

Dra. Carla Renata Braga de Souza



Centro Universitário Christus,
UNICHRISTUS, Brasil
carlarenatabs@gmail.com

EDITORIAL

A SAÚDE MENTAL É PARA ONTEM, AS CRIANÇAS DO HOJE SERÃO OS ADULTOS DO AMANHÃ

As discussões sobre Saúde Mental têm ganhado protagonismo ao longo dos anos, seja através das mudanças das formas de cuidado, sejam pelo impacto no psiquismo causado pelos eventos mundiais, como a pandemia de COVID19, as guerras, os eventos climáticos etc. No que tange às transformações nas formas de cuidado, estas são, também, perpassadas pelo redimensionamento da noção de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, das políticas de cuidado, do envolvimento dos técnicos, da comunidade e do próprio sujeito. Esses movimentos se coadunam com as marcas da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil vem em consequência da Reforma Sanitária e tem seus fundamentos, essencialmente, no modelo italiano.

O redimensionamento nas formas de organizar, articular e praticar o cuidado, tanto sob a perspectiva técnica quando ética aponta para um modelo em que há um novo arranjo na organização das ações e dos serviços em diferentes dimensões e complexidades com a finalidade de garantir o cuidado integral do cidadão, este sendo considerado sem qualquer distinção de cor, raça, gênero, religião ou idade. A este arranjo organizativo e articulador do cuidado damos o nome de Rede.

Sob a lente do recorte de idade, temos que a criança passa a ser vista como um sujeito de direitos, adquiridos em nível mundial mediante a Convenção sobre os Direitos Universais da Criança, influenciando diretamente o documento em nível brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ao considerarem a criança como sujeito de direitos e deveres, há a inserção da família numa dupla função, ao mesmo tempo em que a família deve proporcionar um ambiente de afeto, segurança e proteção. Para que isso ocorra, o estado deve tomar medidas adequadas para que esses direitos sejam assegurados. Nesse cenário, traçar a Rede de Cuidados em Saúde Mental para a criança é um desafio constante.

A Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2017) é elucidativa, ao longo do documento, que os pais, ou representantes legais, têm o dever de assegurar a educação e o desenvolvimento da criança, assim como o Estado deve garantir que isso aconteça, já que deve “assegurar assistência adequada aos pais ou representantes legais da criança”. Isso ocorre, por entender que o bom desenvolvimento da criança depende também do suporte dado aos seus pais. O que se estende ao ECA, especialmente, quando se trata da importância em assegurar assistência à mulher no que diz respeito às políticas públicas da saúde da mulher, considerando o planejamento reprodutivo, especificamente, ao período perinatal de maneira integral e no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, também é possível pensar a Saúde Materno-Infantil.

A assistência à saúde materno-infantil teve seu início com foco apenas na gravidez, mas com o passar dos avanços de pesquisas, refletindo-se nas políticas públicas, foi compreendido que era preciso uma assistência integral, em que a assistência pré-natal (APN) deve englobar ações longitudinais, “deve ser continuada e incluir a prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças ou carências, bem como informações em saúde e outros aspectos relativos ao suporte social, cultural e psicológico da gestante” (COSTA *et al.*, 2018, p. 1918), assim respeitando as orientações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Se por um lado há a assistência e cuidado com vistas à saúde mental da mulher, faz-se necessário voltar-se também para o bebê que ao nascer, precisará de cuidados maternos essenciais (WINNICOTT, 2020) para sua constituição. Esta é uma área que sobrepõe os cuidados que devem ser dispensados tanto à criança quanto à mulher. A saúde e o desenvolvimento de ambos dependem do funcionamento adequado dessa relação,

portanto é preciso que o cuidado se dê de forma a articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado, conforme a Lei nº 13.257 de 2016, em que dispõe das políticas públicas para a primeira infância.

Neste sentido, quando pensamos em intervenção precoce na saúde da criança, atentamo-nos para a saúde materno-infantil, uma vez que quanto mais nova for a criança – nesse caso um bebê –, mais os aspectos cognitivos, psíquicos, físicos e sociais se apresentam quase indissociáveis, como podemos ver em pesquisas que comprovam, por exemplo, uma correlação entre baixo peso corporal em recém-nascidos e a baixa qualidade no estabelecimento de vínculo materno (COSTA *et al.*, 2018; MENEZES *et al.*, 2012).

A Saúde materno-infantil e as reverberações do laço, em que o indivíduo antes de tudo é um só com aquela que ocupa a função de mãe, formando uma unidade, essencial para sua existência e para depois, na separação, constituir-se como único, separado da unidade, mas sem desprezá-la, ou seja, há acontecimentos essenciais na infância que reverberarão na vida adulta. O que seria necessário para o “bom” encaminhamento deste percurso em busca da dita autonomia e responsabilização a qual é cobrada do adulto?

Esta é uma das perguntas que trazemos nessa breve conversa com o intuito de refletir e abrir caminhos para a construção de uma tessitura de cuidado do pequeno sujeito – a criança –, especialmente, em um período pós-pandêmico.

Quando se trata de saúde da criança, houve um redirecionamento do foco de interesse na atenção à saúde da criança. Nas décadas de 80 e 90, os dispositivos de saúde ainda apresentavam uma forma de funcionamento condizente com o modelo biomédico e de educação em saúde. Com o impacto do redimensionamento do conceito de saúde para determinação social, o foco sob a saúde da criança, marcando a capacitação dos profissionais de saúde para uma nova tecnologia a ser utilizada em suas intervenções, que seria o conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil “sobre os sinais precoces e sobre os dispositivos de intervenção neles”, ou seja, detecção e intervenção precoce (RANÑA, 2016, p. 170).

Quanto mais nova a criança, mais próxima da figura materna – ou daquele que desempenha esta função – ela está. Nos primeiros meses de nascimento há uma espécie de fusão entre a mãe e o bebê, em que é fundamental que essa mãe esteja tão ligada ao seu bebê a ponto de ter todo seu funcionamento, inicialmente, ditado e voltado para o recém-

chegado ao mundo. Isso é importante para que ela suponha a existência dele e, conseqüentemente, busque interpretar seus apelos, seu olhar, suas buscas de conexão corporal (WINNICOTT, 2011; 2013; 2020).

Para uma mãe isso é possível se ela se encontra numa situação de amparo psíquico, emocional e social para exercer a função materna de atenção às necessidades fundantes de um do bebê, apresentando-lhe um mundo regular para atender suas necessidades básicas de existência, dando-lhe consistência e existência (LACAN, 1998; 2003; WINNICOTT, 2020).

Nessa visão integral do binômio mãe-bebê, reverberando no olhar ampliado para sua assistência de cuidados em saúde, chama-nos a atenção os rearranjos psíquicos requisitados para que a mulher consiga elaborar as transformações corporais e sociais que acompanham uma gravidez. Sabendo que ela apresenta maior prevalência em relação aos homens, quando se trata de Transtornos Mentais (TM), é preciso que no período gestacional e puerperal exista um olhar mais sensível ao seu estado psíquico (VIANA, 2012).

Estudos epidemiológicos e psicanalíticos são quase consensuais na compreensão de que TM em estados gestacionais causam impactos negativos para a constituição psíquica da criança e para seu rearranjo corporal (COSTA, 2018; MARTINS *et al.*, 2020; MENEZES *et al.*, 2012).

Há diversos fatores que podem dificultar para que essa mãe desempenhe as funções maternas acima descritas, temos as condições psíquicas como a mais conhecida e difundida problemáticas na saúde mental da mãe, isso diz respeito a depressão gestacional e pós-parto, psicose puerperal e baby blues.

O cuidado à criança só é possível se realizado de modo precoce, interdisciplinar e intersetorial, mobilizando o ambiente social e institucional que os circundam, tais como a família e a escola. Com a construção de propostas que sejam condizentes com o meio sociocultural – território – e com as necessidades daqueles que procuram por respostas a respeito do sofrimento psíquico do seu familiar, ou o próprio sofrimento. Portanto, prestar assistência ao cuidado em saúde para a mulher em processo de dupla gestação – da maternidade e do bebê – é também prestar assistência e cuidado para com a criança no âmbito biológico e psíquico com vistas a possíveis trabalhos de prevenção.

Há, por parte de documentos legais e governamentais, um reconhecimento da importância e da implementação da assistência ao cuidado na saúde da mulher e da criança.

Isso reflete o avanço teórico científico acerca dessa temática, em que os estudiosos do desenvolvimento humano cada vez mais entendem a complexidade de fatores que compõem e influenciam ao longo da vida do ser humano, para que assim ele se constitua.

Sob essa perspectiva, ressalto que o tratamento de crianças pede, como condição para seu funcionamento, a participação dos pais – ou, em alguns casos, dos adultos de referência e responsáveis, o que pode estar diluído em mais de um membro da família dada às diversas configurações que esta pode assumir.

A temporalidade para o cuidado é muito particular ao momento em que os sujeitos estão, isso diz respeito ao constante desafio em lidar com o que viria a ser “o tempo certo” ou o termo muito utilizado para dizer de uma intervenção “a tempo” ou seria “há tempo”? Este é um questionamento que crianças costumam fazer nos atendimentos, costumo responder que sempre há algum tempo. O cuidado dirigido à mãe e ao bebê é caracterizado por um paradoxo temporal, precisa-se esperar o tempo e não perder o tempo da intervenção. Esse paradoxo convida o cuidador, neste caso o técnico, a estar atento ao que acontece, assim como a mãe que consegue observar e se conectar ao seu bebê, quando ela tem uma rede de apoio que não a deixa desviar sua atenção.

REFERÊNCIAS

CONVENÇÃO sobre os direitos da criança. **UNICEF**, 2017. Localizado em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 08 set. 2017.

COSTA, D. O. *et al.* Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300691&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2023.

LACAN, J. Nota sobre a criança. *In*: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. (Originalmente Publicado em 1969)

LACAN, J. O estádio do espelho. *In*: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Originalmente publicado em 1949)

MARTINS, K. P. H. *et al.* Um sorriso amarelo: a sombra da mãe morta e os impasses nos processos primários de identificação. *In*: KUPERMANN, D.; PAULA, K. de. (org.). **Atendimento psicanalítico da depressão**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2020. p. 49-61.

MENEZES L. O. *et al.* O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde**, v. 28, n. 10, p. 1939-1948, 2012.

RANÑA, W. A saúde mental da criança na atenção básica. Detecção e intervenção a partir do programa de saúde da família e apoio matricial. (170-185). *In*: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2016.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 3, p. 249-260, 2012.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

WINNICOTT, D. W. **O bebê e suas mães**. São Paulo: Ubu, 2020.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.