

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

BEATRIS BRUXEL

**REFLEXÕES COM RELAÇÃO À PORTA DE ENTRADA DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL**

Orientador: Dr. Márcio Mariath Belloc

PORTO ALEGRE
2013

*“Toda dor pode ser suportada se sobre ela
puder ser contada uma história.”*
– HANNAH ARENDT –

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1 A CRIANÇA COMO SUJEITO	6
1.1 O BRINCAR	7
1.2 INTERVENÇÃO PRECOCE	8
2 “VAMOS CUIDAR DE NOSSAS CRIANÇAS!”	11
3 METODOLOGIA	16
3.1 QUESTIONÁRIO	16
4 REFLEXÃO SOBRE AS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS PARA PIM, ESF, UBS, UPA, CT E SMED	17
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS.....	20

INTRODUÇÃO

O presente trabalho expressa uma reflexão e uma pergunta com relação à porta de entrada à Rede de Atenção Psissocial (RAP) de um município da região metropolitana, referindo-se ao acesso das crianças com problemas de saúde mental e, sendo assim, ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi).

Ao que pese o Decreto nº 7.508/2011¹, que em seu art. 9º aponta que são porta de entrada os serviços de atenção psicossocial, o caminho para o acesso das crianças de 0 a 5 anos com problemas de saúde mental à RAPS nesse município ainda não inicia pelo CPASi. O contato inicial é feito por telefone, através do órgão encaminhador, ou seja, Unidade Básica de Saúde (UBS), Secretaria Municipal de Educação (SMED), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Conselho Tutelar (CT), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), etc; e com o profissional-referência. Após preenchimento de uma ficha com alguns dados iniciais, antes do primeiro atendimento, caso seja necessário.

Analisando estes dados, percebi que a grande maioria dos encaminhamentos são de crianças a partir dos 7 anos, sendo a maioria a partir dos 11 anos, sexo masculino, e frequentando escola. Percebe-se um número reduzido de encaminhamentos de crianças de 0 a 5 anos. Tomando estes dados iniciais deparamo-nos já com a dificuldade de cumprir o princípio da universalidade do acesso e da integralidade da atenção do SUS. Crianças nesta faixa etária não acessam ou acessam muito pouco os serviços de atenção psicossocial, ao mesmo tempo em que a integralidade da atenção das crianças com problemas de saúde mental só estaria sendo alcançada com uma intervenção precoce promotora de saúde mental e preventiva de maiores agravos neste campo. Tais reflexões iniciais levam, então, às seguintes questões. Por que crianças na faixa de 0 a 5 anos de idade com problemas de saúde mental não acessam os serviços de atenção psicossocial? Há tão poucas crianças desta faixa etária com estes problemas, ou é a Rede de Atenção Psicossocial que não consegue acolhê-las? Como poderíamos organizar e ou dinamizar a inclusão das crianças nesta faixa etária, para que

¹ O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada a Lei Orgânica da Saúde, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

possamos fazer uma intervenção precoce em saúde mental? E para que esta intervenção precoce seja realmente efetiva, como proteger estes usuários do estigma vinculado aos diagnósticos de saúde mental? Seria o CAPSi o lugar da intervenção precoce, ou ela deveria ser feita na atenção básica?

O presente trabalho, desta forma, apresenta uma reflexão sobre a atenção psicossocial para a primeira infância. Não se pretende aqui esgotar o tema, ao contrário, busca-se discutir as questões levantadas no sentido de contribuir ao fortalecimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

1 A CRIANÇA COMO SUJEITO

Em uma manhã, após minha caminhada matinal, sentei-me à beira-mar, observando o vai e vem das ondas. Pensei nos impasses sobre o cuidado das crianças pequenas e porque estas não chegam ao CAPSi. Será porque não estão incluídas nas características de acesso a este serviço? Será que a rede tem entendimento? Por que não nos encaminham?

Logo, para minha surpresa, chegou um casal, com um bebê (menina) aparentando 18 meses, ou menos talvez, estreando à beira-mar. A mãe portadora de seqüela de paralisia infantil carregava a menina no colo, e o pai começou a organizar todo o arsenal para acomodar a pequena na areia. A bebê sacudia-se faceira no colo da mãe.

A mãe acomodou-a o na esteira, sentou-se ao seu lado, abriu a bolsa transparente cheia de pasinhas, brinquedos, panelinhas e forminhas. Fez um bolinho e mostrou para a criança, ela ofereceu para a mãe comer. A mãe fez menção de comer com os lábios e a menina sorriu para sua mãe e para mim que estava encantada com a construção desta cena à beira-mar. Naquele momento o pai já chegava com o baldinho cheio de água do mar e o entrega à criança, que num impulso derramou tudo na areia e bateu seus pequenos pezinhos. A princesinha era só alegria. Os pais com olhares de aprovação de todas as brincadeiras e experiências vivenciadas à beira-mar com sua filha. Reconheço ali um sujeito.

Em consonância com Marie Christine Laznik, reconheci ali a importância de um acolhimento, e de um olhar observador, afetivo, implicado com a criança. Marie fala da pulsão, da comunicação, do pedido da criança.

O bebê se oferece como objeto para seu cuidador, isto é, convoca a relação cuidadora, já do lugar daquele que é cuidado e desejado: se oferece para ser beijado, mordido, amado. Mostra, com isso, ter introjetado não apenas os elementos que compõem a si mesmo e ao outro, como também a configuração desse relacionamento (LAZNIK apud ZACHÉ, 2001).

Assim, lembrei-me do olhar que o bebê remeteu para mim, sentado à beira-mar, observando e sendo convidada a participar de sua brincadeira, oferecendo-me a pazinha cheia de areia, para que eu brincasse de “comidinha”.

Contudo, como seria esta cena se a relação estabelecida entre esses personagens não fosse a que resultaria neste reconhecimento de sujeito? Não precisamos imaginar muito, Marie Christine Laznik nos apresenta no mesmo contexto praiano uma cena semelhante, porém com um desfecho distinto:

A cena acontece numa praia. A princípio, a imagem pode passar a impressão de uma família feliz. A mãe tenta brincar com o bebê na beira do mar, enquanto o avô coruja filma o episódio. A atitude materna é em vão. A criança não interage e tem o olhar perdido no horizonte. Seu avô percebe a situação. Para evitar ver o que não quer, ele vira a câmera em direção ao mar. Na verdade, o filme mostra como uma criança autista lida com o mundo. Ou seja, como ela não consegue se envolver com o que está ao redor. O problema atinge um a cada dez mil pequenos. Para alguns especialistas, está relacionado a alterações no funcionamento cerebral. Para outros, a síndrome tem origem nas dificuldades de relacionamento entre mãe e filho, dependendo da vulnerabilidade da criança. Entre os principais sintomas, estão a dificuldade em se integrar ao ambiente e não gostar de contato físico (LAZNIK apud ZACHÉ, 2001).

O brincar tenta ampliar o universo simbólico da criança. O adulto oferece seu corpo como objeto nesta interação com a criança e constrói assim as bordas de uma subjetividade. A criança também oferece seu corpo como objeto de desejo aos pais/cuidadores.

3.1 O BRINCAR

O brincar é uma forma de expressar, de modo livremente associativo, a fantasia inconsciente da criança. No caso de ausência completa de uma produção imaginária, o jogo da criança aparece colado à mecânica dos objetos, e não desdobra, em suas construções, uma narrativa. O brincar pode ainda aparecer sem referência ao faz-de-conta, aos limites e aos interditos. As significações podem ser aleatórias, fragmentares, mas a criança mostra uma intensa relação com o outro, contrariamente ao que ocorre nos casos de ausência de produções imaginárias. Finalmente, os desenhos e jogos de uma criança podem ser tomados como significações a serviço de uma estória, de uma narrativa ou de uma informação, e então aparecem os limites, os interditos e o caráter figurado dos personagens. Nesse caso, o brincar poderá ser uma forma de simbolização de suas dificuldades, conflitos, falhas e preocupações no sentido de uma piora (SOULÉ apud JERUSALINSKY, 2012, p. 40).

A partir de uma pesquisa com observação de bebês, a fim de detectar sinais precoces de transtorno invasivo do desenvolvimento, Laznik² desenvolveu um método baseado em cenas reais através de vídeos:

O objetivo do vídeo vai além de retratar as reações de um autista. Sua meta é ensinar os médicos a diagnosticar o mal precocemente, em bebês de dois a três meses. Esse é um dos maiores obstáculos enfrentados pelos especialistas, justamente pela dificuldade de se perceber sinais da síndrome nessa fase. Mas é preciso ficar atento. Muitas vezes é possível confundir o autismo com outras síndromes e doenças, pois seus sinais são parecidos com os apresentados por outros problemas (ZACHÉ, 2001).

1.2 INTERVENÇÃO PRECOCE

O fato é que o diagnóstico precoce é fundamental contra o transtorno do autismo e outras manifestações com risco constitutivas psíquicas. Quanto mais cedo for detectado, melhor. O ideal é que o tratamento seja feito por equipes multidisciplinares, incluindo psicólogos e fonoaudiólogos entre outros. A terapia pode ser individual, oficinas, atendimento terapêutico (AT), visitas domiciliares (VD), etc.

Em outra forma de olhar a intervenção precoce o texto de Lidia Coriat, relata:

Em termos de prevenção é necessário antecipar que qualquer indicador relativo a uma garantia da saúde mental e o desenvolvimento normal da criança, está submetido às vicissitudes da lógica imprevisibilidade dos acontecimentos histórico-sociais e familiares por vir (CORIAT apud JERUSALINSKY, 2012, p. 43).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma, em seu relatório de 2001, que os transtornos mentais são comuns durante a infância e a adolescência. Esse relatório afirma ainda que a atenção dada a esta área específica é bastante *insuficiente*, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto no que se refere ao tratamento. Quanto à prevalência, os diferentes estudos apontam variações consideráveis, mas igualmente alarmantes: entre 10 e 20% desta população específica parece sofrer de um ou mais problemas mentais, também de acordo com o relatório da OMS. O relatório da OMS, como os estudos aqui apontados revelam

² O método baseado no uso de cenas reais foi criado pela psicanalista brasileira Marie-Christine Laznik, radicada há cerca de 30 anos em Paris e dona de larga experiência no assunto. Ela aborda outros temas, como depressão em bebês em suas pesquisas e palestras.

que os transtornos mentais na infância são de suma importância, pois recebe pouca atenção das políticas públicas, o que deixa um grande número de crianças sem assistência adequada.

Temos outro agravante no escasso registro de detecção precoce desses transtornos embora exista um consenso que quanto mais cedo se produz a abordagem terapêutica mais eficaz é o tratamento, são raros os lugares onde há clínica preventiva para esses problemas. Além disso, se faz necessário criar instrumentos e recursos humanos adequados para uma detecção e uma intervenção terapêutica específica precoce na **Atenção Básica**. Enquanto os pediatras carecem de instrumentos facilitadores para a detecção clínica, também não existem serviços de estimulação e orientação precoce a nível hospitalar.

É verdade que estas diferenças impostas pela natureza do objeto de nosso estudo e o campo de nossa intervenção conduzem a metodologia a um terreno conjectural que, do ponto de vista do ideal de uma precisão requerida por antecipação, (precisamente se tratando de uma proposta de prevenção), exige um questionamento.

Alfredo Jerusalinsky desenvolveu uma pesquisa, intitulada “A Construção de Instrumento IRDI”, que teve como objetivo central a validação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento em crianças desde seu nascimento até os 18 meses de idade cronológica. Nesse período da infância o psiquismo e as funções mentais se encontram nos primórdios de sua formação. Dependem, para isso, de que o meio (especialmente seus pais e cuidadores) se ocupe desse olhar.

Segundo Soulé (2004, p. 40), estudos desse tipo podem apontar a “emergência de uma demanda mascarada”, quando o indicador alerta para a existência de uma necessidade que a família não consegue expressar e que “caberia então ao profissional ajudá-la a formulá-la ou fazê-la emergir de outro modo no sentido de uma piora”.

Esta mesma lógica permeia também a concepção da Escala Zero a Três (1997), que ressalta “a importância da prevenção e tratamento precoce na criação e restauração de condições favoráveis para o desenvolvimento e saúde mental da criança pequena” (p. 9), na medida em que a detecção precoce permite intervir antes que os primeiros desvios se consolidem em padrões de funcionamento pouco adaptativos conforme do IRDI.

Um dos principais objetivos desta pesquisa foi o de selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde. Este objetivo também foi alcançado: alguns indicadores serviram de base para a construção dos itens “desenvolvendo-se com afeto” da Caderneta da Criança reformulada em 2006 e adotada naquele ano pela Área de Saúde da Criança (responsável pelo financiamento da pesquisa mencionada, em associação com a FAPESP) do Ministério da Saúde (CADERNETA DE SAÚDE, 2006).

Precisamos de uma lente, um olhar sensível dos cuidadores, entre eles: os pais, os profissionais da saúde, da assistência e da educação.

2“VAMOS CUIDAR DE NOSSAS CRIANÇAS!”

“Passava os dias ali quieto no meio das coisas miúdas. E me encantei.”
– MANOEL DE BARROS –

Sabemos que só as promulgações das leis não dispõem sobre os direitos das crianças e adolescentes, bem como das legislações que garantem o seu acesso integral à saúde, não foram ainda suficientes para que as mudanças necessárias aconteçam. Dessa forma, cresceram as instituições fechadas baseadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, na sua maioria, de caráter filantrópico. A sociedade e o Estado não se responsabilizaram por este todo, reforçando o modelo institucional. A criança assistida passou a ser a deficiente social (pobre), deficiente mental e a deficiente moral (delinquente).

Com a criação do ECA, iniciaram-se novos modelos de assistência e cuidado. Está posto o desafio para a Saúde Mental. Em 1992 a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, apontou efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes e, a seguir, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, trouxe ações que determinaram o respeito e o cuidado a população infanto-juvenil.

Hannah Arendt fala sobre o novo ser, a criança, que é o objeto da educação e possui para o professor um “duplo aspecto: é nova em um mundo que lhe é estranho e se encontra em processo de formação; é um novo ser humano e é um ser humano em formação” (ARENDR, 2005, p. 234).

Segundo a mesma, esse duplo aspecto corresponde com o relacionamento do mundo de um lado e da vida de outro lado. A criança está num estado de vir a ser. Ela é nova em um mundo que é velho. Os pais inseriram a criança em um mundo, assumindo na educação a responsabilidade pela vida e desenvolvimento da criança. Isso pode acarretar em conflito, pois a criança precisa ser protegida do mundo e o mundo, que é velho, precisa de proteção contra o novo, a criança. A proteção contra o mundo se dá na família, na vida privada. Ela deve ser oculta do mundo, pois este não lhe oferece segurança nem atenção. O público, o mundo, quando invade o privado, a família, faz com que as crianças não tenham um lugar seguro onde possam crescer e desenvolver suas habilidades. Quando se tenta

estabelecer um mundo público entre as crianças, se está forçando que estas se exponham a esse mundo.

A partir desta ideia do cuidado público e privado foram se construindo dispositivos de cuidados através de políticas públicas, que pudessem contemplar os atendimentos a essa clientela levantada na pesquisa.

Os CAPS, criados a partir da Portaria nº 336/GM de 19.02.2002, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, por possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Segundo essa portaria, os centros poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, funcionando segundo a lógica da territorialidade (BRASIL, 2002; 2009).

Contudo, não é só no CAPS que se dá a Rede de Atenção Psicossocial, ela necessita de todo o contínuo da atenção e, sendo assim, inicia com o trabalho de saúde mental na atenção básica. Justamente, a realidade das equipes de atenção básica demonstra que elas se deparam com problemas de saúde mental com muita frequência.

Segundo o Ministério da Saúde.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2010:3)

Apesar das ações de saúde mental, em princípio, devam ter sido pensadas respeitando a universalidade e a integralidade, já que seguiam os princípios e diretrizes do SUS, sua construção tem sido mais direcionada aos adultos. Crianças e adolescentes ficaram por algum tempo esquecidas, haja visto o número de CAPSi existentes em relação a serviços para adultos³.

Em síntese, o documento traz os princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica, os quais são: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários.

³ No Estado do Rio Grande do Sul existem somente 22 CAPSi.

Mas se já temos claro que, em consonância com Amarante (1994), é necessário a construção de um novo lugar social para as pessoas com problemas de saúde mental, como fazer esta construção quando nos referimos às crianças e adolescentes?

Vemos continuamente mais do que a dificuldade da construção deste lugar social, a violação dos direitos humanos desta faixa etária, principalmente se são identificadas com algum problema vinculado à saúde mental. Como exemplo, podemos citar este tipo de abordagem de rua, que cria um componente de limpeza urbana, como o acidente do jovem que após ser abordado correu para uma avenida movimentada no centro de São Paulo e foi atropelado. A grande mídia dizia em letras garrafais que o uso de drogas tinha matado a criança. Mas foi o uso de drogas, ou o tipo de abordagem?

Triste fato, que mostra a fragilidade da qual nos encontramos nos nossos serviços de saúde, com abordagens inadequadas e impensadas, que não vem ao encontro com nossas leis e propostas de gestão da clínica. Uma Intervenção Precoce não pode ser dessa forma.

Apesar de tantos anos na construção das leis ainda se faz necessário, discutir, repensar, construir novas formas de abordagem e atendimentos para essa população. Parece que por vezes avançamos, e em outros, retrocedemos.

A política do cuidado crianças e adolescentes conta com o dispositivo do CAPSi, cuja definição seria:

O que é um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? Poderíamos dar a essa pergunta algumas respostas combinadas: unidade de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, serviço de atenção diária, diurna e intensiva, de base territorial, pelo que se entende que ele não se define como um mero estabelecimento de saúde mental onde se aplicam técnicas e tratamento diversos, mas com um polo de encaminhamentos de demandas psicossociais diversas em determinado território, do qual emanam, igualmente, não só respostas a essas demandas que atingem as suas fontes, mas também ações e intervenções dirigidas a diferentes instâncias e dispositivos do território, que o modificam, sempre visando a um grau cada vez maior de saúde mental para os viventes neste território. O CAPS vem sendo a base do processo de substituição do manicômio nos últimos 15 anos, daí constituir-se como a referência primordial no que se intitulam os serviços substitutivos (ELIA, 2004).

O CAPSi Novo Hamburgo, onde desenvolvo minhas atividades, é responsável pelo atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes de zero a 17 anos,

que apresentam crise com flagrante desestruturação subjetiva, transtornos globais de desenvolvimento que façam suspeitar de autismo e psicose – que implicam em importante perda das relações sociais e comunicação restrita, estereotipada e repetitiva, crianças com sintomas graves que estão em sofrimento mental evidente e restrição e ou impossibilidade na manutenção de sua rotina diária, exposição a situações de violência e ou abandono (intra e extra familiar) e que resultem em sofrimento psíquico intenso.

Pude constatar através de um levantamento de dados no CAPSi, e utilizando minha experiência como trabalhadora, o baixo encaminhamento de crianças pequenas (Primeira Infância). O levantamento ocorreu durante 2010, 2011, até julho de 2012. Foram acolhidas 260 crianças e adolescentes. O gráfico demonstra esse levantamento.

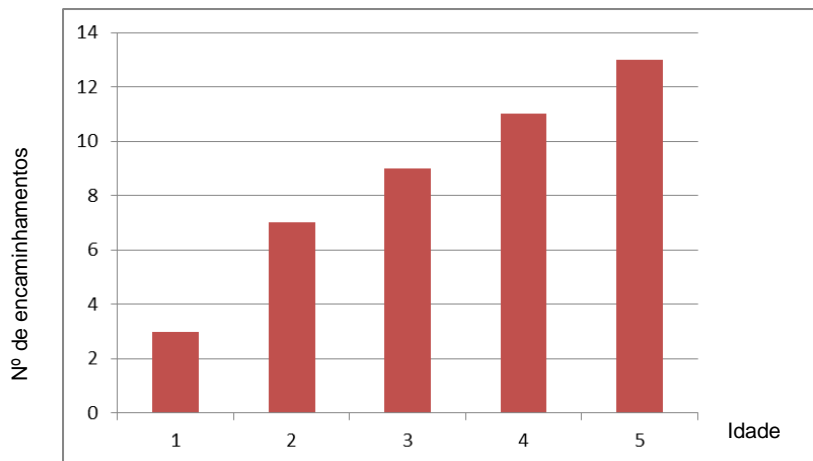


Gráfico 1: Encaminhamento de crianças pequenas ao CAPSi.
Fonte: Elaborado pela autora.

Análise do Gráfico

IDADE	QUANTIDADE	%
1	3	1,153846
2	7	2,692308
3	9	3,461538
4	11	4,230769
5	13	5
Total	43	16,53846
16,5% dos pacientes tem entre 1 e 5 anos		

Constatei através da representação do gráfico que as crianças de zero a 1 ano são a minoria representando apenas 1,15 % do total dos casos encaminhados ao Capsi, e com o aumento da idade também eleva o número de crianças encaminhadas e quanto mais a idade aumenta mais casos chegam ao Capsi. Sendo assim, com a idade de cinco (5) anos quadriplica os encaminhamentos, representando assim um total de 5% do total dos casos. Mesmo assim, são poucos encaminhamentos no total.

Este levantamento foi feito entre o período de 01 de março de 2011 até 31 julho de 2012, num total de 286 crianças encaminhadas ao CAPSi pela rede, onde a média foi de 10,5 de idade.

3 METODOLOGIA

Com os dados obtidos organizei um questionário dirigido para Atenção Básica, Programa Infância Melhor (PIM), Educação Inclusiva (SEMED), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Coordenadora Pedagógica da Primeira Infância, Estratégia da Saúde da Família (ESF), Pediatra, Conselho Tutelar (CT) entre outros, para conseguir entender melhor esses processos. Foram algumas perguntas simples, para que três serviços ou mais respondessem e talvez pudéssemos pensar a partir de suas respostas (ver anexo).

A proposta é, com base na análise das respostas obtidas, buscar formular estratégias eficientes para que essas crianças pequenas, em sofrimento psíquico, cheguem ao CAPSi e sejam identificadas pela rede de cuidado (Atenção Básica).

A partir de estudos já realizados constatei que essa é uma preocupação de profissionais que trabalham na área da Infância.

3.1 QUESTIONÁRIO

1. Sabes o que é um CAPSi ou CAPS e já esteve em algum destes serviços?
2. Encaminhastes alguma pessoa para esse serviço?
3. Para você o que é saúde mental?
4. Como defines uma criança com boa saúde mental?
5. Conheces alguma criança em sofrimento psíquico?
6. Como definirias intersectorialidade, co-responsabilidade e encaminhamento implicado?
7. Participas ou participou de alguma reunião de rede?
8. Já recebestes algum trabalho do CAPSi para matriciamento ou interconsulta?
9. Qual a faixa etária que o teu serviço encaminhada para o CAPSi?

4 REFLEXÃO SOBRE AS RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS PARA PIM, ESF, UBS, UPA, CT E SMED

Venho pensando se o dispositivo que utilizei, através das perguntas, foi eficiente e que pudesse clarear minhas dúvidas ou encontrar novos caminhos. Constatei que na sua maioria os serviços de atenção básica conhecem os CAPS, e fazem de alguma forma articulação com este através de encaminhamentos implicados.

Conhecem e já tiveram contato com crianças em sofrimento psíquico, mesmo que as observações ainda estejam centradas nas queixas de adultos responsáveis e ou escola. Mudança no seu comportamento como agressividade ou isolamento são observações comuns para chamar atenção que algo não está bem com esta criança.

Mas e o olhar diferenciado do trabalhador de saúde? Varias são as formas de manifestações possíveis de serem observadas na criança, das quais foram citadas inapetência, perda de sono, agressividade, encoprese, enurese, anorexia, choro intenso, isolamento, desinteresse de socializar, medo e pânico, atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, movimentos estereotipados etc.

O trabalho intersetorial é compreendido, o encaminhamento implicado também. A dificuldade parece estar na continuidade do cuidado e na demanda contínua de pessoas aos serviços, além do tempo reduzido para discussão de casos. Dificuldade esta apresentada para marcação de reuniões de rede onde nem sempre os serviços comparecem, demonstrando ter outras agendas. Sendo assim, percebo que não faz parte da rotina dos serviços.

Quanto às idades para serem encaminhadas, e que foram motivo desse estudo, elas não são importantes para os serviços.

Constatei pelo levantamento que a média é de 10 anos de idade para encaminhamentos, onde muitas das questões psíquicas já estão sedimentadas e tornam mais difíceis e complexos os atendimentos.

CONCLUSÃO

O CAPSi em sua Portaria nº 336/GM de 19.02.2002 contempla crianças a partir de zero anos. Por que os pequenos não vêm ou são uma pequena parcela significativa? Por ser um serviço de alta complexidade os pequenos ainda não se tornaram nossos usuários, por precisarem de profissionais que tenham um olhar cuidadoso, que façam intervenções precoces a fim de realizarem encaminhamentos adequados.

Nossos dispositivos ainda não são eficientes ou nós, trabalhadores de saúde (SUS), não somos suficientemente engajados nas políticas de cuidado? Tudo é muito novo. As experiências são muito recentes no campo das políticas públicas, porque até então era inexistente, não reconhecido. Conforme, Cristina Ventura (2012), “somos protagonistas nesta história no qual aumenta muito a nossa responsabilidade”. A grande mudança na reforma psiquiátrica não olhou para a criança e para o adolescente, neste momento estamos escrevendo esta história olhando pela primeira vez para a infância. Termos como acolhimentos, encaminhamentos implicados, intersetorialidade, atravessamentos jurídicos, além de trocas sucessivas de trabalhadores à procura de novas oportunidades e melhores salários.

A Primeira Infância tem um caminho a ser percorrido, orientado, e construindo novas formas de trabalhar. Alguns pequenos são absorvidos pela rede de cuidado como creches, CRAS, CREAS.

Sugiro iniciarmos a Intervenção Precoce na Atenção Básica, despertando o interesse e um novo olhar destes trabalhadores para a Primeira Infância. É preciso também a construção do fórum estadual para discussão das políticas, diálogos, consolidação de redes de serviços, reuniões de rede em territórios, maior incentivo à cultura, esporte e lazer, participação de trabalhadores e usuários da saúde mental nas conferências de saúde municipais e estaduais, programa de intervenção precoce a fim de que os casos não se tornem crônicos, os pequenos serem vistos como sujeito, profissionais capacitados para ter um olhar diferenciado na primeira infância, na atenção básica, inclusive os médicos pediatras.

Penso ser necessário um trabalho de rede mais intensivo para discussão de casos, e para que se mostre o interesse do CAPSi em fazer uma intervenção

precoce nos territórios, através mesmo de informações ou até em educação permanente para a rede de atenção básica.

Os problemas de saúde mental vêm de um sofrimento psíquico intenso, diário e repetitivo, por vezes resultando em um surto onde o sujeito não suporta mais sua dor. Percebo pela minha experiência que algumas crianças apresentam sinais de sofrimento psíquico. Talvez seja esse o motivo do não encaminhamento precoce, porque o sintoma rígido não apareceu na criança em risco constitutivo.

É a vida em construção; e o tempo é que dirá sobre este sujeito. Precisamos ficar atentos. Como diz Manoel de Barros, “o tempo só anda de ida”. Talvez o tempo não cure a dor e sim a cronifique. Identificar precocemente um agravo em saúde mental na infância e estabelecer cuidado específico é participar da construção desta “ida”, de criação de possibilidades e projetos de vida.

Eu VI e Dá.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2008. (Temas em Saúde).

ARAÚJO, Ana Amélia (org.). **1º Encontro Nordestino de CAPS Infantil**. Campina Grande: Realize, 2010.

ARENDDT, Hannah. **A Crise na Educação**: Entre o passado e o futuro. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BRASIL. Portaria nº 336/GM.

ELIA, Luciano. *A rede de atenção na saúde mental. Articulações entre Caps e Ambulatórios*. Cap. 1. Ministério da Saúde: 2004.

JERUSALINSKY, A.; et al. **Valor Preditivo de Indicadores Clínicos de Risco Psíquico para o Desenvolvimento Infantil**: Um estudo a partir da teoria psicanalítica. 2012. (no prelo).

MINISTÉRIO da Saúde. *Atenção em Saúde Mental Infante Juvenil no SUS. Fórum de Saúde Mental Infante Juvenil*. Brasília: 2012.

_____. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: 2006.

_____. **Relatório de Gestão**. Brasília: 2003-2006.

_____. **Saúde Mental no SUS**: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: 2007.

SCHOPENHAUER, Arthur. **A Arte de Escrever**. Porto Alegre: LPM, 2011.

VENTURA, Cristina. *Palestra. Fórum Macrometropolitano*. Novo Hamburgo: 2012.

ZACHÉ, Juliane. *Ponte para o mundo: pesquisadora desenvolve método que facilita diagnóstico precoce de autismo em bebês. Isto É*. São Paulo, n. 1678, nov. 2001.