

Quais são os princípios que devem nortear as políticas de saúde mental nos países de baixa e média rendas?

What are the principles that should guide mental health policies in countries of low and middle income?

Apesar dos consideráveis avanços na atenção à saúde de crianças e adolescentes com transtornos mentais, a capacidade de satisfazer as necessidades das populações mais vulneráveis permanece além do nosso alcance. Muitas desculpas são dadas para a não mobilização dos recursos necessários para tratar as necessidades em termos de saúde mental de bebês, crianças e adolescentes. A realidade é que, com uma fração do custo de tratamento das consequências dos transtornos mentais em crianças por toda a vida, as suas famílias e a sociedade poderiam ter melhores resultados com o pronto atendimento aos problemas relacionados à saúde mental que se apresentam precocemente na vida. Ao longo da vida, as crianças que sofrem de transtornos mentais poderiam alcançar uma melhor produtividade e ter uma melhor inclusão na sociedade, ao passo que a própria sociedade poderia experimentar uma redução no dilaceramento social, na violência e nos custos em saúde. Os problemas e as barreiras para atender às necessidades não existem somente em países com baixa e média rendas, mas são neles potencializados pela pobreza, pela migração forçada e pelos conflitos em geral intratáveis.

O desenvolvimento de uma política de saúde mental eficaz em si e por si só não custa dinheiro. Os modelos para o desenvolvimento de políticas existem¹. A ingenuidade por parte dos políticos, as noções antiquadas sobre a doença mental e seu tratamento, o estigma e a falta de vontade política são as barreiras para o desenvolvimento de tal política. Os governos tentam evadir-se do desenvolvimento de políticas de saúde mental para o bebê, a criança e o adolescente alegando que todas as considerações em termos de política estão cobertas pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. A ratificação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é virtualmente universal, mas a saúde mental das crianças não se beneficiou de suas disposições na maioria dos países².

Sabemos hoje em dia que mais da metade das doenças mentais em adultos começa antes da idade de 14 anos³. Além disso, é sabido que o custo dos transtornos mentais em crianças e adolescentes é significativo. Maiores custos tornam-se evidentes pela utilização excessiva de serviços de atenção à saúde e do sistema de justiça de menores⁴⁻⁶. A eficácia de programas de prevenção específicos pode ser agora documentada. Por exemplo, a intervenção familiar na depressão materna tem tido resultados notáveis na diminuição da morbidade em saúde mental nas famílias e na juventude⁷. A tendência em países de baixa e média rendas de imitar países mais bem dotados em termos

de recursos por meio do estabelecimento de clínicas especializadas e do treinamento para diagnósticos tais como transtorno do estresse pós-traumático, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e autismo é problemática. Essas clínicas especializadas tendem a desviar os recursos do desenvolvimento de mecanismos de provimento de serviços mais abrangentes. Elas tendem a enfatizar o treinamento de subespecialidades dentro da especialidade mais ampla de psiquiatria infantil e a atribuir prematuramente às crianças um diagnóstico, o que resulta em consequências adversas para a educação e para o tratamento. Essas clínicas e clínicos de subespecialidades passam ao largo de uma avaliação diagnóstica mais abrangente e precisa.

O Brasil liderou o desenvolvimento de iniciativas que poderiam auxiliar muito o avanço de serviços de saúde mental para o bebê, a criança e o adolescente. A implementação de Conselhos Tutelares forneceu um mecanismo para a defesa que é essencial para que qualquer política nacional seja eficaz⁸. Além disso, o Brasil foi pioneiro no diagnóstico precoce por meio de estratégias inovadoras utilizando a imunização como um meio para prover uma plataforma para a triagem de potenciais problemas de saúde mental em bebês (Celia Salvador, comunicação pessoal). O apoio ao treinamento em saúde mental da criança e o provimento de cuidados em ambientes de atenção primária à saúde é promissor para os países de baixa e média rendas. Nestes, as necessidades de mão de obra nas especialidades profissionais relacionadas à psiquiatria e à psicologia infantis, neste momento, não podem ser satisfeitas.

Princípios que emergem das observações acima:

1) Um enfoque baseado em direitos para a atenção em saúde que dê a oportunidade para os mais marginalizados participarem da sociedade⁹. Isso irá requerer que se repensem os conceitos de prejuízo e de inclusão.

2) Maior poder (ação) para a juventude. Os países na América Latina possuem uma preponderância de indivíduos jovens. A fim de evitar uma sublevação social desestabilizadora, em geral liderada por indivíduos que sofreram de doença mental e marginalização, é necessário dar voz aos jovens e oferecer-lhes a oportunidade de empregos com rendimentos e de terem um futuro. Os programas de direitos do Brasil são um modelo possível.

3) Maiores esforços para aumentar a consciência relativa à saúde mental do bebê, da criança e do adolescente. Eles não devem ser programas especiais, mas devem estar plenamente integrados às

iniciativas de saúde e de educação públicas. O público-alvo deve ser constituído por pais, formuladores de políticas, educadores e clínicos.

4) O cuidado parental deve ser visto como um fator primordial para fornecer as bases do desenvolvimento futuro das crianças e, em última análise, da sociedade. Portanto, as mulheres devem ser valorizadas e receber os meios para serem autossuficientes na ausência de outro suporte.

5) A educação universal deve significar justamente isso. Muito frequentemente, a educação universal é um conceito, mais do que uma realidade. Custos de uniformes escolares e de livros e barreiras de transporte evitam que as crianças ingressem e se mantenham na educação a qual têm direito. Sem a educação os jovens são vulneráveis ao desenvolvimento das doenças mentais e perdem a oportunidade de serem atendidos por serviços de saúde mental com base nas escolas.

6) Um sistema equilibrado de serviços de saúde mental para a criança localizados na comunidade e que ofereçam um amplo espectro de serviços de diagnóstico e tratamento necessita ser apoiado¹⁰.

Nenhum destes princípios articulados representa iniciativas de programas que necessitem de grandes investimentos financeiros; ao contrário, eles demandam uma reorientação em direção a um enfoque que assegure a saúde mental da criança. Os incrementos nos avanços em todas essas áreas poderiam ser medidos e os argumentos para dar sustentação a esses esforços poderiam ser então produzidos.

A não atenção às necessidades de saúde mental da criança está sendo agora mundialmente reconhecida como uma grande vulnerabilidade para as sociedades do século 21.

Myron L. Belfer

Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

Financiamento e conflito de interesse

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Myron L. Belfer	Harvard Medical School	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor. Mais informações, consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- World Health Organization. WHO Atlas for country resources for child and adolescent mental health 2004. [cited 2010 Feb 16]. Available from: www.who.int/mental_health/evidence/atlas/
- World Health Organization. WHO mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policy and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Kessler R, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
- Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2001;285(1):60-6.
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*. 2001;323(7306):191.
- Knapp M. The cost consequences of conduct disorder. *Mental Health Res Rev*. 2000;7:8-10.
- Gladstone TR, Beardslee WR. The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(4):212-21.
- Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):359-65.
- Earls F, Raviola GJ, Carlson M. Promoting child and adolescent mental health in the context of the HIV/AIDS pandemic with a focus on sub-Saharan Africa. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):295-312.
- World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.