

2

As crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental

Neste capítulo, esforçamo-nos por caracterizar o conceito de transtorno mental. Nosso objetivo é tornar este conceito, que em sua natureza é demasiadamente complexo, mais claro e perceptível. Tentamos, de alguma forma, ilustrar o que pode ser um transtorno mental. Contudo, já adiantamos a dificuldade desta tarefa, pois realizá-la seria como tornar algo abstrato em concreto.

Ademais, discorreremos sobre as crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, tentando caracterizá-las através de literatura utilizada para este estudo e das entrevistas realizadas no CAPSi. Abordamos, também, uma discussão acerca do diagnóstico de transtorno mental e o contexto cultural e, em seguida, sobre os estudos epidemiológicos.

Para desenvolver essa discussão utilizamos como aporte teórico, principalmente, publicações da OMS, que por sua vez, tem investido muito na área da saúde mental, alegando que apesar de ser tão importante quanto a saúde física, somente uma pequena minoria das pessoas que apresentam transtornos mentais recebe tratamento no mundo inteiro.

2.1. Conceituando transtorno mental

A área da saúde mental apresenta, ao longo da sua história, diversos termos para nomear o que hoje chamamos de transtorno mental. Na história, encontramos diversas conceituações sendo doença mental a mais comum. São termos que se sucedem historicamente. Neste estudo, optou-se por transtorno mental por vários motivos. O primeiro deles é por ser o termo atualmente utilizado pela Política de Saúde Mental brasileira. Nosso foco serão os transtornos mentais severos e persistentes, pois de acordo com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS¹ devem “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com

¹ Uma explicação mais detalhada sobre o que é um CAPS encontra-se no capítulo 5.

transtornos mentais severos e persistentes” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 125). O segundo e não menos importante motivo é por estarmos preocupados em acompanhar a maioria dos modelos clínicos internacionais que evita o uso do termo doença mental, preferindo utilizar transtorno mental (OMS, 2005).

A expressão doença mental apóia-se na dominação do modelo médico e, nesse caso, utiliza-se transtorno para evitar problemas inerentes ao uso dos termos enfermidade e doença (OMS, 2005). Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2005) relatam que transtorno e distúrbio são palavras utilizadas alternativamente à doença, acompanhando a crença de que se deve privilegiar o estudo nos marcos de disfunção ou desvantagem.

O transtorno mental, por ser caracteristicamente complexo, deve ser avaliado caso a caso. O campo da saúde mental, principalmente da criança e do adolescente, é ainda muito nebuloso, carente de estudos. Há ainda muitas perguntas sem respostas. Os autores acima enfatizam a incerteza do tratamento. Cada criança e cada adolescente respondem ao tratamento de uma forma peculiar, sendo esta positiva ou negativa.

A OMS, em sua publicação intitulada de “Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: Cuidar, sim – excluir, não”, cujo objetivo é auxiliar os países na elaboração de suas concepções de saúde mental e conseqüentemente na elaboração da legislação, afirma que “*definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum*” (OMS, 2005, p.27).

Há intensos debates sobre quais condições devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. De acordo com a publicação citada acima, essa definição pode variar dependendo do seu objetivo. Por exemplo, se a definição de transtorno mental tem por finalidade a elaboração de uma legislação de saúde mental preocupada com a admissão e o tratamento involuntário, pode-se restringir a definição levando em consideração apenas os transtornos mentais graves. Por outro lado, se a legislação estiver preocupada com os direitos positivos², sua definição pode ser mais ampla, estendendo-se a todas as pessoas portadoras de transtornos mentais.

² Entende-se por direito positivo o conjunto de normas estabelecido oficialmente pelo Estado, ou seja, através das leis, ou reconhecidas pelas pessoas através dos costumes.

A OMS ainda afirma que o termo transtorno mental pode contemplar enfermidade mental, retardamento mental, transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Contudo, existem considerações importantes quando se inclui retardamento mental na categoria de transtornos mentais.

É muito comum a confusão entre os termos transtorno mental, retardo mental e deficiência mental no campo da prática. No entanto, deve-se atentar para o fato de que essa confusão ocorre também no campo da teoria. Dificilmente encontra-se um autor que caracterize cada termo separadamente, diferenciando-os.

Primeiramente, vamos abordar o conceito transtorno mental. Podemos entender como transtornos mentais as condições que sejam clinicamente significativas, ou seja, aquelas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor além dos comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deteriorização do pensamento.

Os transtornos mentais não estão presentes no que se costuma considerar como ‘normal’, sendo claramente identificados como anormais ou patológicos. Um simples comportamento anormal, sendo extremamente pontual e apresentado em um curto espaço de tempo, não significa em si a presença de um transtorno mental. Para um transtorno mental ser diagnosticado é necessário que haja um histórico de anormalidades sustentadas ou recorrentes e que tenham como consequência uma certa deteriorização ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. Dessa forma, entendemos que nem toda deteriorização humana denota um transtorno mental (OMS, 2001).

Em nossa entrevista com a coordenadora do CAPSi perguntamos ‘o que é transtorno mental?’. Não muito curiosamente a coordenadora não teve facilidade para responder, apesar de trabalhar a muitos anos com saúde mental.

“Geralmente é uma criança com um sofrimento psíquico. (...) Não precisa necessariamente estar em sofrimento psíquico, mas as crianças que chegam aqui, a maioria com transtorno mental, implica num sofrimento psíquico. Geralmente são crianças ou adolescentes que têm alguma dificuldade no laço social: ou não conseguem estabelecer laços, ou, quando estabelecem, têm dificuldades em mantê-los, ou têm dificuldades em estar com outras pessoas. (...) É uma pessoa que está com muita dificuldade de lidar com a vida, de lidar com as pessoas, de estar nos espaços que outras pessoas estão. Se é uma criança, ela está com

dificuldades de estar na escola, ela está com dificuldades com a família, está com dificuldades, talvez, de estar no parquinho, de brincar com outras crianças.”

Coordenadora do CAPSi

Ao final de sua de descrição, a coordenadora se disse impressionada com a sua própria dificuldade em responder à pergunta. Disse que apesar de lidar com transtornos mentais graves, não tem o hábito de parar no dia-a-dia para pensar no que é um transtorno mental e que apesar de já ter estudado muito, é difícil falar sobre o assunto.

Já a técnica respondeu com maior desenvoltura:

“Eu diria que é uma confusão mental. Essa confusão nem sempre é entendida pela própria pessoa, ela muitas vezes não se dá conta disso, por isso muitas vezes precisa de ajuda. Eu diria que essa confusão tem níveis diferentes, que pode ter uma gravidade, pode colocar em risco a vida da própria pessoa em muitas situações (...). Transtorno como alguma coisa que pode provocar confusão para a própria pessoa, para o ambiente. Essa confusão tem diferença, não é uma confusão padrão e que muitas vezes é estranha para a própria pessoa, na maioria das vezes ela é estranha para a própria pessoa. A pessoa muitas vezes não se percebe nessa confusão.”

Técnica do CAPSi

Segundo Cantwell e Rutter (1994 apud Lauridsen-Ribeiro e Tanaka, 2005), as alterações de comportamento ou emoções, com algumas exceções, são definidas como desvios quantitativos do normal, e não como doenças ou enfermidades qualitativamente diferentes do normal. E, nessa linha de pensamento, os transtornos psiquiátricos são definidos como:

“(...) anormalidades de comportamentos, emoções ou relacionamentos suficientemente importantes e prolongadas para causar à criança prejuízo em seu funcionamento social e/ou levar a distúrbios na família ou na comunidade” (Rutter e col., 1970, p. 148 apud Lauridsen-Ribeiro e Tanaka, 2005, p. 23).

Os sintomas costumam variar consideravelmente; no entanto, os transtornos mentais, normalmente, se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas (OMS, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, utiliza-se o termo transtorno

“para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido” (WHO, 1992, apud OMS, 2005, p.27).

Um transtorno mental é detectado quando há um determinado padrão de sinais e sintomas associados a um prejuízo do funcionamento psicológico e social. Este deve preencher os critérios relacionados pelo sistema classificatório oficial “Classificação Internacional de Doenças”, versão 10³– CID-10 (OMS, 1993).

No seu capítulo V, o CID-10 descreve uma série de transtornos mentais e comportamentais, que estão divididos nos seguintes grupos:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- Transtornos do humor (afetivos);
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o ‘stress’ e transtornos somatoformes;
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
- Retardo mental;
- Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e
- Transtorno mental não especificado.

³ Há também o “Manual Estatístico e Diagnóstico IV” (DSM-IV) desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria e publicado em 1994. Porém, referimo-nos apenas ao CID-10, pois este é o documento utilizado pelas Políticas de Saúde Mental em nosso país.

Cada um desses grupos citados acima descreve uma série de diferentes tipos de transtornos mentais. Dentre estes, ressaltamos os transtornos mentais que surgem durante as fases de desenvolvimento da criança e do adolescente. De acordo com a OMS (2001), a CID-10 identifica duas grandes categorias específicas de transtornos mentais na infância e na adolescência: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais.

Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira ou na segunda infância, o comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas. Em grande parte dos casos as crianças têm prejudicadas suas funções de linguagem, habilidades espaço-visuais e coordenação motora. Normalmente, já havia a presença de retardo ou deficiência, mesmo que não tenha sido diagnosticada, contudo diminui de acordo com o aumento da idade, podendo, no entanto, haver a persistência de déficits mais leves na idade adulta (OMS, 1993).

Os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta. Este grupo de transtornos inicia-se precocemente, durante os primeiros cinco anos de vida e, normalmente, são acompanhados de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem (OMS, 1993).

Apesar de todas essas descrições, ainda consideramos difícil a visualização de uma pessoa com transtorno mental. Como enfatizado anteriormente, é comum a confusão entre o entendimento do que seja o transtorno mental, o retardo mental e a deficiência mental. Contudo, de acordo com a CID-10, o retardo mental é uma categoria incluída no grande grupo de transtornos mentais e comportamentais.

O retardo mental caracteriza-se a partir da descontinuidade do desenvolvimento ou do desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual. Durante o período do desenvolvimento, há um comprometimento das capacidades que originam o nível global das funções cognitivas, de linguagem, de motricidade e do comportamento social. Pode-se identificar apenas o retardo mental ou juntamente com outro transtorno mental ou físico (OMS, 1993).

A OMS chama a atenção para que

“se o retardamento for incluído na legislação de saúde mental, é importante que sejam incluídas salvaguardas suficientes para garantir que o retardamento mental não seja considerado sinônimo de ‘outros’ transtornos mentais” (OMS, 2005, p. 28).

Em outras palavras, considera-se o retardo mental um diagnóstico que faz parte de um grupo de diferentes transtornos mentais. No entanto, é preciso que tenhamos muito claro que há uma diferença significativa entre o retardo mental e os outros transtornos mentais enumerados pelo CID-10.

Para ilustrar essa confusão no campo da prática, recorremos a um artigo escrito por Santos et al (2005). Os autores realizaram um estudo sobre os atendimentos em psiquiatria para crianças e adolescentes em serviços públicos do município de Salvador. O diagnóstico mais freqüente encontrado em um ambulatório de saúde mental foi o de retardo mental, com percentual de 42%. Em seguida, os transtornos do comportamento e transtornos emocionais atingiram 22,6% das crianças e dos adolescentes, enquanto que os transtornos globais do desenvolvimento (compreendidos no grupo dos transtornos do desenvolvimento psicológico) atingiram 9,8% das crianças e dos adolescentes. Nos serviços hospitalares de saúde mental, predominou o diagnóstico de esquizofrenia, cerca de 70%, entre crianças e adolescentes internados, sendo que o diagnóstico de retardo mental também teve um número significativo de prevalência, sendo o segundo diagnóstico mais encontrado, cerca de 10%.

Apesar de não estarmos focando o diagnóstico de retardo mental nesta dissertação, enfatizamos aqui os resultados do estudo realizado por Santos et al (2005) para ilustrar uma realidade presente na rede de atenção à saúde mental.

“a freqüência elevada desses diagnósticos em um serviço de natureza ambulatorial remete à indagação sobre os motivos de consulta neste nível de atenção, já que somente as alterações de comportamento justificariam tratamento em serviço especializado de saúde mental. Embora a alteração de conduta seja freqüente entre pacientes com retardo mental, acredita-se que seja parte da própria dificuldade de adaptação inerente a este quadro, que se agrava por dificuldades ambientais as quais poderiam ser controladas a partir dos processos educacionais e de habilitação, responsáveis pela integração social desses pacientes. Desta forma,

fica claro a importância dos processos de habilitação como definidores dos serviços básicos destinados ao atendimento dessa população” (Santos et al, 2005, p. 39).

Os autores acima fazem uma ressalva importante quando atentam para a diferença entre o tratamento oferecido em um serviço de saúde mental, voltado mais especificamente para o tratamento de transtornos mentais, e o tratamento que seria mais adequado para retardo mental.

Toda essa confusão em torno dos diagnósticos de transtorno mental e retardo mental se agrava quando se inclui a deficiência mental. Este termo é muito comum no campo da prática, contudo é bastante criticado nos discursos dos profissionais da área da saúde mental, apesar de não haver sequer um artigo que fundamente essa nossa afirmação. A partir das falas dos profissionais atuantes na defesa da política de saúde mental, é um equívoco enorme confundir um transtorno mental com uma deficiência mental.

Não obstante, a nossa própria legislação associa os dois termos. Na Portaria GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002, o Ministério da Saúde organiza o “*atendimento à pessoa portadora de deficiência mental e de autismo no Sistema Único de Saúde*” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 158) e identifica os diagnósticos baseados na CID-10 incluídos nessa portaria. Todos os diagnósticos estão compreendidos no grande grupo de transtornos mentais e comportamentais da CID-10. O que a portaria considera como deficiência mental é a categoria do retardo mental e o que considera como autismo é a subcategoria dos transtornos globais do desenvolvimento, compreendida na categoria dos transtornos do desenvolvimento psicológico.

Ainda podemos citar um trecho do “Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: Cuidar, sim – excluir, não”, no qual, em uma tentativa para definir os diferentes termos, faz uma afirmação que contribui ainda mais para a confusão entre os termos utilizados.

“Deficiência mental não é sinônimo de transtorno mental, mas inclui pessoas com transtorno mental. Pessoas que se recuperaram de um transtorno mental podem continuar a ter deficiências e muitas pessoas com transtorno mental em curso também têm deficiência devido ao transtorno. ‘Deficiência’ é, em alguns casos,

um sinal intrínseco de uma enfermidade ou síndrome específicas (alguns transtornos mentais, por exemplo, precisam da presença de debilidade funcional para que o diagnóstico seja feito) e, em outros, é consequência dessa enfermidade ou síndrome” (OMS, 2005, p.30).

Dessa forma entendemos que há um grande mal entendido até mesmo entre os profissionais da área de saúde mental sobre esses diferentes diagnósticos. É importante não confundi-los! Ou seja, entendemos que um transtorno mental pode provocar alguma deficiência, mas não consideramos, absolutamente, transtorno mental como sinônimo de deficiência mental, nem vice e versa. Pelo contrário, chamamos a atenção para uma diferenciação bastante clara entre os dois termos.

Com tantas confusões, tanto no campo da prática, como no campo da teoria em função dos termos utilizados na área da saúde mental, buscamos nos concentrar na definição do termo transtorno mental por ser o termo utilizado pela Portaria GM nº 336, que define o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, em geral. Logo, considera-se transtorno mental, neste estudo, como uma série de distúrbios indicados pela Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002, que identifica os diagnósticos atendidos nos CAPS utilizando a CID-10 como referência (Ministério da Saúde, 2004a).

Quando nos referimos, nesta dissertação, às crianças e aos adolescentes portadores de transtornos mentais, não estamos, de forma alguma, nos referindo à deficiência mental, pois esta contempla uma série de diagnósticos que não estão compreendidos no capítulo V do CID-10. No entanto, é possível que tangenciemos as crianças e os adolescentes com retardo mental, pois este último diagnóstico está incluído no capítulo V do CID-10.

Porém, devido a toda dificuldade de compreensão dos diferentes diagnósticos e diferenciação entre o que é um transtorno mental e uma deficiência mental, em algumas publicações utilizadas por nós, os autores optaram por incluir em seus estudos tanto os diagnósticos incluídos no capítulo V do CID-10, que são os transtornos mentais, como também diagnósticos que estão incluídos no capítulo VI do CID-10, que trata das doenças do sistema nervoso, no qual estão incluídos diagnósticos como ‘paralisia cerebral infantil’ e ‘hidrocefalia’, considerados deficiência mental.

Sendo assim, em alguns momentos referimo-nos às crianças e aos adolescentes com deficiência mental, acreditando que dentre estas estão incluídas as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental. Contudo, novamente, é importante enfatizarmos que o inverso não ocorre, ou seja, quando nos referimos às crianças e aos adolescentes portadores de transtorno mental, não estamos nos referindo às crianças e aos adolescentes com deficiência mental.

2.2. Crianças e adolescentes portadores de transtorno mental

Historicamente, é recente o reconhecimento de que as crianças e os adolescentes têm uma vida mental. Estes, durante muito tempo, não tiveram o direito de lhes serem tributados a condição de serem loucos.

Durante o século XIX, tinha-se a certeza de que apenas o adulto, ou no máximo o adolescente, enlouquecia. As causas da loucura, que seriam os sofrimentos, as perdas e as paixões, não aconteciam na infância. A loucura não era um desvio da norma da idade infantil (Lobo, 2000).

À criança era limitado o título de aprendiz e considerava-se que apenas cumpria a função de aprender. Conseqüentemente, as políticas públicas voltadas para a infância e adolescência tinham um formato basicamente assistencial e educacional (Couto, 2003).

As crianças não foram reconhecidas previamente como tendo sofrimento mental, incluindo a depressão e outros transtornos mentais como os distúrbios da atividade e da atenção. Contudo, estudos recentes relatam que os transtornos mentais infantis e juvenis ainda não são largamente reconhecidos. Conseqüentemente, estratégias derivadas das experiências com adultos são freqüentemente utilizadas inapropriadamente como forma de regular o impacto nas crianças (Shatkin e Belfer, 2004).

No entanto, crianças e adolescentes têm pensamentos e sentimentos de acordo com o seu grau de complexidade mental, o que somente agora está sendo reconhecido. Enquanto que há muito tempo aceita-se que a saúde física pode ser afetada por traumas, distúrbios genéticos, toxinas e doenças, apenas recentemente compreendeu-se que estes mesmos fatores podem afetar a saúde mental e ter repercussões por bastante tempo.

Atualmente compreende-se que os transtornos mentais nos primeiros anos de vida podem resultar em prejuízo funcional na vida do adulto (WHO, 2005b).

A magnitude do sofrimento causado pelos transtornos mentais na criança e no adolescente é ainda muito difícil de quantificar. Para compreender as necessidades em saúde mental de crianças e adolescentes é primeiramente necessário compreender as dimensões totais do que são as chamadas doenças não comunicáveis que afetam as crianças, o impacto das doenças infecciosas com o impacto direto e indireto na saúde mental das crianças e dos adolescentes e, por último, os dados disponíveis sobre a psicopatologia diagnosticável (WHO, 2003a).

O sofrimento associado aos transtornos mentais nas crianças e nos adolescentes é considerável, e piora com o estigma e com a discriminação. Em muitas situações, os transtornos mentais são mal compreendidos, e as crianças afetadas são vistas, equivocadamente, como ‘não se esforçando o bastante’ ou como ‘causadoras de problemas’.

Comportamentos associados a transtornos mentais costumam ser mal entendidos ou considerados como intencional ou mesmo malcriação. Por exemplo, uma criança deprimida, que está agindo mal, pode ser punida por ser considerada malcriada. Quando um problema é mal entendido pelas pessoas, é comum que as tentativas de solução para tal problema sejam inapropriadas e ineficazes e, até mesmo, prejudiciais para a saúde do indivíduo que está sofrendo. A exclusão social, as ações punitivas e as críticas resultam no enfraquecimento da auto-estima. Um entendimento errado dos transtornos mentais pode ocasionar a privação da assistência necessária para as crianças e os adolescentes. A estigmatização tem como consequência uma série de impactos negativos, inclusive a redução dos recursos necessários para o tratamento (WHO, 2005b).

Os transtornos mentais da infância e da adolescência podem ser considerados a partir de diversas perspectivas. Segundo a publicação “*Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions*” (WHO, 2003a) pode-se identificar alguns transtornos que ocorrem com uma frequência alta e possuem um grau de prejuízo considerável em determinadas faixas do desenvolvimento. Recorremos ao CID-10 para nos ajudar a entender as especificidades de cada patologia.

Na primeira infância são comuns os diagnósticos de transtorno de aprendizagem e transtornos hipercinéticos, que incluem a hiperatividade. O primeiro caracteriza-se pela alteração das modalidades habituais de aprendizado desde as primeiras etapas do desenvolvimento. Não é causado pela falta de oportunidade para aprender ou por um retardo mental ou por traumatismos e doenças cerebrais. A aquisição da linguagem é comprometida desde os primeiros estágios do desenvolvimento. Tem alta incidência e prevalência, com implicações sérias para a produtividade futura.

Os transtornos hipercinéticos têm início precoce, geralmente nos primeiros cinco anos de vida, e caracterizam-se pela ausência de perseverança nas atividades que necessitam de um envolvimento cognitivo. A criança tende a iniciar uma atividade sem que tenha terminado nenhuma outra. Essa tendência está associada a uma atividade global desorganizada, não coordenada e excessiva. Há uma ausência de inibição social e de cautela. Não raro as crianças estão sujeitas a acidentes e se envolvem com problemas disciplinares. As crianças hipercinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas. São crianças que apresentam dificuldades em se relacionar com outras crianças, tendendo para um isolamento social.

Os transtornos hipercinéticos têm uma incidência presumivelmente alta, devido às recorrentes informações dadas pela mídia e pelas campanhas das indústrias farmacêuticas acerca dos medicamentos para o tratamento desta patologia. Um tratamento mal feito pode ter como consequência uma comorbidade com outro transtorno mental, principalmente com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas.

Na segunda infância, destaca-se o diagnóstico da síndrome de Tourette. Este, que antigamente não era considerado, recentemente tem tido uma prevalência e incidência importante. É caracterizado pela presença de tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, que podem ocorrer simultaneamente ou não. Os tiques vocais normalmente são múltiplos, com grunhidos repetidos e explosivos. É comum a emissão de palavras ou frases obscenas, podendo estar associadas a gestos igualmente obscenos. Este transtorno, se não tratado, tende a ser encarado com muito estigma e isolamento social.

Os transtornos globais do desenvolvimento são um grupo de transtornos, que incluem o autismo, que se caracterizam por alterações nas interações sociais e nas modalidades de comunicação. Os interesses e as atividades apresentados pela criança ou

adolescente são bastante restritos, estereotipados e repetitivos. Há a necessidade de um esforço intenso para a reabilitação, envolvendo vários setores como educação e assistência social. Esse transtorno tem um custo alto para a família e para a sociedade dependendo da cultura e da aceitação da comunidade.

O grupo de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse, que inclui transtornos ansiosos, é uma categoria heterogênea, com muitas variáveis diagnósticas. A ansiedade é causada por situações que não apresentam nenhum perigo real. O paciente sente palpitações, impressões de desmaio, medo de morrer ou de ficar louco. Fobias graves e síndrome do pânico podem causar isolamentos sociais graves.

Na adolescência há um número maior de transtornos mentais importantes. O distúrbio de conduta ou de personalidade anti-social tem manifestações variadas nas diferentes culturas. Este diagnóstico é comumente feito quando associado com comportamentos anti-sociais e desafiadores, mas também pode apresentar outras manifestações. A definição desse diagnóstico pode não ser feita prematuramente, pois tende a ser encarada com um prognóstico ruim.

Os transtornos alimentares apresentam, hoje, uma incidência alta, e os números crescem a cada dia. Esses transtornos têm sido detectados tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Acredita-se que uma contribuição importante para o aumento de casos de transtornos alimentares seja a exposição à mídia ocidental e à sua influência no que diz respeito às características corporais desejáveis. A imagem do corpo é percebida pelo paciente de forma deturpada.

A depressão e o suicídio têm preocupado bastante. Os transtornos de humor são fundamentalmente caracterizados pela alteração do humor e do afeto, apresentando depressão, podendo estar associado ou não com uma ansiedade ou elação. Na depressão, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução de energia e diminuição das atividades. Há uma diminuição da capacidade de sentir prazer com qualquer coisa e perda de interesse. O paciente costuma apresentar importante fadiga após um esforço mínimo, problemas do sono e diminuição do apetite. O abuso de substâncias combinado com depressão é um fator de risco seriíssimo para o aumento de casos de suicídio.

O uso de substâncias tem sido uma preocupação devido ao aumento das incidências. O uso de álcool e outras drogas altera seriamente as possibilidades de

diagnóstico e tratamento e dificulta o tratamento da comorbidade com outros transtornos em crianças e adolescentes.

Essa preocupação foi mencionada pela coordenadora do CAPSi, como uma nova demanda que tem aparecido no serviço e que tem feito os profissionais pararem para refletir nas suas atuações diante desta nova demanda.

“uma demanda super nova que tem chegado são os adolescentes que fazem uso de drogas, que às vezes têm um primeiro surto na adolescência, são usuários de drogas, se internam no Manfredini e que aí a equipe está tendo que se dar conta com essa nova realidade, com essa nova demanda que está aparecendo. (...) A gente tem que ir pelo lado do sofrimento psíquico, da gravidade daquele caso, e das novas realidades que vão surgindo, como agora essa questão do uso de drogas.”

Coordenadora do CAPSi

Os transtornos psicóticos, quando identificados precocemente, principalmente a esquizofrenia, proporciona não apenas um alívio para os próprios pacientes, como também para os familiares e para a sociedade e, ainda, melhora o prognóstico. Os transtornos esquizofrênicos geralmente apresentam distorções importantes do pensamento e da percepção. A capacidade intelectual é mantida, porém pode haver déficits cognitivos ao longo do tempo. Os principais sintomas são o eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a percepção delirante, vozes alucinatórias, entre outros.

Os transtornos psicóticos podem ser considerados como os transtornos mais graves, mais incapacitantes. Coincidentemente, ou não, os três casos ilustrativos, que foram escolhidos pelos próprios profissionais do CAPSi, são de transtornos psicóticos. Abaixo, transcrevemos brevemente a descrição de cada caso, para caracterizarmos de que criança e de que adolescentes estamos falando.

“É de menino, ele agora está com 9 anos, chegou assim, grave mesmo aqui. Ele só se referia na terceira pessoa, não te olhava nos olhos. (...) Ele tinha 7 anos, quando ela (a mãe) chegou (no CAPSi). (...) Ele tem uma facilidade, um cognitivo maravilhoso, ele tem uma facilidade pra aprender as coisas, ele sabe partido político, ele sabe, tem coisas que ele sabe, informática ele sabe, sequência lógica ele sabe, ele sabe! Pode ter dificuldades em outras coisas, certo, mas tem coisas que ele tem uma facilidade tremenda. (...) Era um menino que se escondia embaixo da mesa, se trancava nos armários, sabe? Não ficava junto dos outros. Hoje em

dia, ele já fica junto, ele já pede pra jogar bola junto, agora está uma coisa de bola, de futebol... Mas está podendo ficar mais junto dos outros, sabe? Então, assim, teve as mudanças, sabe? Teve mudanças de comportamento.”

Caso 1, Técnica do CAPSi

“E ele veio pra cá... Está com 18... Fez 19 esse ano. Ele entrou no CAPSi, acho que com uns 12. Era também um adolescente que nem sentar na cadeira ele sentava, era de cócoras no chão, sem olhar pra ninguém, sem falar com ninguém, repetia tudo que ele ouvia. (...) Tava grávida (a técnica), tive que sair, passei um bom tempo de licença. Quando eu voltei, eu vi esse menino sentando numa cadeira, andando normalmente, falando com os outros... Falei: -Gente! Eu fiquei quase um ano fora, mudou bastante.”

Caso 2, Técnica do CAPSi

“Quando ela chegou aqui, chegou com 10 anos. (...) Ela queria pegar alguma coisa, fechava o olho, e ficava: ‘-pega, pega, bate na nega, bate na nega, bate, bate na nega’. Ela não se referia... Também é psicótica. Não se referia... Sempre na terceira pessoa.(...) E tudo assim: ‘-bate, bate!’ Tudo na ordem da agressão, ela não tinha nome, era a nega, a nega. (...) E era uma coisa muito do comer! Era comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer...Numa velocidade! E não sustentava não, né? Falava com ela: ‘-Não, chega, agora, né? Você já comeu o seu limite!’ Ela não sustentava, se jogava, e ficava ali lutando pra poder pegar aquele alimento... Se tivesse que empurrar, ela empurrava! Empurrava! E assim, só saía com uma intervenção da avó, né? A gente falando ela não saía!”

Caso 3, Técnica do CAPSi

Como a infância e a adolescência são fases do desenvolvimento, é difícil identificar os limites entre os fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e os que são anormais. Assim como os adultos, as crianças e os adolescentes podem experimentar emoções, pensamentos e comportamentos que são sofridos, disruptivos e incapacitantes. Frequentemente, esses aspectos representam fases normais de desenvolvimento; entretanto, quando esses sinais e sintomas se apresentam com uma frequência, duração ou início inesperados, podem indicar um transtorno mental.

Como para o adulto, não há nenhuma razão para a criança ou o adolescente desenvolver um transtorno mental. Entretanto, há fatores de risco reconhecidos, que podem ser: exposição pré-natal à desnutrição, infecções ou substâncias tóxicas, trauma perinatal, doença ou ferimento físico ao cérebro, vulnerabilidade genética e exposição aos eventos traumáticos (WHO, 2003b).

Destaca-se que os transtornos mentais têm sua origem não apenas no aspecto biológico do organismo, mas, principalmente, pelas influências que o meio no qual o sujeito está inserido exercem sobre este último.

2.3. O diagnóstico de transtorno mental e o contexto cultural

Segundo Belfer (2008) as classificações diagnósticas do CID-10 e DSM-IV para crianças e adolescentes são extremamente inadequadas e cheias de equívocos e limitações na aplicabilidade de estudos epidemiológicos em todo o mundo. Há um fracasso visível nas categorias diagnósticas, pois estas são construídas a partir das opiniões de médicos e pesquisadores. Falta a integração dos significados das perspectivas culturais, que não são consideradas para a avaliação dos prejuízos causados pelos sintomas e falta considerar uma série de aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente.

Belfer chama a atenção para o contexto cultural. O autor considera que a cultura em que a criança ou o adolescente estão inseridos é determinante para a identificação de um transtorno mental. A cultura pode influenciar a definição do que é normal ou o que é transtorno. Isso denuncia e condena os valores e os ideais para o comportamento dos indivíduos, determina o limite da aceitação da patologia e fornece um roteiro com recomendações para a manipulação da patologia e da sua correção. Nikapota (1993) enfatiza a importância de determinar ‘critérios culturais apropriados’ para permitir a consistência no diagnóstico.

As recomendações da WHO seguem pela mesma vertente. Esta atenta que, considerando o cuidado para crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, a importância da compreensão do contexto dos transtornos deve ser enfatizada. Embora as qualidades incluídas em um conceito da saúde mental possam ser universais, sua expressão difere individual e culturalmente e com relação aos contextos diferentes (WHO, 2004).

E mais, esta organização ainda afirma que a definição de transtorno mental é extremamente dependente do contexto em que está inserida, devendo variar de acordo com os contextos social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. A

necessidade da compreensão dos contextos culturais para determinar um diagnóstico em saúde mental aponta para uma importância especial em compreender o ambiente da criança e do adolescente, isto é, a família, a comunidade e o país (OMS, 2005).

Concordamos que a saúde mental e o transtorno mental são determinados por fatores múltiplos e interativos como os fatores sociais, psicológicos e biológicos, assim como a saúde e a doença em geral. Situações específicas podem influenciar no diagnóstico de um transtorno mental nas crianças e nos adolescentes. As evidências mais claras para esta afirmação são os riscos de transtornos mentais, que, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, estão associados aos indicadores de pobreza, incluindo o baixo nível de escolaridade, más condições de habitação, baixa renda e, principalmente, violência.

Os determinantes dos transtornos mentais são diversos. Os fatores que influenciam a sua prevalência são sociais, econômicos, demográficos como sexo e idade, além de ameaças graves como conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o próprio ambiente familiar. A maior vulnerabilidade das pessoas para o transtorno mental pode ser explicada por fatores como a insegurança e a falta de esperança, a rápida mudança social e os riscos de violência e doença física (WHO, 2004).

Dessa forma, enfatizamos que os transtornos mentais não podem ser vistos como etiquetas diagnósticas estáticas, e sim como respostas dinâmicas aos problemas sociais e ambientais. Isto não implica que aqueles transtornos que possuem um fator biológico devam ser negados. No entanto, a ênfase deve estar direcionada ao impacto que os fatores ambientais exercem na expressão dos transtornos (WHO, 2003a).

Para ilustrar o quanto o contexto cultural pode influenciar na percepção de um transtorno mental, Mathews et al (2001) relatam uma constatação sobre como a cultura em Costa-Rica exerce influências no diagnóstico e na percepção da síndrome de Tourette nas crianças. Por exemplo, os tiques são considerados como um ‘mau hábito’ e não como um problema mental. Assim, o indivíduo pode ser sujeitado à disciplina, mas não necessariamente levado para outros tipos de cuidado fora de casa.

Os autores observam que em muitas partes da América Latina os tiques ainda são considerados como sendo psicogênicos e tratados com psicoterapia ou modificação do comportamento. Mesmo depois que um diagnóstico de síndrome de Tourette é feito pelos

médicos, persiste a relutância em aceitar uma explicação mais física e continua-se a tratar o tique como psicogênico na origem.

Ressaltamos que para a compreensão dos transtornos em crianças e adolescentes através das culturas é importante a observação de que, enquanto a fenomenologia de um transtorno pode ser similar através das culturas, talvez haja um impacto diferente no problema percebido.

Belfer afirma que, onde as forças culturais afetam a definição da doença, um exame minucioso da expressão do sintoma e o possível ajustamento da definição do fenótipo podem ser importantes. A base para estas observações realça a compreensão da contribuição da cultura à avaliação.

A OMS (2001) defende que a identificação e o diagnóstico de um transtorno mental devem ser feitos através de métodos clínicos que incluem uma cuidadosa anamnese realizada com o indivíduo e com outras pessoas, de preferência as mais próximas, incluindo a família, um exame clínico sistemático para definir os sintomas e sinais de algum transtorno mental e os testes e investigações especializados que forem necessários.

Destaca-se, neste estudo, a pobreza e as condições associadas ao desemprego, ao baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio. Segundo dados de pesquisas transculturais, os transtornos mentais mais comuns são encontrados cerca de duas vezes mais freqüentes em pobres do que em ricos (OMS, 2001).

Os níveis econômicos têm implicações importantes para o funcionamento familiar e a saúde mental da criança. A saúde mental de cada pessoa é afetada por fatores e experiências individuais, interação social, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. É influenciada pelas experiências em diárias, na família e na escola, na rua e no trabalho (WHO, 2004).

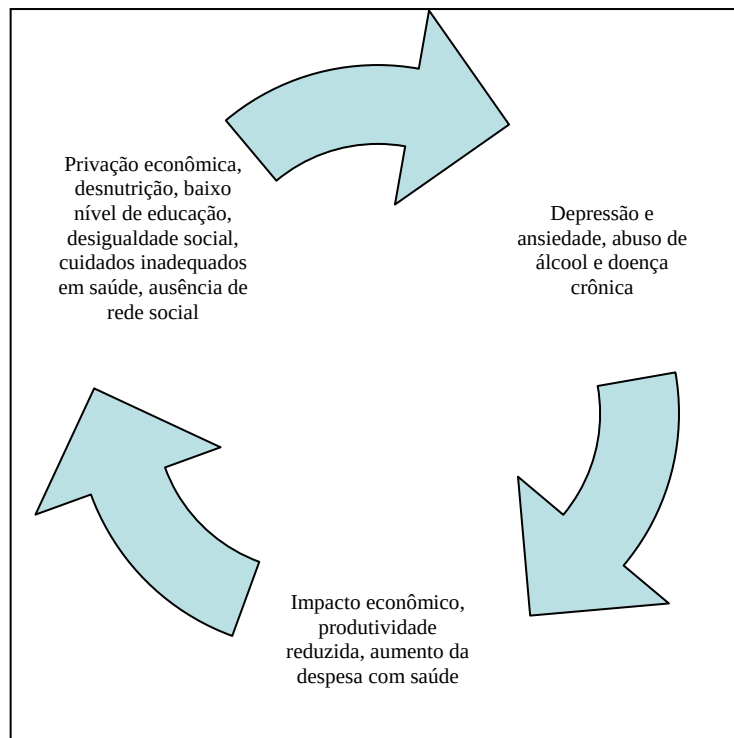
Patel & Kleinman (2003) fizeram um estudo sobre as evidências que indicam uma relação entre transtornos mentais e pobreza. Nesse estudo ficou clara a relação entre os transtornos mentais comuns e o baixo nível de educação, além da relação com outros indicadores como más condições de habitação e baixa renda. A associação entre pobreza e transtornos mentais comuns é universal, ou seja, ocorre em todas as sociedades independentemente do seu nível de desenvolvimento.

Gostaríamos de salientar a delicadeza dessa afirmação sobre a relação entre transtorno mental e pobreza. Faz-se mister uma avaliação mais aprofundada cerca do assunto. Essa relação não deve ser considerada linearmente, justificando a presença do transtorno mental como consequência da pobreza.

No entanto, damos destaque a um fato que acreditamos correr freqüentemente: a influência dos transtornos mentais nas condições financeiras da família do paciente. Os transtornos mentais são responsáveis por muitas dificuldades e até mesmo desabilidades dos pacientes, aumentando os custos com a doença.

A figura abaixo é uma adaptação de uma ilustração feita por Patel (2007) em um estudo, no qual afirma que a pobreza e a exclusão social têm sido bastante reconhecidas como fatores de risco.

Figura 1: O ciclo da pobreza e do transtorno mental



Fonte: Patel, 2007.

Para Patel (2007), a pobreza e os transtornos mentais interagem um com outro, deixando os pacientes vulneráveis a um ciclo vicioso de pobreza e transtorno mental.

Essa mesma relação pode ser encontrada entre a pobreza e as doenças infecciosas, como a tuberculose. Mais do que a condição financeira, fatores como a insegurança, a falta de esperança, saúde física pobre, mudanças sociais rápidas e oportunidades limitadas associadas com um baixo nível de escolaridade aumentam os riscos para transtornos mentais.

A investigação sobre a associação de fatores sociais com problemas de saúde mental em crianças e adolescentes é de extrema importância na América Latina, onde a maioria da população vive com recursos socioeconômicos escassos. Em uma investigação epidemiológica da saúde mental infantil, conduzida no Brasil, constatou-se que a pobreza, a doença psiquiátrica da mãe e a violência familiar são fatores fortemente associados com a probabilidade de transtorno mental de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade. O abuso de substâncias, trabalho infantil e a moradia nas ruas também são fatores de estresse relevantes. O Brasil, por exemplo, tem, provavelmente, o maior número de crianças em situação de rua da América Latina (Duarte et al, 2003).

Considerando a saúde mental de crianças e adolescentes, a evasão escolar é um importante indicador. A evasão escolar muitas vezes ocorre pela necessidade de a criança ou o adolescente trabalhar e ajudar financeiramente a família ou mesmo por necessitar ficar em casa cuidando dos irmãos menores. No Brasil estima-se que 95% das crianças têm acesso à escola, contudo apenas 59% destas terminam o ensino fundamental (Belfer e Rohde, 2005).

Segundo Patel (2007) a primeira implicação é melhorar o cuidado e os serviços para pessoas portadoras de transtornos mentais, através de toda a vida e através de todos os setores dos sistemas de saúde e de assistência social. Entretanto, outra grande preocupação é a ausência de dados epidemiológicos relevantes para basear a política nacional tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (Shatkin e Belfer, 2004). Os estudos epidemiológicos são de grande valor para determinar a extensão dos problemas de saúde mental na infância e na adolescência em uma dada região, principalmente para as políticas públicas, para o planejamento e a organização de serviços de cuidado, e para estabelecer a prevenção e programas de tratamento (Paula, Duarte, Bordin, 2007).

2.4. Estudos epidemiológicos

O planejamento do cuidado em saúde mental infantil e juvenil requer conhecimento sobre a prevalência dos transtornos mentais em determinada área, os fatores de risco e os serviços disponíveis. Infelizmente, na América Latina são raras as avaliações sistemáticas desses elementos. Duarte et al (2003) relatam um levantamento de estudos em toda a América Latina sobre transtornos mentais na infância. Foram identificados somente dez estudos sobre prevalência em saúde mental de crianças e adolescentes em toda região em um período de 15 anos (1987 a 2003). Esses estudos abordam localidades de apenas seis dos trinta e cinco países da América Latina. A maioria desses estudos refere-se ao Brasil e ao Chile, enquanto que apenas um foi conduzido na América Central (Guatemala) e outro no Caribe (Porto Rico).

Um desafio enfrentado pela epidemiologia psiquiátrica infantil é a definição e a medida do prejuízo funcional global da criança. O prejuízo funcional global na infância é definido como a ausência de um funcionamento adaptável para a fase de desenvolvimento dessa criança, dentro de cada contexto cultural específico. Sabe-se que o prejuízo funcional em uma ou mais áreas importantes do desenvolvimento são necessárias para definir um transtorno mental. A avaliação de um prejuízo funcional global pode ser a chave para identificar crianças e adolescentes com necessidade de tratamento em saúde mental. De uma perspectiva pragmática, os casos com prejuízos são definidos como crianças com mais necessidade de tratamento. A presença do prejuízo funcional global pode ser um indicador melhor do que a presença de sintomas psiquiátricos para o uso do serviço de saúde mental (Paula, Duarte, Bordin, 2007).

Isso demonstra o quão complexo pode ser o reconhecimento de que uma criança necessita de tratamento e a escolha do próprio tratamento. Mais do que identificar os sintomas psiquiátricos, o profissional deve estar atento aos prejuízos já sofridos pela criança. Um aspecto considerado subjetivo pode ser de extrema importância, pois pode influenciar substancialmente o desenvolvimento de uma patologia e intensificar suas consequências.

Outra questão importante de ser enfatizada por dificultar a identificação de transtornos mentais em crianças e adolescentes são as informações acerca dos próprios

transtornos divulgadas pela mídia. Muito freqüentemente, as informações sobre os transtornos mentais são divulgadas pela indústria farmacêutica, o que pode ser benéfico, quando essas informações têm por objetivo sensibilizar a sociedade sobre as necessidades da saúde mental das crianças e dos adolescentes. Mas essas também podem ser prejudiciais, caso estiverem distorcidas, dificultando a avaliação diagnóstica e limitando as opções de tratamento (WHO, 2003a).

Essa é uma realidade bastante conhecida da nossa sociedade, principalmente quando o transtorno mental em voga é a conhecida ‘hiperatividade’. A mídia e as indústrias farmacêuticas têm divulgado muitas informações acerca deste transtorno, o que tem gerado muita confusão e até mesmo muitos equívocos. Muitos profissionais que lidam com crianças acreditam identificar esse transtorno nas crianças mais agitadas baseando-se nas informações divulgadas, principalmente, por revistas e televisão. Contudo, grande parte desses profissionais não está capacitada para identificar qualquer tipo de transtorno, pois um diagnóstico deve ser realizado por profissional especializado, através de critérios minuciosos.

O número insuficiente de estudos encontrados por Duarte et al (2003) pode, em alguma extensão, refletir as complexidades envolvidas em avaliar a saúde mental infantil. Atualmente os esforços para se identificar um transtorno mental em crianças e adolescentes estão direcionados à necessidade de se obter informações mais confiáveis através dos pais e professores das crianças e dos adolescentes. Contudo, essas pessoas muitas vezes estão mal informadas e suas descrições acerca da criança ou do adolescente estão de certa forma ‘contaminadas’, dificultando o processo diagnóstico.

Um desafio é a necessidade de confiar nos múltiplos informantes, geralmente, pais, criança e professores, para gerar a informação necessária sobre os comportamentos das crianças (Paula, Duarte, Bordin, 2007). Muitas vezes as informações fornecidas por pais, professores e criança não coincidem. Isto supõe um problema na hora de combinar os dados em estimativas sobre a prevalência no mundo (Kessler, 2000).

No entanto, a razão mais importante para a falta de informação sobre a saúde mental de crianças e adolescentes no mundo ocorre enormemente por causa da escassez de serviços em um grande número países (WHO, 2005a). Em um estudo realizado por Shatkin e Belfer (2004), concluiu-se que dos 192 países reconhecidos pelas Nações

Unidas, onde foi possível fazer algum levantamento acerca das políticas existentes, apenas em 35 países foi identificada uma política de saúde mental, que talvez tenha algum impacto em crianças e adolescentes. Apenas 14 países, dos quais 11 são europeus, foram reconhecidos como tendo uma política nacional e/ou planejamento de programas que reconhecem a saúde mental e problemas do desenvolvimento de crianças e adolescentes, e que claramente enumeram um plano de ação unificado.

Contudo, nenhum país tem uma política de saúde mental ou um plano de ação especificamente voltado para crianças e adolescentes. Todos os pontos direcionados a crianças e adolescentes na área da saúde mental são incorporados pelas políticas e planos de ações direcionadas a toda população de um determinado país. A importância dessa constatação talvez demonstre uma negligência, pois muitos países possuem um sistema de saúde extremamente sofisticado, o que pode ser um dado paradoxal (Shatkin e Belfer, 2004).

Em menos de 1/3 de todos os países é possível identificar uma instituição ou uma entidade governamental com uma responsabilidade total claramente identificável para com um programa de saúde mental infantil no país. É muito comum que serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, não necessariamente identificados como tal, sejam administrados por ministérios da educação, de assistência social e da saúde, com pouca ou nenhuma coordenação (WHO, 2005a).

Na vasta maioria dos países fora da Europa e das Américas, um sistema de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes não existe. Nos países em desenvolvimento, os poucos serviços que estão disponíveis são baseados na institucionalização, seja em hospital ou em outro tipo de instituição. As alternativas comunitárias para o cuidado são raras nestes países (WHO, 2005a).

A realidade atual do desenvolvimento da infra-estrutura da saúde mental em países de baixa e média renda estudados por Jacob et al (2007) demonstra índices relativamente baixos em muitos indicadores do desenvolvimento humano, como o analfabetismo e o desemprego, e do sistema de saúde. No entanto, o fato de a saúde mental receber uma proporção muito pequena de todo o fundo financeiro da saúde não justifica a pouca atenção recebida. A experiência de alguns países sugere que é possível dar maior prioridade à saúde mental com poucos recursos de saúde. Essa afirmação é

sustentada por uma análise multivariada, que demonstra que, embora os recursos de saúde mental necessitem ser vistos em um contexto mais amplo da economia dos países, também estão relacionados em grande parte aos recursos de cuidado a saúde geral dos países.

Como exemplo, os autores destacam o Brasil. Um estudo de caso realizado no Brasil claramente demonstrou que a reforma psiquiátrica é possível com o compromisso firme dos profissionais de saúde mental, mesmo com compromisso financeiro inicial escasso do governo.

Em publicações sobre a saúde mental de crianças e adolescentes na América Latina, o Brasil destaca-se por ter programas importantes⁴ com o apoio do governo e por seus programas de pesquisa e treinamento de profissionais. Destaca-se o conhecimento e a utilização das estruturas de direitos humanos no desenvolvimento dos serviços pela América Latina.

Entretanto, há uma enorme lacuna entre as políticas escritas e sua implementação. Há a presença de uma abordagem sob a perspectiva dos direitos humanos como parte da abordagem de cuidado com os doentes mentais, o que representa uma característica importante. Mas o Brasil também se destaca pelo número alto do uso de inalantes e pelo número de crianças em situação de rua com problemas de saúde mental sem qualquer tipo de atendimento.

Esforços devem ser feitos para aumentar a conscientização da população e as intervenções preventivas (Belfer e Rohde, 2005). Política de Saúde Mental Infantil e Juvenil em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento é fundamental para o desenvolvimento racional de sistemas de cuidado para a criança e o adolescente. Sem política não há planejamento para o desenvolvimento de programas, não há nenhum comprometimento anunciado pelas autoridades governamentais, não há articulação por parte dos governantes, há uma ausência de ordem ou orientação para o suporte financeiro e não há nenhuma identificação de serviços de saúde mental para as crianças e os adolescentes (Shatkin e Belfer, 2004).

⁴ O capítulo 6 versa sobre as políticas de saúde mental, no qual está descrita a legislação brasileira e sua implementação.