

1 Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil no SUS

1.1 Antecedentes

As ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque eles representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a con-

cepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinqüente).

O resultado desse longo processo que visava a assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão.

Nas tramas desse processo, passaram 'silenciosas', mas não isentas de suas consequências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado.

O amplo movimento pela redemocratização do País, no final da década de 70, deu visibilidade e ampliou as condições de possibilidade para que essas questões estruturais pudessem ser alteradas e superadas. Resultado de um amplo processo de debate por toda a sociedade brasileira, a promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes "o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", conforme descrito no artigo 227 da Carta Magna. Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeitos de direitos tributado a crianças e adolescentes resultou na promulgação de Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente.

Entretanto, a promulgação de um texto legal não operaria por si as mudanças necessárias. Para tal, era imprescindível a efetiva mudança do curso da história, operação que requer a consolidação de um novo modelo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante –, dirigido a novos cidadãos: sujeitos de direitos e de responsabilidade, não mais deficientes.

Estava posto o desafio para o campo da Saúde Mental, igualmente atravessado pelos debates democráticos que queriam expurgar os malefícios do asilamento e que,

por força do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, viu-se obrigado a redesenhar suas diretrizes, a base de seu modelo assistencial e o objeto de sua intervenção. Foi sob a égide desse novo ideário que se constituiu no Brasil a gestão da saúde mental no SUS, cuja responsabilidade principal é promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária.

A base normativa e política do atual campo da Saúde Mental vem, há muito, apontando a necessidade de ser construído um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. A 2.ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3.ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. A institucionalidade para todas as mudanças está materializada na Lei n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No campo específico da Saúde Mental Infanto-Juvenil, essa prioridade se materializou na instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que teve sua implantação concretizada graças ao esforço de representantes de diferentes setores, do âmbito governamental e não-governamental, garantindo que este se fortaleça a cada dia como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais.

1.2 O desafio da construção de uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

Hoje, um dos maiores desafios para a área de Saúde Mental, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS.

Até recentemente, a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições totais, cujo modelo de atenção não focaliza ações e propostas terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural.

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.

Para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família.

No campo específico da Atenção à Saúde Mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, não raro, desenvolvem iniciativas que se superpõem ou se contrapõem, dispersando esforços, apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade.

2 Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil

As linhas gerais de ação que caracterizam as políticas públicas da área da Saúde Mental, especificamente no segmento da saúde mental de crianças e adolescentes, fazem-se reger por claros princípios que encontram suas bases em uma ética e em uma lógica do cuidado. Tais princípios precisam ser explicitados.

- **Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a idéia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito**

Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. Finalmente, não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares,

professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que não é a prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz.

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela.

- **Acolhimento universal**

Este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida.

O serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço. O acolhimento universal não implica, portanto, na exigência, que seria milagrosa ou tirânica, e em todo caso absurda, de que todo aquele que procurar o serviço terá que ser necessariamente absorvido nos modos de tratamento existentes no serviço em questão (o que obviamente não é possível), mas na idéia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso.

Recebida e ouvida a demanda, é preciso que se dê uma resposta. Trata-se de acabar com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum. Como há situações em que o encaminhamento para outros serviços se impõe, essa postura implica um novo princípio, que concerne ao modo de conceber e praticar o encaminhamento, quando é o caso.

- **Encaminhamento implicado**

Na forma de cuidado que aqui se propõe, a própria noção de encaminhamento é redefinida e podemos denominá-la de encaminhamento implicado.

Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Esse trabalho se insere na concepção de rede e sua construção será abordada adiante. Existe ainda a possibilidade da desconstrução da demanda como demanda de tratamento. Nesses casos, o serviço deverá realizar o trabalho de desconstrução, que muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias, a escola, por exemplo, quando encaminha situações de indisciplina ou os freqüentíssimos "problemas de aprendizagem" como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento. Nesse caso, além da construção de rede, o princípio aqui implicado é o da intersectorialidade, de que se tratará mais adiante.

• Construção permanente da rede

A idéia de rede se desloca de uma acepção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado. Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente "adequados" ao caso.

Tal concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território.

• Território

É uma das categorias nocionais mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental. Podemos entendê-lo como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito.

- **Intersetorialidade na ação do cuidado**

Um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Caps e Caps, ambulatorios, hospitais, PSFs, etc.), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros.

O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar.

Concluindo, a Política Pública de Assistência em Saúde Mental aponta para a necessidade de destituir, do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência, as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente, isolacionista. O eixo passa a ser definido pelos direitos de cidadania, definindo a esfera pública como um lugar de excelência de ação protetiva, de cuidados éticos emancipatórios das pessoas em situação de risco social. Tal direção impõe mudanças que se traduzem na articulação de novos dispositivos de cuidado vinculados ao processo de desinstitucionalização. Esse processo baseia-se no princípio de que a pessoa portadora de sofrimento mental, de alguma deficiência e sua família devem ser protagonistas do seu processo de emancipação, devendo assumir os seus lugares na vida de sua cidade.

Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

3. Diretrizes Operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e Adolescentes

Ana Pitta
Luciano Elia
Maria Cristina Hoffmann
Maria Cristina V. Couto

As diretrizes operacionais colocadas neste item têm por objetivo apresentar alguns pontos considerados norteadores para todo e qualquer serviço de saúde que se proponha a prestar atenção a crianças e adolescentes. Este material foi elaborado por um grupo de consultores.

Os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenis, em particular os de base territorial e voltados para a atenção intensiva, deverão seguir as seguintes diretrizes operacionais em suas ações de cuidado:

reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o *portador de um pedido legítimo a ser levado em conta*, implicando uma *necessária* ação de acolhimento;

tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo

¹ Este documento foi elaborado por solicitação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 13/2/04.

campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;

conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;

comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;

garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;

manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.