

## **Desvantagens sociais e os agravamentos no cuidado em saúde mental: narrativa de Jho.**

Araujo Silva, Juliana<sup>1</sup>  
Maria Freire de Araujo Lima, Elizabeth<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UNESP/Instituto de Psicologia, Assis, Brasil, juliana.arsi@gmail.com

<sup>2</sup> USP/ Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil, beth.lima@usp.br

**Resumen:** Este trabalho é parte de uma pesquisa de doutorado sobre o atendimento clínico em saúde mental infantojuvenil, em um serviço público, no contexto brasileiro. A pesquisa de doutorado é uma cartografia da prática clínica composta por narrativas de acompanhamentos. A comunicação aqui apresentada pretende, através da narrativa de um acompanhamento de um jovem, levantar questões sobre a relação entre desvantagem socioeconômica e o agravamento das situações de saúde mental. Serão apresentadas estratégias e reflexões de um serviço territorial para realizar o atendimento. Concluiu-se que o serviço territorial é um lugar privilegiado para entrar em contato com as questões sociais e de pouco acesso aos serviços e, com elas, realizar intervenções mais coerentes com a necessidade dos usuários dos serviços.

**Palabras clave:** saúde coletiva, saúde mental, Juventude, desvantagem social.

## I. INTRODUCCIÓN

O trabalho aqui apresentado é parte da pesquisa de doutoramento, em andamento, que tem como objetivo trazer problemáticas do campo de atenção à saúde mental infantojuvenil, no contexto brasileiro, por meio de narrativas de acompanhamentos de casos. A pesquisa está sendo desenvolvida na Universidade Julio de Mesquita Filho (UNESP), em Assis, São Paulo, Brasil. É financiada pela CAPES. Neste recorte da pesquisa, buscou-se escolher uma narrativa que pudesse problematizar a importância do atendimento territorial em saúde mental como possibilidade de alinhar os serviços de saúde com as reais necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços. Nessa perspectiva é possível observar a influência das questões de desvantagem socioeconômicas enquanto agravantes das problemáticas de saúde, incluindo a saúde mental.

## II. MÉTODO

A pesquisa de doutorado utiliza o método cartográfico, inspirado nos trabalhos de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Ela busca selecionar atendimentos expressivos para construir narrativas híbridas (com a história dos acompanhamentos e argumentos teóricos) com objetivo de contribuir com o campo da saúde mental infantojuvenil. À partir da seleção de acompanhamentos, buscam-se intercessores para ressaltar a complexidade das situações e urgências que a prática clínica coloca aos profissionais de saúde.

## III. RESULTADOS

Na cidade de São Paulo, a constituição do atendimento em saúde mental às crianças e jovens, dá-se em um momento histórico, quando o Brasil passa a se constituir por burgueses, ex-escravizados e imigrantes. Época na qual houve um fortalecimento do discurso médico – científico que passou a intervir nos modos e costumes da população. Serra relata que na criação do conceito de anormalidade para a infância, em São Paulo, as crianças indisciplinadas eram consideradas anormais e a hipótese de seu desvio provinha de preceitos morais<sup>1</sup>. Para todas, a orientação era que fossem asiladas levando à necessidade de construção de locais próprios a elas, sendo os primeiros locais, pavilhões infantis dentro dos hospitais psiquiátricos já existentes.

Serra acompanhou a trajetória do olhar para a infância paulista, ao contextualizar as ideias presentes nos discursos de Pacheco e Silva, psiquiatra autor das primeiras definições de anormalidade na região, enquanto enunciados que alimentaram as primeiras intervenções com as crianças<sup>1</sup>. Foi na década de 1930 que Pacheco e Silva iniciou o exercício de suas ações em prol do melhoramento da raça paulista. Os paulistas tinham uma reputação construída em cima da imagem de desbravadores e conquistadores. Serra relata que “os ancestrais bandeirantes povoaram o imaginário da população, marcando a história de São Paulo pela saga do movimento que, com ações brutais e predatórias, caçavam índios para a colonização”.<sup>1</sup> (p. 46)

Na época, a cidade de São Paulo vivia um crescimento caótico, produzindo aglomerações periféricas que sofriam com a incidência de algumas doenças como varíola e tuberculose. Neste cenário, os médicos higienistas entraram em ação com o propósito de intervir na paisagem urbana. Desta forma,

como relata Serra<sup>1</sup> era a intenção dos higienistas cuidar dos problemas sociais, atenuando as consequências da miséria ao reconduzir as famílias às condições “normais”, enquadradas em padrões morais.

A ideia da superioridade da raça paulistana viabilizava que as intervenções sobre a população fossem realizadas. A autora afirma que “Com o apoio do mito da “raça” paulista, cientificamente fundamentado pela eugenia, a população teria de corresponder ao ideal narcísico proposto por boa parte dos médicos paulistas.”.

Para a Liga Paulista de Saúde Mental era necessário atentar-se à infância, a fim de evitar manifestações “anormais” na vida adulta. Nas descrições das causas da anormalidade descritas no texto “Infância anormal e criminalidade” de 1934, escrito por Pacheco e Silva, Serra pontua: 1. Patológicas – consequência de processos intrauterinos ou da primeira infância que causassem deficiências ou prevenções 2. Sociais - derivadas da má educação, miséria e da vagabundagem e 3 - associações de elementos, associação das duas anteriores por conta da prostituição da mãe, alcoolismo do pai, ou outras questões<sup>1</sup>.

Pobre, negro, com família despedaçada, com dificuldades de compreensão, expressão, simbolização. Jho era uma monstruosidade que respondia a um pensamento, por vezes ainda hegemônico, de patologização da complexidade da vida. O jovem faleceu com aproximadamente 21 anos. No enterro, presenciou-se os trâmites da pobreza. Corpo atrasado para chegar do necrotério, velório com tempo limitado diante da impossibilidade da família de pagar por mais tempo para velar, informações confusas... A avó contou do falecimento, agradeceu a presença dos profissionais que foram. As crianças da família brincavam na frente do cemitério.

No entanto, em sua curta vida, Jho teve a possibilidade de ser atendido em um Centro de Atenção Psicossocial para Infância (CAPSi). Os Centros de Atenção Psicossocial são os serviços territoriais de acompanhamento que compõem a Rede de Atenção em Saúde Mental no Brasil. Existem três tipos de CAPS, um para atendimento de adultos com intenso sofrimento psíquico, um para as questões de uso abuso de substâncias química e outro para crianças e jovens. O CAPS infantojuvenil tem como característica: a atenção diária a crianças e jovens em sofrimento psíquico, a regulação e coordenação da demanda e da rede de cuidados em saúde mental e a capacitação da rede básica na atenção à infância e adolescência.

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira, ameaçada pelo atual governo, tem como princípio o atendimento comunitário dos usuários dos serviços, afim de garantir um cuidado nos locais de vida de cada um e evitar o isolamento das pessoas de suas famílias e de suas redes de suporte com internações em hospitais psiquiátricos. Ela pretende colaborar com a aproximação dos profissionais de saúde com as complexidades de cada território das cidades, a fim de que a promoção de saúde possa compor com as necessidades das populações locais.

Jho tinha 12 anos quando conheceu um hospital psiquiátrico. Menino negro e pobre, viveu em hospitais, alterando algumas vezes seus lugares de internação, até ser mandado para casa com quase 18 anos, passando a viver com sua avó. Era a avó quem ia visitá-lo nas internações quando possível. Quando Jho chegou ao serviço de saúde mental territorial da região onde morava, para acompanhamento foi apresentado como um “caso grave”. Junto à esta enunciação constava uma relação de diagnósticos como esquizofrenia refratária e retardo mental, seguida de uma lista de medicamentos que ele deveria tomar.

Mas, o que seria um caso grave? Como nos relacionar com essa afirmação? É comum o uso do termo “caso grave”, nas discussões em saúde. Por caso entende-se um acompanhamento de uma pessoa ou de uma família, por vezes de uma situação. Assim, com este enunciado dizia-se que aquela pessoa

encontrava-se em uma situação grave. Entretanto, torna-se necessário questionar os critérios que fazem um acompanhamento ser denominado de grave. Seria um caso acompanhado na perspectiva da saúde mental, grave, a partir da dificuldade da remissão de sintomas desviantes de uma certa normalidade ou seria por sua complexidade, que inclui as questões da desigualdade social, econômica e de acesso aos serviços de saúde que atinge parte da população brasileira? Em tempos de crescente patologização do sofrimento e do aumento expressivo do uso de medicamentos psiquiátricos é importante analisar à luz das histórias de vida, a presença de questões sociais e as problemáticas das formas de existência contemporâneas intensificando as complexidades dos acompanhamentos em saúde.

Jho apresentava uma figura *monstruosa*, com traços que o encaixava na gama da anormalidade: olhos estrábicos, dentes mal cuidados, obeso com pouco equilíbrio, dicção incompreensível, cheiro e marcas de fezes na roupa, dores e resmungos frequentes, alucinações de aliens e diabos. Sua aparência, por vezes, assustava algumas crianças que frequentavam o serviço. A equipe do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) perguntava-se o que poderia fazer enquanto serviço territorial para realizar aquele acompanhamento. Ideias e vontades surgiam bem como questionamentos e dificuldades. Era importante também entender o que pretendia-se enquanto propostas para Jho e como seriam contruídas as ações com ele e sua avó.

Jho foi um jovem que sofreu os efeitos de uma internação de longo prazo e do afastamento de seu meio familiar. As urgências que percebidas em sua situação eram muitas, da necessidade de estar em contato com ele, que não conseguia expressar-se, até a necessidade de providenciar apoios fundamentais para sua família como benefícios financeiros, organização da rede de atenção em saúde com a atenção básica e redes de suporte familiares. Percebeu-se no início de seu acompanhamento que um dos principais focos de cuidado seria trabalhar sua reinserção na família e no bairro.

A família morava em uma favela em uma zona periférica da cidade de São Paulo, em casas feitas por pedaços de madeira, sem saneamento, em meio a córregos abertos. Dentre o pouco que Jho conseguia comunicar estava seu desconforto com as baratas e os ratos que apareciam na casa, com chão de terra. Promover saúde mental era lidar com as questões da pobreza e suas dificuldades cotidianas. Foi preciso investir em visitas domiciliares nas quais a equipe se aproximava da família extensa de Jho, de vizinhos que poderiam colaborar com a situação do jovem e sua avó, bem como buscar recursos da comunidade para melhorar as condições da casa.

Havia uma certa solidariedade entre as pessoas que, de diferentes formas se punham ajudar, doando chuveiro, montando um sistema simples para o banheiro, doando alimentos, entre outras formas. E com essas colaborações, melhorias puderam ser feitas para a adaptação do jovem a seu lugar de vida. Ele tinha pouca tolerância, talvez pelo isolamento, a presença dos irmãos e sobrinhos na casa, crianças pequenas, não tinha paciência com os barulhos, não brincava, nem conversava com as pessoas de sua família. Assistia televisão, comia e dormia. Corpo aberto, constantemente atravessado pelo que compunha os ambientes, ele estava sempre a ver *aliens*, diabos, lutadores, personagens de filme de terror. O circuito de sua casa ao CAPSi não se resumia, absolutamente, em andar e pegar um ônibus, descer e entrar no serviço. O circuito era a exigência de criar maneiras de lentificar as forças que encontrava e não ser invadido por elas, jogado à uma caoticidade que o levava a insuportáveis vivências. No início do acompanhamento, o circuito completava-se poucas vezes, pois na maioria, não conseguia deixar a casa ou o bairro por ser tomado por alguma dor, que logo se transformava num *alien* em sua barriga. Entrava em um estado de agitação, pois de fato lutava contra os intrusos que o ameaçavam e neste movimento

chegou a quebrar sua casa e de vizinhos próximos. Batia em que entrava em sua frente, quando não saía correndo pelas ruas, precisando ser contido por familiares e vizinhos. Falava algo pouco decifrável, num misto de braveza e risadas e com as mãos simulando um revólver apontado em várias direções gritava “pow pow”. As formas de contenção encontradas pelos familiares era amarrá-lo pelos braços e pernas com uma corda grossa. Realizava assim, diversas idas aos prontos socorros psiquiátricos nos quais era medicado e deixado em observado antes de ser mandado para casa.

A equipe territorial teve como estratégias de atenção propostas variadas: estar na casa para buscar meios de reaproximar Jho de seus irmãos, fazer o circuito com ele e sua avó de ônibus como assistência no caso de dificuldades, ir até a residência em momentos de crise e por vezes, quando necessário, acompanhá-lo até um pronto socorro garantindo assim que ele tivesse uma história a ser contada e que a avó não ficasse sozinha nos percursos, acompanhamento para a retirada da documentação do jovem (perdida nos circuitos de internação) e procedimentos para a entrada nos benefícios; além do atendimento realizado no próprio serviço buscando estar com o jovem no espaço do CAPS, e nos grupos quando possível. Estavam incluídas nas estratégias, ainda, o acompanhamento medicamentoso.

Jho exigiu um atendimento complexo, diante da situação grave em que se encontrava. Mas, era nítido que a gravidade era uma produção social e que não se restringia a ele e sua família. A situação de pobreza e escassez de acesso aos serviços básicos das famílias brasileiras colabora intensamente para o agravamento de dificuldades psicossociais. Anteriormente a implementação das políticas territoriais de atenção básica, a situação era pior. A história de infância de Jho não era muito diferente da vivida pelas crianças de seu bairro. Família pobre, permaneceu por pouco tempo na escola, não aprendeu a ler nem escrever, primogênito de aproximadamente seis irmãos, conheceu as ruas da favela, as ruas do centro da cidade de São Paulo onde crianças e jovens circulam em situação de risco, fez uso de algumas drogas. Este circuito ainda é um circuito existe na realidade das crianças em desvantagem social. Ouvir as histórias da família era ouvir a história da marginalização de populações.

Para além das ações com o jovem, e com outros que se encontravam em situação semelhante, foi necessário problematizar o lugar do profissional de saúde mental. Problematizar a influência que o profissional tem nos processos sociais que podem agravar ou diminuir as dificuldades das famílias. Os serviços territoriais, por não excluírem-se dos territórios de vida, tem acesso a essas problemáticas e torna-se um lugar privilegiado para repensar as funções e os modos de atuação dos profissionais.

#### IV. CONCLUSIONES

A produção de cuidado em saúde mental, na perspectiva territorial, pode agregar elementos imprescindíveis para se pensar as problemáticas em saúde, por sua proximidade com as questões reais das vidas das pessoas acompanhadas. Ela necessita de uma equipe que possa realizar deslocamentos em seus lugares de poder, como o de classificação das vidas por pressupostos morais, necessita construir estratégias, voltadas ao exterior dos serviços a fim de sustentar situações de alta complexidade, casos graves. Foram necessários muitos corpos em composição para sustentar a vida em comunidade de Jho. A assistência em saúde mental não focou-se em suprimir seus traços de anormalidade, no sentido de suprimir

seus sintomas, mas debruçou-se em garantir uma vida mais digna, possibilidades de existir junto ao seu meio familiar, e rendeu bons questionamentos a equipe e às pesquisadoras.

## REFERENCIAS

<sup>1</sup> Serra LN. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(1), 85-99, mar. 2014