

## **DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE MENTAL: CASOS DE CÁRCERE PRIVADO E DEMAIS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS DE PARNAÍBA**

*Adrielly Pereira de Sousa (ICV/ UFPI), João Paulo Sales Macedo (Orientador. Depto de Psicologia – UFPI)*

### **Introdução**

A loucura permeia o imaginário social ao longo dos séculos, com muitas facetas e significados que fomenta ao longo da história a cultura manicomial a qual “remete a conceitos referenciados nos hospitais psiquiátricos” (DIAS; FERRIGATO; BIEGAS, 2010, p.49). Mesmo que suas origens remontem a lógica manicomial não está restrita aos muros dos hospitais psiquiátricos, segundo Dias, Ferrigato e Biegas (2010) é um conceito funcional, repleto por um rol de concepções que capitaneia práticas de isolamento, segregação, estigmatização da loucura, maus tratos, infantilização, atroz retirada do louco do seu papel de cidadão para alocação de não sujeito, não cidadão.

Disso decorre o mais emblemático da cultura manicomial: os cárceres privado, entendido como o “confinamento de um sujeito em um cômodo isolado particular” (DRAGO, 2010). Mesmo com a ascensão de novos paradigmas como o modelo psicossocial e a emblemática Reforma Psiquiátrica, o cárcere é uma prática ainda vigente e por muitas vezes negligenciada, ocultada, esquecida, urge-se o olhar para tais casos a cultura manicomial não pode está acima do direito a cidadania.

O município de Parnaíba detém uma rede assistencial frágil, visível nas praticas e tratamento dado aos pacientes com transtorno mental e na existência de casos de cárcere privado do qual os serviços não buscam se aproximar e reverter esta condição. É nessa conjuntura que insurge o presente estudo, objetivando identificar as demandas e necessidades de saúde mental que insurgem dos distritos sanitários e identificar a incidência e prevalência de casos em situação de cárcere privado, conhecer as demandas e necessidades de usuários que vivem em situação de cárcere privado e desassistência nos territórios sanitários do município de Parnaíba.

### **Metodologia**

Em função da natureza do estudo, escolheu-se como a metodologia o estudo qualitativo e quantitativo de delineamento etnográfico e epidemiológico, respectivamente. O estudo foi realizado nos quatro distritos sanitários da Secretaria de Saúde de Parnaíba, tendo foco na atenção básica, participaram deste estudo no primeiro momento da pesquisa cerca de 20 profissionais que compõem as equipes de Unidades Saúde da Família, entre os profissionais registra-se a presença de Enfermeiros, Médicos, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recorreu-se também a Associação dos Agentes Comunitários composta por mais de 300 ACS, no segundo momento os participantes foram os familiares das pessoas que se encontravam em situação de cárcere.

Na produção dos dados, fez-se uso de entrevistas semi-estruturadas, outra ferramenta utilizada foi observação participante e diário de campo, além de visita domiciliar aos casos identificados como cárcere.

### **Resultados e Discussão**

A rede de Atenção Básica de Parnaíba é composta por 35 Unidade de Saúde da Família e 2 Programas de Agentes Comunitários ( PACS) que constituem os 4 distritos sanitários. Destes serviços 32 foram visitados, sendo o total de 53 visitas realizadas com o objetivo de identificar as demandas de saúde mental na atenção básica e identificação dos casos em situação de cárcere privado.

O primeiro momento da pesquisa com o coordenador de cada serviço totalizou 22 entrevistas. Destas em apenas 7 é relatado que há registros dos casos de saúde mental, os motivos apresentados para tal fato pautavam-se em os usuários não terem a atenção básica como serviço de referência para tais questões, somado a isto, sobressaia-se a lógica do encaminhamento prática comum aos profissionais das Unidades.

Das demandas de Saúde Mental que chegam ao serviço tem maior destaque a depressão, as demais são transtorno de ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas, insônia e epilepsia. Como outras necessidades de saúde, sobretudo casos de diabetes e hipertensão e no quadro das necessidades sociais, ganhou destaque conflitos familiares, dificuldades econômicas, abandono familiar, violência doméstica e de rua, a dessas demandas as equipes têm respondido hegemonicamente com consulta médica, prescrição e encaminhamento efetuado especialmente para serviços como o CAPS e NASF, as ações ofertadas pelos profissionais ocorrem de forma muito tímida, em condições precárias e centradas especialmente no médico, os profissionais assinalam que se sentem despreparados, relatam a falta capacitação profissional.

Identificar os casos de cárcere privado por meio dos profissionais foi um trabalho de percalços, o que vem à baila nas entrevistas é de maneira generalizada o desconhecimento. Se realizou no total 5 entrevistas, onde 2 do sexo feminino e 3 do masculino, dentre esses 2 homens são relatados como usuário de drogas são estes também que não se encontram mais em cárcere, 1 homem tem esquizofrenia e as duas mulheres não tem diagnóstico, apresentam baixo níveis de escolaridade, todos são aposentados com renda familiar de menos de um salário mínimo até 4 salários, os primeiros sintomas apareceram na faixa etária do 14 até os 26 anos, apenas em um caso nunca houve internação por opção da família, os demais todos já passaram por internações de períodos que variam de 1 semana até 3 meses, havendo casos que há mais de 10 anos não há internação.

A situação de cárcere perdurou ou perdura dos 2 anos chegando até 14 anos, os motivos apresentados para prender seus familiares remetem a incapacidade para a vida social, uma das vezes diz: *“ele tem que ser isolado do meio social”*, além de agressividade assaz relatada, com agressões a família, incômodos causados aos vizinhos, vagavam sozinhos na rua o que a família considera perigoso, foi comum ouvir *“aqui pelo menos estou olhando, está sobre meus olhos, era*

vigente um sentimento de superproteção. Para as famílias é difícil lidar com esta situação, sofrem é triste e constrangedor, mas alguns casos entende que é a melhor opção, investigou-se ainda como os familiares entendem a loucura, nos casos em que se fez uso de álcool/ drogas entendiam que se devia a isto, entendem ainda como desobediência para com os pais, o não trabalhar, só fazer coisa errada, surgiu explicações espirituais, há quem entenda como doença. Em contrapartida há os que não entendem como doença, sim como problema que a própria pessoa cria, surgiram também explicações neurológicas *neurônios incham, dor de cabeça*, essas concepções sobre a loucura trazem os rótulos e a cultura manicomial que permeia o imaginário social no entendimento da loucura.

Em todos os casos se conhece as possibilidades de tratamento ofertadas na cidade (CAPS Clínica de Repouso, Santa Casa), especialmente a Santa Casa, mas não avaliam de forma satisfatória os serviços. Sendo um dos motivos para não recorrerem a eles, além da resistência a permitir a saída dos entes, quando entram em crise procura-se ajuda médica, consulta com o psiquiatra, um caso que a pessoa não está mais em cárcere quando apresenta crise volta a ser amarrado, em momentos como este o problema costumar ficar só dentro da família é pertinente pontuar que não é o está em crise que diz se vão preso ou não, independente disso permanece preso. Essas famílias em sua maioria relatam não possuir nenhum apoio comunitário é a família que cabe o papel de cuidar, a pessoa em cárcere tem uma dependência generalizada, a condição de cárcere parece ter lhe roubado a liberdade, autonomia e sua cidadania, a família já não vislumbra a possibilidade de ter seu ente livre das grades da loucura, o imaginário manicomial está posto, instalado e cronificado.

### **Conclusão**

Da conjuntura apresentada nos resultados, ressalta-se um quadro de certo descaso, displicência. O que nota-se é que as questões relativas a Saúde Mental são desconhecidas pela Atenção Básica, esse desconhecimento perpassa desde a ausência de registros a o “lavar as mãos”, por muitas vezes a Atenção Básica compreende tais questões como não sendo parte integrante de suas responsabilidades, como se a ela não coubesse dar repostas, exceto o encaminhamento e prescrição, estes sim perduram como imperativo nas repostas as demandas e necessidades de Saúde Mental.

Este quadro também é comum aos casos de cárcere privado, chegando até ser tratado com naturalidade e entendido como algo sem solução. Já não conseguem espantar-se diante de condições tão indignas de vida, o adentrar este universo é enfrentar as fortes resistências inerentes a cultura manicomial, resistências essas que passam pelos familiares que não estão dispostos a libertar seus entes, alguns são incisivos *tem que ficar preso*, resistência dos profissionais que nem ao menos querem se aproximar, idealize então o reverter esta condição, vislumbrar outra possibilidade para estas pessoas passa por afetações, pensamento criativo, reflexivo, que problematiza que não aceita as coisas como são dadas, é necessário o rebelar-se as situações dadas e fossilizadas, é o caminhar percebendo que em nós ainda há muitos desejos manicomiais, manicômios mentais, microfascismos inflamados que urgem ser ultrapassados.

**Referências.**

DRAGO, G. D. Internação psiquiátrica: tratamento, cárcere privado e constrangimento ilegal. **Jus Navigandi**, ano 15, n. 2404, 30 jan. 2010. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/14284>. Acesso em: 10 ago. 2012.

DIAS, M. K., FERIGATO, S., BIEGAS, M. O. C. Cultura Manicomial além do hospital: O estudo dos cárceres privados em Caicó (RN). In: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 9**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 49-71.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Básica. Cárcere Privado.