

## CONCLUSÃO

Historicamente, a criança e o adolescente portadores de transtorno mental, assim como a criança e o adolescente com deficiência, têm tido pouca atenção das políticas públicas. Essa é uma realidade ainda pouco constatada devido à falta de atenção para essa população no momento presente. No entanto, vimos que os primeiros passos já começam a ser dados.

A OMS vem estimulando e orientando vários países do mundo para o reconhecimento dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental. E o que é mais importante para nós: a criança e o adolescente têm recebido atenção especial. Esse público finalmente é reconhecido como tendo a possibilidade de apresentar transtorno mental. Não mais as crianças e os adolescentes são considerados como malcriados ou com dificuldades de aprendizagem, em consequência de um ‘preconceito’ em relação aos transtornos mentais.

Foi preciso dar esse importante passo de reconhecimento de que uma criança ou um adolescente também podem sofrer com um transtorno mental, para que fosse possível desenvolver possibilidades de tratamento específico para as necessidades apresentadas pelos transtornos mentais nas crianças e nos adolescentes. Conseqüentemente, somente após dar esse passo, que os serviços de saúde e, principalmente, as políticas públicas puderam vislumbrar a criança e o adolescente portadores de transtorno mental.

Em nosso país, a primeira vez que uma política contempla diretamente a criança e o adolescente portadores de transtorno mental ocorre no ano de 2002, com a Portaria GM nº 336. Sendo assim, considerando toda a lacuna existente em torno das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental e toda a urgência de uma atenção especial para essas crianças e adolescentes, tomamo-los como nosso público-alvo neste estudo.

Não temos a pretensão de suprir essa lacuna com este estudo, apenas esforçamo-nos para contribuir com os primeiros debates que começam a surgir neste milênio. Para tal, elegemos o direito à convivência familiar e comunitária como nosso norteador.

Como vimos no segundo capítulo, ainda hoje há muita confusão em torno da conceituação e diferenciação entre as categorias ‘transtorno mental’ e ‘deficiência

mental'. Tal confusão acarreta em muitos mal entendidos na prática, principalmente, no tratamento ofertado às crianças e aos adolescentes com algum tipo de sintoma que sugira um diagnóstico de uma dessas categorias. Como apenas recentemente a criança e o adolescente 'receberam o direito de serem portadores de transtorno mental', seus tratamentos ainda são 'réplicas' dos tratamentos oferecidos aos adultos.

Infelizmente, mas naturalmente, essas 'réplicas', na maioria das vezes, não resultam na melhora desejada. Pelo contrário, podem ser ineficazes e até mesmo prejudiciais para o indivíduo que está sofrendo. Daí a importância de se desenvolver estudos específicos sobre a saúde mental da criança e do adolescente.

Destacamos que, no período de 1987 a 2003, apenas dez estudos sobre prevalência em saúde mental de crianças e adolescentes em toda a América Latina foram identificados por um levantamento realizado por Duarte et al (2003). Esse dado é importante para demonstrar que ainda se sabe muito pouco sobre a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, apesar de termos a estimativa de que até 20% das crianças e adolescentes sofram com este problema.

Outro dado importante acerca da prevalência que precisa ser melhor verificado é a questão da pobreza. Segundo a OMS (2001), os transtornos mentais mais comuns são encontrados cerca de duas vezes mais freqüentes em pobres do que em ricos. Nesse estudo, focamos a família pobre propositalmente, pois são estas que chegam aos CRAS e ao CAPSi, apesar deste último não ter nenhuma regra de prioridade considerando renda familiar.

De qualquer forma, consideramos de grande relevância os estudos realizados por Vikram Patel, psiquiatra e professor indiano, que tem contribuído com a literatura internacional de saúde mental. O autor acredita que a pobreza e os transtornos mentais interagem um com o outro, causando um ciclo vicioso de pobreza e transtorno mental.

Não objetivamos entrar no mérito do quanto a pobreza influencia no surgimento de transtorno mental, mas a constatação de Patel sobre o ciclo vicioso, nos é muito importante. Como estamos, neste estudo, focando as famílias pobres, consideramos que a presença de um indivíduo com transtorno mental nessas famílias pode agravar ainda mais suas condições financeiras, gerando uma sobrecarga familiar.

O conceito de sobrecarga familiar refere-se ao impacto que os sintomas do transtorno mental exercem nas dimensões da vida familiar. A sobrecarga familiar tem aspectos objetivos e subjetivos. Os aspectos objetivos incluem perdas financeiras, mudanças na rotina, na vida social e na vida profissional dos familiares, além das tarefas cotidianas específicas do cuidado com o paciente, como higiene, controle dos medicamentos, alimentação, lazer, frequência ao tratamento médico, além das agressões físicas e verbais, entre outros. Já os aspectos subjetivos incluem as reações emocionais, como os sentimentos de desamparo, tristeza e culpa.

Quando há a emergência de um transtorno mental em algum membro da família, os familiares precisam se ajustar à situação abrindo mão de muitas coisas, principalmente de alguns compromissos, sejam estes na área do trabalho, social ou lazer. As famílias não têm outra opção senão assumir a tarefa de fornecer à criança ou ao adolescente portador de transtorno mental um acompanhamento intensivo, mesmo que não estejam preparadas para tal.

Em consequência, muitas famílias não conseguem dar conta dos encargos causados por seu membro portador de transtorno mental e, não raro, buscam soluções em abrigos. Verificamos, através do estudo do IPEA intitulado “O Direito à Convivência Familiar e Comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil”, que, de todos os abrigamentos feitos nos 589 estabelecimentos que compõem a rede de abrigos que recebem recursos do Governo Federal, 2,2% ocorreram por que os pais ou responsáveis não tinham condições para cuidar da criança ou do adolescente com deficiência mental (Silva, 2004).

Constatamos, através de nossas entrevistas no CAPSi, que é muito comum uma família chegar com o pedido de internação/ abrigamento da criança ou do adolescente portador de transtorno mental para os profissionais. Contudo, percebemos, através dos casos ilustrativos, que os pedidos das famílias não partem de uma dificuldade financeira para a criação de seus filhos portadores de transtorno mental, e sim, de suas dificuldades em função dos sintomas do transtorno mental, principalmente da agitação e da agressividade.

Assim, concluímos a importância de os profissionais estarem preparados para auxiliar os familiares em suas dificuldades, dando-lhes informações acerca dos

transtornos mentais e apoio emocional. As famílias sentem-se sobrecarregadas, pois devem assumir o cuidado e o apoio aos seus membros portadores de transtorno mental, assim como, oferecer suporte nas dificuldades que encontram no dia-a-dia. Essa sobrecarga aumenta quando há falta de apoio dos serviços e profissionais de saúde mental direcionados às famílias e, principalmente, quando não há quem informe a família sobre o transtorno mental e o seu tratamento e sobre os cuidados mais adequados no cotidiano, sobretudo nos momentos de crise.

Acreditamos que tanto os profissionais que lidam diretamente com as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental e suas famílias, como é o caso do CAPSi, quanto os profissionais que lidam com famílias pobres que podem ter uma criança ou um adolescente portador de transtorno mental, como é o caso do CRAS, devem estar bastante atentos para as demandas dessas famílias, responsabilizando-se pela promoção do direito à convivência familiar e comunitária de suas crianças e adolescentes. O apoio oferecido a uma família que está extremamente sobrecarregada com as particularidades do cuidado de uma criança ou um adolescente portador de transtorno mental é essencial para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária dessa criança e desse adolescente.

### **7.1. Os avanços da Política rumo ao direito à convivência familiar e comunitária**

Em nossa retrospectiva histórica dos direitos da criança e do adolescente até o reconhecimento do direito à convivência familiar e comunitária, percebemos que, durante muito tempo, a convivência familiar não foi uma preocupação do Estado e, quando este considerava que a família não tinha condições de cuidar de suas crianças, retirava-as do convívio de suas famílias e as ‘depositava’ nos orfanatos.

No entanto, vimos que o Estado vem aprimorando os direitos sociais gradativamente ao longo dos anos. Desde o primeiro indício do surgimento de uma política social, na Constituição de 1824, a política brasileira vem dando pequenos, mas relevantes, passos. Naquele primeiro momento, os direitos previstos na Constituição eram contraditórios com a realidade existente no país. A Constituição abordava temas como a

liberdade individual, o direito à propriedade, o preceito da educação primária gratuita e igualdade de todos perante a lei, além da liberdade de pensamento. No entanto, ainda naquela época, existia a mão de obra escrava, submetida aos grandes proprietários, que não se preocupavam com as necessidades sociais da população.

A partir daí, mais cinco Constituições<sup>1</sup> foram promulgadas até que, em 1988, fosse promulgada a nossa Constituição atual, chamada de ‘Constituição Cidadã’. Esta foi a que trouxe os avanços mais significativos em nossa história. Além dos avanços relativos ao direito do trabalho, podemos citar o direito à licença paternidade, à ampliação de 90 para 120 dias do período de licença-gestante, à universalização do ensino fundamental, à transformação da creche em um serviço educacional e, o que para nós é mais importante, ao acesso a todo serviço de saúde, com os princípios da universalidade e da equidade, à assistência social como componente da seguridade social, ao salário-mínimo para idosos e portadores de deficiência que não puderem se manter e, finalmente, à convivência familiar e comunitária.

Felizmente, a Constituição Federal de 1988 estabelece a convivência familiar e comunitária como um direito. Dois anos depois, o ECA inaugura um novo momento para a cidadania das crianças e dos adolescentes, considerados prioridade nacional, sujeitos de direitos e pessoas em desenvolvimento, estabelecendo diretrizes para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária. Este direito ainda foi reforçado recentemente pelo “Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária”.

Este documento tem por finalidade contribuir para a construção de um novo patamar conceitual que orientará a formulação de políticas para que cada vez mais crianças e adolescentes tenham seus direitos assegurados e encontrem na família os elementos necessários para o seu pleno desenvolvimento. Acreditamos que a família é indispensável para o desenvolvimento saudável de qualquer criança e adolescente. Seja qual for o nosso parâmetro, seja a saúde física, emocional ou mental, consideramos o núcleo familiar imprescindível em todos os aspectos.

---

<sup>1</sup> Para facilitar a visualização dos avanços conquistados em cada Constituição brasileira, no anexo, encontra-se a Tabela 3: A evolução dos Direitos Sociais através das Constituições brasileiras.

### 7.1.1. Os avanços da Política de Assistência Social

O principal marco histórico da Política de Assistência Social é a própria Constituição de 1988. Até então, podemos questionar a real existência de direitos sociais. Contudo, a Constituição, em seu artigo 194, reconhece a Assistência Social como uma política social da Seguridade Social, dando-lhe caráter de direito de cidadania.

A Assistência Social deve garantir proteção social a todos que dela necessitar. Como explicitado no artigo 203 da Constituição, cabe à Assistência Social proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; promover a integração à vida comunitária das pessoas com deficiência e garantir a estes últimos um salário mínimo, quando não possuírem meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Dando continuidade aos princípios da Constituição, em 1993, é promulgada a LOAS. Em seguida, outros instrumentos relacionados a regulamentação da Política de Assistência Social foram estabelecidos: a Política Nacional de Assistência Social – PNAS – de 1998 e as Normas Operacionais Básicas – NOB/97 e NOB/98.

Cinco anos depois da primeira Política Nacional de Assistência Social, foi realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social, na qual foi aprovada uma nova agenda política para o reordenamento da gestão da assistência social no Brasil. Foi deliberada a implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, culminando na definição das novas bases e diretrizes para a nova Política Nacional de Assistência Social/ SUAS, que foi concretizada em setembro de 2004.

A atual prioridade da assistência social, finalmente, recai sob a família e seus membros. Ao contrário do que ocorria há menos de 20 anos, a assistência social tem por perspectiva o avanço do caráter preventivo de proteção social de modo a fortalecer laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros e indivíduos, para que suas capacidades e qualidade de vida atendem para a concretização de direitos humanos e sociais.

Focamos nosso estudo na proteção social básica exercida pelos CRAS, pois este é o serviço público de Assistência Social responsável em atender as famílias em situação de

vulnerabilidade social, mas que não tenham tido seus direitos violados. Supomos que encontraríamos famílias de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, que, devido às conseqüências da sobrecarga familiar, recorreriam à Assistência Social como estratégia de obter algum apoio para a garantia da convivência familiar e comunitária de toda a família, principalmente do membro portador de transtorno mental.

O CRAS oferece à população diversos programas e projetos que contemplam todas as faixas etárias, pautando-se em pressupostos que visam a preservação dos vínculos familiares e laços sociais, suprimindo carências e vulnerabilidades e ampliando as potencialidades dos cidadãos.

Em suma, percebemos que a Política de Assistência Social tem avançado bastante desde o seu reconhecimento como um direito social na Constituição de 1988. No entanto, é necessário estarmos atentos para a concretização desses avanços. Até que ponto os gestores dão condições para os profissionais que estão na ponta de exercerem os pressupostos previstos pela política?

Constatamos que a Política de Assistência Social tem se preocupado com a promoção da convivência familiar e comunitária e com as necessidades particulares das pessoas com deficiência, principalmente das crianças e dos adolescentes. No entanto, a política não nos informa sobre através de quais ações tais preocupações estão se concretizando.

### **7.1.2. Os avanços da Política de Saúde Mental Infantil e Juvenil**

Vimos que a Política de Saúde Mental Infantil e Juvenil é ainda mais recente que a de Assistência Social. Embora a Constituição de 1988 estabeleça, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do estado, apenas em 19 de fevereiro de 2002, quando a Portaria GM nº 336 é promulgada, o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental é contemplado pela primeira vez.

No entanto, consideramos que mudanças têm ocorrido e que muitos profissionais estão engajados em lutar por melhores políticas. Como exemplo disso, citamos a iniciativa dos gestores de Saúde Mental Infantil e Juvenil do estado do Rio de Janeiro na instituição do Fórum Inter-Institucional para Atenção em Saúde Mental a Crianças e

Adolescentes, em 2000. Foi criado um espaço para debate coletivo, reunindo vários profissionais que atuam com crianças e adolescentes de diversas áreas como o judiciário, a assistência social, a educação e a saúde como um todo.

Em 2004, o Ministério da Saúde inspira-se com o exemplo do estado do Rio de Janeiro e institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil, por meio da Portaria GM nº 1.608, de 13 de Agosto de 2004. A partir daí, seis reuniões já foram realizadas pelo Fórum, nas quais são pactuados os princípios das ações públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, que deverão orientar a rede assistencial em todo território nacional.

A criança e o adolescente passam a ser considerados sujeitos de direito, tendo suas opiniões ouvidas e consideradas e tendo suas subjetividades respeitadas. Ademais, os serviços de saúde mental destinados a crianças e adolescentes deverão prezar pelo acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, território e intersetorialidade na ação do cuidado.

Destacamos ainda, a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS e a Universidade de Columbia, que tem por objetivo mapear e descrever as instituições da rede pública ampliada. Esta pesquisa abrange os diferentes recursos implicados na assistência a crianças e adolescentes, principalmente os relacionados aos campos da saúde, saúde mental, educação, assistência social e justiça. A finalidade é criar subsídios para a elaboração de políticas públicas para crianças e adolescentes portadores de transtorno mental.

Ou seja, desde o início deste milênio muitas ações têm sido realizadas em função da melhora do cuidado ofertado às crianças e aos adolescentes no campo da saúde mental. Os CAPSi, serviços públicos destinados a atender crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, devem oferecer atendimento médico e psicológico, além de apoio na busca da autonomia e estímulo para a integração social e familiar. As condições de atendimento em um CAPSi enfatizam muito a família.

Acredita-se que a criança e o adolescente têm mais probabilidade de sucesso no tratamento quando mantida em seu ambiente familiar. As famílias devem fazer parte integrante do tratamento. Os serviços devem sempre se preocupar em oferecer atenção integral às crianças e adolescentes, envolvendo-se com as questões familiares, afetivas,

comunitárias, com a justiça, educação, saúde, assistência, entre outras. A equipe técnica deve atuar de forma interdisciplinar e, de preferência, oferecer atendimentos específicos para as famílias como

- “Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre o diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
- Atendimento individualizado a famílias: atendimento a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos” (Ministério da Saúde, 2004b, p.21).

Podemos verificar que a Política de Saúde Mental Infantil e Juvenil, embora recente, acompanha o movimento da luta pelos direitos da criança e do adolescente. Há uma preocupação em oferecer à criança e ao adolescente portadores de transtorno mental um atendimento de saúde de qualidade, ampliando a atuação do profissional para além do campo estrito da saúde.

Preconiza-se uma articulação intersetorial com todos os serviços que atravessam a vida da criança e do adolescente e, o que para nós é de fundamental importância, um atendimento às famílias, visando responder às consequências da sobrecarga familiar. Consideramos o atendimento às famílias das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental essencial para a promoção do direito à convivência familiar e comunitária.

## **7.2. Os esforços dos profissionais: colocando em prática a teoria**

Nossa proposta neste estudo foi o de verificar os avanços das Políticas de Assistência Social e de Saúde Mental no que diz respeito à promoção do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental. No entanto, apenas a teoria não nos responderia a contento. Sabemos que a Política preconiza orientações e diretrizes que devem ser aplicadas no exercício

profissional no campo da prática. Sendo assim, recorreremos aos profissionais que atuam diretamente com o nosso público alvo para verificar seus esforços para a concretização das políticas.

### **7.2.1. Os esforços dos profissionais dos CRAS**

Conforme entendemos que as famílias das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental são mais vulneráveis social e economicamente devido a toda sobrecarga causada pelos sintomas do transtorno mental, consideramos que a atuação da Assistência Social seja de extrema relevância, em especial, no que tange a proteção social básica. Recorreremos, então, aos CRAS para verificar os esforços dos profissionais para aplicar a Política de Assistência Social.

A ênfase dos serviços socioassistenciais no CRAS é o atendimento às famílias e tem por perspectivas o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a prevenção de situações de risco no seu território de abrangência. Portanto, encontramos, na prática, a oferta de diferentes programas e projetos voltados para a família. Em relação às dificuldades financeiras dessas famílias, citamos o Programa Bolsa Família. Assim, como ressaltou a diretora de um dos CRAS, o Programa Bolsa Família é o ‘carro-chefe’ de todo o trabalho desenvolvido pela proteção social básica. É uma ajuda financeira considerada muito importante para as famílias de baixa renda.

Ainda há os projetos voltados para jovens e adolescentes – Pro-Jovem e Agente Jovem<sup>2</sup> –, além do PETI, que é voltado para crianças. Infelizmente, dentre todas as crianças e adolescentes atendidos por esses programas, não há nenhum portador de transtorno mental. Lamentamos tal fato porque sabemos que há crianças e adolescentes portadores de transtorno mental que se beneficiariam desses programas tanto quanto as crianças e os adolescentes que não sofrem com problemas de transtorno mental.

Percebemos que ainda há uma invisibilidade das crianças e adolescentes contemplados por este estudo. Quando os profissionais da assistência social se deparam com problemas de saúde mental, geralmente, esses problemas são ocasionados pela população adulta. A partir dessas constatações, perguntamo-nos onde estão as crianças e

---

<sup>2</sup> O programa Pro-Jovem Adolescente ainda não está em execução.

os adolescentes portadores de transtorno mental? Será que suas famílias acessam a assistência social? Ou será que não? Se acessam, porque os profissionais não estão percebendo-as? Se não acessam, não o fazem por quê?

Contudo, há um Programa que ainda não está sendo executado, mas que nos dá esperança de que essa realidade pode ser modificada em pouco tempo. É o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola de Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – o BPC na Escola. O programa é uma proposta de integração do SUS, SUAS e Educação.

Esperamos que o que chamamos de invisível venha à tona com esse programa e que possamos conhecer, de fato, a realidade das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Esse é um importante passo para a garantia de muitos direitos, caso os setores responsáveis por esse programa o façam funcionar com eficácia.

### **7.2.2. Os esforços dos profissionais dos CAPSi**

A atuação dos profissionais do CAPSi é um serviço de extrema importância para o nosso estudo, pois são estes que lidam diretamente com a criança e o adolescente portadores de transtorno mental e quem, em princípio, têm a responsabilidade de oferecer tratamento e cuidado para essas crianças e adolescentes e suas famílias.

Nas entrevistas realizadas com profissionais do CAPSi, constatamos uma preocupação em seguir os princípios pactuados pelas reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil. Ademais, verificamos um trabalho comprometido em defender os interesses das crianças e adolescentes atendidos, principalmente em relação ao direito à convivência familiar e comunitária.

A diretora do CAPSi ressaltou por diversas vezes que o lugar da criança é na escola, no centro esportivo, no parquinho e, acima de tudo, com a sua família. É comum que a família queira que a criança ou o adolescente portador de transtorno mental vá ao CAPSi todos os dias, mas isso ocorre somente quando há uma situação de crise, que exige cuidados mais intensificados. Caso contrário, a equipe estimula a família a levar a criança ou o adolescente para passear, para fazer coisas que qualquer criança gosta.

*“mas tem outras coisas pra você fazer com uma criança. Você já levou seu filho no cinema? ‘Nunca levei!’ Leva! ‘Ah mas será que ele vai?’ Leva! Compra um saco de pipoca, leva bala... Criança gosta disso! Compra um pipoca, leva pra ele de casa mesmo, leva ele num cinema, num desenho... Tem tanto filme aí! Leva, é coisa de criança.”*

### **Técnica do CAPSi**

Percebe-se o incentivo que a equipe do CAPSi oferece às famílias para que tratem seus filhos portadores de transtorno mental como crianças e adolescentes que são. Primeiro e antes de tudo, são crianças, são sujeitos de direito.

Faz parte do dia-a-dia dos profissionais do CAPSi trabalhar os vínculos familiares das crianças e dos adolescentes atendidos. E esse trabalho se dá de duas formas: com as famílias que estão com sua criança ou adolescente institucionalizado, seja em abrigo ou residência terapêutica, e com as famílias que se sentem incapacitadas de manter sua criança ou adolescente em casa e pedem para internar/ abrigar.

Destacamos as duas novas demandas que a coordenadora do CAPSi nos relata, que são o adolescente usuário de drogas e as crianças e os adolescentes institucionalizados. No primeiro caso, há um pedido da família em internar o adolescente, principalmente quando a família acredita que ele está correndo risco de vida. Essa é uma situação que desafia bastante a atuação dos profissionais do CAPSi, tornando-a em uma das mais difíceis de ser trabalhada.

No segundo caso, das crianças e dos adolescentes institucionalizados, a coordenadora relata que a equipe tem priorizado a questão dos laços interrompidos e da reinserção familiar, principalmente das crianças e dos adolescentes que tem família e que se sabe onde esta se encontra.

*“Então, para além do trabalho clínico que é feito no CAPSi, é pensado também essa possibilidade de reinserção daquela criança voltar a morar com a família. E isso implica num trabalho bem grande com os familiares.”*

### **Diretora do CAPSi**

Cabe, também, destacarmos que não é incomum uma família com uma criança ou um adolescente portador de transtorno mental pedir para abrigar seu filho, devido a todas

as dificuldades que envolvem, principalmente, o transtorno mental. Em nossas entrevistas com o CAPSi percebemos que situações como essa acontecem cotidianamente.

Dessa forma, os profissionais do CAPSi oferecem atendimentos específicos para as famílias com o objetivo de ouvir suas queixas e dar o devido suporte para que estas tenham melhores condições de conviver com o membro portador de transtorno mental. Contudo, constatamos que a equipe do CAPSi tem mais facilidade em promover o direito à convivência familiar e comunitária com essas famílias do que com as famílias que já abrigaram seus filhos.

Vimos, com os casos ilustrativos, o quão complexas são as demandas das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental e suas famílias. Há uma série de variáveis que influenciam para o aumento da sobrecarga familiar. As mais citadas pelos profissionais foram a questão da pobreza e a dificuldade em torno dos sintomas, principalmente da agressividade.

Ressaltamos a riqueza das mudanças ocorridas nos contextos das famílias dos casos ilustrativos, principalmente, da família do Rafael e do Fernando. Consideramos que os esforços da família e dos profissionais do CAPSi, cada um respondendo por suas respectivas responsabilidades, foram essenciais para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária desses meninos.

Quanto ao caso da Gabriela, propomos uma reflexão. Muitas perguntas ficam... Esse caso desafia os profissionais a pensar se havia outras possibilidades para essa menina. E se surgir uma história semelhante? Como será a atuação dos profissionais? Que outras intervenções podem ser feitas?

Ao final, com as entrevistas realizadas, percebemos a importância do trabalho realizado no CAPSi. Verificamos que os profissionais do CAPSi estão bastante atentos e envolvidos com a Política de Saúde Mental e suas diretrizes. Acima de tudo, verificamos a riqueza do trabalho com as famílias das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, demonstrando a preocupação com a promoção do direito à convivência familiar e comunitária.

### 7.3. Perspectivas e desafios

Sem dúvidas, podemos dizer que o avanço da política foi considerável. Em suma, verificamos que, além da política ter avançado bastante, principalmente nos últimos 20 anos, os profissionais, que lidam em seu dia-a-dia com a responsabilidade em aplicar as diretrizes e orientações da política, muito têm se esforçado. Percebemos a importância dada ao contexto social das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, principalmente ao contexto familiar, pois a família participa mais diretamente do tratamento dessas crianças e adolescentes, compartilhando com eles a sua dor.

No entanto, é necessário que as políticas continuem evoluindo. Os gestores devem estar atentos para a continuidade das políticas e ações em desenvolvimento, além de oferecerem condições aos profissionais que se encontram no campo prática de exercerem suas tarefas. Encontramos profissionais, tanto nos CRAS como no CAPSi, atualizados e afinados com a política em voga. Contudo, há muitos obstáculos para a concretização de alguns pressupostos das Políticas de Saúde Mental e de Assistência Social.

Citamos, principalmente, o pressuposto da articulação intersetorial no que diz respeito à Saúde Mental Infantil e Juvenil e à Assistência Social. Acreditamos que esses dois setores sejam os principais para a promoção do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Acrescentamos ainda, que esse pressuposto está presente em ambas as Políticas como citado abaixo.

Na Norma Operacional Básica – NOB/SUAS lê-se como uma das diretrizes:

“A articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde - SUS, através da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de (...) fragilidades pessoais e problemas de saúde mental (...).” (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005, p. 14)

Em uma publicação do Ministério da Saúde lê-se como princípio para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil:

“O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar” (Ministério da Saúde, 2005, p.14).

Ademais, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária enfatiza que a defesa do direito à convivência familiar e comunitária

“dependerá do desenvolvimento de ações intersetoriais, amplas e coordenadas que envolvam todos os níveis de proteção social e busquem promover uma mudança não apenas nas condições de vida, mas também nas relações familiares e na cultura brasileira para o reconhecimento das crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento e sujeitos de direitos” (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006a, p.67).

No entanto, constatamos com as entrevistas realizadas, tanto no CAPSi como nos CRAS, que ambos os serviços não se articulam. Verificamos que o CAPSi conhece muito pouco acerca dos CRAS e, embora os CRAS estejam mais inteirados acerca do que seja um CAPS, não acessam o CAPSi. Segundo a diretora do CRAS 2, há uma articulação importante com o CAPS de adultos, pois é comum o atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental em situação de rua, principalmente, por causa do alcoolismo; contudo, não há a mesma articulação com o CAPSi.

Destacamos esse aspecto da articulação intersetorial como imprescindível para as próximas conquistas no campo da prática. A Política tem avançado consideravelmente como já frisamos. Todavia, há uma lacuna entre o que está escrito nos documentos oficiais e o que está sendo executado no dia-a-dia dos serviços públicos. É preciso que os gestores estejam atentos a essa lacuna e disponibilizem meios para que esta seja suprida satisfatoriamente.

Gostaríamos, ainda, de concluir nossa discussão com uma proposta à reflexão. Ainda há muitas perguntas sem respostas. Ao longo de nosso estudo, algumas questões surgiram e deixamos a reflexão como sugestão para estudos futuros. Muitos são os caminhos para serem trilhados na direção da promoção do direito à convivência familiar e

comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental. Pretendemos que este estudo contribua para a superação de todo o preconceito e estigma em torno das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental e suas famílias e para o desafio de uma construção de práticas mais implicadas com a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente.