

Publicado em: *“A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento. Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental”*. Orgs.: Andréa Máris Campos Guerra e Nádia Laguárdia de Lima. BH: Ed. Autêntica, 2003, 191-198.

TRILHANDO NOVOS CAMINHOS: A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES¹

Maria Cristina Ventura Couto²

Betim, dezembro de 2002.

Vivemos um momento ímpar, segundo meu ponto de vista, na história do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, conseqüentemente, no campo público da saúde mental – tributário deste Movimento. Isto porque, pela primeira vez e de forma mais afirmativa, se incluem na agenda do campo da saúde mental as questões relacionadas ao segmento infanto-juvenil. Mantidos silenciados por quase 20 anos ou pelo menos ocupando um lugar secundário na formulação das políticas até então, os enormes impasses colocados pelo cuidado de crianças e adolescentes finalmente se fizeram ouvir. A marca diferencial que instaura este novo tempo tem estatuto de norma, mas valor simbólico de lei e está representada pelo texto da Portaria 336/02³, em seu capítulo referente aos Caps infanto-juvenis (Capsi). Entretanto, para que se inscreva definitivamente como um dos principais desafios a serem enfrentados no campo público, necessitará da contribuição que viermos a construir.

¹ Este artigo é uma versão revista do texto apresentado na II Jornada de Saúde Mental Infanto-Juvenil, organizada pelo CERSAMi-Betim, e realizada em dezembro de 2002.

² Psicanalista, Mestre em Psicologia pela PUC/RJ, Coordenadora do Fórum para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio (ASM/SES-RJ), desde 1999.

³ Ver: Ministério da Saúde – Legislação em Saúde Mental 1990-2002. MS, Brasília, 2002, p. 111.

Tomarei, então, estes dois eixos como balizas: quais sejam, a consideração de que já está afirmada uma direção pública para política de saúde mental dirigida a crianças e adolescentes e, ainda, a questão do lugar específico a partir do qual construiremos as condições para consolidação desta política.

. A PORTARIA 336/02: SEUS DIZERES ...

Muito tempo se passou até chegarmos a um texto com estatuto de norma. No caso da saúde mental infanto-juvenil, a força propulsora que fez desembocar num ato normativo foi construída sorrateiramente por experiências de trabalho que, a despeito do isolamento a que estavam submetidas, foram fazendo ver que era possível e imprescindível partilharem dos princípios, das ações e dos enfrentamentos que constituíam o campo público mais geral da saúde mental no Brasil. A potente experiência de Betim - e algumas outras neste Brasil afora – alavancaram este processo. Ou seja, estou querendo dizer que a possibilidade de tomarmos a publicação de uma portaria de caráter nacional como um marco na história das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes depende de reconhecermos um processo que veio sendo construído a partir da potência da clínica. O que está proposto na portaria com certeza não difere do cotidiano dessas experiências de trabalho que vinham acontecendo aqui e acolá. Entretanto, o que me parece de mais importante nela é justamente o fato de afirmar publicamente, para todos os cantos deste país que, de agora em diante, não bastarão êxitos locais, **todos** deverão rever seus procedimentos em relação à criança e ao adolescente. Ou seja, há nos tempos atuais um patamar de institucionalidade e legalidade nunca antes existente em relação a esta questão.

Vale aqui uma ressalva: estou advertida contra a ingenuidade de supor que a circulação de uma portaria ministerial faz mudar a história. Não considero que tudo tenha mudado no campo da saúde mental em relação ao cuidado de crianças e

adolescentes. Considero, sim, que algo se move neste cenário - e que isto não é pouca coisa se pudermos extrair deste pequeno movimento suas conseqüências. É esta, então, a versão estratégica que estou propondo acerca de uma portaria: ela pode ser tomada como instaurando um novo tempo, tornando anacrônica a afirmação tão corriqueira de que não há política pública de saúde mental para crianças e adolescentes ou de que a Reforma Psiquiátrica não quer saber delas. Tomar um texto normativo nesta direção é, entretanto, uma convocação ao trabalho e à responsabilidade pública pela qual temos que responder seja como gestores ou como profissionais diretamente ligados à assistência. Os desafios públicos se renovam para todos nós implicados no trabalho com crianças e adolescentes. Temos pela frente a tarefa de construir uma rede de assistência capaz de fazer frente ao cuidado de meninos e jovens cuja posição na existência é, por vezes, de uma radicalidade assustadora – os autistas e psicóticos, por exemplo -; de enfrentar o desafio de produzir conhecimento e saberes capazes de informar este campo; construir dados conseqüentes; pactuar publicamente decisões afinadas à direção da atual política pública; formar recursos humanos com condições de conduzir os desafios no cotidiano dos serviços; ampliar a base normativa e as condições da gestão, entre outros tantos que poderia citar.

Afinal, não são estas as convocações que podemos ler como sub-texto na Portaria? Se não, vejamos: está lá dito – afirmado – que *crianças e adolescentes portam transtornos mentais* (2002, p.116), ou seja, portam a enigmática posição da loucura e que os Capsi deverão *ser destinados a elas* (idem), ou seja, deverão tratar/cuidar delas. Considero como um dos grandes equívocos que redundaram no tardio enfrentamento pelo campo público do cuidado de crianças e adolescentes o fato de não ter sido tributada a uma criança a condição de “ser louca”. A “criança aprendiz” que apenas cumpre a função de aprender - para se desenvolver inclusive -, informou e configurou um campo de políticas públicas cujo formato foi basicamente assistencial e educacional⁴. Desfeito o equívoco, temos a responsabilidade de agora tratar delas, sabendo que esta clínica, como ademais

toda a clínica do campo da saúde mental, impõe desafios extra-clínicos gerados a partir da clínica mesma. Não há campo discursivo, campo de especialidade ou campo de ações que esgotem em si todas as respostas, daí, a tão cara noção de rede.

Estamos sendo chamados a *organizar a demanda de um certo território* (idem) e construir *uma rede de cuidados* (idem) – está lá na Portaria. Isto implica que teremos que ganhar mundo, conversar muito com outros setores (falar faz bem e, às vezes, cria mundos), com outros equipamentos sociais do território, outras gentes e pactuar com eles ações que efetivem o acesso ao cuidado, gerem novos dispositivos, possibilitem novos percursos para aqueles de quem tratamos. Isto indica também que teremos que saber o que existe ao nosso redor, levantar os recursos existentes, saber como funcionam, como e quem atendem, o que fazem, de onde vem as pessoas que ali chegam, saber se a casa murada logo ali perto não encerra em si um desses nefastos “abrigos para deficientes” – local de asilamento de um enorme contingente de crianças e adolescentes - e, em sabendo, desenvolver ações de suporte a desinstitucionalização; rever com os ambulatórios da rede de saúde seus projetos institucionais de atendimento para crianças, discutir casos em conjunto, repensar a clínica e tudo mais que se insere nesta perspectiva de formar rede, lembrando sempre que esta rede também precisa escapar da armadilha de se oferecer como total. Sempre haverá o que não se sabe ainda. Construir rede me parece, fundamentalmente, suportar que não se sabe e não se pode tudo.

Há ainda, lá no texto da Portaria, a determinação de que enfrentemos o desafio de *construir atividades de supervisão* (idem) tanto entre nós mesmos do campo da saúde mental, nos nossos dispositivos, quanto entre os parceiros dos demais setores. Sabemos, desde há muito, que no campo que nos concerne não é possível avançar apenas com tecnologia. A Reforma Psiquiátrica depende da força de seus agentes, dentre eles, dos profissionais que enfrentam o dia a dia nos serviços. A

⁴ Para isto ver: “Novos Desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira”; Caderno de Textos da III CNSM,

direção da política e a ampliação dos novos dispositivos no campo da atenção psicossocial vêm requerendo, cada vez mais, que envidemos esforços no sentido de melhorar a qualidade da assistência e, neste ponto, é imprescindível reconhecermos que precisamos trabalhar no sentido da formação permanente de recursos humanos, dispositivo onde a supervisão se inclui com destaque. Cada vez mais considero que as discussões de casos clínicos, a construção da clínica, constituem o diferencial para formação de parcerias conseqüentes, montagem de rede, facilitação do acesso e, portanto, da melhoria da qualidade da assistência.

Outro aspecto de fundamental importância nessa Portaria, presente no elenco de atividades propostas para os Capsi, mas aplicável a qualquer dispositivo dirigido a crianças e adolescentes, é o reconhecimento de que deverá ser estendida aos familiares e/ou responsáveis a dimensão do atendimento. Isto me parece significar que em algum ponto pôde ser compreendido que a dinâmica de um sintoma ou a contundência de um ato numa criança, se concerne a ela obviamente, não pode ser reduzido a ela apenas. Há uma dimensão de responsabilidade e uma determinação de trabalho e reposicionamento colocada a cada um - criança, pai, mãe ou a quem quer que viva com ela. Devemos nós, então, responder pela parte que aí nos cabe, construindo condições para que possamos efetivamente atender crianças, adolescentes e quem mais vier, sem perder de vista a direção do nosso trabalho.

Ainda no elenco de atividades propostas, há uma diferenciação preciosa, clinicamente falando, entre *visitas e atendimentos domiciliares* (2002, p. 117). Consta lá que devemos realizar tanto um como outro recurso, sempre que se fizerem necessários. Mas o texto é preciso: não faz assemelhar visita domiciliar a atendimento domiciliar. Os diferencia e por isso, segundo meu entender, os potencializa como recursos terapêuticos. Ser atendido em casa é, muitas vezes, o suportável e, então, o imprescindível, em certos momentos de alguns casos clínicos. Sair daquele espaço, circular no mundo, encontrar o barulho das cidades

pode não ser possível por muitas vezes para alguns pacientes e isto não deve nos fazer descansar nas cadeiras dos nossos serviços. Permanecemos responsáveis pelo cuidado e tratamento deles lá onde estão, até que de novo ou pela primeira vez possam vir onde estão localizados nossos serviços.

Dialogando com a Portaria, diria então, que na rede de saúde mental os dispositivos para crianças e adolescentes vêm sendo propostos publicamente para andar, conversar, tratar, registrar, estudar, discutir, verificar seus atos e, fundamentalmente, se responsabilizar pelo atendimento delas, onde quer que elas estejam.

Se não há rede sem dispositivos implantados e se a oferta destes no campo público depende de uma direção política que os viabilize, acho que podemos considerar, para a questão de crianças e adolescentes, que estão afirmadas as linhas gerais da política de saúde mental, pelo menos afirmada sua direção principal. Não há proposições políticas gerais por vir. Elas estão dadas. O tempo agora é de traduzi-las, realizá-las em cada canto deste imenso país, suportando o particular de cada caso, o peculiar de cada localidade. O tempo agora é de um trabalho de outra ordem. Diria, então, que o tempo agora é de fazer valer o que, em linhas gerais, está proposto. É de produzir o acontecimento - e esta empreitada não é simples - mas é a principal consequência a ser extraída desta tomada estratégica de um texto ministerial. Sabemos que as diferentes instâncias responsáveis pela gestão do campo público na saúde mental ainda não cumpriram sua tarefa em relação às questões que estamos abordando aqui. Resta muito por fazer, estamos somente no início. Indicar uma direção apenas, não basta. É preciso não perder o rumo.

O desafio está posto.

. O QUE NOS PARTICULARIZA?

Vou tentar agora, ainda que brevemente, colocar algumas questões que considero nevrálgicas para que todo esforço que teremos que empreender daqui para frente não seja vão.

Primeiro, os princípios éticos que deverão informar e orientar as ações no campo das políticas dirigidas a crianças e adolescentes. Será preciso, para que se façam efetivos, que quaisquer caminhos que trilhemos, seja na gestão, na montagem de dispositivos, na clínica cotidiana etc., sejam orientados pela posição ética de tomar crianças e adolescentes como sujeitos de responsabilidade e de direitos; estando, portanto, a rede de saúde mental comprometida **em não reduzir seu trabalho** à pedagogização do tratamento, à medicalização do sofrimento ou à institucionalização do cuidado.

Outro princípio ético diz respeito à tomada de responsabilidade. Isto significa que teremos que responder pelo tratamento/agenciamento de cuidados para crianças e adolescentes no nosso território de abrangência, prioritariamente aqueles portadores de transtornos mentais graves e de todos aqueles que, por sua condição psíquica, vêm ou estão, impossibilitados de manter laços sociais ou sob o risco de não sustentá-los. Responsabilizar-se pelo cuidado de TODOS é um princípio ético e um princípio do sistema público de saúde. Entretanto, acesso integral não equivale à demanda integral. É necessário na organização da saúde pública, pelo menos na saúde mental, que possamos diferenciar acesso de demanda. A demanda é uma construção, operada a partir de um delicado trabalho de escuta e avaliação de cada caso que chega a um serviço. A demanda é singular, o acesso é integral.

Considero que uma das particularidades do que vimos operando no campo público - nós que trabalhamos com crianças e adolescentes - e que temos aprendido com elas próprias, é a necessidade de manter viva uma permanente tensão entre o geral e o particular, entre o cuidado de todos e o tratamento de cada um, um a

cada vez. Ou seja, a necessidade de manter viva uma tensão entre a delicadeza da clínica e a dureza da política.

Tratar e cuidar de crianças e adolescentes no campo público da saúde mental tem nos ensinado que a gestão e o planejamento só serão efetivos em suas proposições e ordenamento se levarem em conta o real da clínica, suas vicissitudes e desafios. Por isto, a meu ver, esta tensão. A política é dura, é para todos e não pode ceder disto, ela é universalista. A clínica é delicada, minimalista, é para um a cada vez, é singular e também não pode, igualmente, ceder disto. Desta forma, o campo da saúde mental é tenso e complexo por questão de princípio. A tensão entre o geral e o particular deverá ser nossa bússola, sinalizando que qualquer hegemonia de uma das vertentes indicará perda de rumo e, conseqüentemente, necessidade de retomá-lo.

Estas questões recolhidas do trabalho diário com crianças e adolescentes me parecem cruciais para o campo da saúde mental como um todo. No diálogo mais amplo com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, aquilo que temos aprendido com o segmento infanto-juvenil deverá se fazer ouvir, incitando novos questionamentos e contribuindo para ampliar sua potência transformadora.

Novos caminhos impõem novas responsabilidades.