

O trabalho integrado de atenção à psicose infantil

Wilze Laura Bruscato

Setor de Psicologia do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução

"Jovens pacientes crônicos que usam os serviços de saúde mental geralmente o fazem em um sistema de porta giratória, movendo-se repetidamente de uma instituição para outra." (Bachrach, 1982)

"Os serviços de saúde mental para crianças é um pouco como o tempo. Há muito discurso, mas até recentemente muito pouca ação... As mais recentes estimativas sugerem que dois terços das crianças e adolescentes seriamente doentes mentais até mesmo nem alcançam assistência e um sem número de outros recebem assistência inadequada." (Knitzer, 1984)

Embora clínicos de todas as áreas estejam tornando-se gradativamente conscientes da presença de necessidades especiais das crianças com problemas mentais, essa consciência tem sido muito pouco refletida na literatura da área. Uma revisão da literatura de periódicos e de outras fontes de informação mostra-nos que a natureza exata desses problemas só agora começa a ser enfocada porque pacientes infanto-juvenis, como um grupo separado, representam um tópico de interesse bastante recente. Este subgrupo, na realidade, tem chamado a atenção pública por meio da atividade criminal, ou seja, quando esses jovens aparecem como vítimas ou como autores de crimes violentos, como usuários de drogas que exacerbam ou predispõem seus transtornos mentais, ou como vítimas de sistemas de saúde que ignoram suas necessidades específicas (Bachrach, 1982).

A pouca literatura existente parece reforçar as observações informais, revelando que esses pacientes trazem importantes problemas para os sistemas de serviço em saúde mental (Bogrov & Crowel, 1994).

Talvez, o aspecto que melhor caracterize essas nossas crianças com problemas mentais é o fato de que, desde o início de sua doença, elas têm vivido em uma era de desinstitucionalização. Elas representam uma nova geração de crianças com transtornos mentais, uma geração que, desde o otimismo de décadas passadas, será beneficiária de um cuidado não tradicional, não institucional e não restritivo.

Mas estamos em um momento em que a desinstitucionalização é ainda primariamente conceitualizada como um benefício para aqueles pacientes crônicos com longo tempo de permanência na instituição. As recompensas positivas dos programas de desinstitucionalização parecem ter deixado de lado esse subgrupo de pacientes infanto-juvenis mentalmente doentes.

Antes da desinstitucionalização, muitos jovens com transtornos mentais crônicos eram admitidos em

hospitais onde, geralmente, permaneciam pela vida toda. Essa população era caracterizada pela homogeneização do tratamento, mas tem sido cada vez mais evidente que esses jovens pacientes requerem uma programação especial.

A evidência do jovem psicótico como uma entidade separada de serviço não é, entretanto, unicamente um artefato da desinstitucionalização. Como foi previsto por Kramer (1977), após o *baby-boom* do pós-guerra, os jovens pacientes de outrora, que agora atingem a maturidade, não foram cuidados adequadamente e foram se acumulando, já que adoeceram jovens e suas incapacitações persistiram ao longo da vida (Beck e col., 1981).

Muitas das atuais crianças doentes mentais crônicas representam aquele grupo de indivíduos que seria permanentemente hospitalizado 30 anos atrás. Hoje, essas crianças não são mais confinadas em instituições e ganham uma visibilidade crescente para os sistemas de saúde. Algumas nunca serão internadas em uma instituição. As que entrarem tenderão a permanecer muito pouco, retornando o quanto antes para a comunidade (Pepper e col., 1981; Schwartz & Goldfinger, 1981).

Mas a desinstitucionalização, com seus efeitos complicados nos padrões antigos de atendimento, representa mais que uma simples recolocação dessas crianças na comunidade. Hoje, esses pacientes são reconhecidos como extraordinariamente heterogêneos em suas histórias e precisam ser providos com uma variedade de planos de tratamentos, procedentes de numerosos campos de atuação na área da saúde.

Jovens com doenças mentais crônicas demonstram necessidades indefinidas em relação aos serviços de saúde mental. Apresentam características clínicas altamente variáveis, não constituindo nem uma entidade diagnóstica uniforme nem um grupo com sintomatologia fixa e previsível (Bachrach, 1982). Se o paciente jovem psicótico é tão diverso que desafia qualquer descrição por um único perfil clínico, qual a lógica de agrupá-lo como uma entidade separada de atendimento? Podemos responder a essa questão com base no impacto coletivo que esse paciente representa para os sistemas de atendimento. E, diante da diversidade e da indefinição que eles representam, esses jovens e suas famílias serão muito beneficiados se todas as categorias profissionais envolvidas em seus cuidados puderem, por sua vez, clarificar e definir seus respectivos papéis.

Ressaltemos que nem toda infância desajustada e angustiada é um problema de saúde mental. Algumas das crianças com problemas nem requerem ajuda profissional. Identificar uma missão razoável e nítida só é possível se pudermos distinguir entre o que é um problema de saúde e o que não é.

A maioria dos estudos epidemiológicos sugere que, em qualquer tempo, 20% de todas as crianças e adolescentes têm transtornos psiquiátricos na forma reconhecida pelas duas principais classificações internacionais: CID e DSM. Destas, 3% podem ser consideradas seriamente doentes (Knitzer, 1982; Offord & Fleming, 1991; Bogrov & Crowel, 1996; Goodman, 1998).

Existem, portanto, condições nas quais a educação e a assistência social devem preceder a avaliação e o manejo. O envolvimento da área de saúde mental é apropriado para essa minoria de crianças e adolescentes cujos distúrbios de comportamento decorrem ou promovem problemas principais de saúde mental. A essência do tratamento deve ser de saúde mental quando esse componente é dominante, distintivo e inconfundível.

Alguns problemas, no entanto, têm tal multiplicidade e complexidade de componentes educacionais, sociais e de saúde que a própria equipe de profissionais da saúde deve fazer parte de um "consórcio" mais amplo para lidar com o problema.

Para essa minoria de jovens que têm problemas de saúde mental, existe uma ampla extensão de tratamentos. Pesquisas formais sobre tratamentos têm mostrado que alguns tipos de jovens com problemas mentais podem ser ajudados, mas há evidência convincente de que muitos tratamentos administrados para essas crianças são dúbios ou de mínimo valor, não são necessariamente benéficos, não são efetivos ou o são muito pouco, podendo mesmo ser prejudiciais (Goodman, 1998).

Dessa forma, esses jovens, freqüentemente, não são tratados ou são tratados inadequadamente. E problemas infantis de saúde mental não tratados ou tratados com inadequação representam uma tragédia humana para as pessoas envolvidas e seus familiares.

A quantia gasta com a assistência de crianças e adolescentes doentes mentais e o tipo de assistência dada variam dramaticamente de uma autoridade de saúde para outra. Essa variabilidade reflete, parcialmente, a incerteza que prevalece sobre que espécie de assistência necessita ser dada, para quem e por quem.

A assistência precisa ser planejada com base nos dados dos estudos epidemiológicos que definem o transtorno em termos não só dos sintomas, mas do impacto desses sintomas. Para delimitar o problema, a definição de transtorno psicótico deve insistir para que o indivíduo não possa ser diagnosticado apenas como tendo sintomas. Faz-se necessário que se avalie o

significado desses sintomas que, provavelmente, causaram um abalo substancial em sua vida, trazendo acentuado sofrimento ou reduzindo significativamente suas condições de vida.

Um aspecto fundamental da epidemiologia que precisa ser levado em conta para o planejamento de uma assistência é identificar fatores de risco e fatores protetores. Os *fatores de risco* podem ser genéticos, biológicos, ambientais, familiares ou ecológicos e têm sido definidos como "aqueles fatores que aumentam a probabilidade de a criança desenvolver um transtorno emocional ou comportamental quando comparada com uma criança da população em geral" (Garmezy, 1983). *Fatores protetores* são definidos como "aqueles que modificam, melhoram ou alteram a resposta da pessoa a algum risco ambiental que predispõe a um resultado desfavorável" (Rutter & Quinton, 1984).

Tanto quanto possível, a assistência deve concentrar seus esforços em buscar intervenções que tenham mostrado ser eficazes. Tem havido um esforço considerável na obtenção de atendimentos mais confiáveis e efetivos, baseados na evidência, que sejam abrangentes, mas, em função das limitações dessa evidência empírica relevante, tem sido freqüentemente necessário tomar como base não fatos incontroversos, mas os "melhores achados", baseados em razoáveis revisões da evidência. Esse é um processo de aproximação sucessiva da verdade que mais provavelmente resultará em progresso que a confiança em dogmas ideológicos, precedentes históricos ou experiência clínica (Goodman, 1998).

O senso comum pode levar o clínico a fazer coisas erradas com a melhor das motivações, mas o julgamento clínico ainda tem um papel. Há indivíduos que não respondem ao tratamento recomendado pelas pesquisas como sendo o de "primeira linha" e há pouca evidência sobre qualquer outro que devesse ser tentado. Então, o clínico necessita usar seu próprio julgamento e extrapolar a evidência publicada.

A literatura, além de escassa, ainda mostra uma disparidade entre o que é sabido e o que é feito em termos de assistência e fornecimento de serviços para esses jovens pacientes. Embora exista um conhecimento em via de um razoável desenvolvimento, a aplicação desse conhecimento, freqüentemente, está atrasada. O problema parece decorrente, então, também da falta de atitude e de determinação (Bachrach, 1982).

Histórico

Em 1896, a primeira clínica para crianças foi fundada por William Lightner, na Universidade da Pensilvânia, com enfoque na ajuda de crianças com

problemas escolares. No começo do século, essa tarefa foi expandida para incluir a descoberta das causas da delinqüência juvenil e desenvolver intervenções adequadas.

Em 1909, sob a influência de William Healey, foi criada, no Instituto de Psicopatía Juvenil de Illinois, a primeira equipe multidisciplinar que tomava por foco a criança e que consistia em um médico, um psicólogo e um assistente social.

Em 1915, houve um impulso adicional para o desenvolvimento do movimento orientado para a criança com uma pesquisa do Comitê Nacional de Higiene Mental dos Estados Unidos, que revelou a extensão dos problemas de saúde mental em crianças e os poucos recursos disponíveis para atingir suas necessidades. Só em 1922 esse Comitê fundou sua primeira clínica infantil.

Em 1924, o uso de equipes multidisciplinares ganhou um forte aliado com a fundação da Associação Americana de Ortopsiquiatria.

Em 1930, a Conferência sobre a Criança da White House apelou a todas as agências nacionais americanas que providenciassem o desenvolvimento de um plano abrangente no interesse de todas as crianças prejudicadas.

A partir de 1960, houve o advento dos centros comunitários para a saúde mental infantil, não só nos Estados Unidos, mas em várias partes do mundo. Atualmente, esses centros, embora tenham se expandido muito em objetivos e abordagens, ainda contêm muitas das idéias anteriores, especialmente o uso de equipes multidisciplinares (Achenbach, 1974; Bogrov & Crowel, 1996).

Como conseqüências das mudanças ocorridas nesse campo e, em conjunção com reformas legislativas, descobertas científicas e revoluções filosóficas, novas abordagens foram desenvolvidas, uma infra-estrutura de serviços vem sendo providenciada e o espectro dos modelos de tratamentos oferecidos vem sendo expandido consideravelmente.

Após esse processo histórico, a filosofia contemporânea é a de que as intervenções devem ser centradas na criança e na família, baseadas na comunidade e culturalmente apropriadas. Como resultado, estão sendo criados programas de abordagens bem articuladas em um *sistema* de cuidados, que aplicam esses princípios fundamentais e que formam a base dos trabalhos atuais (Stroul e col., 1994).

Conceituação

Tem havido um reconhecimento crescente de que a criança mentalmente doente pertence a uma população

heterogênea com multiplicidade e diversidade de necessidades, que levam ao aumento da demanda por um sistema de atendimento com um amplo espectro de programas e serviços.

Com relação a essa criança como indivíduo, há ainda o reconhecimento de que ela, além de ter um sério distúrbio emocional, freqüentemente possui também problemas educacionais, recreacionais, de linguagem, sociais ou físicos, havendo a necessidade de utilizar diversos profissionais para atingir as demandas de um projeto de atendimento.

Também há pouca dúvida de que várias categorias profissionais tenham uma contribuição significativa a oferecer no cuidado de uma criança com uma incapacitação psiquiátrica severa (Conning, 1991). Mas, no cuidado clínico prolongado da criança psicótica, nenhum profissional tem função efetiva, a menos que seja membro de uma equipe multidisciplinar.

Esse é um trabalho que diz respeito à preocupação e atenção à vida e ao funcionamento da criança como um todo (Shepherd, 1983). Conseqüentemente, nenhum membro da equipe ou mesmo nenhuma disciplina estão adequadamente equipados para encontrar e identificar todas as necessidades de uma criança psicótica. Isso apenas pode ser obtido por uma equipe multidisciplinar plena, em sua totalidade, de tal forma que uma ampla extensão de pontos de vista possa ser levada em conta.

Estes vários profissionais têm diferentes habilidades, diferenças essas que formam a base de uma delineação pragmática da área de influência de cada uma delas na assistência à criança psicótica.

Cada membro de uma equipe multidisciplinar tem algum conhecimento de que os outros membros não dispõem. Cada componente tem uma perspectiva única da criança e representa uma fonte de dados valiosa, motivo pelo qual deve trabalhar como parte de um todo. Acrescentar uma perspectiva adicional não diminui outra igualmente vital para a visão da criança (Bowen e col., 1965; Bogrov & Crowel, 1996).

Os representantes dessas profissões precisam estar envolvidos não apenas providenciando informações, mas sendo os intérpretes de suas contribuições especialistas e considerando suas implicações para o programa de intervenções daquela criança (Watts & Bennett, 1983). Trabalhando nesse campo, os profissionais precisam estar preparados inclusive para sustentar habilidades distintas daquelas dos profissionais de mesma categoria que trabalham em outras áreas.

Mas um sistema integrado de atenção não é meramente um conjunto de atendimentos. A meta do trabalho integrado de saúde mental é obter mais uma divisão eficiente do trabalho com outros profissionais que definir uma missão grandiosa de uma profissão que inclua e assuma o trabalho de todos os outros profissionais.

Compartilhar objetivos não é o suficiente. O acordo sobre quem faz o que também é importante. Uma equipe trabalha bem quando, além de terem a mesma meta, todos os seus membros sabem o que devem fazer. Uma nítida divisão de trabalho entre os membros ajuda a cumprir uma tarefa complexa.

A cooperação permanece importante nas relações de trabalho produtivas que terão origem na especialização e no respeito recíproco entre os profissionais envolvidos. Membros de uma equipe especializada necessitam trabalhar juntos, pois há tarefas específicas que são mais bem levadas a efeito se a equipe trabalhar unida.

O trabalho, para ser integrado, deve também incluir mecanismos, organização, estruturas ou processos que assegurem que a assistência seja proporcionada de maneira coordenada e coerente. Só uma equipe integrada possui uma amplitude abrangente de habilidades que podem ser utilizadas para detectar e avaliar as necessidades desse paciente.

O conceito de assistência integrada implica uma abordagem filosófica de trabalho por meio de múltiplos enfoques profissionais que funcionem como vários pontos de apoio, formando um sistema de "sócios" que têm partes no assunto.

Mas esse sistema não inclui apenas os profissionais componentes de um programa de assistência. Um bom tratamento deve, invariavelmente, envolver outras agências, como outras instituições de saúde mental, escolas e serviços sociais. As escolas não só têm um impacto significativo sobre a criança com sério transtorno mental, como são, freqüentemente, os lugares iniciais de detecção e referência.

O conceito de um sistema integrado de atenção supõe, então, que cada prestador de serviços tenha, além de uma equipe multiprofissional integrada em um *continuum* de benefícios, uma articulação com uma rede de assistência e, em conjunto com as famílias que todas essas agências servem, elas formem um *sistema*, um conjunto de elementos de um todo, que abrangem um campo do conhecimento, coordenados entre si, entre os quais se encontre e se defina uma relação e que funcionem como uma estrutura organizada tendente a um resultado.

Essa orientação reconhece que cada componente do sistema de assistência à criança influencia o resultado, seja esse componente um profissional de uma determinada equipe, um membro da família ou uma outra instituição.

O objetivo é construir e forjar um sistema articulado mais sensível a essas crianças, é um entendimento e uma coordenação das metas das categorias profissionais envolvidas, dos familiares e de cada agência e a execução de procedimentos com a finalidade de desenvolver e integrar o sistema de atendimento para crianças.

Há várias razões para que se adote essa abordagem. Uma delas é que os jovens podem ficar perdidos nas várias "brechas" das inúmeras categorias profissionais ou instituições, não se qualificando para nenhuma delas pela inespecificidade do seu quadro ou, ao contrário, pela especificidade dele. Em outros momentos, a criança pode encontrar todos os atendimentos necessários, mas em conflito, com falta de foco ou duplicados.

Uma avaliação precisa é crucial para um tratamento efetivo. É, provavelmente, o componente mais importante de um serviço de saúde mental. É a avaliação que dá o tom para o atendimento inteiro, que descreve a criança para todos os componentes envolvidos no programa e que alinha o sistema com uma determinada trajetória. Por isso, a avaliação deve ser ampla e incorporar dados de todas as fontes disponíveis (Bogrov & Crowel, 1996).

Um tratamento que funciona não é um "cura-tudo". Ele é um tratamento eficaz para um transtorno específico. Assim, a prescrição de um tratamento varia com o diagnóstico. Uma avaliação incorreta e a prescrição estão sujeitas a serem inúteis ou mesmo danosas.

Além disso, esta é uma área com muitas outras dificuldades inerentes. Pode haver uma multiplicidade de sintomas e questões associadas que demandem um diagnóstico diferencial.

Dessa forma, uma avaliação correta é importante mesmo que não leve a uma intervenção. Ela pode tranquilizar a família que vem com medo de um problema mais sério ou pode providenciar um diagnóstico que possibilite a inserção da criança em um serviço ou grupo ou até orientar outros profissionais a fornecerem a essa criança condições mais apropriadas de escolaridade.

Um plano promissor de assistência integrada, baseado na evidência, inclui necessariamente, entre outras coisas, um trabalho multiprofissional cuja essência sejam problemas de saúde mental e uma contribuição de uma rede de serviços. Essa não é uma prescrição rígida. É apenas um estímulo que visa promover uma discussão informada entre todas as pessoas envolvidas em autorizar e proporcionar a saúde mental de crianças e adolescentes (Goodman, 1998).

Princípios

Embora a situação real da assistência a crianças doentes mentais tenha mudado pouco, algumas mudanças têm ocorrido de forma marcante. De um modo geral, elas enfocam a coordenação de um conjunto de partes, introduzindo o manejo de caso em uma abordagem às necessidades da criança. Ressaltam o

aumento da influência de vários pontos de apoio, formando um sistema multiprofissional que tem partes no assunto. Também defendem a base na comunidade, incluindo uma ênfase nos ambientes menos restritivos, assinalam a importância da preservação da família, colocam a necessidade da prevenção e da intervenção precoce, defendem a expansão de um *continuum* assistencial e de mudanças nos aspectos financeiros e legais. A diferença dos vários programas fica por conta do grau de ênfase, da maneira de aplicação e do nível de integração de seus vários componentes.

Todos estes itens têm resultado em uma melhoria dos serviços a crianças com sérios distúrbios emocionais, mas, ao mesmo tempo, apresentam desafios aos clínicos (Bogrov & Crowel, 1996).

Modelos de programas que funcionam com sucesso para essas crianças psicóticas têm sido identificados na literatura e seguem alguns requisitos e princípios que podem ser vistos na tabela abaixo.

DOZE PRINCÍPIOS DE ORIENTAÇÃO DE UM PLANO DE ATENÇÃO

(Bachrach, 1982; Stroul & Friedman, 1986; Goodman, 1998)

1. Prioridade máxima
2. Atendimento abrangente multiprofissional
3. Tratamento individualizado
4. Ambiente não-restritivo
5. Participação da família
6. Assistência integrada e recursos articulados
7. Flexibilidade
8. Prevenção, identificação e intervenção precoces
9. Equipe especialmente treinada
10. Complemento de leitos hospitalares
11. Direitos protegidos
12. Compatibilidade com a cultura

1. Prioridade máxima

Dada a considerável necessidade e a limitação dos recursos, os serviços especializados deveriam visar especificamente a estas crianças mais necessitadas e que mais se beneficiariam.

Os sistemas existentes, sem alterações, tendem a transformar a criança psicótica em um paciente "de carreira", que terá a doença mental como ofício e profissão. Dentro desses sistemas, elas provavelmente continuarão vagando, à deriva, para dentro e para fora das instituições, a menos que programas especializados de alta prioridade sejam desenvolvidos para o seu cuidado.

Dando prioridade máxima ao cuidado dos mais severamente prejudicados, estaria sendo eliminada sua necessidade de competir para receber o atendimento (Bachrach, 1982).

2. Atendimento abrangente multiprofissional

Há forte evidência na literatura da necessidade de uma extensa e abrangente rede de assistência, incluindo psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos e assistentes sociais. Crianças psicóticas devem ter acesso a uma série de serviços compreensivos, que lidem com suas necessidades físicas, emocionais, sociais e educacionais.

A integração dessa diversidade de profissionais é, para alguns autores, condição *sine qua non* e o fundamento sobre o qual os serviços de atendimento podem construir sua estrutura (Bachrach, 1982; Stroul & Friedman, 1986; Bogrov & Crowel, 1996).

3. Tratamento individualizado

É essencial que os programas sejam caracterizados por atendimentos altamente individualizados e planejados para aquela criança. Crianças psicóticas devem receber atenção de acordo com as suas necessidades e potencialidades singulares e orientadas por um plano de trabalho personalizado.

Enquanto a abordagem tradicional enfatizava a patologia e as necessidades do serviço, a determinação de uma atenção individualizada é o enfoque nos recursos, bem como nos déficits da criança e da família (Stroul & Friedman, 1986). Em outras palavras, mais do que um esforço em encontrar o que está errado, há um esforço conjunto análogo para encontrar o que está certo com a criança e com a família. Há um decréscimo implícito na ênfase sobre a falha e sua correção e um aumento no enfoque do fortalecimento.

O fornecimento de assistência individualizada, de acordo com as necessidades individuais e com a variação da intensidade dessas necessidades, requer que a criança não esteja vinculada a programas de tratamento existentes, mas que um conjunto de intervenções muito específicas seja planejado para uma criança de cada vez (Kirshner & Ryglewicz, 1981; Burchard e col., 1993; Bogrov & Crowel, 1986).

4. Ambiente não-restritivo

Enfatizar um meio mais normativo que restritivo é um contraste marcante à idéia de extrair a criança de sua vizinhança natural com a finalidade de fornecer o tratamento. Os serviços de saúde mental para crianças

precisam defender a base na comunidade. Mais do que trazer a criança para um programa, é como se um programa fosse levado à criança e sua família. Há um reconhecimento na prática de que a influência mais importante e mais potencialmente benéfica para a criança é sua família e seu lar. É o fortalecimento dessa orientação que pode ser chamada de ecológica, como um princípio de assistência. A orientação ecológica exige que os recursos sejam buscados dentro do próprio domínio da criança mais do que proporcionados de acordo com o ponto de vista de um programa e que esses recursos sejam usados para construir uma série de intervenções de sucesso, já que, segundo Rutter (1979), remover uma criança de casa, do seu ecossistema, tem sido identificado como uma contribuição para o risco de transtorno psiquiátrico (Bogrov & Crowel, 1996).

O atendimento a crianças difere radicalmente daquele dado aos adultos. Em princípio, a população-alvo é muito diferente. Os serviços para adultos focalizam, primariamente, aqueles doentes crônicos. Já os serviços para crianças são baseados em uma ampla variedade de casos. Mas a principal diferença é que, enquanto o objetivo para adultos é promover sua vida independente, o objetivo com crianças é que elas permaneçam ou retornem para suas famílias e para os sistemas de apoio nos quais estão envolvidas.

Em contraposição ao enfoque dado ao trabalho com adultos, deve haver uma ênfase em manter a criança em casa e utilizar os sistemas de suporte natural disponíveis.

5. Participação da família

A família da criança com um transtorno mental deve participar plenamente de todos os aspectos do planejamento e da prestação da assistência (Stroul & Friedman, 1986). A família tem sido, frequentemente, ignorada ou vista como a origem da patologia infantil. Em um sistema integrado de atenção, entretanto, ela é considerada não apenas como vital para o sucesso do tratamento, mas também como um membro legítimo e necessário da equipe. As famílias têm suas próprias áreas de prática e de habilidades e podem suportar muito da responsabilidade de execução do plano de tratamento (Bogrov & Crowel, 1996).

Collins e Collins (1990) identificaram cinco fatores importantes para intensificar o relacionamento pais-profissionais:

- aceitação dos pais como membros plenamente estabelecidos da equipe de tratamento;
- disposição do profissional em compartilhar todas as informações relevantes;
- comunicação de mão dupla, livre de jargões;

- focalização do planejamento do tratamento nas forças e recursos da criança e da família, bem como em suas necessidades;
- tomada de decisões conjunta.

6. Assistência integrada e recursos articulados

Há um reconhecimento da importância de um sistema articulado de múltiplos níveis como um recurso para a vida da criança com sérios transtornos mentais. Como os serviços de atendimento à criança psicótica são tipicamente fragmentados, esforços especiais de integração e coordenação de atividades e de programas devem ser feitos, com atenção especial ao manejo de casos como um meio efetivo e mesmo essencial de articulação e integração do atendimento. Sem a coordenação suficiente, essa criança será insuficientemente atendida, correndo o risco de ficar em uma das inúmeras brechas entre as atividades ou os serviços que ela frequenta. O objetivo final não é simplesmente a colaboração entre profissionais ou agências, mas a constituição de um sistema sem fenda (Pepper e col., 1981; Harris & Bergman, 1979; Kirshner & Ryglewicz, 1981; Bachrach, 1982; Bogrov & Crowel, 1996).

Além disso, todo o programa deve ser realisticamente ligado a outras instituições e recursos que prestem assistência à criança, utilizando mecanismos que assegurem que os múltiplos atendimentos serão prestados de forma terapêutica e coordenada. Para tanto, todos os profissionais envolvidos ou as agências prestadoras de serviço deverão ter familiaridade com as questões básicas trabalhadas pelos outros.

7. Flexibilidade

A necessidade de grande flexibilidade no planejamento do programa também é amplamente ressaltada na literatura (Bachrach, 1982; Stroul & Friedman, 1986). Em função das situações serem tão variadas e as necessidades, tão heterogêneas, nenhum formato único pode ser usado universalmente. Assim, os recursos dedicados à assistência das crianças devem permanecer flexíveis, de tal forma que possam ser utilizados de maneira individualizada.

Os programas devem mostrar flexibilidade em seus formatos para que possam mudar rapidamente durante o plano de assistência em resposta à mudança da necessidade dos pacientes. Além disso, a criança psicótica precisa da flexibilidade para assegurar uma transição suave para o plano de assistência de adultos quando ela atingir a maturidade.

Uma equipe colaboradora deve adotar o caminho "tudo o que for preciso" para tratar os problemas e as necessidades que estejam fora das regras tradicionais.

8. Prevenção, identificação e intervenção precoces

As altas taxas de prevalência indicam que os programas de prevenção são essenciais para tratar o problema da doença mental infantil (Goodman, 1998). A identificação e a intervenção precoces para a criança psicótica também devem ser promovidas pelo sistema de atenção com a finalidade de aumentar a probabilidade de resultados positivos (Stroul & Friedman, 1986).

9. Equipe especialmente treinada

Essas crianças tendem a incitar aversão, medo, desânimo, desesperança ou até mesmo maldade em seus cuidadores. Elas, alternadamente, demandam e rejeitam o cuidado, como elas alternam dependência, isolamento, raiva, depressão e outros estados emocionais. Dessa forma, mesmo o profissional mais tolerante e com mais recursos, provavelmente, experimentará raiva, desespero, frustração e impotência. Essas reações emocionais não podem ser simplesmente ignoradas nem se pode pretender que elas não existam. Elas podem, inclusive, levar a decisões inadequadas para o tratamento.

É em função disso que a literatura ressalta a necessidade de uma equipe especialmente treinada e que esteja preparada para lidar com as peculiaridades desses jovens pacientes. Alguns autores falam até mesmo de “uma nova geração de profissionais da saúde”, que forme uma equipe especialmente treinada, que esteja consciente das necessidades singulares da doença mental crônica infantil, que possa construir uma ponte sobre a brecha entre o hospital e a comunidade e que trabalhe de forma flexível e integrada (Harris & Bergman, 1979; Bassuk & Gerson, 1980).

10. Complemento de leitos hospitalares

Para algumas crianças e adolescentes com transtornos graves, um período de internação pode ser necessário para um cuidado mais intensivo ou até mesmo para esclarecer o diagnóstico. Além disso, essas crianças podem também necessitar da internação quando seus sintomas forem tão severos que excedam a capacidade da família e da comunidade lidarem com eles. Assim, faz-se necessária alguma forma de ligação com o complemento de atendimento hospitalar para uma assistência mais intensiva (Goodman, 1998). Nessas circunstâncias, o planejamento deve ser dirigido para colocar o paciente no ambiente mais terapêutico para ele (Bachrach, 1980).

A hospitalização é uma importante opção clínica, mas, nessa orientação menos restritiva, é uma intervenção de último recurso.

11. Direitos protegidos

Os direitos da criança psicótica devem ser protegidos e os esforços para uma defesa efetiva devem ser promovidos. Ela deve receber assistência independentemente de raça, religião, origem, sexo, incapacidade física ou outras características (Stroul & Friedman, 1986).

A atenção incondicional é outra das atitudes requeridas por esse sistema de assistência. O comprometimento com a criança é absoluto, e a equipe faz o que for necessário ao seu interesse. Essa é uma atitude em franco contraste com a posição tradicional anterior de abstinência diante da não-adesão da família ou da criança (Bogrov & Crowel, 1996).

12. Compatibilidade com a cultura

Estreitamente vinculado ao uso de uma base forte na comunidade, em uma abordagem ecológica, está o princípio da sensibilidade, do respeito e da correspondência à cultura. A assistência deve ser sensível e atenta a diferenças culturais e a necessidades especiais, dando relevância e estando compatível com a base cultural da comunidade. Há a necessidade de um entendimento profundo das maneiras por meio das quais as culturas diferem em sua expressão da sintomatologia, suas atitudes e valores com relação à normalidade e quais os métodos de intervenção recomendados (Bogrov & Crowel, 1996).

Conclusões

Futuras pesquisas e análises adicionais são necessárias para fornecer um quadro cada vez mais preciso das características desse grupo e para propor intervenções cada vez mais definidas de acordo com as suas reais necessidades.

É importante lembrar que essas crianças são parte de uma população que está ficando mais velha. À medida que elas crescem, suas necessidades de atendimento mudam. Sem este cuidado de hoje, elas poderão tornar-se a nova população das instituições psiquiátricas de amanhã.

Bibliografia

1. ACHENBACH, T. *Developmental psychopathology*. New York: Ronald Press, 1974.
2. BACHRACH, L.L. Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital & Community Psychiatry*, 33 (3): 189-197, 1982.
3. BASSUK, E. & GERSON, S. Chronic crisis patients: a discrete clinical group. *American Journal of Psychiatry*, 137: 1513-1517, 1980.

4. BECK, M.; WITHERSPOON, D. & FOOTE, D. The baby boomers come of age. **Newsweek**, March 30, pp. 34-37, 1981.
5. BOGROV, M. & CROWEL, R.L. Community service systems for children and adolescents. In: Breakey, W. R. (ed.), **Integrated Mental Health Services**. New York: Oxford University Press. pp. 353-369, 1996.
6. BOWEN, W.T.; MARLER, D.C. & ANDROES, C. The psychiatric team: myth and mystique. **American Journal of Psychiatry**, **122**: 687-690, 1965.
7. BURCHARD, J.D.; BURCHARD, S.N.; SEWELL, R. & VANDENBERG, J. **One kid at a time. Evaluative case studies and description of the Alaska Youth Initiative Demonstration Project**. Burlington: Department of Psychology, University of Vermont, 1993.
8. COLLINS, B. & COLLINS, T. Parent-professional relationship in the treatment of seriously emotionally disturbed children and adolescents. **Social Work**, **35**: 522-527, 1990.
9. CONNING, A.M. The role of the psychologist in psychiatric rehabilitation. **International Review of Psychiatry**, **3**(1): 83-93, 1991.
10. GARMEZY, N. Stressors of childhood. In: Garmezy, N. & Rutter, M. (eds.), **Stress, Coping and Development In Children**. Minneapolis: McGraw-Hill, 1983.
11. GOODMAN, R. Maudsley Discussion Paper N.º 4. **Child and adolescent mental health services: reasoned advice to commissioners and providers**. London: 1998.
12. HARRIS, M. & BERGMAN, H. **Coordination of inpatient hospitalization and community support programs: an integrated systems approach**. Washington DC: St. Elizabeth Hospital, 1979.
13. KIRSHNER, M.C. & RYGLEWICZ, H. **The psychiatrically disabled young adult patient: the Rockland County Community Mental Health Center's Programmatic Response**. Presented at the Conference of the Young Adult Chronic Patient II. Albany, 1981.
14. KNITZER, J. **Unclaimed children: the failure of public responsibility to children and adolescents in need of mental health services**. Washington DC: Children's Defence Fund, 1982.
15. KRAMER, M. **Psychiatric services and the changing institutional scene, 1950-1985**. Rockville, National Institute of Mental Health, 1977.
16. OFFORD, D.R. & FLEMING, J.E. Epidemiology. In: Lewis, M. (ed.), **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
17. PEPPER, B.; KIRSHNER, M.C. & RYGLEWICZ, H. The young adult chronic patient: overview of a population. **Hospital & Community Psychiatry**, **32**: 463-469, 1981.
18. RUTTER, M. Projective factors in children's responses to stress and disadvantage In: Kent, M.W. & Rolf, S.E.J.E. (eds.). **Primary prevention of psychopathology: social competence in children**, Vol. 3. Hanover: University of New England, 1979.
19. RUTTER, M. & QUINTON, D. Parental psychiatric disorder: effects on children. **Psychological Medicine**, **14**: 853-880, 1984.
20. SCHWARTZ, S.R. & GOLDFINGER, S.M. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup. **Hospital & Community Psychiatry**, **32**: 470-474, 1981.
21. SHEPHERD, G. Planning the rehabilitation of the individual. In: Watts, F.N. & Bennett, D.H. (eds.), **Theory and practice of psychiatry rehabilitation**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. pp. 329-348, 1983.
22. STROUL, B.A. & FRIEDMAN, R.M. **A system of care for severely emotionally disturbed children and youth**. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center, 1986.
23. STROUL, B.A.; LOURIE, I.S.; GOLDMAN, S.K. & KATZ-LEAVY. **Profiles of local systems of care**. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center, 1988.
24. WATTS, F. & BENNETT, D. The concept of rehabilitation. In: Watts, F.N. & Bennett, D.H. (eds.), **Theory and practice of psychiatric rehabilitation**. Chichester: John Wiley & Sons. pp. 3-14, 1983.