

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

MACHINESKI, Gicelle Galvan²
SCHNEIDER, Jacó Fernando³

RESUMO

O cuidado com a saúde da criança tem sua história entrelaçada aos acontecimentos sócio-político-econômicos que nortearam a história da humanidade. A infância passou a ter importância para os serviços de atenção em saúde a partir do século XVIII. Dessa forma, o cuidado em saúde mental na infância também começou a ser focalizado como uma questão importante para o desenvolvimento do indivíduo. O presente estudo tem como objetivo compreender a evolução histórica e a situação atual da saúde mental na infância. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura sobre saúde mental e saúde mental na infância. A partir daí foi possível identificar que os acontecimentos históricos e sociais influenciaram significativamente no redirecionamento da atenção em saúde mental e em saúde mental na infância com a criação de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial Infantil, os quais atendem crianças e adolescentes. Além disso, foi possível perceber que é necessária uma avaliação minuciosa dos sinais e sintomas apresentados pela criança a fim de estabelecer um diagnóstico de doença mental, tendo em vista que alguns comportamentos podem resultar da constituição do indivíduo em determinada faixa etária. Assim, a saúde mental na infância tem recebido a devida atenção, pelo menos no que se refere a instituição, de serviços especializados para o atendimento de crianças em sofrimento psíquico. Todavia, a equipe multiprofissional precisa refletir acerca das práticas a serem implementadas no cuidado com a saúde mental na infância a fim de proporcionar qualidade no atendimento a essa clientela.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção Primária a Saúde; Criança.

EL CUIDADO EN SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

RESUMEN

El cuidado de los niños tiene su historia entrelazada con los hechos sociopolíticos y económicos que nortearon la historia de la humanidad. De esta manera, la niñez pasó a tener importancia frente a los servicios de atención en salud a partir del siglo XVIII. En este sentido, el cuidado en salud mental en la niñez también comenzó a ser focalizado como una cuestión importante para el desarrollo del individuo. El presente estudio tiene como objetivo comprender la evolución histórica y la situación actual de la salud mental en la niñez. Para tanto, se realizó una revisión de literatura respecto de salud mental y salud mental en la niñez. A partir de ahí fue posible identificar que los hechos históricos y sociales influyeron significativamente en la reorganización de la atención en salud mental y en salud mental en la niñez, con la creación de servicios sustitutivos como los Centros de Atención Psicosocial Infantil, los cuales atienden niños y adolescentes. Además, fue posible percibir que es necesaria una evaluación minuciosa de las señales y síntomas presentados por los niños para establecer un diagnóstico de enfermedad mental, observando que algunos comportamientos pueden resultar de la constitución del individuo en determinado grupo de edad. Así, la salud mental en la niñez viene recibiendo la atención necesaria, por lo menos en lo que se refiere a la institución de servicios especializados para el atendimiento de niños en sufrimiento psíquico. Sin embargo, el equipo multiprofesional necesita reflexionar respecto de las prácticas que serán implementadas en el cuidado en salud mental en la niñez, con el objetivo de proporcionar calidad en el atendimiento a esta clientela.

PALABRAS-CLAVE: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Niño.

1. INTRODUÇÃO

A infância é um período da vida que até meados do século XVIII tinha pouca relevância para a sociedade e, consequentemente, para as questões de saúde. Isso porque a visão que se tinha da criança era de um ser adulto em miniatura, e não de um ser em crescimento e desenvolvimento, e como tal poderia receber o mesmo tratamento que era dispensado aos adultos quando apresentava necessidade de atenção à saúde.

Esse pensamento em relação à infância começou a ser modificado na medida em que as exigências sociais passaram a ter como foco o bem estar do indivíduo como meio de produção. Dessa forma, tem-se a criação de serviços direcionados ao acompanhamento de pré-natal para as gestantes e puericultura para as crianças de zero a dois anos a fim de avaliar e orientar os pais sobre o crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Tais modificações sociais colaboraram para as reflexões acerca da atenção em saúde, que culminaram com a Reforma Sanitária realizada no Brasil na década de 1980, e atrelada a esses acontecimentos acontece a Reforma Psiquiátrica que institui os serviços substitutivos em saúde mental e redireciona o modelo de atenção para o psicossocial.

¹ Artigo construído a partir de um excerto da tese de doutorado intitulada “O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil”, realizada com apoio da Faculdade Assis Gurgacz.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: gicelle@fag.edu.br

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jaco_schneider@uol.com.br

Nesse contexto, também são realizadas discussões acerca do cuidado em saúde mental na infância, as quais se intensificam durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 2001 e possibilitou a realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

1.1 OBJETIVO

Toda a pesquisa deu-se com o objetivo de compreender a evolução histórica e a situação atual do cuidado em saúde mental na infância.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, a qual se refere a atividades que buscam informações de um determinado tópico, traçando um quadro abrangente da realidade daquelas informações (POLIT; HUNGLER, 1995).

Foi consultada a literatura em português e materiais científicos relacionados à temática e disponíveis em meio eletrônico.

Para a elaboração do estudo foram utilizadas as etapas para uma revisão de literatura como: a) identificar a bibliografia potencial através de relatórios de pesquisa de fonte primária tais como: livros, relatórios, artigos, periódicos; b) localizar e selecionar a bibliografia relevante e adequada para o estudo observando a importância deste material acerca das indagações e tópicos de interesse da autora; c) ler a bibliografia relevante de maneira crítica realizando anotações para síntese e registro; d) organizar as informações reunidas empregando-se um tempo para o planejamento do trabalho antes de dar início à escrita para que a apresentação tenha coerência, organizando as descobertas na elaboração de um esboço; analisar e integrar o conteúdo estudado apresentando fatos e descobertas sem esquecer de apontar a origem das opiniões e pontos de vista e; escrever a revisão de literatura (POLIT, HUNGLER, 1995).

A partir da revisão de literatura realizada apresentaram-se as informações descritas a seguir.

3. SOBRE A SAÚDE MENTAL

A história da psiquiatria revela a exclusão, o confinamento, o preconceito e o afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. As formas de atenção, que substituem o modelo manicomial, em todo o mundo, são recentes.

Ao relatar sobre saúde mental, não se pode deixar de tecer algumas considerações sobre a gênese da loucura e seus entrelaçamentos com a história da psiquiatria e da atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico.

Durante a Idade Média, os doentes mentais eram vistos como possuídos por demônios e as internações ocorriam para salvar-lhes a alma, sem o intuito de curá-los. Os hospícios funcionavam como hospedarias, a fim de recolher da sociedade os indivíduos considerados ameaça à lei e à ordem social, como os leprosos, as prostitutas e os loucos (AMARANTE, 1999).

Dessa forma, a origem da loucura pode ser delimitada em três momentos: como um período de liberdade e de verdade que caracteriza os últimos séculos da época medieval, principalmente os séculos XV e XVI; o período das grandes internações dos séculos XVII e XVIII; e a época contemporânea, posterior à Revolução Francesa, na qual a Psiquiatria passou a tratar dos loucos institucionalizados (FRAYZE-PEREIRA, 1984).

No final do século XVIII, houve denúncias contra as internações excludentes. Então, iniciou-se um movimento de reforma a fim de proporcionar aos doentes mentais um tratamento psiquiátrico. Assim surgiu a Psiquiatria, com a participação de Philippe Pinel, a qual operava a loucura como alienação mental, abordando medicamente um grupo de doenças que era, até esse momento, objeto exclusivo da filosofia (AMARANTE, 2003). No decorrer desse período, instituíram-se tratamentos especializados e institucionalizados pautados no ideário da doença mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram questionamentos da sociedade e dos trabalhadores de saúde mental em relação ao papel da instituição asilar e do saber psiquiátrico, os quais incentivaram movimentos de desinstitucionalização da loucura e a mudança da visão de cuidado da doença para a saúde mental. Exemplo de ações decorrentes daí é a assistência voltada à comunidade, caracterizada pela psiquiatria comunitária e pelas comunidades terapêuticas. As transformações ocorridas neste momento culminaram na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana nº 180/1978 (NICÁCIO;AMARANTE; BARROS, 2005), sendo que tal experiência influenciou os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para que a Reforma Psiquiátrica se tornasse evidente, o atendimento em saúde mental passou por muitas transformações ao longo de sua trajetória. Dessa forma, os episódios que movimentaram questionamentos acerca da assistência psiquiátrica na Europa, especialmente na Itália, e nos Estados Unidos tiveram reflexos no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Esses movimentos psiquiátricos consistiam na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional, as quais se caracterizaram por reformas restritas ao ambiente asilar; na psiquiatria de setor e na psiquiatria comunitária ou preventiva, que visavam a superar o modelo asilar como local de tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico; e, ainda, na antipsiquiatria e na psiquiatria democrática, também denominada movimento de desinstitucionalização, que eram projetos de ruptura com os movimentos anteriores, os quais questionam o conceito de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento (OLIVEIRA, 2002).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana influenciou vários países, inclusive o Brasil, onde teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 1970, sendo que um dos atores principais foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Assim, caracterizada pela redemocratização política e pelos resultados obtidos por meio da reforma sanitária em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, a nova ordem política do país, nos anos 1980, contribuiu para a contestação da psiquiatria vigente. Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica surgiu em um momento de redemocratização das instituições e da Reforma Sanitária Brasileira (PEREIRA, 1997).

Ainda na década de 1980, utilizaram-se estratégias para enfrentar as dificuldades econômicas e sociais que geraram redução de recursos para a vigilância sanitária (CORDEIRO, 2001). Foi a partir da década de 1990 que aconteceu a descentralização da gestão de saúde no Brasil, sob influência da ineficiência de modelos desenvolvimentistas que buscavam o crescimento econômico e resultavam em dificuldades nos sistemas de saúde da América Latina.

Nesse contexto, iniciou-se no Brasil o movimento pela redemocratização e contra a ditadura; tal movimento suscitava questões relativas aos resultados insatisfatórios da centralização autoritária e da concentração de poderes. Nesse sentido, as reformas de saúde tinham como pressuposto o estabelecimento de novas funções para o Estado no que se refere à formulação e implementação de políticas públicas de saúde, assim configura-se a descentralização fiscal e financeira dos programas de saúde (CORDEIRO, 2001).

Tal contexto possibilitou a implantação do SUS, pautado na universalidade, seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, equidade, integralidade, diversidade de financiamento e com caráter democrático e descentralizado de administração (CORDEIRO, 2001). Com a estadualização e a municipalização da gestão do SUS, as secretarias estaduais passaram a ter as funções de planejamento, controle e avaliação dos serviços; e os municípios passaram a gerir os sistemas locais de saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que a descentralização da gestão pública oportuniza que os programas governamentais sejam adequados às demandas e singularidades locais; além disso, pode-se ter um gasto público eficiente (LUCCHESE, 2003).

Percebe-se, então, que as mudanças na gestão em saúde refletiram na organização da assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico, pois juntamente com a luta pela redemocratização do país e implantação do SUS, aconteceram os primeiros movimentos para a Reforma Psiquiátrica, que tiveram início na década de 1970, momento em que o hospital psiquiátrico detinha um poder centralizador e um elevado índice de internações, o que foi considerado motivo das condições desumanas nas quais eram tratados os doentes mentais (FERREIRA, 2007).

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, que privilegiava uma atenção em saúde curativista em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Já em 1976 foi criado o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde, o qual se apresentou como marco para as mudanças no modelo de assistência mental baseado na psiquiatria comunitária, que em um primeiro momento não apresentou os resultados esperados.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual se definiram as diretrizes para a Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A partir daí aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual fomentou novas diretrizes e ações do Ministério da Saúde, a fim de instituir mudanças no financiamento da Saúde Mental.

No ano de 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, o movimento pela Reforma Psiquiátrica se definiu como democrático, com a participação de usuários nas reivindicações. É importante salientar que as mudanças na política de Saúde Mental tiveram outras implicações relacionadas com a valorização da investigação qualitativa e o intercâmbio de profissionais brasileiros e italianos, os quais trouxeram a experiência da desinstitucionalização. Já em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi reconhecido o vínculo da saúde mental com a gestão global da saúde pública.

Essa reformulação assistencial levou à divisão de hospitais públicos, que passaram a ter pluralidade de ofertas terapêuticas, à implantação de serviços substitutivos aos manicômios e à criação de residências terapêuticas para os indivíduos em sofrimento psíquico que eram moradores dos manicômios (BIELEMAN et al, 2009).

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o nº 10.216/01, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. A partir daí, apresentou-se a necessidade de construir uma rede de atenção psicossocial efetiva, a fim de substituir o modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 2005).

No caso da assistência em saúde mental, o modelo de cuidado foi substituído pela atenção psicossocial, que tem como propósito compreender o processo saúde-doença a partir da determinação psíquica e sócio-cultural, considerando os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos, e horizontalizar as ações, valorizando a equipe multidisciplinar, a fim de organizar as relações intra-institucionais (MORAES, 2008). Além disso, a atenção psicossocial entende que se a realidade é construída, também pode ser transformada, tendo como princípio o trabalho pautado em ações éticas e terapêuticas que possibilitem a cidadania e o poder de contratualidade social aos indivíduos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996).

Nesse contexto, o novo modelo da assistência psiquiátrica, visa à satisfação das necessidades sociais e individuais do sujeito com transtorno mental, defende seus direitos de cidadão e de possuir um atendimento digno, evitando sua despersonalização e reclusão (COIMBRA, 2003).

Para tanto, a equipe multidisciplinar dos serviços de atenção à saúde mental precisa compreender o indivíduo em sofrimento psíquico como um ser que se relaciona consigo e com os outros que fazem parte do seu mundo e que suas vivências cotidianas são relevantes para o quadro clínico apresentado (LEAL; DELGADO, 2007). Isso porque a atenção psicossocial traz em si o entrelaçamento da cultura, da política, da cidadania e da integralidade (FERREIRA, 2007).

O modelo psicossocial de atenção em saúde constitui uma nova forma de atendimento que aparece como resultado das transformações das práticas de saúde e especificamente das práticas em saúde mental.

O termo psicossocial traz em si a significação de uma atividade ou estudo que relaciona aspectos psicológicos conjuntamente com aspectos sociais. E, nas práticas de saúde mental, representa um conjunto de ações teórico-práticas, político-pedagógicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar e, algumas vezes, o próprio modelo psiquiátrico (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Na perspectiva da atenção psicossocial, as transformações na saúde mental têm se evidenciado nas questões teórico-assistenciais no que se refere à desconstrução de práticas e conceitos fundamentados na psiquiatria e na psicologia, como doença-cura por existência-sofrimento, o que permite que o indivíduo em sofrimento psíquico seja sujeito das ações que visam a sua reabilitação (AMARANTE, 2003).

As questões jurídico-políticas da atenção psicossocial se refletem na busca pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, bem como na revisão das legislações sanitárias, civil e penal referentes à doença mental, a fim de que o indivíduo em sofrimento psíquico possa ter direito à cidadania, ao trabalho e à inclusão social (AMARANTE, 2003).

No que se refere às questões socioculturais da atenção psicossocial, práticas sociais têm sido construídas com o objetivo de transformar o imaginário social a respeito da loucura. E quanto ao técnico-assistencial, as inovações desse modelo possibilitam a formação de uma rede de serviços substitutivos (AMARANTE, 2003).

Dentro desse cenário, foram criados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de uma rede de atenção à saúde local; portanto, sob gerenciamento dos municípios, que, a partir da promulgação da Lei Paulo Delgado de 2001, começaram a reformular a assistência à Saúde Mental devido à desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Como parte da rede de serviços do SUS, os CAPS se constituem em dispositivos que devem seguir os princípios estabelecidos pelo SUS.

Nesse sentido, Leal e Delgado (2007, p. 137) referem que “[...] o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modelo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde”.

Dessa forma, fica subentendida a ideia de que o CAPS se mostra como um dispositivo de desinstitucionalização, a qual pode ser compreendida como a reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, que prevê a integralidade da assistência ao doente mental, buscando não reproduzir o atendimento asilar.

Para tanto, de acordo com Amarante (2007, p. 82):

[...] é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento de pessoas em crise, que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais as estão escutando e estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las. Dessa forma, na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam com sujeitos que vivenciam as problemáticas [...].

Os CAPS são modalidades de atendimento divididas em Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (BRASIL, 2002).

O CAPS I funciona em municípios que têm entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III, em municípios com população acima de 200.000 habitantes;

o CAPSi, que realiza atendimento a crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 200.000 habitantes; e o CAPSad, no qual é oferecido atendimento à dependência química (álcool e outras drogas), em municípios com população acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Os CAPS foram planejados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares; são de natureza jurídica pública, identificando o hospital geral ou pediátrico do território onde se inserem como local de acolhimento perante a necessidade de internação (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Além disso, os CAPS estão articulados a uma rede de atenção integral ao indivíduo em sofrimento psíquico e a suas famílias, amigos e pessoas interessadas no cuidado em saúde mental. Essa rede é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), diferentes tipos de CAPS, que se classificam e são estruturados de acordo com o número de habitantes de cada município, residências terapêuticas, centros comunitários, instituições de defesa dos direitos do usuário, pronto-socorros gerais, hospitais gerais, associações de bairro e associações de usuários.

Na rede também estão incluídas outras instituições que fazem parte do cotidiano e das relações do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, tais como família, vizinhos, escola, trabalho e esportes.

Nesse sentido,

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, entre outros (BRASIL, 2004, p. 12).

Os CAPS podem ser considerados mecanismos para o atendimento em saúde mental, os quais são regulamentados pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002). Esses centros se caracterizam por serviços ambulatoriais que oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com o apoio de uma equipe multiprofissional articulada, cujo objetivo é possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2004). Nesses serviços, os usuários recebem, dentre outros cuidados, atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades culturais e esportivas.

Dessa forma, na rede de serviços substitutivos de assistência à saúde mental, a terapia é contínua, sendo que todas as manifestações do indivíduo com sofrimento psíquico são observadas e incorporadas ao processo terapêutico. No CAPS os canais de comunicação entre usuários, familiares e equipe multiprofissional estão sempre permeáveis (PEIXOTO, 2001).

Nesse contexto, o CAPSi se destina ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sendo um serviço que estabelece parcerias com as redes de saúde, educação e assistência social para atender a população infanto-juvenil.

A implantação desse serviço substitutivo tem como meta garantir a assistência à criança e ao adolescente com transtorno mental e de comportamento, dando suporte ao usuário e a sua família, visando à recuperação e à reinserção na comunidade.

Tal objetivo pode ser alcançado por meio do acolhimento dos usuários, do atendimento à família e acompanhamento dos casos via visita domiciliar, do incentivo aos usuários para a participação em oficinas terapêuticas e de reabilitação, dos atendimentos individuais e em grupo, da viabilização de atendimento hospitalar quando necessário, da promoção de eventos culturais e recreativos para familiares e usuários, da manutenção de convênios com escolas profissionalizantes e superiores para o desenvolvimento de estágios, ensino e pesquisa, da democratização das relações de poder entre técnicos, usuários e familiares e do respeito à autonomia do usuário (PORTAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, 2009).

Nessa perspectiva, entende-se que é importante tecer alguns comentários a respeito do cuidado à saúde mental na infância.

3.1 A RESPEITO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

É relevante ressaltar que o cuidado à saúde mental da criança, assim como a assistência em saúde à infância, passa a ter importância social somente a partir do século XVIII, em decorrência das necessidades econômicas e políticas impostas pelo modo de produção que passou a vigorar a partir da Revolução Industrial. Isso porque desde a Idade Média, a infância era desconhecida como um período de crescimento e desenvolvimento do ser humano, e a criança era vista como um adulto em miniatura, tanto do ponto de vista físico e mental quanto em relação às atribuições e oferecimento de cuidados à saúde (MELLO, 2007).

A partir do século XVIII, a preocupação com as necessidades da infância passou a ter importância no cenário europeu, sendo que tal visão começou a ter impacto no Brasil a partir do século XIX. Isso aconteceu porque, tanto no Brasil quanto na Europa, a mudança de concepções acerca da infância acompanhou um processo histórico e social semelhante a partir da colonização do novo mundo.

No Brasil Colônia, a criança, vista como um pequeno adulto, era submetida a um sistema de educação patriarcal, pautado nas normas advindas da Igreja, no qual predominava o castigo físico como forma de reparar maus comportamentos. Tal sofrimento causava na criança, além de danos físicos, danos psicológicos (RIBEIRO, 2006).

Como não havia assistência à saúde da criança, muitas vidas eram dizimadas devido a doenças infecto-contagiosas e as mortes eram justificadas a partir de explicações religiosas como a crença de que as crianças que não sobreviviam tornavam-se anjinhos no céu. Essa era uma forma de consolar os familiares e a sociedade em geral diante de suas perdas (RIBEIRO, 2006).

Sendo assim, pode-se afirmar que a infância, na forma como a pensamos hoje, é uma construção dos últimos duzentos anos da história. Antes disso, ia-se para a guerra, casava-se e trabalhava-se assim que houvesse condições físicas para tanto; fatos que, hoje, são motivo de indignação e denúncia, eram usuais dois séculos atrás (MELLO, 2007).

No final do século XIX, o cuidado à criança passou a ser visto como uma necessidade social e de desenvolvimento econômico, o que influenciou significativamente nas diferentes formações e estruturas familiares, tendo em vista a mudança de concepção de infância e da forma de encará-la.

Nesse período, os médicos higienistas começaram a atuar ao perceber que a criança era tratada de forma insatisfatória devido ao poder patriarcal e aos costumes que priorizavam a propriedade e a autoridade do pai, ao qual eram destinados todos os cuidados por se tratar do mantenedor das posses familiares.

A ação dos higienistas visava à proteção, ao cuidado, ao amparo e à educação da criança, a fim de prevenir moléstias e diminuir a mortalidade infantil. Sua atuação tornou-se importante na medida em que os valores acerca do poder social foram transmitidos dos senhores de engenho para o conhecimento científico da medicina e para a burguesia do século XIX.

Assim, a criança passou a ser vista sob um outro ângulo, sua interação com a família tornou-se mais dinâmica e participativa, e a mortalidade infantil declinou em relação aos períodos anteriores. A decadênci da patriarcado e da organização familiar rural, o desenvolvimento da urbanização e a ascensão econômica e social da burguesia contribuíram para isto (RIBEIRO, 2006).

É importante ressaltar que tal preocupação era direcionada principalmente às crianças de classe abastada; para as pobres, restavam os abrigos, como a Roda dos Expostos ou Enjeitados (um dispositivo, colocado nos abrigos para recepcionar crianças abandonadas pelas famílias, a qual preservava a identidade da pessoa que deixava a criança), que ficava nas principais capitais do país. Os jardins de infância e as creches começaram a ser utilizados a partir da segunda metade do século XIX.

Em relação à saúde mental na infância, os higienistas preocupavam-se com a profilaxia de doenças psiquiátricas ao atentar para o desenvolvimento e os cuidados morais da criança normal. Já as crianças insanas eram tratadas em manicômios, juntamente com adultos em sofrimento psíquico, pois não havia estudos sobre as doenças mentais infantis ou uma classificação que as diferenciasse dos transtornos apresentados pelos adultos.

Foi a partir do século XX que se iniciaram os estudos científicos acerca da psiquiatria infantil, relacionando-a com questões de deficiência mental, psicologia e pedagogia.

Esse vínculo com a educação, associado à absorção de uma outra noção sobre a criança, tal como vimos – a transformação sobre a noção de desenvolvimento, em que a criança anormal não mais seria tratada como monstro incurável, mas sim indivíduo, moldável, impressionável e, por isso, passível de melhora –, constituiu os pilares da construção de uma assistência médico-psiquiátrica infantil no início do século XX (SILVA, 2009).

No entanto, ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque 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 (BRASIL, 2005).

Dessa forma, instaurou-se um quadro de assistência institucionalizada, sob a forma de atendimento em asilos e orfanatos, como a Roda dos Enjeitados ou Expostos (AMARANTE, 2005), instituição criada nas principais capitais do

país para o cuidado de crianças abandonadas, que contribuiu para a criminalização da infância pobre, gerando abandono, falta de cuidado e exclusão, os quais perduraram até meados da década de 1960.

Os movimentos pela redemocratização do país, no final da década de 1970, permitiram uma nova visibilidade da situação da saúde da criança, o que resultou na promulgação dos direitos da criança na Constituição Federal de 1988, e culminou na Lei 8.069/90, que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008).

A partir daí, iniciaram-se os movimentos pelo redirecionamento da atenção em saúde mental, e nesse contexto insere-se a saúde mental infanto-juvenil, que passou a ser discutida na Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, quando foram apontados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens; e na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que discutiu sobre a necessidade premente de se instaurar um novo direcionamento às ações político-assistenciais para o cuidado e o tratamento da população infanto-juvenil. Nesse contexto, instituiu-se o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com o intuito de consolidar as redes de serviços para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Dessa forma,

A implantação de CAPSi (para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes) e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes. A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma *rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil*, onde devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens (COUTO;DUARTE; DELGADO, 2008, P. 392).

Além disso, para que o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes seja implementado, é necessário considerar que os mesmos se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento, em que há fatores que podem influenciar no diagnóstico de doenças mentais e comportamentais. Por isso, os profissionais envolvidos na equipe multiprofissional dos serviços substitutivos devem estar capacitados para compreender o contexto social, familiar, escolar e religioso no qual o indivíduo está inserido, a fim de estabelecer um diagnóstico de doença mental e a implementação do cuidado para tal, ou verificar que se trata apenas de condutas referentes ao processo de desenvolvimento da infância e puberdade.

Dessa forma, na criança, as condutas julgadas inadequadas podem se relacionar a formações reacionais, testemunhando a ocorrência de fatores estressantes no ambiente ou se revelando como um protesto saudável contra essa ocorrência. E, no adolescente, tal comportamento pode apenas evidenciar um processo de desenvolvimento e estabelecimento de uma identidade (TOSTES, 2007).

Assim, cabe a equipe multiprofissional dos serviços substitutivos em saúde mental, direcionados ao público infanto-juvenil, a reflexão sobre as práticas de atendimento instituídas e as formas de inserção dos usuários naqueles espaços de cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo, que teve como objetivo compreender a evolução histórica e a situação atual do cuidado em saúde mental na infância, possibilitou o entendimento de que esse período do ciclo vital humano passou a ter importância para as questões de saúde a partir do século XVIII, quando também surgiram os primeiros estudos científicos que comprovaram que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento e não um adulto em miniatura como secreditava anteriormente.

Além disso, foi possível perceber que a evolução histórica do cuidado em saúde mental na infância acompanhou as modificações sócio-político-econômicas que influenciaram significativamente nas transformações ocorridas no cuidado em saúde, como o acontecimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980.

Esse marco de fundamental importância no redirecionamento da assistência à saúde foi acompanhado por mudanças no que se refere a atenção em saúde mental que culminaram com a Reforma Psiquiátrica, a qual passou a ser implementada a partir do ano de 2001 com a promulgação da Lei Paulo Delgado, que instituiu o modelo de atenção psicossocial em saúde mental criando os serviços substitutivos ao manicômio, dentre eles o CAPSi para o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, pode-se dizer que o cuidado em saúde mental na infância tem recebido a devida atenção no que se refere a instituição de serviços especializados para esse fim específico. Porém, é necessário considerar que a equipe multiprofissional tem papel fundamental na triagem dos casos a serem atendidos naqueles serviços, tendo em vista que algumas manifestações da doença mental podem ser confundidas com o comportamento normal para determinadas fases do desenvolvimento infanto-juvenil. E, por isso, é importante que a equipe multiprofissional reflita acerca das práticas a

serem implementadas no cuidado a saúde mental na infância a fim de proporcionar qualidade no atendimento a essa clientela.

Esse estudo não esgota as possibilidades do tema enfocado, mas configura-se como uma introdução a novas perspectivas de análise que visem investigar sobre o cuidado em saúde mental na infância, principalmente pesquisas que enfoquem as formas de atendimento disponíveis e as práticas estabelecidas pela equipe multiprofissional dos serviços de atenção em saúde mental infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- _____. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- _____. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2.ed. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
- _____. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BIELEMAN, V.L.M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm.,** n. 18, v. 1, 2009, p: 131-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 336/GM. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF), 2002.
- _____. **Ministério da Saúde.** Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF), 2004.
- _____. **Ministério da Saúde.** Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF), 2005.
- _____. **Ministério da Saúde.** Estatuto da criança e do adolescente. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial.** Dissertação. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas de saúde. **Cien Saude Colet.,** n.6, v. 2, 2001, p: 319-328.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr.,** n.30, v. 4, 2008, p:390-8.
- FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R, (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc/ IMS/ Lappis: Abrasco, 2007.
- FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura?** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- LEAL, E.M; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc/ IMS/ Lappis: Abrasco, 2007.

LUCCHESE, P.T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Cien Saude Colet.**, n.8, v. 2, p: 439-448.

MELLO, S.A. Infância e humanização: algumas considerações na perspectiva histórico-cultural. **Perspectiva**, n.25, v. 1, 2007, p: 83-104.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Cien Saude Colet**, n.13, v. 1, 2008, p: 121-33.

NICÁCIO, F.; AMARANTE, P.D.C.; BARROS, D.D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE P.D.C.(Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Ufpb/Editora Universitária, 2002.

PEIXOTO, G. No meio do caminho tinha uma pedra. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2^{ed}. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEREIRA, R.C. Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A.T.; LEAL, E.M.; DELGADO, P. G. (Org.). O campo da atenção psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997.

POLIT D.F.; HUNGLER ,B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL. Secretaria de Saúde. [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/> /secretarias/saude/pagina.php?id=139. Acesso em: 30 nov. 2010.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol. Estud.**, n.11, v. 1, 2006, p: 29-38.

SILVA, R.P. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, n.12, v. 1, 2009, p: 195-208.

TOSTES, M.H.F.S. Transtornos mentais da infância e da adolescência. In: RIBEIRO, M.S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007.