

Políticas Públicas de Saúde Mental Infanto-Juvenil: Da Baixa Assistência à Estratégia de Apoio Matricial

Public Policy on Mental Health of Children and Adolescents: Low Support for Matrix Support

Bárbara Pereira Walpassos Trega[†], Jennifer da Silva Martins[†], Roberta Barbosa da Silva[‡]

Como citar esse artigo. Trega, BPW; Martins, JS; da Silva, RB. Políticas Públicas de Saúde Mental Infanto-Juvenil: Da Baixa Assistência à Estratégia de Apoio Matricial. Revista Mosaico - 2019 Jul/Dez.; 10 (2): 10-16

Nota de Editoria

Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Resumo

O presente artigo versa sobre os impactos de um atraso na inclusão das questões que tangem a saúde mental infanto-juvenil à agenda de políticas públicas no Brasil. Nota-se que nas últimas décadas houve uma elevação da importância do conhecimento a respeito das Políticas Públicas no país, de seu funcionamento e suas finalidades. Em um primeiro momento, este artigo busca fazer uma revisão de literatura do que são essas ações de políticas públicas, principalmente no que tange as questões de saúde mental do público infantil e juvenil. Faz-se um levantamento acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como se deu e a forma como ainda vem se modificando, evoluindo e retrocedendo, com o passar do tempo, focando-se especificamente na Reforma Psiquiátrica no contexto da infância e adolescência, visto que essa teve um acréscimo muito tardio à agenda do SUS provocando consequências bem presentes nos dias atuais. A partir disto, apresenta-se dados que indicam a escassez de serviços especializados de cuidado à saúde mental para essa faixa etária, contando como estratégia de enfrentamento para essa defasagem a rede de apoio matricial feita pela Estratégia de Saúde da Família com o CAPSi, expondo seus impasses e peculiaridades.

Palavras-chave: SUS, Infância e Adolescência, Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This article deals with the impacts of a delay in the inclusion of issues that affect children's mental health to the agenda of public policies in Brazil. It is noteworthy that in recent decades there has been an increase in the importance of knowledge regarding Public Policies in the country, its operation and its purposes. At first, this article seeks to give a general overview of what these public policy actions are, especially with regard to the mental health issues of children and youths. A survey is made of the Brazilian Psychiatric Reform, as it has been and how it has been changing, evolving and retreating, over time, focusing specifically on the Psychiatric Reform in the context of childhood and adolescence, since this had a very late addition to the SUS's agenda, provoking very present consequences today. From this, we present data indicating the scarcity of specialized mental health care services for this age group, counting as a coping strategy for this delay the matrix support network made by the Family Health Strategy with CAPSi, exposing their impasses and peculiarities.

Keywords: SUS, childhood and adolescence, psychiatric reform.

Introdução

O presente artigo traz um levantamento acerca do acréscimo tardio à agenda de políticas públicas de saúde mental do público infanto-juvenil, apontando os possíveis motivos e suas consequências. Foi necessário este estudo devido ao ainda reduzido número de instituições especializadas para o tratamento dos transtornos mentais de crianças e adolescentes, deixando esta parcela da população muitas vezes desamparada em relação sua saúde mental, o que traz consequências de curto e longo prazo.

Para tal, foi utilizada como metodologia uma revisão bibliográfica de artigos, livros e dissertações online. Teve como objetivo geral trazer a tona um questionamento: onde estão as crianças e adolescentes no campo de políticas públicas de saúde mental? Como esse

público foi inserido? Dessa forma, buscou-se apontar a baixa assistência em relação a políticas públicas, em especial os Centros de Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes quando comparado ao mesmo serviço ofertado a população adulta, trazendo os impasses e particularidades, mostrando como desde o processo da Reforma Psiquiátrica, as crianças e adolescentes apresentam-se como um público com sua assistência precária.

Para que esse questionamento pudesse ser respondido, o artigo começa explicando o que são as Políticas Públicas e a forma como elas se dão. Em seguida, parte para um resgate histórico acerca da Reforma Psiquiátrica, como uma tentativa de explicitar o lugar em que as crianças e adolescentes se encontravam e para onde esse público foi após o processo de desinstitucionalização. Dito isso, aparece a necessidade

Afiliação dos autores:

[†]Graduanda em Psicologia, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

[‡]Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFF, professora da Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

* Email de correspondência: jennifermartinspsico@gmail.com

Recebido em: 14/05/18. Aceito em: 01/08/18.

de colocarmos em pauta a questão das políticas públicas de saúde mental desse público em específico, mostrando suas especificidades, onde também aparece a sua defasagem. E numa aposta de uma possibilidade para as questões relacionadas à saúde mental das crianças e adolescentes, finalizamos o artigo com a proposta do Apoio Matricial como um agente capaz de minimizar o impacto sofrido por esse público quanto a sua baixa assistência.

Políticas Públicas, o que são?

Num país do tamanho do Brasil, com diversos desafios de cunho social e que caminha lentamente em prol da transparência, falar sobre políticas públicas deve ser encarado como um desafio, porém algo básico e essencial.

Ao se refletir sobre Políticas Públicas, a priori precisamos desmembrá-la em duas categorias: Política de Governo e Política de Estado. A primeira tem como característica principal o fato de ser formulada a partir do plano de governo vigente, onde cada governo tem seus projetos que por sua vez se transformam em ações de políticas públicas, dependendo assim da alternância de poder, já a política de Estado é amparada e respaldada pela Constituição, dessa forma é uma política que independe do governo e do governante, tendo que ser realizada independente de tal gestão. Vale ressaltar que ações de uma política de Governo podem se tornar uma política de Estado, desde que estejam respaldadas pela Constituição, sendo eficientes, tendo continuidade de um governo para o outro, onde se mantém no longo prazo. Podendo o contrário também ocorrer. Pode uma política pública estar bem-sucedida e de um governo para o outro, essa ação ser extinta, ou seja, embora de grande valia para a sociedade, a gestão governamental vigente, por conflitos de interesses, anula e cancela determinada ação.

Pode-se afirmar que as Políticas Públicas estão diretamente associadas às questões políticas e governamentais que medeiam a relação entre Estado e sociedade. Sendo então, as políticas públicas, um conjunto de ações do governo que vão, de alguma maneira, promover efeitos específicos (LYNN e GOULD, 1980).

Com a finalidade de ofertar o bem-estar à sociedade, que engloba diversas áreas do cotidiano, as políticas públicas são ações desenvolvidas pelo Estado com intuito de oferecer programas e medidas que garantam os direitos dos cidadãos previstos na Constituição Federal de 1988 bem como em outras leis. Além desses direitos, outros que não estejam na lei podem vir a ser garantidos através de uma política pública. Isso pode acontecer com direitos que, com o passar do tempo, sejam identificados como uma

necessidade da sociedade. As ações de uma política pública não são serviços isolados, mas a soma de atividades dos governos que influenciam diretamente ou indiretamente a vida dos cidadãos. (PETERS, 1986).

No Brasil atual, há uma enorme necessidade de ações de políticas públicas que solucionem a grande cesta de problemas sociais. Por outro lado, sabe-se que os recursos são limitados, fazendo com que a gestão de políticas públicas dependa, dentre outras coisas, da capacidade dos servidores, mas também do orçamento público. A participação social dos cidadãos também representa um ponto importantíssimo na formulação e implementação de políticas públicas e para que elas possam beneficiar tal coletividade.

A política pública afeta todos nós cidadãos, independente do grau de escolaridade, raça, espiritualidade, sexo e nível social, também abrangem todas as áreas que perpassam o sujeito, como educação, saúde, mobilidade, segurança, cultura, dentre outros. Nesse trabalho, abordaremos de forma mais específica a política pública de saúde, especificamente a saúde mental.

Os caminhos trilhados pela Reforma Psiquiátrica

O advento da loucura enquanto doença é recente na história da humanidade, assim como a especialidade de psiquiatria. Com base na legislação de 1934, o modelo de cuidado psiquiátrico que ainda se mantém vivo no Brasil, apesar das alterações legislativas, propõe a hospitalização juntamente com o isolamento do doente mental da sociedade, a fim de promover a segurança e a ordem da moral pública, utilizando-se fartamente da técnica de asilamento. O asilo psiquiátrico virou ícone para todos aqueles considerados despossuídos da razão, considerados anormais.

Delgado (1987) afirma que a questão chave para uma desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. Podemos afirmar então, que o objetivo da reforma psiquiátrica ultrapassa o único e exclusivo movimento de tirar aqueles denominados “loucos” de dentro dos manicômios. O que se espera desta reforma que vêm acontecendo desde os anos 70 e ainda permanece em constante modificação entre evoluções e retrocessos, é um olhar mais humanizado para aquele acometido por um transtorno mental, o resgate ou o estabelecimento da cidadania desse sujeito, promovendo a autonomia juntamente com a interação deste à família e à sociedade (FARINHA e BRAGA, 2018).

Foi no ano de 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começa a ter no Brasil o início efetivo

do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O MTSM começa a partir desse período uma série de críticas e denúncias ao saber psiquiátrico vigente, queixando-se da violência existente nos manicômios, da mercantilização da loucura, construindo coletivamente uma análise do chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas acometidas por transtornos mentais (BRASIL, 2005). Nesse contexto passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência.

Menos de dez anos depois, em 1987, acontece no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, localizado na cidade de São Paulo. Após dois anos dá-se início a uma intervenção da Secretária de Saúde Municipal de Santos (SP) em um dos hospitais psiquiátricos, a Casa de Saúde Anchieta, demonstrando a possibilidade de uma rede substitutiva de cuidados ao hospital psiquiátrico. Logo em seguida, no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais juntamente com a progressiva extinção dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e também normativo.

Política de Saúde Mental: onde estão as crianças e adolescentes?

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgado em 1990 através da Lei 8.080 onde estabelece diversas diretrizes referentes ao cuidado à saúde, aderindo princípios da universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a equidade na distribuição dos recursos (SOUZA, 2002). Com essa implementação, a reforma de assistência psiquiátrica brasileira ganha forma e se fortalece no país.

Neste mesmo ano foi instituída a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) que passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do país e, fortalecida pela emergência do SUS, principia ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BORGES e BAPTISTA, 2008).

De acordo com Delgado, Gomes e Coutinho (2001), em abril de 2001, depois de mais de dez anos de tramitação, foi sancionada, através da Lei nº 3657/89, diretrizes que dispõem sobre a proteção e os direitos dos cidadãos acometidos por transtornos mentais e redireciona o cuidado para o modelo assistencial e de base territorial em saúde mental.

Murray e Lopez (1996) afirmam que mais de 1 bilhão de pessoas vivem em cidades e países que direcionam menos de 1% dos gastos em saúde para a especificidade em saúde mental, um reflexo da grande desigualdade econômica que ainda se mantém. Dessa forma, torna o financiamento um dos fatores mais fortes para o fato de uma parcela da sociedade não receber o devido tratamento.

Pensando agora, no público infanto-juvenil, percebe-se uma grande variedade de desafios e especificidades (COUTO, DELGADO e DUARTE, 2008). No contexto, não só do Brasil, mas de diversos países nota-se uma evidente defasagem do cuidado em saúde mental para esta faixa etária e a oferta de serviços capazes de corresponder a ela, devido à particularidade e detalhes específicos referentes ao cuidado da saúde, de uma forma geral, às crianças e aos adolescentes. As bases dos transtornos das crianças e adolescentes advinham de duas vertentes principais, uma que transpunha para este grupo populacional as mesmas considerações sobre a psicopatologia do adulto, no chamado adultomorfismo (REIS, 2010). Em relação aos adolescentes, que não pertenciam ao alvo das políticas para educação formal, delineia-se o construto do jovem delinquente (RIBEIRO, 2006).

Com as várias críticas lançadas ao Hospício Nacional dos Alienados (HNA) a respeito da forma como as crianças eram depositadas nesse espaço, vivendo junto com os adultos, sem haver nenhum tipo de respeito à singularidade da faixa etária, começou a ser pensando a urgência da necessidade de criação um espaço separado para o público de crianças e adolescentes, onde eles pudessem ter suas características respeitadas no tratamentos (MULLER, 2000). Foi quando em 1903, Juliano Moreira, o então presidente do HNA, solicitou ao governo verbas para a implementação de um espaço separado para as crianças, assim como um médico pediatra que ficasse responsável por essa clientela, dessa forma, deu-se início em 1904 a criação do Pavilhão-Escola Bourneville, um adendo do HNA, sendo o primeiro espaço reservado para tratar crianças e adolescentes tidas como deficiente mental.

Ao se observar sobre o público inserido no Pavilhão-Escola Bourneville percebe-se que, em sua maioria, eram aquelas crianças que não tinham vínculos familiares, suas despesas no espaço eram custeadas pelo Distrito Federal, fazendo com que fossem consideradas como indigentes. Os métodos utilizados no pavilhão tinham como objetivos um ajuste da criança “anormal” às normas sociais, à aprendizagem de hábitos, da leitura, da escrita e de uma profissionalização (SILVA, 2008).

Aconteceu que, como resultado desse processo, temos por um lado, a institucionalização do cuidado e por outro, a criminalização da infância pobre, demonstrando um quadro de desassistência, abandono e exclusão, sempre muito marcante na história do (des)

cuidado à infância e adolescência.

Rizzini e Rizzini (2004) mostram que, com a alternância de regime político no Brasil, uma longa história de assistência à infância já existia, porém ainda muito desvalidada. Dentro desse período, as movimentações em torno de elaboração de planos e leis para garantir a assistência à criança culminaram na criação do primeiro Juízo de Menores e na aprovação do Código de Menores, em 1927. Caracterizando-se como um período de grande presença do Estado na implantação de serviços voltados ao menor.

Vale ressaltar que, os primeiros indícios de políticas públicas voltadas especificamente para o público de infância e adolescência no Brasil tiveram um significado social, onde a criança era vista como símbolo do futuro da sociedade, tendo de acordo com Queiroz e Rizzini (2012) certo grau de paradoxo, quando o isolamento representava, juntamente com o processo de institucionalização, uma proteção para a sociedade da periculosidade inata das crianças pobres.

No final da década de 70, o Brasil passava por um processo de grande movimento pela redemocratização, o que acabou por dar uma maior visibilidade e ampliação de condições para que as questões estruturais pudessem ser modificadas. Tem-se, dessa maneira, como resultado deste processo, a promulgação da Constituição Federal de 1988, que é considerado um marco dos direitos, afirmando a condição cidadã de crianças e adolescentes. Foi a partir dessa discussão, em afirmação da condição de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e deveres que resultou na promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente, Lei nº 8,069, de 1990. Aconteceu também que em 02 de setembro de 1990 entra em vigor a Convenção do Direito da Criança (CDC). Sendo considerado um dos documentos mais importantes de direitos humanos, abrange os direitos das crianças e também partes dedicadas ao seu cumprimento e monitoramento. Alguns de seus princípios ético-filosóficos são a não discriminação, melhor interesse da criança, direito a sobrevivência e ao desenvolvimento e respeito da opinião da criança.

Ainda é recente o reconhecimento da saúde mental de crianças e adolescentes pelas instâncias governamentais. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, o reconhecimento do público infanto-juvenil como sujeitos de direitos e deveres redirecionaram a posição do Estado em relação à esta população, promovendo um olhar voltado à assistência e à implantação de ações de políticas públicas direcionadas a tal público, além do reconhecimento de que é uma questão de saúde pública e dessa forma, deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Crianças e adolescentes apresentam especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão do cuidado da população adulta à

população infantil e juvenil. Isso demonstra uma grande preocupação por parte dos trabalhadores e pesquisadores da área, visto que, de modo geral, as ações de políticas públicas existentes hoje, abrangem muito mais a população adulta, deixando invisível a implementação de cuidado e assistência ao público desta faixa etária, demonstrando uma necessidade de uma agenda política específica para responder e atender essa demanda. A falta e/ou a baixa oferta de políticas de saúde mental infanto-juvenil em quase todas as parcelas do mundo, faz com que o desenvolvimento e mais efetividade de políticas nacionais de saúde mental para crianças e adolescentes se torne uma realização não só indispensável, como imediata.

De acordo com a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) o acolhimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, sendo então, o órgão responsável pela atenção diária constituindo-se a principal estratégia na atualidade brasileira para responder questões do processo da Reforma Psiquiátrica para o público infantil e juvenil. Sendo a grande finalidade desta política a idealização de uma rede de cuidados capaz de responder com eficácia às necessidades de crianças e adolescentes.

Os CAPSi foram propostos a partir de 2002 tendo em suas atividades os mesmos princípios que norteiam o CAPS, sendo atribuição específica e mais direcionada do CAPSi o atendimento às crianças e adolescentes com comprometimento psíquico grave.

Os dados emitidos pelo Ministério da Saúde (2011) indicam que a expansão do CAPSi está bem aquém do que é visto como o necessário. Temos no Brasil cerca de 130 cidades com mais de 200 mil habitantes, que de acordo com a base normativa, é a quantidade de habitantes necessária por cidade para a implantação de uma rede CAPSi, porém, dentre estas cidades, temos mais de 15 com uma população que ultrapassa um milhão de habitantes, onde necessariamente, deveria existir em funcionamento muito mais que uma rede. O percentual de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS do país tem se mantido inalterado ao longo dos anos, média de 7%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ao tentarmos justificar o acréscimo tardio das ações de saúde mental de crianças e adolescentes à agenda de política pública brasileira, podemos citar diversos fatores. É inegável a complexidade do tema e a variada gama de complicações relacionados à saúde mental desse público, que podem incluir desde fenômenos globais de desenvolvimento a fatores de externalização e internalização, além do uso abusivo de substâncias.

Outro fator primordial, para Bird e Duarte (2002) ao se pensar nesse público, é a participação de entidades terceiras, como a escola, família e responsáveis, o

que também se caracteriza como um obstáculo a ser enfrentado. A carência de muitos estados e países em metodologias e estratégias eficazes para a avaliação e definição dos transtornos e patologias, mesmo com todo avanço ocorrido nas últimas décadas, demonstra um grande impasse para a evolução desta política.

Uma razão a ser destacada nessa crise da inclusão da saúde mental infantil no campo de saúde pública é a singularidade do sistema de cuidado. Se tratando especificamente do caso de crianças e adolescentes, a participação de outros setores, como a assistência social, saúde geral, justiça e educação, se fazem presentes e em grande parte das vezes, operam de forma isolada um dos outros, mesmo promovendo serviços e ações que agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Em muitos momentos, esse cuidado acaba sendo direcionado a somente um setor, seja ele especializado ou não para responder tal demanda, não é incomum observarmos determinados transtornos ficando restritos a um único atendimento, como por exemplo, problemas de depressão e hiperatividade, ficando somente na escola e transtornos de conduta sendo respondidos somente pelo âmbito da justiça e assistência social (COUTO, 2001).

Teixeira, Couto e Delgado (2017) num estudo sobre o cuidado colaborativo apontam uma estratégia para o enfrentamento dessa defasagem: seria considerar a atenção básica como um dispositivo capaz de construir uma nova lógica de cuidados em saúde mental, uma vez que sua proximidade com a comunidade é um ponto que merece ser destacado. Os trabalhadores desta área estão sempre se deparando com questões de saúde mental em seu cotidiano. Diretrizes ministeriais (BRASIL, 2005) sugerem que o cuidado em saúde mental infanto-juvenil deve ser tratado como questão a ser levada a desenvolver em diversos serviços de saúde em conjunto, em especial as UBS (Unidade Básica de Saúde), ESF (Estratégia de Saúde da Família), CAPSi, ambulatórios e hospitais gerais, gerando assim uma rede intersetorial que obtém maior resultado na inclusão social de seus usuários, o que se caracteriza como Apoio Matricial.

O Apoio Matricial: O que seria e como ele poderia ajudar?

O matriciamento ou apoio matricial (AM), conceito formulado por Gastão Wagner em 1999, é “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Ou seja, entende-se por AM o suporte realizado entre profissionais de diferentes áreas em busca de um olhar mais completo e integral ao sujeito, além de promover e incitar cotidianamente a produção de novos padrões

de inter-relação entre equipe e usuários, expandir o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e romper os entraves organizacionais à comunicação.

De acordo com Campos e Domitti (2007), existem três princípios fundamentais nos quais se baseiam arranjos de apoio matricial: troca de saberes e de diretrizes entre equipe de referência e apoiador; procedimentos e intervenções paralelas entre profissional de referência e apoiador; e atendimentos ou condutas suplementares especializadas do próprio apoiador.

Foi a partir do reconhecimento de que o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil só cresceria com efetividade e se fortaleceria se a atenção básica fosse parte do mesmo processo que se começa a pensar numa proposta de matriciamento, visto que uma simples substituição do local de cuidado continuaria sendo insuficiente para abraçar a grande complexidade do cuidado em saúde mental. A partir disso, vê-se a importância do apoio matricial para apresentar suporte a essas equipes, estabelecendo uma relação horizontal e corresponsabilização. Essa parceria faz com que surja a tão sonhada clínica ampliada: uma clínica que prioriza o afeto com o cuidado com os modos de existência (BARROS, 2003).

Pensando no Apoio Matricial entre a atenção básica e o CAPS, autores concordam de que a iniciativa deve partir do CAPS, visto que ele seria a equipe apoiadora, servindo de retaguarda especializada para as equipes da atenção básica, agregando conhecimento (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Instaurada em 1994, a ESF tem sido considerada como modelo de atenção à saúde primária e teve definido objetivos, metas e indicadores específicos. À ESF tem sido creditada a função de modificar o modelo de atenção à saúde tradicional, lançando mão de estratégias como o trabalho multiprofissional, o investimento na troca com a população, o trabalho no território e o fortalecimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. (CAMPOS, 2010). Starfield (1994) afirma que, em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção básica é responsável pela resolução de cerca de 85% dos problemas de saúde da população.

Porém, para que haja essa relação de matriciamento entre as equipes, é necessário não só boa vontade, entende-se que o apoio matricial só pode ser efetivado se houver o desenvolvimento de estratégias, juntamente com o financiamento, supervisões, capacitações, dentre outros. Podemos afirmar que o adentramento das ações de saúde mental na atenção básica é uma prioridade no cenário atual. Entretanto, também dentro desta área, muitos desafios são encontrados. As equipes de saúde básica se sentem desamparadas, demonstram insegurança devido à baixa capacitação ofertada para atender as demandas em saúde mental.

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde Mental, Rannã (2010) se baseia nas três funções para a

equipe de atenção básica que são: oferta de tratamento a problemas menos severos, promoção da saúde e prevenção de problemas e identificação precoce dos problemas de saúde mental, para compor sua ideia que as equipes da atenção básica poderiam minimizar ou até mesmo resolver alguns problemas na área de saúde mental infanto-juvenil, logo no início. Vê-se essa equipe como primordial neste cuidado porque são eles que terão esse primeiro contato, sendo importante para a promoção de saúde a partir do fato de que esses transtornos começam a se desenvolver logo nos primeiros anos de vida (RANÑA, 2010).

Diante da defasagem encontrada na saúde mental infanto-juvenil, o apoio matricial representa uma estratégia para diminuir essa escassez no serviço. É o objetivo uma superação da lógica de encaminhamento de paciente como uma transferência de responsabilidade, o que se pretende é uma corresponsabilização, onde ambas equipes participam do cuidado a determinado paciente para que haja uma visão mais abrangente com uma melhor e maior resolução (DELFINI, 2010).

Considerações finais

Onde estão as crianças? Onde estão os investimentos de diversos níveis, seja financeiro ou de desejo, para a implementação de políticas públicas? Essas perguntas devem ser levadas a sério. Percebe-se que embora tenham ocorrido muitos avanços históricos, a saúde da criança e do adolescente ainda não tem muita visibilidade, principalmente quando se trata de ações de políticas relacionadas à saúde mental. Da mesma forma os profissionais responsáveis por esse cuidado ainda carecem de muita informação, capacitação e conhecimento para conseguirem lidar com o tanto de obstáculo que se coloca a frente dessa defasagem.

Os dados e indicadores mostrados acima deixaram duas coisas bem claras: que a saúde mental infanto-juvenil ainda carece de muitos avanços e investimentos para que ela possa ser, de fato, efetiva e conseguir abraçar de forma completa a diversidade da área e que o apoio matricial é uma das melhores estratégias encontradas hoje para que o cuidado à saúde seja compartilhado, dessa forma, conseguindo alcançar mais crianças e adolescentes que carecem dessa atenção. O que nos levou a terceira observação: As ações de políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil não tem visibilidade para se tornar uma questão de prioridade do Estado e muito menos, é encarada como uma área onde deve haver investimentos e capacitações para sua expansão.

Dessa forma, vê-se como um grande escape para a questão de baixa oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes o matriciamento entre as equipes da atenção básica e o CAPSi (quando houver

na cidade) ou CAPS. Pensando dessa maneira, podemos supor que o cuidado a um público que de tanto necessita de atenção em relação a saúde mental, seria acolhido por outros ambientes que possam, quando autorizados, realizar o procedimento e acompanhamento devido à essa clientela, inclusive quando há falta na cidade do serviço especializado para atender as demandas ou até mesmo quando a rede não está conseguindo dar vazão de oferecer suporte a todos aqueles que precisam.

É importante que se pense nas diferentes formas como esta rede é tecida, não somente através de políticas públicas, mas cotidianamente. Tais redes são constituídas por profissionais que a sustentam e podem fazê-las funcionar, são as práticas que dão força ao movimento e o fazem seguir a diante.

Porém não é tão simples quanto parece ser, é necessária uma política de investimento de capacitação e treinamento, para que tanto as equipes de referência quanto às equipes de serviço especializado possam juntas desenvolver esse trabalho de matriciamento. Tem-se ainda um grande percurso pela frente nesse trajeto da reforma. Em especial, se tratando da área de infância e juventude, há uma enorme necessidade de tornar esse cuidado um direito dispensado a esse público, o que só ocorrerá quando essa necessidade se tornar visível e reconhecida pela classe governamental do país juntamente com a força da rede que sustentam esse trabalho. Um direito ao cuidado que ultrapassa uma ausência de doença, mas uma visão em sua totalidade, onde a subjetivação e singularidade de cada criança e adolescente seja respeitada e tratada como tal.

Referências

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990

_____. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF, 2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de saúde pública, v. 23, p. 399-407, 2007.

CAMPOS R.O.; GAMA C. Saúde Mental na atenção básica. In: CAMPOS

GWS, GUERREIRO A.V.P. (orgs.) Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. ed. 2, p. 221 – 246, São Paulo: Aderaldo&Rothschild; 2010.

COUTO, M.C.V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. p. 121-30. 2001.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008.

DELFINI, P.S.S. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DELGADO, P.G.G.; GOMES, M.P.C.; COUTINHO, E.S.F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 452-453, jun. 2001.

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS SA, COSTA NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

BIRD, H. R.; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 24, n. 4, p. 162-163, 2002.

FARINHA, M. G.; BRAGA, T. B. M. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. Rev. Abordagem Gestalt., Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018.

LYNN, L. E.; GOULD, S. G. Designing public policy : a casebook on the role of policy analysis. Santa Monica, Califórnia, Goodyear, 1980.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health, Harvard, 1996.

PETERS, B. G. American Public Policy: Promise and Performance. Los Angeles, California: Sage/CQ Press, 1986.

QUEIROZ, M, RIZZINI, I. A infância com deficiência institucionalizada e os obstáculos históricos na defesa de seus direitos. O Social em Questão. v. XV. n. 28, p. 199-220, 2012.

RANÑA, W. A saúde mental da criança na atenção básica. Detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do apoio matricial. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O.Y. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

REIS, A.O.A. et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: HUCITEC, p. 109-130, 2010.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, abr. 2006.

RIZZINI, I; RIZZINI, I. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, R. P. Medicina, Educação e Psiquiatria para a infância: O Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. 2008. 180f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

STARFIELD, B. Is primary care essential?. The lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

SCHMIDT, J.P. Exclusão, inclusão e capital social: o capital social nas ações de inclusão. In: LEAL, R.; REIS, J. R. Direitos sociais e políticas públicas

ed. 6, Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2006.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro, 2002. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf Acessado em: 17 março 2019.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1933-1942, 2017.