

Texto de apoio: aula sobre Saúde Mental para os alunos de Gestão de Saúde Pública da disciplina “Ciclos de Vida I”

Claudio Pawel
Paulo Gallo

Esta aula introdutória, a respeito de saúde mental da infância, pretende oferecer a vocês, futuros gestores de saúde pública, uma visão panorâmica sobre alguns dos impasses atuais concernentes à Rede Psicossocial Infantil (RAPS I). Terá como eixo a pergunta-guia das visitas institucionais propostas a vocês: - Se você (gerente da unidade) tivesse poder e recursos suficientes, o que faria para melhorar o seu serviço?

Destacaremos quatro ou cinco questões recorrentes, de modo a permitir que vocês se aproximem de alguns dos problemas atinentes a esse âmbito e exercitem um raciocínio de natureza gerencial, de acordo com os dados que uma exposição limitada como esta permite.

Não sem antes apresentarmos, a título de introdução à aula, e de maneira bastante sumária, algumas noções fundamentadas na teoria psicanalítica sobre a estrutura psíquica e o desenvolvimento psicológico da criança. Estes conceitos serão importantes para subsidiar as discussões em torno das dificuldades de implementação da RAPS I.

Esperamos, desse modo, proporcionar, além de algumas informações sistematizadas sobre a realidade paulistana (facilmente generalizável), no que tange à organização dessa rede de cuidados, mas também incentivar futuros gestores a praticarem a capacidade de resolução de problemas que, em grande medida, não encontram soluções decalcadas de modelos prévios.

Ainda, à pretexto de nota introdutória, gostaríamos de dizer que faremos um pequeno exercício de abstração (talvez não tão pequeno assim) e procuraremos ignorar as questões relativas ao subfinanciamento crônico e conseqüente ameaça concreta de desmanche do SUS, visto que estas questões acabam por obscurecer todas as demais.

Num primeiro momento, Freud acreditava que o ser humano era orientado inteiramente pelo “Princípio do prazer”. Considerava que os seres humanos eram indivíduos programados para calcular permanentemente suas ações em função de duas variáveis: a busca de prazer e o afastamento do desprazer. Com o desenvolvimento, as crianças assimilavam o que ele chamava de “Princípio da realidade”, ou seja, os obstáculos impostos pelo mundo exterior à realização plena dos desejos. Em face das restrições decorrentes da realidade, a criança aprenderia a deslocar seus desejos para outras direções, assim como adiar a sua realização.

Esse processo se tornaria matriz para todas as etapas da vida e caracterizar-se-ia por uma maior ou menor capacidade de cada indivíduo para suplantar as novas demandas existenciais.

Ainda hoje, a maior referência em psicanálise infantil é Melanie Klein. Para essa autora, o recém-nascido possui um horizonte perceptivo bastante limitado que o obriga a constituir imagens do mundo absolutamente parciais e cindidas. O exemplo clássico desse modelo de representações mentais diz respeito aos seios “bons” e “maus”; como a criança é incapaz de conceber, até uma certa idade, uma imagem integral da mãe, ela acabaria se relacionando com essa mesma mãe como se fossem “duas”: uma mãe boa, que alimenta e afaga e uma má, que

frustra e produz sofrimento. Esta posição é chamada de esquizoparanóide; esquizo, porque cinde o objeto e paranoide, porque projeta aspectos próprios no mundo exterior.

À medida que o campo perceptivo se alarga e permite a integração desses elementos parciais em uma única imagem, a criança percebe seu equívoco e se culpabiliza pelas agressões incontáveis que desferira em direção ao mesmo objeto que a acolhera e nutrirá. Esta seria a posição depressiva.

Para Klein, essas duas posições seriam estruturais e marcariam principalmente as vivências humanas caracterizadas por inflexões acentuadas, a exemplo da transição das crianças de um contexto familiar, ou quase (como as creches), para a escola formal.

Winnicott, também da escola psicanalítica inglesa, propôs o conceito de “mãe suficientemente boa”. Ele tinha em mente que o cuidador deveria se oferecer para a criança de modo a permitir que ela expressasse seus impulsos, tanto negativos como positivos, ainda que inadequadamente, de maneira que ela pudesse, aos poucos, reconhecendo-os, desenvolver a capacidade de autocontenção destes. Para tanto, a mãe ou substituto deveria servir de anteparo para essas manifestações sem reprimi-las severamente, mas também sem ser excessivamente permissiva. Enfim, um equilíbrio bastante delicado e de difícil equacionamento, que acabou produzindo um sem-número de pais “neuróticos”.

Essas ideias serão particularmente importantes quando discutirmos as dificuldades de adaptação escolar.

Como se sabe, as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas são a porta de entrada do sistema de saúde como um todo; coincidentemente ou não, várias Unidades Básicas foram construídas próximas, quando não, no mesmo terreno, que as Escolas Fundamentais que servem a um determinado território. Apesar dessa lógica territorial, a demanda para o atendimento psicológico infantil sempre foi, em grande parte, devido aos encaminhamentos das escolas. Anos atrás, uma Unidade Básica da Prefeitura de Santana do Parnaíba contou com cerca de 80% deles provenientes de uma escola da região, próxima do serviço, do total da demanda para avaliação e atendimento psicológico, contabilizadas no intervalo de um ano.

Essa realidade tem se tornado ainda mais preocupante com a tendência crescente de medicalização das crianças que apresentam dificuldades escolares. Com a ampliação do espectro do diagnóstico de TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), inúmeros quadros, anteriormente considerados benignos, foram reenquadrados como portadores desta anormalidade e tratados com medicamentos.

A primeira questão, que merece a nossa atenção, é relativa ao fato de que uma demanda tão significativa deve levantar ao menos duas hipóteses excludentes entre si:

A primeira diz que essas crianças já apresentavam problemas psíquicos, mas que seus pais e os outros familiares próximos não conseguiram identificar.

A segunda, aponta para uma deficiência do próprio sistema educacional.

Considerando as hipóteses teóricas apresentadas acima, sobre o desenvolvimento psíquico, podemos supor que a recusa das crianças em estudar, de forma explícita ou não,

corresponde, na verdade, a uma resistência em renunciar ao “Princípio do prazer”. A adaptação à Escola formal implicará uma considerável renúncia de certas práticas infantis e a difícil substituição dos prazeres próprios da primeira infância por outros, de valor simbólico condizente com o mundo adulto. Estes valores, por conta da pouca maturidade das crianças, não seriam suficientemente atraentes para seduzi-las.

As frases clássicas dos adultos, de incentivo aos estudos, como “estuda ,meu filho, para você ser alguém na vida” ou “só quem estuda arruma um bom emprego no futuro” tornaram-se mais e mais ineficazes diante do fascínio que os games e similares produzem(e nós acrescentaríamos, uma certa desilusão social em torno destes objetivos).

Cabe aqui abrirmos um parêntese. O psicanalista francês, Jaques Lacan, à certa altura do seu percurso intelectual, propõe uma revisão do conceito de superego à luz das mudanças ocorridas na sociedade ocidental. Se na Viena de Freud vigorava uma, assim chamada, “Ética do trabalho”, um estilo de vida que se alinhava perfeitamente com uma hipótese repressiva da sexualidade e conseqüente causa das neuroses de então, Lacan, a seu turno, proporá que a sociedade contemporânea, marcada pelo consumismo inveterado, exigiria uma nova configuração da subjetividade.

Lacan concebe, então, um superego não repressivo. Ao contrário do anterior, segundo ele, o superego do sujeito moderno estimula a busca imediata e incessante de prazer, sem, no entanto, oferecer um modelo claro de como e com quais objetos obter esse prazer. Essa seria, para este psicanalista, a razão do desaparecimento dos quadros clássicos de neuroses histéricas ou obsessivas do começo do século e a sua substituição pelas formas atuais de sofrimento psíquico caracterizadas como Depressão e Ansiedade.

É preciso ter-se em conta que a escola fundamental, por mais que se adapte aos novos tempos, modernizando suas metodologias de ensino, permanecerá essencialmente uma instituição conservadora. Não se pode imaginar uma escola que não conserve um quadro de valores intocados e voltados para a construção de adultos temerosos de práticas punitivas e obedientes a esses mesmos valores.

Convém aqui dizer que a socialização das crianças não começa nas escolas. Desde muito cedo, os pais ou responsáveis induzirão as crianças a adotarem as convenções sociais de modo que a escola, num certo sentido, constitui uma continuidade desse processo. Se na primeira infância, as crianças se veem às voltas com as exigências típicas de uma disciplinarização corporal como beber, comer, urinar etc., na escola, essas mesmas crianças serão submetidas a regras mais complexas e abstratas como ler, escrever, contar...

Há como que uma reedição na escola de um processo em andamento, qual seja, o da dominação do “espírito selvagem” das crianças, como diziam os primeiros ideólogos da Escola Republicana (Condorcet).

A propósito, é importante lembrar que a Escola laica, pública e universal foi uma criação da Revolução Francesa; seus primeiros idealizadores tinham em mente que a criação de um novo homem, um ser humano devotado aos direitos fundamentais como liberdade, igualdade e, aquilo que já fez sentido algum dia: *fraternidade*, exigiria envolver as novas gerações. Nesse sentido, além de oferecer as informações necessárias para que o jovem pudesse desenvolver seu potencial em pé de igualdade com os filhos dos aristocratas, a escola deveria desenvolver

uma consciência moral que implicasse um respeito incondicional à autoridade. Entendia-se que autoridade, neste caso, era um legítimo representante dos interesses coletivos e estes deveriam sempre se sobrepor aos interesses particulares. Um dos exemplos-limite dessa moral era o caso das guerras, em que o jovem deveria estar disposto a sacrificar a própria vida em nome da sobrevivência da nação.

Esse espírito moralizante, em maior ou menor grau, encontra-se ainda presente no ambiente escolar, especialmente, quando se trata de Escola Pública e deve ser levado em conta quando se procura realizar um diagnóstico situacional como este o qual estamos nos propondo.

Em defesa das escolas, e a bem da verdade, é preciso dizer que uma criança não estuda propriamente por causa do apelo que os valores sociais exercem sobre ela, mas estuda basicamente por medo de decepcionar os pais ou simplesmente para agradá-los. Nesse sentido, quando pensarmos nas dificuldades que a questão escolar apresenta, devemos necessariamente incluir a família nesta equação.

Apenas para assinalar a complexidade desse problema, é preciso acrescentar que, tal como foi apontado por Adorno, Lacan e outros, a imagem do pai na sociedade contemporânea se encontra mais e mais debilitada, de forma que o princípio de autoridade, internalizado pelas crianças, acaba derivando de estruturas extrafamiliares e notadamente abstratas.

É claro que algumas dessas crianças, possivelmente, já apresentavam problemas antes mesmo de entrarem na escola e que não foram devidamente detectados ou valorizados. Mas, uma grande parte dessas crianças, senão quase todas, rebelam-se contra as normas escolares para manifestarem o seu inconformismo com o fato de estarem crescendo.

A pergunta que cabe nesse momento é : -A quem compete esse problema?

A tendência, quase unânime dos estudiosos, é a de considerar esta uma questão eminentemente pedagógica, o que confere aos gestores de Unidades Básicas uma tarefa delicada de mediação da equipe técnica da unidade com uma instituição administrativamente independente do sistema de saúde. Relação, no mais das vezes, bastante espinhosa.

Por ocasião do Programa de Saúde do Adolescente, desenvolvido anos atrás na nossa unidade (Centro de Saúde Escola da Faculdade de Saúde Pública- CSEGPS), em parceria com a subsecretaria de educação responsável pelas escolas da região, pudemos experimentar na própria pele as diferenças de concepção e direcionamento de questões que sobrepujam temas ligados à Saúde e à Educação. Havia sempre a queixa de ambos os lados no sentido de que um lado “procurava empurrar os seus problemas para o outro”. Foi um longo e difícil aprendizado, mas que resultou em uma das mais criativas Ações Programáticas da história recente da Unidade.

Um dos desdobramentos desse trabalho resultou em uma pesquisa relativa à aplicação de um modelo de psicoterapia breve ainda mais abreviada do que a tradicional, e foi, neste caso, voltada para os alunos com dificuldades escolares. Baseada nesta experiência, entre outras, que, mais adiante, justificaremos a importância de se escutar as crianças.

Ligado a essa questão, mas não restrita a ela, existe um outro problema que diz respeito aos processos de trabalho condizentes com a concepção atual de saúde prevista constitucionalmente ou em portarias ministeriais. Conceitos como Integralidade das Ações de

Saúde e Estratégia de Saúde da Família são alguns dos parâmetros essenciais para balizar os processos de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde.

A Estratégia da Família prevê que o médico de família atenda indiferentemente adultos, crianças, gestantes etc. Ouve-se, com uma certa frequência, queixas desses profissionais no sentido de que um atendimento psicológico ou psiquiátrico fugiria demais do escopo da sua competência. Mesmo em unidades que não contam com esses profissionais, mas com pediatras, ouve-se queixas semelhantes. Alegam não terem preparo e conhecimento suficiente para fazerem o diagnóstico diferencial entre um problema escolar e um distúrbio psicológico propriamente dito.

Esse é um ponto espinhoso, que exige algumas considerações de natureza geral.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é muito recente(2001) e se inspirou parcialmente na sua similar italiana. Em linhas gerais, esse novo modelo de atenção ao sofrimento mental significa que todo o cuidado ao doente mental se dará respeitando o direito dos pacientes à liberdade e a dignidade humana. Dificilmente alguém não se deparou, em algum momento da sua vida, com imagens dos antigos manicômios ou relatos das atrocidades que neles foram cometidas.

Para tanto, foram criados os recursos de assistência substitutivos aos antigos manicômios, de maneira a preservar esses direitos. Trieste, cidade - berço da Reforma Psiquiátrica Italiana e modelo para toda a Itália, por exemplo, optou por criar uma Rede de Atenção à Saúde Mental separada da rede de saúde como um todo, com exceção do atendimento de urgência, nos prontos-socorros gerais.

Os italianos se consideravam antipsiquiatrias. Isto significou, ao menos nos primórdios dessa reforma, a não admissão que o sofrimento psíquico fosse causado por uma doença. Atribuíam o sofrimento, isso sim, à uma estrutura social injusta, desumana, e ,portanto, enlouquecedora. Esse posicionamento pode parecer simplista e pouco científico, mas a verdade é que a polarização entre uma visão organicista da Psiquiatria (doenças mentais causadas por disfunções bioquímicas) e a visão sociopsicológica continua extremamente atual e sem um horizonte claro de superação.

Com exceção de algumas regiões como a cidade de Santos, que procurou seguir par a par o modelo italiano, em outros pontos do nosso país, incluindo a cidade de São Paulo, optou-se por integrar todos os serviços de assistência à saúde, incluindo os serviços específicos para a doença mental. Defendia-se a ideia de que, para integrar efetivamente o doente mental na sociedade, seria imperativo que as próprias Unidades Básicas se dispusessem a atendê-los sem discriminá-los. Essa medida visava dois objetivos: a) transformar a cultura segregadora e preconceituosa com relação à loucura dos próprios serviços de saúde e b) partia-se do princípio de que para se integrar concretamente o doente à sociedade seria preciso vinculá-lo ao seu território e à sua família. Neste sentido, as Unidades Básicas cumpriram um papel estratégico.

Ocorre que, para viabilizar esse modelo, incluiu-se, entre as funções concernentes ao clínico geral ou ao médico de família, o cuidado ao doente mental fora de crise. Isso, como vocês já devem ter deduzido, incluía os cuidados das crianças que apresentassem algum grau de sofrimento psíquico.

Acontece que, como disse o Garrincha, a propósito de um jogo decisivo de Copa do Mundo: “faltou combinar com o outro lado” (os russos, no caso dele). Os médicos (*os russos locais*) são extremamente resistentes a assumir essa tarefa, sentem-se muito inseguros e despreparados. Mesmo que, juntamente com essa mudança, tenha sido criado um dispositivo de apoio aos médicos e demais agentes de saúde das Unidades Básicas que teriam de manejar essas situações - o “matriciamento” proporcionado pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - , não se conseguiu um envolvimento maior dos profissionais com essa linha de atuação. Lembramos aqui que a chamada Estratégia de Saúde da Família visa ações de saúde descentralizadas em relação a figura dos médicos, que tradicionalmente exercem o monopólio das intervenções terapêuticas. Contudo, enfermeiros, agentes comunitários e outros eventuais componentes dessas equipes são igualmente reticentes em relação a problemas de ordem psicológica. Cabe destacar que os indicadores de atenção à saúde (portanto, contratação e pagamento dos profissionais) são baseados em modelos de análise quantitativa ; pouco espaço é oferecido para indicadores de intervenção coletiva e/ou no campo da saúde mental. Esta abordagem gerencial, em geral, conflita com as equipes da ESF.

Na prática, portanto, a relação entre a equipe de Matriciadores e as equipes de Saúde da Família tem se mostrado pouco efetiva por diferentes razões, mas a dificuldade de se aproximar das questões emocionais é, seguramente, uma das principais. Isso vale integralmente para o que diz respeito à população infantil, ainda que, na nossa experiência, os pediatras e demais agentes de saúde ligados a este segmento, mostrarem-se muito mais acessíveis à dimensão psicológica.

Matriciamento, em poucas palavras, quer dizer uma assessoria para o atendimento de casos que fugiriam, no primeiro momento, à competência técnica do profissional generalista. E é aí que entram vocês. Acreditamos que seja uma das funções do gerente de uma unidade providenciar e estimular o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais. É claro que nós estamos diante de uma situação potencialmente explosiva, visto que a alegação de incompetência profissional oculta, na verdade, o preconceito em relação à loucura, não explicitamente manifesto, e, muitas vezes, completamente inconsciente.

Incentivar um profissional a se atualizar ,nesse caso, abre um conjunto de problemas. Mas, aproveitamos para salientar um aspecto que nem sempre é devidamente considerado. A resistência notória dos médicos (ou da área da Biomedicina), no que diz respeito a essa questão, é em grande parte compartilhada e apoiada pelo restante da equipe. O médico funciona como um porta-voz de outros profissionais da instituição, que não se sentem suficientemente autorizados para assumir frontalmente essa posição. Os médicos, devido a uma série de razões, exercem um poder considerável dentro do quadro funcional dos serviços de saúde e, em geral, assumem posições bastante conservadoras. Em decorrência, acabam tornando-se os líderes naturais da resistência no que diz respeito aos esforços de renovação do modelo assistencial público.

Ou seja, trata-se, em grande medida, de uma disputa política.

Não acreditamos que seja um problema de fácil solução, nem que ele se restrinja à atuação do gerente da unidade. Pensamos que se trata, também, de um problema de formação e as novas gerações de médicos tem provado isso. A despeito de que a formação médica continua preponderantemente voltada para a priorização de especialidades, os jovens médicos de família aparentam uma maior abertura para o trabalho voltado para ações integrais de saúde, realizadas em equipe. De qualquer maneira, o que acabamos de descrever é, sem dúvida,

atualmente, um dos mais fortes focos de tensão no que diz respeito à RAPS como um todo. Sem contar, naturalmente, os ataques sistemáticos a esse modelo por parte do atual governo.

Retomando o fio da meada, devemos dizer que será imperativo que os gestores encontrem meios de convencer os profissionais a se adequarem às novas políticas e processos de trabalho, independentemente do que esteja em jogo. O trabalho, nas sociedades modernas, em qualquer área de atuação, tem se caracterizado por exigir dos profissionais um empenho constante de atualização e adequação às novas demandas.

No nosso problema específico, acreditamos que uma boa conversa com as crianças e com os familiares já indicaria, ainda que de um modo grosseiro, tratar-se de um caso patológico ou unicamente uma reação às exigências educacionais crescentes.

Com um pouco de tato, as crianças nos contam, com uma facilidade impressionante, o que as aborrece. Quando as queixas se limitam ao ambiente escolar, pode-se considerar um indício de que o problema se restringe à escola. A título de exemplo, ouve-se as crianças reclamarem da professora nova, pouco simpática, que dá mais atenção ao coleguinha ou as proíbem de ir ao banheiro. De longe, a crítica mais frequente dos pequenos é referente à proibição das brincadeiras, significando intervalos curtos demais, confinados a espaços minúsculos e inapropriados, e excessivamente restritivos no que se refere ao barulho.

Diga-se de passagem, que a oferta de uma escuta para essas crianças aliada a sensibilização dos professores em torno dessas queixas, na maioria das vezes, são suficientes para algumas mudanças significativas do ambiente escolar. Como já adiantamos linhas acima, tivemos uma experiência neste sentido, anos atrás, com alunos de uma escola da região que nos eram encaminhados para avaliação e tratamento. Depois de uma triagem, aqueles que apresentavam queixas restritas ao ambiente escolar foram submetidos a uma técnica de intervenção conhecida por Terapia Breve, no máximo quatro sessões. Após seis meses, voltávamos a nos encontrar para um seguimento e, com exceção de poucas crianças, que acabaram sendo encaminhadas para tratamento, a grande maioria deixou de apresentar queixas. Essa evolução favorável sempre era confirmada junto aos professores responsáveis por cada um destes alunos.

Por outro lado, se a criança passa a se queixar mais amplamente e de outros contextos como, por exemplo, o familiar, deve-se suspeitar de um quadro mais grave e que requereria uma intervenção especializada do ponto de vista psicológico. Evidentemente que estamos apontando um critério pouco rigoroso, mas ele tem se mostrado útil para uma boa parte dos profissionais envolvidos com esse problema. Evidentemente, parte-se do pressuposto que uma porcentagem considerável dos casos mais graves já foram anteriormente identificados.

Acontece que - e aí, novamente, o papel do gestor se impõe- médicos generalistas ou médicos de família, e mesmo, pasmem, alguns pediatras, costumam dizer que não "levam jeito para crianças", querendo dizer com isso que não sabem conversar com elas. Parece despropositado incluir essa fala numa aula sobre o assunto, mas essa queixa é tão usual que seria maquiar o problema se nós não a expuséssemos. Alguns pediatras inábeis, nesse sentido, acabam seguindo a carreira de neonatologistas; trabalham em berçários na maior parte do tempo, mas, para complementar o salário, acabam se vinculando a alguma UBS.

Em linhas gerais, as principais dificuldades vividas dentro de uma Unidade Básica de Saúde, com relação ao atendimento de crianças, são estas.

Na outra ponta, com igual importância para a rede de assistência às crianças (e adolescentes que aqui não serão considerados) temos os Centros de Atenção Psicossocial Infantis (CAPS I). São serviços que, um pouco distintamente dos CAPSs de adultos, concentram atendimentos de pacientes graves, mesmo fora de crise. Unicamente a título de recordação, gostaríamos de lembrar que os CAPSs adultos foram desenhados para atenderem os pacientes em crise e depois os referenciam de volta para as Unidades Básicas.

Como esses serviços atendem adolescentes também, e como os quadros desta faixa etária são muito mais dramáticos, via de regra, os CAPS I colocam as crianças em segundo plano. As vagas são escassas e os atendimentos são mais breves do que seria necessário. Em geral, esses serviços tendem a transferir as crianças, com exceção dos casos gravíssimos, para as Unidades Básicas.

A esta altura vocês já entenderam qual é a dificuldade: o que é considerado um problema menor do ponto de vista de um especialista, é tomado como um problema cabeludo pelos médicos generalistas das Unidades Básicas, mesmo contando com a ajuda matricial dos profissionais de referência.

A divergência entre essas duas instâncias muitas vezes se traduz em desgaste das relações entre elas, a ponto de tornar-se bastante difícil qualquer comunicação efetiva. Antes disso, espera-se que os gestores de cada serviço se ocupem em preservar um bom entendimento entre esses dois níveis de atenção. E é sempre bom lembrar que, ao contrário de muitas doenças orgânicas, as dificuldades psicológicas não oferecem indicadores objetivos precisos para se determinar a qual serviço pertence cada caso.

A rede ainda conta com residências transitórias, prontos-socorros, enfermarias em hospitais gerais e, dependendo da região, estabelecimentos comunitários que se tornam parceiros importantes para a promoção de saúde no território.

Como se costuma dizer, num mundo ideal, os pacientes contariam com um profissional da Unidade Básica como referência de maneira a que, quando um destes pacientes tiver a necessidade de qualquer outro serviço, como, por exemplo, um hospital, será devidamente acompanhado por este funcionário. Infelizmente, a realidade ainda não permite a universalização dessa medida, mas saliente-se que, em alguns casos, como crianças em situação de rua, é absolutamente necessário que se eleja um profissional para que um vínculo de confiança mínimo seja construído e garantido. Em geral, existem equipes específicas, voltadas para o trabalho na rua, o que não isenta as Unidades Básicas de se implicarem com a assistência dessa população extremamente vulnerável.

Em geral, a referência de um profissional da equipe de saúde da Unidade Básica é suficiente para criar os elos com as diferentes instâncias envolvidas na linha de cuidado (costumeiramente chamada de Projeto Terapêutico Singular - PTS) de um determinado paciente, contudo, quando se trata do Poder Judiciário, em muitos casos, a coisa muda de figura. A começar pelo fato de que, frequentemente, o Judiciário encaminha uma criança e sua família para um tratamento compulsório, o que se choca frontalmente com a ética dos serviços de saúde mental. São situações delicadas em que, ocasionalmente, @s senhor@s deverão interceder em prol de uma efetiva preservação dos direitos das crianças. Salienta-se que os juízes e/ou seus auxiliares nem sempre conhecem algumas das nuances de um tratamento psicológico ou psiquiátrico (a importância do sigilo profissional, por exemplo). Acrescenta-se ainda que, do ponto de vista leigo, a compulsoriedade de um tratamento, em muitos dos casos referidos pelos juízes, é inteiramente compreensível, ainda que questionável.

Com toda certeza deixamos de fora uma série de outras questões por pura omissão ou desconhecimento, mas acreditamos que uma boa parte dos problemas gerenciais, envolvendo a Rede Pública de Atenção à Saúde Mental Infantil, foi aqui contemplada.

Para concluir, pode-se dizer que idealmente uma rede de assistência às crianças deveria se comportar como uma “mãe suficientemente boa”, que oferecesse a continência necessária para que as crianças pudessem encontrar um terreno fértil para o seu desenvolvimento. Além disso, considerando o que Melanie Klein pensava a respeito da formação da personalidade, vale ainda uma liberdade teórica, a título de conclusão:

A construção de uma identidade, razoavelmente integrada e adequada, implica necessariamente passar pelas posições esquizoparanóide e depressiva; tendo em vista que a Rede Substitutiva de Atenção à Saúde ainda é muito jovem, sua construção implicará ainda períodos caóticos sucedidos por momentos de depressão. Mãos à obra, então.

Julho 2021