da equipe, mas de abrir um debate para se pensar em uma prática clínica humanista, porque independentemente de

protocolos e normativas, diagnósticos e prescrições, lidávamos com as pessoas e as suas subjetividades. E por mais precários que sejam os recursos disponibilizados pela Instituição, pelo Estado, não podemos perder de vista a prioridade de fazer valer o direito de se ser e existir, disponibilizando todos os recursos e saberes que viabilizem o exercício deste direito, como aspecto indissociável de uma clínica humanista, democrática e universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, Paulo Henrique Resende; TOLEDO, Jairo Furtado, (org.). O hospício nosso de cada dia, In: **(Colônia): uma tragédia silenciosa**. Minas Gerais, Belo Horizonte: 2008.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. [Ebook] Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz, 2007.

_____; FREITAS, Fernando. **Medicalização em psiquiatria**. [Ebook] Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1ª Edição. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua... Brasília: 2009. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 12 out. 2021.

_____. **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. Brasília, 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 29 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Volume 5 – Saúde Mental**. Brasília: MS, 2015. Disponível em <<https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-5-saude-mental/>>. Acesso em 31 out. 2021.

_____, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002**. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. Brasília: MEC, 2002. Disponível em <<http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10>>. Acesso em 28 ago. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: MS, 2019. Disponível em <<http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>>. Acesso em 12 out. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: MS, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 31 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/manuais-e-publicacoes-raps>>. Acesso em 11 set. 2021.

CRESS-RJ (Org.). **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais**. Rio de

Janeiro, RJ, 2013. Disponível em <<https://www.cressrj.org.br/cartilhas/projeto-etico-politico-e-exercicio-profissional-em-servico-social-os-principios-do-codigo-de-etica-articulados-a-atuacao-critica-de-assistentes-sociais/>>. Acesso em 26 ago. 2021.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2ª edição. Rio grande do Sul, Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELGADO, Pedro G.: Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, Editorial. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>>. Acesso em 10 out. 2021.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VII, 1, 2004. (pp: 76-86). Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v9qDvJVvYY4tHQPdJtC9FgH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 08 set. 2021.

_____. **Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial**. In: *Pepsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia Mental*, v.3, n.5. Barbacena, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272005000200004>. Acesso em 29 ago. 2021.

FIGUEIREDO, Eduardo H. L. de; GUERRA, Daniela de L. R. Da população em situação de rua: a criminalização do invisível. In: **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**. SP, Bauru, v.50, n.66, p.160-176, jul/dez. 2016. Disponível em <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiOjsbLgO_yAhU3r5UCHdZdA3cQFnoECAgQAw&url=http%3A%2F%2Fwww.mpsp.mp.br%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2Fdocumentacao_e_divulgacao%2Fdoc_biblioteca%2Fbibli_servicos_produtos%2Fbibli_informativo%2Fbibli_inf_2006%2FRIFE_n.66.08.pdf&usq=AOvVaw0Bu8A81-byYVZPvOTazEqj>. Acesso em 08 set. 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Estou sem alma, disse morador de rua**. Publicação de 02/12/2020 às 16h29 por Júlia Barbon. São Paulo: Grupo Folha, 2020. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/12/estou-sem-alma-disse-morador-de-rua-antes-de-morrer-em-padaria-de-ipanema-no-rio.shtml>>. Acesso em 28 jul. 2021.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**: na idade clássica. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo, SP; Perspectiva, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3ª Edição. São Paulo, SP: Cortez, 2000.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 9ª Edição. São Paulo, SP: Cortez, 2015.

PONTES, Reinaldo Nobre. A categoria de mediação em face do processo de intervenção do serviço social. In: **XIII ENPESS - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Juiz de fora. 2012. Disponível em <<http://www.unirio.br/members/rafaela.ribeiro.PDF>>. Acesso em 04 set. 2021.

RAMOS, Sílvia & MUSUMECCI, Leonarda. **Elemento Suspeito**: abordagem policial e discriminação na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2005.

SAUDE MENTAL CRÍTICA. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial**. Entrevistado: Paulo Amarante. Entrevistador: Dassayeve Távora Lima. [Podcast] Spotify, 18 de maio de 2021. Disponível em <<http://open.spotify.com/episode/0jFGGrBDROBeKykoQgYlOf0>>. Acesso em 20 jul. 2021.

SCHMIDT, Moema Belloni e FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Acesso, acolhimento e acompanhamento**: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2009, v. 12, n. 1. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/stQ4z7syhNK4VzDcMkyHtHb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 08 set. 2021.

SPIEGEL, David. **Manual MSD**: Versão para Profissionais de Saúde. MD, Stanford University School of Medicine. Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-dissociativos/amn%C3%A9sia-dissociativa?query=amnesia%20dissociativa>>. Acesso em 18 ago. 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica do Brasil**, São Paulo: Hucitec, 2010.