

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

DJULIANE MARIA GIL SCHAEKEN ROSSETI

**A LOUCURA DE SER MÃE: VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE
POR MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MANAUS,
AMAZONAS**

MANAUS

2019

DJULIANE MARIA GIL SCHAEKEN ROSSETI

**A LOUCURA DE SER MÃE: VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE
POR MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MANAUS,
AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas –
UFAM para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Psicológicos e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Denise Machado Duran
Gutierrez

MANAUS

2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R829l Rosseti, Djuliane Maria Gil Schaeken
A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico em Manaus, Amazonas / Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti. 2019
168 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Denise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde Mental. 2. Maternidade. 3. Produção de Cuidados. 4. Subjetividade. I. Gutierrez, Denise Machado Duran II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

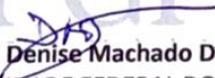
DJULIANE MARIA GIL SCHAEKEN ROSSETI,

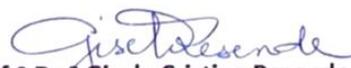
“A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-Am.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na **Linha de Processos psicológicos e saúde.**

Aprovado em 09 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

PPGPSI

Prof.ª Dr.ª Denise Machado Duran Gutierrez
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof.ª Dr.ª Gisele Cristina Resende
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS

ROSSETI, D.M.G.S.R. A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico em Manaus, Amazonas [Dissertação]. Amazonas: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas; 2019.

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido a partir da compreensão de que a saúde mental vai além da ausência de doença. Para tal, tomou-se como base o paradigma da Reforma Psiquiátrica e os novos modelos de atuação e intervenção em saúde mental e procurou-se entender como estes relacionam as vivências de saúde mental com as vivências maternas. Desta forma, objetivou-se analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. A abordagem qualitativa foi escolhida para conduzir o processo investigativo. Fez-se uso a História de Vida, da Associação Livre de Palavras e do Questionário fechado sobre dados sociodemográficos e de saúde enquanto instrumentos de coleta de dados. A análise dos achados foi fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, na Teoria da Subjetividade e na Teoria das Redes Sociais, permitindo a compreensão de questões complexas da experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa. A revisão da literatura na área apontou a escassez de pesquisas sobre o tema. Os resultados alcançados afirmam que o diagnóstico em saúde mental ainda figura enquanto condição principal do sujeito. Os serviços de saúde do município ainda não estão atuando de forma a contemplar a integralidade de mães em sofrimento psíquico. A valorização dos aspectos psicossociais que influenciam a vivência da maternidade dessas mulheres pode auxiliar na compreensão do adoecimento e, quando potencializados, atuam na qualidade de fator de proteção. As redes de apoio social foram vistas como fonte de cuidado alternativo aos serviços assistenciais. A participação de familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e membros da igreja na produção de cuidados favoreceu o processo de aceitação do adoecimento, a melhoria da autoestima e contribuíram significativamente com o bem-estar pessoal. Identificou-se que os modelos explicativos para utilização dos sistemas de cuidado fizeram referência às opiniões, sentimentos, emoções, crenças, desejos e a própria história de vida. A utilização do conceito de itinerário terapêutico põe em evidência o sujeito e permite a adoção de estratégias mais eficazes para o cuidado em saúde mental. O estudo oferece elementos para sugerir a inclusão de uma reflexão crítica sobre a temática da saúde mental e dos cuidados ofertados para mulheres em sofrimento psíquico, no sentido de ampliar a visão sobre sujeito, contemplando-as para além do lugar de portadoras de uma doença.

Palavras-chave: Saúde Mental; Maternidade; Produção de Cuidados; Subjetividade.

ROSSETI, D.M.G.S.R. The madness of being a mother: experiences of motherhood by women in psychological distress in Manaus, Amazonas [Dissertation]. Amazonas: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas; 2019.

ABSTRACT

This study was developed from the understanding that mental health goes beyond the absence of illness. Taking the paradigm of Psychiatric Reform and the new models of action and intervention in health as the starting point, we sought to understand how they relate mental health experiences with maternal experiences. The objective was to analyze the experience of motherhood of women in psychic suffering in Manaus-AM. The qualitative methodology was used to conduct the investigative process. It was used the Life Story, Free Association of Words, Closed Questionnaire about data on socialdemographics and health while instruments of data collection. The analysis of the findings was based on Historical-Cultural Psychology, Subjectivity Theory and Social Network Theory, allowing the understanding of complex questions of the experience lived by the research subjects. The literature review in the area pointed to the lack of research on the subject. The results achieved state that the diagnosis in mental health still appears as the main condition of the subject. The health services of the municipality are not yet acting to contemplate the integrality of mothers in psychological distress. The health services of the municipality are not yet acting to contemplate the integrality of mothers in psychological distress. The appreciation of the psychosocial aspects that influence the experience of motherhood of these women can help in understanding the illness and, when empowered, act as a protective factor. Social support networks were seen as a source of alternative care to assistance services. The participation of family, friends, neighbors, co-workers and church members in the production of care favored the process of acceptance of illness, improved self-esteem and contributed significantly to personal well-being. It was identified that the explanatory models for the use of care systems applied references to opinions, feelings, emotions, beliefs, desires and the life story itself. The use of the concept of therapeutic itinerary highlights the subject and allows for the adoption of more effective strategies for mental health care. The study offers elements to suggest the inclusion of a critical reflection on the theme of mental health and the care offered to women in psychological suffering, in order to broaden the view about the subject, contemplating them beyond the place of carriers of a disease.

Key-Word: Mental Health; Motherhood; Production of Care; Subjectivity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. APORTE TEÓRICO	14
2.1. Psicologia Histórico-Cultural	17
2.2. Teoria da Subjetividade	20
2.3. Teoria das Redes Sociais	21
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO	24
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
4.1. Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas	31
4.2. A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: uma revisão de literatura	44
4.3. Vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: um olhar psicossocial	67
4.4. A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico e a rede de cuidados em saúde mental	97
4.5. O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico: narrativas que guiam o cuidado	123
5. CONSIDERAÇÕES DA PESQUISADORA	144
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
7. APÊNDICES	157
A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	157
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	164
C. Questionário Sociodemográfico	166
D. Roteiro para Associação Livre de Palavras	167
E. Roteiro para História de Vida	168

1. INTRODUÇÃO

Este estudo analisa a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Mesmo tendo por foco o sofrimento psíquico, foi desenvolvido a partir da compreensão de que a saúde mental vai além da ausência de doença. Tomei como base o paradigma da Reforma Psiquiátrica e os novos modelos de atuação e intervenção na saúde e procurei entender como estes relacionam as vivências de saúde mental com as vivências maternas.

Para bem introduzir e contextualizar a presente investigação recorreremos inicialmente a uma revisão do movimento de Reforma Psiquiátrica, construída com base na valorização da complexidade dos fenômenos inerentes ao ser humano, capazes de colocar a doença mental entre parenteses. Colocar a doença entre parênteses não significa negar a sua existência, mas sim romper com a característica de objeto imposta ao sujeito e a sua experiência pelo positivismo da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 2007).

Os ideais propostos pela psiquiatria tradicional dominaram o saber e o fazer em saúde mental até o século XX. Desde o alienismo de Pinel até a hegemonia dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), percebe-se várias conquistas da racionalidade científica. O pré-estabelecimento de padrões normativos universais, simplistas e estáticos fez prevalecer na psiquiatria as observações de natureza médico-biológica que enfatizavam os critérios de normalidade e o isolamento social como instrumento de cura.

Não se pode negar que o modelo tradicional produziu um saber original sobre as doenças, no entanto, Amarante (2007) chama a atenção para o fato de que esse saber se refere a uma doença institucionalizada, ou seja, uma doença modificada pela ação prévia dos hospitais psiquiátricos. Buscava-se a compreensão da doença em estado puro, mas, ao fim, tinha-se uma doença produzida e transformada pela própria intervenção médica.

Em 1964, Basaglia apresentou uma denúncia da exclusão social representada pela internação psiquiátrica e da violência que as técnicas científicas exercem sobre os pacientes através da narrativa *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*. O autor propõe, ainda, a emancipação dos sujeitos e a utilização da linguagem como instrumento de mediação para o reconhecimento do mundo vivido e

apresentado na negociação terapêutica. Dar voz aos loucos permite o retorno à condição de cidadania (BASAGLIA, 2005). Assim nasce paradigma da reforma psiquiátrica.

Como alternativa à institucionalização, Basaglia põe em prática o modelo de Comunidades Terapêuticas. A proposta transforma os pacientes em sujeitos e reconhece que as relações humanas devem ser democraticamente fundadas, favorecendo a aquisição da autonomia e a autorrealização. A queda das fronteiras físicas, representada pelos muros hospitalares, implica na desconstrução de fronteiras simbolicamente estruturadas. Assim, propõe-se a criação de condições para a produção de outras abordagens cunhadas a partir da complexidade dos fenômenos humanos e capazes de colocar a doença mental entre parênteses.

No Brasil, a reforma psiquiátrica caminhou de mãos dadas com a reforma sanitária e ganhou força com a incorporação do protagonismo de usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais, que se mostravam insatisfeitos com a prevalência nociva do modelo hospitalar/asilar. Assim, assistiu-se ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidado em saúde mental, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Somado a estas conquistas, o Ministério da Saúde passa a incentivar a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e reestrutura a assistência à saúde mental segundo o modelo de redes de atenção (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; TENÓRIO, 2009).

A perspectiva da atuação em redes de atenção traz consigo a ação segundo os princípios de integralidade, intersetorialidade e corresponsabilidade. Isto é, o indivíduo que procura o serviço de saúde deve ser visto em todos os seus aspectos de vida, e não somente em sua doença. Por isso, as estratégias de intervenção devem perpassar todos os setores sociais – e não somente o setor da saúde mental – e todos os atores envolvidos no processo devem estar efetivamente comprometidos com as melhorias de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2004; AMARANTE, 2007).

Esta nova abordagem, comprometida com o paradigma da reforma psiquiátrica, visa romper com a construção da doença mental enquanto condição única do sujeito e que, por consequência, torna os profissionais “*psi*” únicos responsáveis pelo tratamento.

A questão que ainda permeia este novo campo paradigmático é: estariam os profissionais de saúde inseridos na rede conseguindo colocar a doença mental entre parênteses? Helman (2009), crítica representante da antropologia médica, aponta que a sociedade ocidental ainda não conseguiu alcançar a sua autonomia profissional no que

diz respeito a olhar para o *sujeito* e, por tal motivo, termina por repetir as mesmas práticas reducionistas.

Nesse sentido, quais seriam as implicações do rótulo da loucura na saúde integral da mulher? Como seriam direcionados os seus papéis sociais? Onde buscar apoio para suas vivências em especial a da maternidade, tão ligada à figura da mulher?

O interesse pelo tema se deu, inicialmente, em janeiro de 2015, quando ingressei na primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Durante o primeiro ano do programa, deparei-me com a história de Maria (nome fictício). Maria é uma mulher negra, residente na cidade de Manaus no Amazonas, sem profissão definida, diagnosticada com esquizofrenia e grávida. Moradora da área de abrangência, iniciou seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) que estava sendo campo de pesquisa em saúde mental. Por conta de dificuldades relacionadas à doença, o acompanhamento pré-natal se deu de forma irregular. Antes de completar os nove meses de gestação, entrou em trabalho de parto.

Por ser sua referência em saúde, Maria dirigiu-se para a UBS às 5h da manhã. A unidade ainda estava fechada e o primeiro funcionário a chegar, às 6h da manhã, se deparou com a mulher dando à luz na calçada. O funcionário acionou o SAMU, que chegou quando a criança já estava nos braços da mãe. Maria não entendia por que deveria subir naquele carro branco, pois o seu médico já estava presente. Após muito diálogo, aceitou seguir com os paramédicos para a maternidade, onde uma equipe aguardava mãe e filho para prestarem os devidos cuidados. Poucas semanas depois, soube-se pela agente de saúde que a criança não havia resistido.

Passados alguns meses sem notícias de Maria, ela apareceu na UBS. Para a equipe de saúde, a usuária relatou que procurou a unidade em busca de informações a respeito da mulher que havia dado à luz em frente à instituição. Afirmou, também, que sentia uma conexão muito grande com aquela mulher e preocupava-se em saber se estava tudo bem com mãe e bebê.

A experiência da maternidade e do luto se mostraram tão intensas que Maria precisou dissociar-se delas. A dissociação resultou em um vazio e, então, ela sentiu a necessidade de sair em busca de si.

Eu, mulher, branca, psicóloga, sem nenhuma alteração no meu juízo de realidade e sem filhos, senti-me impactada pela intensidade da vivência dessa maternidade. Assim, a minha curiosidade foi novamente acentuada e busquei estudos que pudessem auxiliar

na melhor compreensão da situação. Descobri que são escassos os estudos brasileiros que abordam a temática da maternidade em mulheres em sofrimento psíquico, bem como daqueles que discorram sobre a saúde mental da mulher.

O reconhecimento da vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico constitui condição necessária para a execução dos serviços de saúde mental em consonância com os princípios de equidade e integralidade preconizados pelo SUS e o aumento da resolutividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

No município de Manaus, capital do Amazonas, a assistência à essa população encontra alguns entraves. O início tardio da reforma psiquiátrica no estado ainda não permitiu a implantação do quantitativo de ações e serviços necessários para atender as suas demandas, impedindo a consolidação de uma rede de atenção psicossocial eficiente e eficaz. Desta forma, as instituições existentes acabam por ser sufocadas pela ampla procura dos sujeitos, o que dificulta o olhar sensível à singularidade de cada um.

Está posto, portanto, o desafio de implementar uma atenção integral à saúde deste grupo social específico. A diversidade, o pluralismo de vozes, as desigualdades, as características de classe, o multiculturalismo são temas referentes à necessidade de aprofundamento acadêmico que, para além da compreensão científica, afirma o compromisso de contribuir com o desenvolvimento de uma sociedade equânime e justa.

Neste cenário, propus-me a analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM a partir de 03 (três) objetivos específicos. Foram eles: 1) caracterizar os aspectos psicossociais relacionados a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico; 2) identificar as redes de apoio estabelecidas pelas mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade; e 3) analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com histórico de sofrimento psíquico.

Para investigar estas questões, fiz uso da pesquisa de campo na abordagem qualitativa. Entrevistei 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS-Sul), referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico.

Para melhor aproveitamento da revisão da literatura e dos dados coletados, optei por apresentar a análise do material no formato de artigo. Desta forma, produzi 05 (cinco) artigos em parceria com minha orientadora. Apresentarei uma síntese de cada um abaixo.

O primeiro artigo recebe o título de “Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas” (ROSSETI, D.M.G.S.R.; GUTIERREZ, D.M.D. Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas. *Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq/EDUA*. Ano 11, Vol XXI, Número 1, p. 288-301, 2018) e visou discutir e refletir criticamente sobre os processos de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico segundo as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde através do estudo de caso de Maria. Constatamos que, mesmo com as conquistas e avanços no âmbito da saúde pública, ainda se encontra presente o desafio para o alcance da integralidade do sujeito e da intersectorialidade das ações de saúde.

No artigo seguinte, intitulado “A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: uma revisão de literatura”, dedicamo-nos a conhecer a produção teórica sobre o tema. Realizei, inicialmente, uma revisão da literatura existente com os descritores ‘saúde mental’ e ‘maternidade’ correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Após constatar o número restrito de produções de língua portuguesa, busquei nos bancos de dados internacionais associados à plataforma produções com base no descritor ‘mental health’ correlacionado com descritores ‘mothering’ e ‘parenting’. A análise das produções encontradas evidenciou a escassez de pesquisas que dialoguem acerca das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, evidenciando que a assistência integral da mulher em sofrimento psíquico ainda é um processo em construção. O texto completo está inserido nos anais do V Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde, V Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, realizado na Universidade do Algarve (Faro, Portugal), de 9 a 11 de maio de 2019.

De posse dos dados coletados, foram construídos outros 03 (três) artigos com base nos objetivos específicos acima relacionados. Optei por aguardar a revisão e o parecer da banca para encaminhar as últimas produções para publicação.

Assim, no terceiro artigo, nomeado “Vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: um olhar psicossocial”, caracterizei os aspectos psicossociais relacionados à vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Utilizei o aporte teórico da Psicologia Histórico-Cultural de Vygotsky e da Teoria da Subjetividade

desenvolvida por Gonzalez-Rey. Foram relacionadas 05 (cinco) categorias de sentido: (1) Relações familiares; (2) Relações de convívio social; (3) Relações com o trabalho; (4) Espiritualidade e (5) Comportamento suicida. A ênfase no historicismo empregada pelos referidos autores favoreceu a visão integral sobre todo processo subjetivo. Percebemos que a legitimação das influências do meio pode auxiliar na construção de políticas públicas de saúde e na adoção de estratégias de intervenção capazes de atender as reais necessidades de cada sujeito.

“A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico e a rede de cuidados em saúde mental” foi o título dado ao quarto artigo. Nele, identificamos as redes de apoio estabelecidas pelas mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade. Trouxemos, ainda, uma breve contextualização acerca da assistência à saúde mental no estado do Amazonas. Observamos que as redes sociais contribuem significativamente com o bem-estar de pessoas em sofrimento psíquico, principalmente quando relacionadas ao apoio recebido nas vivências da maternidade.

No último artigo, analisamos o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com um histórico de sofrimento psíquico. Sob o título de “O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico: narrativas que guiam o cuidado”, discorremos acerca dos modelos explicativos e os sistemas de cuidado acionados por essas mulheres. Identificamos o uso contínuo dos setores informal e profissional e seus modelos explicativos fizeram referência às opiniões, sentimentos, emoções, crenças, desejos e história de vida. Percebemos que a utilização do conceito de itinerário terapêutico põe em evidência o sujeito, valoriza as potencialidades do meio e permite a adoção de estratégias mais eficazes para o cuidado em saúde mental.

A carga social da maternidade e da loucura apontam para estigmas sociais contraditórios. De um lado, temos a mulher-mãe responsável socialmente pelos cuidados à criança e à família e, de outro, contrapõe-se a mulher-louca, desprovida de consciência e incapaz de tomar conta de si ou de outros. Neste sentido, tomei como prioridade a legitimação dos processos subjetivos que implicam na saúde desses sujeitos, bem como a produção de conhecimento comprometido com a realidade. Espero, através deste estudo, colaborar à reflexão e a implementação de ações de saúde capazes de por em evidência a integralidade da mulher em sofrimento psíquico.

2. APORTE TEÓRICO

A ciência tem sido objeto de vasta discussão ao longo dos últimos séculos, uma vez que a sede de conhecimento do homem ainda não reconheceu limites. Movido pela curiosidade, ele busca aprender e apreender o ambiente e, aos poucos, desenvolve a capacidade de dar respostas inteligentes aos problemas.

Pensar acerca de respostas inteligentes e princípios certos só nos foi permitido após a superação do “pensamento mágico” e o início da elaboração de explicações a partir da *racionalidade* intrínseca dos fenômenos. Essa evolução intelectual culminou na produção de conhecimento sistemático em benefícios dos povos (OLIVA, 2010).

Nesses parágrafos iniciais, percebe-se o predomínio do termo *conhecimento*. Mas afinal, em que consiste o conhecimento? Dos filósofos mais antigos aos mais atuais, há o consenso em defini-lo como crença verdadeira justificada. Tal justificação está diretamente relacionada com a consistência lógica e de sua fundamentação empírica. Assim, a ciência passa a ser caracterizada como uma forma de conhecimento sistemático, controlável e generalizável, submetida a métodos que visam garantir a fidedignidade dos dados que permitem o controle prático da realidade pelas técnicas (OLIVA, 2010).

O método científico presume um conjunto geral de regras e técnicas que devem guiar a pesquisa. Para muitos, o método científico em sua essência é simples: incide na observação de fatos que permitem ao sujeito descobrir as leis gerais que regem os fatos do mesmo tipo. Francis Bacon, primeiro desafiador da ciência, coloca a experiência como a real fonte de conhecimento, dando origem ao pensamento indutivo (OLIVA, 2010; CHALMERS, 1993).

Nessa concepção, desenvolveu-se a primeira forma de perceber e atuar no mundo: o Paradigma da Ciência Tradicional. Também chamada de ciência moderna (séculos XVII a XIX), recebeu o título de tradicional devido à sua origem remota, mas isso não significa dizer que já tenha desaparecido ou sido substituída. Vasconcellos (2006) distingue três dimensões dentro desse paradigma: (a) o pressuposto da *simplicidade*, (b) o pressuposto da *estabilidade* do mundo e (c) o pressuposto da *objetividade*.

Na busca por conhecimento, o cientista se depara com um mundo complexo e, para compreendê-lo, parte para a simplificação. Desta forma, para analisar o objeto complexo, deve-se retirá-lo do contexto onde se encontra e, posteriormente, separar as

suas partes – *disjunção* – até atingir a sua menor partícula – *atomização*. Após esse processo, procede-se a classificação dos objetos/fenômenos: biológicos, físicos, psicológicos, culturais, etc. O ato de classificar impõe ao cientista a uma postura excludente: deve-se optar entre uma coisa ou outra. Vasconcellos (2006, p.75) afirma que, “*de acordo com a lógica, um objeto não pode pertencer simultaneamente a duas categorias, não pode ser ele e não-ele (princípio da identidade)*”, tomando para si uma *atitude ou-ou*. Assim, tudo o que é complexo passa a ser reduzido para, então, ser melhor compreendido.

A atitude simplificadora assumida pelo cientista gera na *compartimentação do saber*, ou seja, na segregação do conhecimento em várias áreas, gerando uma *multidisciplinaridade* e limitando cada sujeito ao seu domínio. Ao sistema simples, é também implícita a crença de *causalidade linear*, admitindo que certas forças estão interagindo aos pares. Desta forma, podemos descrever que *X* é um fenômeno causado por *Y* e tem, por consequência, o efeito *Z*.

Já no pressuposto da estabilidade há a crença de que o mundo é estável, que ‘o mundo já é’, e que nele as coisas se repetem com regularidade. Aqui, o cientista concebe um mundo ordenado e com relações funcionais entre as variáveis, significando que um fator varia em função de outro. Desta forma, tem-se por objetivo explicar, prever e controlar a ocorrência dos fenômenos no universo.

A trajetória dos sistemas estáveis tem como características a *determinação* e a *reversibilidade*. Acerca da determinação incide a ideia de que são as condições iniciais e as leis que regem sobre a mesma que determinam o fenômeno. Assim, será possível ter maior *previsibilidade* quanto a ocorrência do fenômeno caso esteja presente ou não o fator causal. Se o cientista interferir ou inverter a manipulação do fenômeno, será possível fazer com que o sistema retorne ao seu estado inicial, ocasionando a reversibilidade do processo. Tais transformações permitem, por sua vez, maior *controlabilidade* junto ao sistema.

Quanto ao pressuposto da objetividade, acredita-se ser possível conhecer objetivamente a realidade do mundo. Para tal, o cientista precisa se manter distante do objeto de estudo, alcançando uma posição privilegiada para identificar o que é real e o que não é. Atesta-se a existência de uma realidade única, o *uni-verso*, capaz de retratar a crença verdadeira. Neste aspecto, a subjetividade é posta entre parênteses.

O desenvolvimento da ciência no último século nos conduz para um avanço nas três dimensões epistemológicas da Ciência Tradicional. Contraponto com os pressupostos previamente descritos, Vasconcellos (2006) também registra em seus estudos o surgimento de uma Ciência Contemporânea, uma ciência novo-paradigmática. Desta forma, ganham destaque três novas dimensões: (a) o pressuposto da *complexidade*, (b) o pressuposto da *instabilidade* e (c) o pressuposto da *intersubjetividade*.

A complexidade teve um reconhecimento recente pela ciência. A ela foi atribuído o status de dificuldade, de insuficiência de explicações. Foi a partir dos estudos de Edgar Morin, na década de 1980, que ganhou devido destaque. A partir desse pressuposto, percebeu-se que as inter-relações existentes entre os fenômenos eram obscurecidas pela simplicidade. Há uma preocupação com a contextualização do fenômeno e o reconhecimento da causalidade recursiva. Contexto não significa apenas observar ambiente, mas se refere às relações entre todos os elementos envolvidos. É válido ressaltar, ainda, que a ênfase nas relações não faz desaparecer os elementos que se relacionam. Assim, o cientista da complexidade utiliza os conceitos de disjunção e conjunção, onde o primeiro distinguirá o objeto de seu contexto, sem, entretanto, isolá-lo, e o segundo promove a articulação sem reduzir nem eliminar as diferenças.

Este novo cenário abre espaço para a característica fundamental da complexidade: o princípio da dialógica. Dialógica é o pensamento capaz de unir conceitos que tradicionalmente se opõem, aqueles considerados antagônicos. Assim, não será preciso optar por uma das alternativas e tampouco procurar um novo rótulo sintetizante de ambas as características.

O pressuposto da instabilidade ganha destaque após o reconhecimento da Física de que o mundo ainda não está pronto, e sim está em processo de tornar-se. Deste novo pensamento, deriva-se as ideias de imprevisibilidade, irreversibilidade e incontrolabilidade. A instabilidade nos leva, ainda, a perturbações do sistema que, por sua vez, geram saltos qualitativos diante de um ponto de bifurcação. Isso significa dizer que, ao perceber as possibilidades, o sujeito abre espaço para novas formas de funcionamento antes inesperadas para o sistema.

Já a intersubjetividade preconiza que a realidade e o observador não são indissociáveis, uma vez que o conhecimento científico é uma construção social e dela participam muitos sujeitos. Contrapondo a ciência tradicional, aqui o que fica entre

parênteses é a objetividade e o cientista passa a trabalhar com a concepção de um *multiverso*, apoderando-se de múltiplas versões da realidade.

Para muitas ciências foi possível a apropriação dos pressupostos empregados pelo Paradigma da Ciência Contemporânea Emergente, em especial às ciências humanas. Dentro da psicologia, a subjetividade ganhou legitimidade científica e a saúde mental passa a ser estudada como um processo biopsicossocial.

2.1. Psicologia Histórico-Cultural

Contrariando a racionalidade imposta à época, muitos pesquisadores direcionaram seu interesse para as ciências do desenvolvimento humano. Dentre eles, destacou-se Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934). Nascido e criado na Bielo-Rússia, o filósofo dedicou boa parte de suas obras ao estudo do sujeito tomando como característica principal a historicidade presente em todas as suas fases de desenvolvimento, desde o momento que surge até o seu desaparecimento (TOASSA, 2014).

Com o auxílio de Luria e Leontiev, Vygotsky desenvolveu um dos aportes teóricos de maior prestígio na psicologia: a Psicologia Histórico-Cultural. Oriunda da crise metodológica frente a dicotomia *idealismo x mecanicismo*, a teoria propõe o estudo do ser humano em sua totalidade, adotando como eixo central a relação social dialética e de interdependência em sua constituição. A reflexão sobre o tema gera bases para a estruturação do método próprio da Psicologia Histórico-Cultural: o materialismo dialético (SOUZA; ANDRADA, 2013).

Com base nos princípios marxistas e nas ideias de outros filósofos, Vygotsky postula uma Psicologia de preceitos ético humanísticos vinculada ao agir do sujeito. Pode-se numerar três ações: a superação, a cooperação e a emancipação. Para Delari Jr. (2009), a primeira ação corresponde à necessidade de superação dos limites atuais de nosso modo de viver e ser em direção ao que podemos alcançar. Devido à ênfase na cultura, o processo de superação exige condições materiais e concretas para sua realização, sendo a cooperação a principal delas. A cooperação entre pares é o que conduz o indivíduo à emancipação como conquista da liberdade de pensamento e ação, desempenhada no coletivo, com o coletivo e pelo coletivo.

Para compreender a teoria desenvolvida por Vygotsky é necessário o conhecimento de alguns conceitos, a iniciar com as Funções Psicológicas Superiores (FPS). Quando o assunto é a evolução do psiquismo, o autor toma por base a origem

biológica sob influência dos elementos culturais. Segundo Souza e Andrada (2013, p. 357) “*o aparecimento das FPS está subordinado às incitações do ambiente que permeiam as experiências do sujeito desde seu nascimento. Assim, as funções psicológicas passam de natural a cultural quando mediadas*”. Isto é, através da mediação do outro, o sujeito transforma as relações sociais em funções psicológicas, incluindo-as na sua personalidade.

O processo evolutivo é formado por uma rede de nexos, onde as FPS – memória, consciência, percepção, atenção, fala, pensamento, vontade, formação de conceitos e emoção – se intercambiam e formam um sistema psicológico no qual as funções se relacionam entre si. É considerada inesgotável, posto que os nexos, as conexões, alternam entre si e sempre proporcionam saltos qualitativos no desenvolvimento do sujeito (SOUZA; ANDRADA, 2013).

Nos seus estudos, Vygotsky atribui grande ênfase ao pensamento e à fala na qualidade de expressão do psiquismo. Devido ao caráter histórico, é impossível encontrar outro meio de estudá-los a não ser pelo método dialético. O mundo é apreendido pelo sujeito, que o interpreta, interage e nele promove mudanças por meio da fala. Assim, a fala adquire função simbólica (VYGOTSKY, 2003). A medida que amplia suas trocas pela fala, o sujeito expande as representações do meio ao seu redor, forma novos conceito e desenvolve a consciência de si e da realidade, tornando-se produto e produtor da sua história.

A fala é materializada através da palavra. O sentido que esta carrega é considerado superior ao seu significado. Os sentidos são formados através de lembranças, vivências, percepções únicas, singulares e que dependem do contexto em que se originam. Desta forma, em caso de mudança do contexto haverá, também, mudança de sentido. Eis aqui um atributo complexo e ilimitado, dependente da interpretação de um sujeito em constante modificação. Quando o sujeito se apropria de um sentido, toma consciência da realidade e de si próprio (VYGOTSKY, 2003). Souza e Andrada (2013) contribuem ao pensamento evolucionista do autor ao afirmar que

A consciência leva à transformação e ao desenvolvimento e é por meio dela que o homem evolui, tornando-se capaz de estabelecer novos nexos e emancipar-se como sujeito ativo, que cria e recria sua realidade. Neste sentido, ela é o próprio devir humano (p. 359).

Vygotsky (2003) acredita ser impossível dissociar o pensamento da afetividade – emoção e sentimento, visto que a compreensão da fala implica no reconhecimento da sua

motivação. Sawaia (2000) descreve a afetividade como a capacidade do indivíduo para transformar seus impulsos em algo socialmente mediado por signos culturais. A mediação cultural proporciona a modulação da ação, o abandono dos instintos e elevação da consciência.

O conceito de vivência, ponto chave desta pesquisa, é integrado pela afetividade. A vivência, traduzida do termo russo *pereživânie*, é entendida por Vygotsky como a relação que o sujeito estabelece com a realidade. O foco está na relação. Assim, o conceito incorpora os aspectos internos e externos, corroborando para a compreensão do ser humano enquanto biopsicossocial (TOSSA, 2009).

A vivência permite o reconhecimento do sujeito, sua personalidade, motivações, afetos e a compreensão de como estes fatores se manifestam. No entanto, para que haja a vivência é necessário que uma situação social a suscite. A Situação Social de desenvolvimento (SSD) contribui para a evolução psíquica ao se transformar em experiência afetiva. Para Souza e Andrada (2013),

É possível definir vivência como uma experiência significativa para o sujeito, recheada de emoções, gerada em uma situação específica (SSD), que não se configura como externa, mas como junção dos aspectos do sujeito e da própria situação. Visto que a vivência resulta na configuração de novos sentidos e significados pelo sujeito, ela pode ser tomada como unidade da consciência (p.362).

Nesse sentido, a vivência da maternidade se dá a partir das relações que a mãe estabelece com o meio em que vive e com os sujeitos que a circundam. A vivência é expressa através da fala, sendo esta última carregada de sentidos próprios. É impossível compreender a fala sem antes entender o processo histórico que permeia o sujeito e tal compreensão só é possível através do método dialético. Vygotsky (2004) acredita que ao incorporar no estudo de um sujeito todas as suas fases e mudanças, o pesquisador dará visibilidade a sua natureza e poderá conhecer sua essência, uma vez que o fenômeno só se mostra em movimento.

No grupo de mães em sofrimento psíquico é fundamental que não se deixe de considerar as relações entre as suas partes e o todo, visto que ambos são determinados e se determinam, reciprocamente. Por muitas vezes, o diagnóstico de transtorno mental sobressai frente a concepção integral da mulher que vivencia a maternidade. A análise dialética visa contribuir para que se destaque o conjunto psicológico integral desse público.

Ao reconhecer o caráter sistêmico do sujeito, os conceitos da Psicologia Histórico-Cultural favorecem a apropriação, por parte do próprio sujeito, da qualidade de integrante e produtor de sua condição social e proporcionam a transformação dos cuidados de saúde, de modo a alcançar a integralidade e a melhoria da qualidade de vida da população.

2.2. Teoria da Subjetividade

Fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, a Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey permite o reconhecimento da pessoa como sujeito, sendo este capaz de gerar as mais diversas possibilidades de existência ao longo da sua história. A subjetividade, desta forma, não pode ser entendida com base em dicotomias (indivíduo/social; razão/emoção), mas sim como um processo que considera o passado e o presente do homem e da sociedade e a forma se como se constrói o significado dessas relações.

A categoria de sentido subjetivo de Gonzalez Rey se difere da categoria de sentido de Vygotsky, uma vez que a primeira enfatiza a relação do simbólico com o emocional e a segunda relaciona o intelectual com o afetivo. A partir da categoria de sentido subjetivo e de configuração subjetiva, o autor pode estabelecer uma relação indissociável entre o sentido subjetivo e a subjetividade como sistema (GONZÁLEZ REY, 2007)

O sentido subjetivo é definido como “*relação inseparável do emocional e o simbólico, onde um evoca ao outro sem ser a sua causa*” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 168). Tem como atributo essencial a expressão da grande variedade de registros objetivos que influenciam o homem na sua integridade vital e, assim, compreende a psique como sistema. (GONZÁLEZ REY, 2007)

Para o autor, a subjetividade é “*um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionados: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro*” (GONZÁLEZ REY, 2004, p.141). Assim, a subjetividade individual concebe os processos e as formas de organização da subjetividade que ocorrem nas diferentes histórias dos sujeitos individuais, enquanto a subjetividade social permite que a categoria ‘social’ deixe de ser percebida como algo externo ao sujeito e passa a ser tratado em relação de reciprocidade permanente (GONZÁLEZ REY, 2004; GONZÁLEZ REY, 2003).

O autor é categórico ao afirmar que

O sentido subjetivo não representa uma expressão linear de nenhum evento da vida social, pelo contrário, ele é o resultado de uma rede de eventos e de suas consequências colaterais, que se expressam em complexas produções psíquicas. (GONZÁLEZ REY, 2007, p.172)

Define-se, deste modo, uma nova organização qualitativa da psiquê humana, atuando de forma conjunta com organização subjetiva dos sistemas humanos para a produção do ato. A subjetividade se torna, assim, indissociável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana.

A subjetividade é uma produção humana e não uma internalização. Neste sentido, mostra-se como um tema das ciências sociais em geral, e não próprio da psicologia (MORI, GONZÁLEZ REY, 2012). Os sociólogos Beck (1995), Touraine (1999), Giddens (2002) e Ferraroti (2003) utilizam desse conceito de forma constante.

Os sentidos subjetivos do diagnóstico de uma doença são formados pela relação entre o adoecimento e a experiência de vida dos sujeitos. As influências sociais não atuam de forma linear direta, mas organizam-se de tal modo que nos permitem compreender as diversas formas de enxergar e viver a experiência (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012)

A subjetividade social também influencia a forma como a pessoa percebe o processo de saúde-doença, uma vez que toda formação individual se configura através de discursos, representações sociais e outras práticas coletivas. Nessa perspectiva, entendemos que a subjetividade é uma produção individual, materializada pelas práticas sociais e mediada pela cultura. (IDEM, 2012)

O sentido subjetivo e as configurações subjetivas se mostram importantes neste estudo porque permitem enxergar a ação individual em seu caráter sistêmico, favorecendo o entendimento da sociedade através da organização de seus diferentes espaços de vida social. Além disso, permite-nos analisar os processos de saúde-doença como processos de sentido e de significado constituídos de forma multideterminada, implicando, por consequência, o reconhecimento da pessoa como sujeito e não como reflexo da doença.

2.3. Teoria das Redes Sociais

A Teoria das Redes Sociais contribui significativamente com a percepção dialética do sujeito. Sluzki (2003) entende as redes sociais como conjunto de seres que se relacionam regularmente e trocam experiências que atribuem significado a sua própria realidade. A experiência, percebida conforme o tempo e o espaço, é capaz de construir e reconstruir identidades constantemente ao longo da vida com base nas interações sociais.

Dentro desse universo de relações existe, ainda, a rede social pessoal. O autor a define como “*a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade*” (IDEM, 2003, p.42). Este seria o grupo de referência para a construção do sujeito e o desenvolvimento de habilidades físicas e emocionais para o enfrentamento em situações de estresse.

Para Pinto et al (2005, p.754), o “apoio social é um conceito em construção”. Nele, podem ser relacionadas a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a ajustamento da sua função, bem como o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que desfruta. Por isso, torna-se importante distinguir apoio social de suporte social. O primeiro é entendido como “um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas” (IDEM, 2005, p.754), a medida que o segundo dá ênfase na qualidade das interações e como estas são mensuradas pelo sujeito que o recebe. A confusão entre termos pode levar o pesquisador a aplicá-los como sinônimo e produzir interpretações equivocadas.

A constituição das redes de apoio social pode estar relacionada a três fatores: 1) aos fenômenos oriundos do processo de desenvolvimento pessoal e familiar; 2) aos grupos de interação espontânea, formados em certos contextos histórico-temporais; e 3) aos grupos institucionais, onde se tem funções e limites bem definidos (MORE; CREPALDI, 2012).

Além das formas de constituição, Thoits (1995) e Due et al (1999) acrescentam que o apoio social também pode ser visto conforme a sua estrutura e função. Para Sluzki (2003), a estrutura engloba características relacionadas ao tamanho, a densidade, composição, dispersão, homogeneidade e heterogeneidade e intensidade. Neste estudo, destacaremos: (i) o tamanho, onde se enumera a quantidade de pessoas na rede; e a (ii) intensidade, indicando os atributos de vínculos, compromisso, durabilidade.

As redes sociais são formadas por relações formais e informais. As relações formais têm por base a posição e papéis profissionais desempenhados na sociedade, a exemplo do médico, assistente social e psicólogo. As relações informais, por sua vez, têm maior importância pessoal e efetiva que as anteriores. Elas englobam família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade ou qualquer outro indivíduo com que se mantenha uma relação afetiva. Analisar a estrutura da rede social permite avaliar o sujeito no seu grau de interação com aqueles que o cercam (PINTO et al, 2005).

Visando operacionalizar a definição de apoio social e encontrar meios para qualifica-los, Ostergren et al. (1991), Sherbourne e Sterwart (1991) e Bowling (1997) propuseram 05 (cinco) categorias funcionais de apoio social, sendo elas: apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, apoio de informações e interação social positiva. Sluzki (2003), no entanto, acrescentou uma sexta categoria e redefiniu a função do apoio social em:

- a) Companhia social: diz respeito ao compartilhamento das atividades diárias, onde a cultura é repassada e se constrói sentidos e modos de viver;
- b) Apoio emocional: faz referências às atitudes positivas que favorecem a compreensão, simpatia, afeto, estímulo, autoestima e sensação de pertencimento. Comumente atribuído às amizades mais íntimas.
- c) Guia cognitivo e conselheiro: oferece um modelo de papéis sociais que favorece a troca de informações, orienta e fortalece a identidade pessoal, grupal e institucional.
- d) Regulação social: define papéis e reafirma as normas de convívio social.
- e) Ajuda material e de serviços: auxílio nos casos de necessidade material.
- f) Acesso a novos contatos: auxiliando na conexão com outras pessoas ou redes.

Ressalta-se que a Teoria das Redes Sociais tem ganhado destaque nas pesquisas de saúde, uma vez que as redes têm desenvolvido papel significativo na aceitação e superação de dificuldades oriundas do processo saúde-doença. Sluzki (2003) destacou os efeitos do apoio social na promoção do bem-estar, no desenvolvimento da identidade e na consolidação de potenciais mudanças. Pietromonaco e Collins (2017) também apontam que o apoio social oriundo de redes informais pode auxiliar na redução dos efeitos negativos do estresse, facilitar a recuperação da saúde e influenciar nos processos de resiliência.

O conceito de rede é útil para a compreensão da produção de cuidados em saúde mental, pois permite a valorização novos atores: a família, os amigos, a vizinhança e pessoas e de outros contextos, como trabalho e escola. A atuação conjunta com os serviços de saúde abre espaço para que sejam propostas outras formas de cuidado.

3. REFERENCIAL METODOLOÓGICO

Tendo em vista a delicadeza da temática a ser investigada, optou-se pela pesquisa qualitativa. Este tipo de abordagem tem como enfoque principal a análise, a interpretação e a compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010). Os autores ainda afirmam que o estudo qualitativo proporciona a visualização de um quadro rico em dados descritivos, permitindo a contextualização da realidade, abrangendo os aspectos a serem pesquisados e cumprindo os objetivos propostos.

Portanto, vislumbrou-se uma pesquisa com foco descritivo, pois o seu objetivo é conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir. O benefício da pesquisa descritiva é a precisão da realidade. Por se debruçar sobre a subjetividade dos sujeitos, utilizou-se como procedimento a pesquisa de campo, uma vez que esta é a forma apropriada de se agir quando há a necessidade de obtenção de informações e conhecimentos específicos (CAMPOS, 2004).

Destaca-se que a pesquisa qualitativa tem ganhado espaço nas ciências da saúde, campo onde prevalece a lógica positivista da pesquisa quantitativa. A partir da compreensão de que o processo saúde-doença apresenta múltiplas dimensões, Minayo e Minayo-Goméz (2003) afirmam que a abordagem qualitativa oferece profundidade e intencionalidade às relações e estruturas sociais que compõem esse processo, dando espaço ao sujeito e suas construções significativas. Assim, torna-se a “*linguagem própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos e de microrrealidades*” (IDEM, p.137), visando desvendar a sua visão acerca de determinados problemas.

Nesse sentido, a opção pelo método qualitativo permitiu a legitimação da transversalidade das temáticas maternidade e saúde mental, bem como favoreceu o aumento da visibilidade das condições de saúde daquelas que agregam as características dessas duas populações vulneráveis.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS-Sul), localizado na Av. Maneca Marques, 1916 - Parque 10 de Novembro, Manaus - AM, tendo em vista que esta é a instituição de referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico.

O CAPS-Sul integra o SUS e acolhe pacientes com transtornos mentais graves e severos, estimulando sua integração social e familiar, apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer atendimento médico e psicológico. É um serviço de portas abertas, ou seja, não há necessidade de encaminhamento para iniciar o tratamento. Foi inaugurado no dia 29 de outubro de 2015 com o objetivo promover assistência ao público em questão.

Participaram da pesquisa 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do município. Estiveram aptas para participar aquelas que atenderam os critérios de inclusão de exclusão. Foram considerados critérios de inclusão: a) idade entre 18 e 59 anos; b) possuir, no mínimo, 1 (um) filho, sem discriminação de idade; c) estar em acompanhamento psiquiátrico, independentemente da patologia. Como critérios de exclusão, inclui-se: a) ter apresentado crise nos últimos 06 (seis) meses; b) ter diagnóstico de transtorno mental posterior à gestação; e c) sentir-se mobilizada pela temática da pesquisa a ponto de vivenciar sofrimento decorrente da entrevista, segundo o relato da participante.

A pesquisa de campo na abordagem qualitativa permitiu o encontro direto entre pesquisador e participante. A temática da maternidade por si só já é delicada. Relacioná-la à mulher em sofrimento psíquico imperou um cuidado redobrado do pesquisador quanto a imposição de instrumentos que gerassem desconforto e não atendessem ao objetivo da pesquisa.

Tendo em vista a combinação entre as dimensões individual e social do tema, o principal instrumento de coleta de dados deste estudo foi a História de Vida. A história de vida consiste em um método biográfico que visa acessar uma realidade que ultrapassa o narrador. Pode ser definida como “*a narração, por uma pessoa, de sua própria experiência vivida*” (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 158). Desta forma, tornou-se possível compreender as facetas do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais.

Segundo Laville e Dione (1999), a pesquisa baseada na história de vida deve ser guiada por uma ou algumas interrogações que delinearão o tema abordado. Assim, o pesquisador se limitou a parte da vida do indivíduo que corresponde ao seu interesse. Iniciada a narração propriamente dita, o pesquisador evitou toda intervenção que pudesse causar o desvio da trama. Foram realizadas apenas intervenções acerca da precisão de alguns detalhes ou aquelas que visaram retomar a narrativa original.

Por ser uma técnica que valoriza a formação de vínculo entre o pesquisador e o participante, outros dois instrumentos foram utilizados para favorecer a aproximação entre os pares, além de coletar informações preliminares e fundamentais ao tema. São eles: questionário fechado e associação livre.

O questionário fechado foi aplicado visando caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes. Foi feito um levantamento referente a idade, raça, naturalidade, escolaridade, profissão, estado civil e composição familiar. O instrumento também abordou questões referentes à saúde e ao acompanhamento psiquiátrico, funcionando como uma espécie de “triagem” para os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O questionário foi preenchido pelo pesquisador, favorecendo o diálogo e evitando a inibição das participantes.

A associação livre de palavras é uma técnica oriunda da psicanálise, mas que tem conquistado espaço nas ciências sociais. Inclusa no quadro das chamadas técnicas projetivas, é orientada pela teoria de que a estrutura psicológica do sujeito se torna consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação (COUTINHO, 2017). A evocação das palavras deve se dar a partir de um estímulo indutor. Desta forma, utilizou-se a seguinte instrução: “Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na ‘maternidade’”. Não houve limitação de tempo para a execução da tarefa. As respostas foram gravadas e anotadas pelo pesquisador.

A articulação destes instrumentos favoreceu a reflexão continuada acerca das múltiplas dimensões que envolvem a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

De posse da aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, entrou-se em contato com a instituição alvo a fim de apresentar o projeto e esclarecer quaisquer dúvidas. Com a anuência institucional, os terapeutas de referência da instituição foram acionados e tratados como informantes privilegiados (SANTOS, 2001). A cada profissional, foi solicitada a indicação de usuários que atendam as características necessárias para inserção na pesquisa. No entanto, não foram todos que atenderam a solicitação. Dos 14 (catorze) usuários apontados, apenas 02 (duas) atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Desta forma, tornou-se necessário a mudança de estratégia para alcançar o público-alvo.

Optou-se por abordar as possíveis participantes pessoalmente, conforme a sua frequência na instituição. Essa estratégia proporcionou a inserção de outras 04 (quatro) mulheres na pesquisa. A todas as participantes foi entregue uma carta-convite assinada pela própria pesquisadora, onde constava descrito os objetivos do estudo e como se almejava alcançá-los. Foi elucidada de que forma se daria a participação de cada uma e ressaltou-se a sua importância. Em anexo, seguiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido expondo os possíveis riscos e benefícios.

Todas as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade da participante. Duas optaram por realizar a entrevista no CAPS e quatro receberam a pesquisadora no domicílio. Em todas as ocasiões, houve a aplicação dos três os instrumentos descritos anteriormente. Todo conteúdo foi gravado e posteriormente transcrito.

As entrevistas ultrapassaram o tempo estipulado de 30 (trinta) minutos. A relato mais longo tem duração de 03 (três) horas e 20 (vinte) minutos. A cada contato, percebeu-se a necessidade de escuta das participantes e o quanto o relato sobre a história de vida foi considerado terapêutico.

A análise de dados foi efetuada através da preparação e descrição do material bruto, o recorte dos conteúdos, sua interpretação e a análise transversal (HIGHLEN; FINLEY, 1996). Ao seguir estes passos, os dados obtidos nesta pesquisa foram melhor aproveitados, facilitando a interpretação dos mesmos.

Preparar o material bruto significa organizar os dados obtidos através de etiquetas e títulos que identifiquem cada relato individual, além de preparar uma listagem de todo o material coletado seguindo um critério de ordenação (FERREIRA; MOURA, 2005). Esse processo de preparação permitiu a facilitação da análise dos dados. Descrever os dados é apresentá-los da forma mais fiel possível (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011), e no caso desta pesquisa, entendeu-se a descrição como transcrição fiel do material coletado.

O recorte dos conteúdos, de acordo com Ferreira e Moura (2005), proporciona uma melhor análise e, através da codificação dos dados, foi possível categorizar e fazer comparações entre as categorias e até mesmo dentro delas (intra e intercategoriais).

Após a preparação, descrição e recorte de conteúdo, fez-se necessário analisar e interpretar os dados. Analisar dados é, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2011), decompor os dados e relacionar as partes decompostas. A interpretação, ainda de acordo

com os autores, é buscar sentido nas falas para compreender ou explicar fatos ou teorias que vão além do descrito e analisado.

A análise dos dados relacionados no questionário sociodemográfico foi feita com o auxílio do software *Office Excel*. O uso deste dispositivo é comum em pesquisas qualitativas que buscam estabelecer relações e tendências na caracterização da amostra específica.

Para análise dos dados obtidos através dos instrumentos de associação livre de palavras e história de vida, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009). Para a autora, a análise de conteúdo, enquanto método, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta técnica favorece a identificação de padrões ou regularidades nos dados para e posterior organização dentro desses padrões. (LAVILLE; DIONE, 1999).

Segundo Bardin (2009), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. A primeira etapa consiste na escolha e organização dos documentos a serem submetidos à análise. Na etapa seguinte, parte-se para a junção dos conteúdos em unidades temáticas, sendo estas portadoras de sentido em relação ao material analisado e o objetivo da pesquisa. As unidades temáticas auxiliaram a definição das categorias analíticas. Este estudo se tratou de um modelo aberto, onde as categorias não foram pré-definidas e tomaram forma no curso da própria análise. Já na última etapa do processo, o pesquisador deverá se debruçar nas nuances de sentido que existe entre as categorias finais, visto que a significação de um conteúdo reside não só na especificidade de cada uma como também nas relações existentes entre si (LAVILLE; DIONE, 1999). No caso desta pesquisa, as diferentes fases visaram a análise da vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM) em 28 de outubro de 2018, com CAAE nº 99865218.4.0000.5020. Teve por base as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde.

A todos os voluntários foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e, para aqueles que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a

assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder. O documento discorre acerca dos riscos, benefícios e condições de participação

Considerou-se possível que acontecessem os seguintes desconfortos ou riscos: mobilização de afetos e emoções dolorosas. A pesquisa apresentou riscos que envolveram a fragilidade emocional ou desconforto por evocação de memórias, no entanto todas as participantes foram comunicadas sobre a possibilidade interromper a entrevista momentaneamente ou pedir para finalizá-la em qualquer momento. Caso a participante não se sentisse confortável para responder a qualquer pergunta, pôde escolher não a responder. Caso houvesse também um desejo seu de omitir alguma fala no decorrer da entrevista, o pesquisador assim o faria. No caso de qualquer dano material, ou de qualquer outra natureza, relacionado à pesquisa, a participante esteve isenta de qualquer tipo de reparação. No caso de qualquer tipo de dano relacionado ao participante da pesquisa, seja ele físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, o pesquisador garantiu a indenização a participante, com cobertura a qualquer dano imediato ou tardio.

Os benefícios esperados com o estudo foram: (a) dar voz aos sujeitos para que possam expressar suas opiniões, valores e dificuldades em relação as questões investigadas e obtenham assim uma oportunidade de elaboração emocional e ampliação de seu conhecimento; (b) contribuir com o avanço científico ampliando o conhecimento na área temática em causa, em nossa região, gerando publicações científicas de qualidade; (c) dar visibilidade ao problema social ligado às questões de saúde mental e saúde da mulher no Amazonas. No mais, os dados coletados geraram conhecimento que permitiram a formulação de diretrizes para melhoria dos serviços de saúde, podendo posteriormente ser utilizado no aprimoramento da qualidade de vida de outras pessoas, assim como do próprio participante.

Durante todo o período da pesquisa, as participantes tiveram o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador.

As informações dessa pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Não houve nenhuma despesa ocasionada pela pesquisa à voluntária participante. Ela pôde recusar a participar ou se retirar ao longo da coleta de dados sem que isso lhe causasse quaisquer danos em sua vinculação com o local da pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor aproveitamento dos dados coletados, optou-se por apresentar a análise do material no formato de artigo. Desta forma, foram produzidos 05 (cinco) artigos visando analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. São eles:

- 4.1. Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas
- 4.2. A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: uma revisão de literatura
- 4.3. Vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: um olhar psicossocial
- 4.4. A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico e a rede de cuidados em saúde mental
- 4.5. O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico: narrativas que guiam o cuidado

4.1. QUEM CUIDA DE MARIA? PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS¹

RESUMO:

A Constituição de 1988 foi de fundamental importância para fomentar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desde a sua promulgação, várias leis foram criadas no intuito de organizar todas as ações e serviços que a envolvam a saúde da população. Diante esse cenário, o presente artigo tem por objetivo discutir e refletir criticamente sobre os processos de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico segundo as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para tal, fez-se uso do método qualitativo de estudo de caso. Constatou-se que, mesmo com as conquistas e avanços no âmbito da saúde pública, ainda se encontra presente o desafio para o alcance da integralidade do sujeito e da intersectorialidade das ações de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde da Mulher; Integralidade; Produção de cuidados.

ABSTRACT

The 1988's Brazilian Constitution was of fundamental importance to nurture the Sistema Único de Saúde (SUS) in Brazil. Since it's proclamation, many laws were created with the purpose to organize every action and service that may envelop public health. In face of such scenery, this article aims to critically debate and ruminate the care procedure, under the tutelage of the public policies as determined by the Ministério da Saúde, of subjects who bear psychic tribulation. In said purpose, it has been applied the qualitative method of case study. It was found that, even with the achievements and advances in the scope of national public health, it still presents the challenge to reach the totality of the individual and the intersectionality of health actions.

Keywords: Mental Health; Woman's Health; Totality; Production of Care.

INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser “*direito de todos e dever do Estado*”, garantindo, assim, um sistema universal e gratuito para todos aqueles que necessitem de acompanhamento. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu por base de três princípios: (1) universalidade, assegurando a saúde a todos, sem quaisquer distinções; (2) integralidade, para que todo

¹ Artigo publicado em:

ROSSETI, D.M.G.S.R.; GUTIERREZ, D.M.D. Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas. *Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq/EDUA*. Ano 11, Vol XXI, Número 1, p. 288-301, 2018

usuário seja visto e acompanhado como um todo; (3) equidade, adequando o tratamento de acordo com a necessidade do usuário. Há, ainda, quatro diretrizes estratégicas para a sua organização, sendo elas: (a) descentralização, favorecendo a direção única em cada esfera do poder e permitindo, assim, um contato mais direto do usuário com o responsável pelo cuidado e sua gestão; (b) regionalização, na qual o poder público deve oferecer condições de acesso à saúde que se adequem a cada região; (c) hierarquização, orientando as ações e os serviços de saúde de acordo com diferentes níveis de complexidade; e (d) participação social, assegurando a participação da comunidade na gestão do sistema.

O SUS não atua de forma isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, uma vez que está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abarcam, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Contudo, se estabelece como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos (BRASIL, 2011).

Concomitante ao processo de reforma sanitária, que culminou com a criação do SUS, o Brasil foi palco de diversas críticas quanto ao cuidado e à prevalência do modelo asilar e custodial no trato de sujeitos diagnosticados com transtorno mental. Corroborando com o reconhecimento da cidadania defendida pelo novo modelo de saúde pública, iniciou-se um processo de reinvidicação pela cidadania do louco e o seu direito de existir em sociedade. Este momento ficou conhecido nacionalmente como reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Na esfera da saúde mental, destaca-se a promulgação da Lei 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001). A nova proposta visa a transformação do paradigma da assistência aos portadores de sofrimento psíquico e a participação de novos atores nos processos de cuidado. Neste novo contexto, a utilização do termo '*sofrimento psíquico*' se dá frente à valorização do sujeito e em detrimento do diagnóstico a ele associado. Assim, ao longo dos seus trinta anos de existência, o SUS alcançou significativos avanços. Percebe-se uma mudança de ideais a partir do contexto histórico brasileiro, favorecendo a criação de leis e diretrizes de cuidado comprometidos com a singularidade de cada população.

Desta forma, o presente artigo tem por objetivo discutir e refletir criticamente sobre os processos de cuidado de um sujeito em sofrimento psíquico segundo as políticas

públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para tal, será relatada a experiência de Maria (nome fictício), usuária do SUS e residente no município de Manaus-Amazonas.

Metodologicamente o estudo de caso nos possibilita visualizar a particularidade e a complexidade de um caso singular através das diversas relações que o compõem. Segundo André (2005), essa forma de investigação se presta a indagar problemas práticos, questões emergentes no dia-a-dia, englobando e retratando as interações entre suas variáveis ao longo do tempo. No campo da saúde, a utilização deste método destina-se a levantar informações ou hipóteses visando futuras intervenções.

A HISTÓRIA DE MARIA

Maria é uma mulher negra, residente na cidade de Manaus no Amazonas, sem profissão fixa, diagnosticada com esquizofrenia e grávida. Moradora da área de abrangência, iniciou seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) que estava sendo campo de pesquisa em saúde mental. Por conta de dificuldades relacionadas à doença, o acompanhamento pré-natal se deu de forma irregular. Antes de completar os nove meses de gestação, entrou em trabalho de parto.

Por ser sua referência em saúde, Maria dirigiu-se para a UBS às 5h da manhã. A unidade ainda estava fechada e o primeiro funcionário a chegar, às 6h da manhã, se deparou com a mulher dando à luz na calçada. O funcionário acionou o SAMU, que chegou quando a criança já estava nos braços da mãe. Maria não entendia por que deveria subir naquele carro branco, pois o seu médico já estava presente. Após muito diálogo, aceitou seguir com os paramédicos para a maternidade, onde uma equipe aguardava mãe e filho para prestarem os devidos cuidados. Poucas semanas depois, soube-se pela agente de saúde que a criança não havia resistido.

Passados alguns meses sem notícias de Maria, ela apareceu na UBS. Para a equipe de saúde, a usuária relatou que procurou a unidade em busca de informações a respeito da mulher que havia dado à luz em frente à instituição. Afirmou, também, que sentia uma conexão muito grande com aquela mulher e preocupava-se em saber se estava tudo bem com mãe e bebê.

A experiência da maternidade e do luto mostraram-se tão intensas que Maria precisou dissociar-se delas. A dissociação resultou em um vazio e, então, a mesma sentiu a necessidade de sair em busca de si. Quem seria capaz de auxiliar Maria na sua busca?

Maria é um sujeito singular, mas que carrega consigo um pluralismo de vozes. Destaca-se, aqui, a voz da mulher, da mãe, da pessoa em sofrimento psíquico e da usuária do SUS. Nesse campo multifacetado, quem cuida de Maria?

O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira era composta, em 2010, por 97.342.162 mulheres (51,03%) e 93.390.532 homens (48,97%). Em Manaus, capital do Amazonas, o público feminino correspondia a 922.632 habitantes, totalizando 51,18% da sua população total. Além da prevalência em termos populacionais, as mulheres são as principais usuárias do SUS.

A saúde e a doença estão fortemente relacionadas e compõem um processo que resulta da atuação de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos (OMS, 2005). Sendo assim, infere-se que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. Considerando desigualdades de poder entre homens e mulheres construídas ao longo da história, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, uma vez que impactam nas condições de saúde da mulher (ARAÚJO, 1998).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher numa sociedade (BRASIL, 2004). O primeiro aspecto da mulher incorporado pelas políticas públicas nacionais de saúde foi papel da maternidade e as demandas relativas à gravidez e ao parto. Com o passar do tempo, deu-se visibilidade à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres dentro e fora de casa enquanto processos produtores de sofrimento, adoecimento e até mesmo de morte (OPAS, 2000; BRASIL, 2004). A soma destes fatores deu à política de atenção à saúde da mulher uma nova cara.

Tendo em vista o alto índice populacional, a saúde da mulher passou a ser prioridade para o governo. O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O documento reflete o compromisso público com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Desta forma, abraça a perspectiva de gênero e utiliza os conceitos de

integralidade, equidade e promoção da saúde como princípios norteadores para os processos de cuidado (BRASIL, 2004b).

A política nacional dedica um capítulo inteiro para apontar dados e traçar considerações acerca do diagnóstico da situação de saúde da mulher. Nele, destaca-se os altos índices de mortalidade materna e a precariedade da atenção obstétrica. Os estudos relacionados evidenciam que a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde pública.

O mesmo capítulo destina, também, um espaço para tratar as questões relacionadas à saúde mental do público feminino. *“Trabalhar a saúde mental sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem”* (BRASIL, 2004b, p. 44). Assim, aspectos como classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual agravam a situação de desigualdade, limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental das mulheres.

As ações e serviços voltados à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais, sendo esta condição básica para a configuração de redes de atenção à saúde. Nesse contexto, as práticas integrais de saúde

[...] deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento da clientela (BRASIL, 2004b, p. 64 e 65).

Anualmente, mais de 2.000 (duas mil) mulheres e mais de 38.000 (trinta e oito mil) recém-nascidos morrem, no Brasil, por complicações da gravidez, do aborto ou do parto (SIM, 2010). A Equipe Técnica das Ações em Saúde da Mulher do município de Manaus avalia e monitora ações de saúde que concorrem para garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas evitáveis de forma integrada nos diversos níveis do sistema. O Pacto pela Redução da Mortalidade e Neonatal (BRASIL, 2004b) definiu quatro ações estratégicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres, sendo elas: (i) Planejamento Familiar; (ii) Pré-natal, Parto e Puerpério; (iii) Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama; e (iv)

Violência Contra Mulher (AMAZONAS, 2018). Devido à leitura da história de Maria, optou-se por dar ênfase nesse escrito para as ações relacionadas ao eixo correspondente ao pré-natal, parto e puerpério.

O Pré-Natal assegura uma gestação saudável e um parto seguro. A gestante tem direito a fazer, pelo menos, sete consultas durante toda a gravidez. Durante as consultas, a equipe de saúde deve orientar sobre gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o bebê. Também é possível obter informações sobre sexualidade, nutrição e cuidados com a saúde no período da gestação e preparação para amamentação. As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela oferta deste serviço (BRASIL, 2000).

Considerado uma urgência, o atendimento ao parto não pode ser recusado em nenhum hospital ou maternidade. Caso haja a impossibilidade do atendimento, a equipe de saúde deve realizar a avaliação da parturiente e providenciar a transferência para outro local. Manaus dispõe de sete maternidades públicas, distribuídas pelas diversas zonas da cidade, sendo todas com funcionamento de 24h. Além da assistência ao parto, as maternidades atuam na atenção compartilhada às mulheres que realizam o pré-natal de risco. O pré-natal de risco ocorre segundo três condições: (i) para mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; (ii) aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e; (iii) aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e a para o bebê (IDEM, 2000).

Na assistência ao puerpério, o cuidado se torna compartilhado entre a atenção básica, a média e a alta complexidade, sendo a atenção básica responsável pela coordenação do cuidado, reforçando o caráter de transversalidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (IBIDEM, 2000).

No período de 2011 a 2016, o Amazonas registrou 337 mortes durante a gravidez, parto e puerpério², ocupando a 11ª posição no ranking das capitais nacionais. Dentre o quantitativo estadual, chama-se atenção para os dados referentes à capital do estado, Manaus, que notificou 162 óbitos, totalizando 48,97% da amostra. Os números locais oscilam entre 23 mulheres (14,19%) falecidas em 2011, 42 mulheres (25,92%) em 2014 e 27 mulheres (16,66%) em 2016.

O acompanhamento do pré-natal é visto como a principal estratégia para promover saúde e evitar o número de óbitos materno e neonatal. Em um período semelhante ao

² Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos maternos por Ano segundo no período da gravidez, parto e puerpério no Amazonas. Último acesso em: 28/06/2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10am.def>.

anterior, 2010 a 2015, o Amazonas registrou um total 1.470.537 consultas pré-natal. Apenas 16% desse total corresponde ao quantitativo de consultas realizadas em Manaus.

Mesmo com todo incentivo público e aparato tecnológico, ainda não foi possível reduzir o índice de óbitos maternos e tampouco alcançar a cobertura mínima de consultas de pré-natal no município de Manaus. Por ser composto, em sua territorialidade, por 62 municípios, os dados referentes à capital são alarmantes e denotam a necessidade de maior incentivo na assistência à saúde da mulher.

O CUIDADO À SAÚDE MENTAL

A percepção do louco enquanto um indivíduo fora do padrão atravessou os séculos XVIII, XIX e XX. A extensa discussão científica acerca dos conceitos de normal e patológico mantiveram o cuidado em saúde mental centralizado na doença e na figura do médico. Assim, os indivíduos acometidos por transtorno mental eram direcionados para o tratamento em instituições hospitalares especializadas (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o modelo hospitalocêntrico foi caracterizado pela priorização da medicalização e por longas internações. Durante as décadas de 1970 e 1980, este modelo passou a receber duras críticas quanto à sua eficácia e considerações humanitárias e éticas. Assim, deu-se início ao movimento de reforma psiquiátrica, onde deveria se pensar novas possibilidades de atuação capazes de romper com o paradigma da clínica tradicional e reconhecer a cidadania desses sujeitos (SUNDFELD, 2010).

Atento ao cenário nacional, foi apresentado o projeto de lei nº 3.657/89 que propunha o redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental para serviços extra-hospitalares. Após mais de dez anos, a Câmara dos Deputados aprovou a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que institui a Política Nacional de Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

Composta por treze artigos, a lei “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (BRASIL, 2001 p.1). Mesmo trazendo uma interpretação ambígua quanto a utilização/funcionamento dos hospitais psiquiátricos, a lei é objetiva ao afirmar que “*a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*” (IDEM, p.3). Desta forma, institui-se a responsabilidade do Estado quanto ao desenvolvimento de políticas públicas

comprometidas com assistência integral, a promoção de ações de saúde e a participação da família e da sociedade no cuidado ao doente.

Criado pela Portaria GM 224/92 e regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram o SUS e constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004a, p.9).

A fim de melhor articular as ações em saúde mental dentro da rede de atenção à saúde, a Política Nacional de Saúde Mental optou pela consolidação de um modelo aberto e de base comunitária. Assim, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por 7 componentes: (I) Atenção Básica em Saúde; (II) Atenção Psicossocial Especializada; (III) Atenção de Urgência e Emergência; (IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (V) Atenção Hospitalar; (VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e (VI) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Assembleia Legislativa do Estado Do Amazonas aprovou, em 11 de novembro de 2007, a Lei nº 3.177, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico. Corroborando com a lei nacional, a legislação amazonense prevê internação psiquiátrica mediante indicação médica. No entanto, proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e similares, seja de caráter público ou privado. Afirma, ainda, que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, serviço de saúde local que atende nesse modelo, deverá ser desativado progressivamente, observada a implantação da rede de atenção à saúde mental.

Em entrevista cedida à rede local de jornalismo em dezembro de 2017, o diretor regional Norte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) verbaliza que o Amazonas tem a política de saúde mental mais atrasada de todo o país. No primeiro semestre de 2018, encontramos o seguinte cenário:

- a) O Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), instituição de referência para todas as questões de saúde mental desde a sua criação, encerrou as atividades

no ano de 2014. O fechamento das suas portas foi considerado um marco para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no estado.

- b) O CPER atua, hoje, no atendimento de urgência e emergência psiquiátrica. O ambulatório que ali existia foi desmembrado e redirecionado para cinco Policlínicas do Estado e os internos da instituição foram realocados em Residências Terapêuticas.
- c) O primeiro CAPS foi inaugurado no município de Parintins, no ano de 2006. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Amazonas conta com vinte e quatro CAPS espalhados pelo seu território³.
- d) Dos vinte e quatro CAPS, quatro estão localizados no município de Manaus, sendo dois CAPS's III, um CAPSad e um CAPSi.
- e) A destinação de 10% do quantitativo total de leitos dos hospitais gerais para saúde mental, conforme prevista em lei, ainda não foi instituída.

A inserção da Atenção Básica no processo de cuidado de usuários em sofrimento psíquico abre espaço para a consolidação de ações de base comunitária. Neste cenário, as equipes multiprofissionais de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são personagens fundamentais no cuidado em saúde mental. Contudo, a ESF não abrange todo o território de Manaus. Apenas 31,5% da população está coberta pelas ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017)⁴. Consta na mesma fonte que, dos vinte e cinco Nasf-AB credenciados pela capital, três foram implantados e todos estão localizados na zona leste do município.

A articulação da rede de atenção psicossocial no Amazonas ainda se encontra em processo de construção. O trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais, favorecer a superação da fragmentação do conhecimento e produzir expressivos efeitos na saúde da comunidade.

No campo da Saúde Mental, a articulação em rede é fundamental para descentralizar o hospital psiquiátrico como principal instituição responsável

³ Fonte: SAGE. Ministério da Saúde. Último acesso em 01/02/2018. Disponível em http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&.

⁴ Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Histórico de Cobertura da Saúde da Família do município de Manaus no período de janeiro a dezembro de 2017. Último acesso em 01/02/2018. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

pela totalidade do cuidado (ZAMBENEDETTI; SILVA apud LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013, p. 1179)

A perspectiva territorial também favorece a transformação do ambiente e das relações que o permeiam, abrindo espaço para a interdisciplinaridade no cuidado. Tira-se o foco das ações médico-assistenciais e a equipe multiprofissional passa a ser responsável pelo cuidado, favorecendo a longitudinalidade preconizada pelo SUS e articulação com os outros pontos de atenção da rede, de forma a obter maior resolutividade das intervenções em saúde.

Como se pode ver a implementação de políticas de cuidado em saúde mental, no município e no estado, que estejam alinhadas com o novo modelo proposto na reforma psiquiátrica se encontra de fato muito aquém do necessário. Essa lentidão tem evidenciado a falta de vontade política do Estado em decisões importantes para o cuidado da saúde pública, tal como acontece também em outros espaços do setor saúde como a prevenção, saneamento e promoção de saúde.

O CUIDADO NO SUS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS

Frente as diferentes políticas de atenção discutidas anteriormente, retomamos à pergunta inicial: quem cuida de Maria?

No campo teórico, a resposta parece um tanto simples de ser alcançada. Todos cuidam de Maria. O Sistema Único de Saúde se preocupou em construir políticas públicas transversais, comprometidas com todos os aspectos relacionados ao completo bem-estar do seu povo e a corresponsabilidade dos agentes de saúde. Assim, os profissionais de saúde responsáveis pela concretização das práticas preconizadas devem estar preparados para atender toda e qualquer necessidade de saúde, atentando para as limitações tecnológicas e o compartilhamento do cuidado com outros setores governamentais.

No entanto, no campo das práticas em saúde, o Amazonas tem o desafio de superar do modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, uma vez que a mesma ainda é vista de forma segmentada. O sistema de saúde estadual deve ser capaz de propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional para que possam intervir positivamente nessa realidade.

O enraizamento do conceito ampliado de saúde nas políticas públicas prevê uma assistência à saúde com ênfase no sujeito e não na doença. Desta forma, a transferência de responsabilidade conforme a especialização em saúde se torna infundada. Maria não deve ocupar apenas os CAPS ou os ambulatórios de saúde mental. Maria deve se fazer presente em todos os níveis de cuidado, uma vez que, por trás do diagnóstico de sofrimento psíquico, encontra-se a mulher que gestou e perdeu um filho recém-nascido.

Assim, conclui-se que o cuidado no SUS deve acontecer a partir do encontro entre o profissional de saúde e o usuário e na relação constituída pelos mesmos. O reconhecimento das potencialidades do sujeito (e não da doença) tem a força do movimento de representar a vida que produz vida. Produzir saúde também é produzir vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da cidadania da mulher e da cidadania do louco faz da saúde um campo heterogêneo que abarca não só os conceitos clínicos, como também os políticos, sociais e culturais, abrindo espaço para a inserção de novos e diferentes atores no processo de cuidado.

Percebe-se que, mesmo com as conquistas e avanços no âmbito da saúde pública, ainda se encontra presente o desafio para o alcance da integralidade e da intersetorialidade das ações de saúde. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões. Assim, humanização e a qualidade da atenção à saúde tornam-se aspectos indissociáveis.

No caso da mulher em sofrimento psíquico há um adensamento de vulnerabilidades que se conjugam para compor um quadro favorável à constituição de estatísticas de exclusão e morte em taxas expressivas. Afinal a pobreza, exclusão social e adoecimento psíquico tem sexo, classe e raça em nosso país. E nesse cenário quem realmente cuida de Maria?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMAZONAS. **A política de saúde mental no Amazonas é a mais atrasada.** Jornal Acrítica, 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/politica-da-saude-mental-do-estado-do-amazonas-e-atrasada-e-fecha-leitos-para-pacientes>

_____. **Lei nº 3.177 de 11 de outubro de 2007.** 2007. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/sapl_documentos/norma_juridica/7632_texto_integral

_____. **Secretaria Municipal de Manaus. Saúde da Mulher.** Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/programas-de-saude/saude-da-mulher/>

ANDRÉ, M.E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional.** Brasília: Liberlivros, 2005.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. *In: Seminár women's and health mains-treaming the gender perspective into the health sector*, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.

BRASIL. **Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração:** Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Constituição Federal.** 1988

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>

_____. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental.** 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

_____. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1167-1187, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atas oficiais da OMS, nº2**. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001**. [S.l.], [2000]

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – SIM. **Mortalidade materna e neonatal no Brasil em 2010**. 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99, jan.-abr. 2002.

4.2. A MATERNIDADE DE MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA⁵

RESUMO:

A mudança de paradigmas dentro da ciência fez surgir, na saúde mental, a reforma do pensamento reducionista da psiquiatria tradicional. A reforma psiquiátrica propõe a árdua tarefa de mudar o foco das ações e serviços em saúde da doença para a sujeito. Após dezessete anos da reformulação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, ainda não foi possível concretizar a atenção integral dos sujeitos em sofrimento psíquico. Quando o assunto é a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, parece que ainda caminhamos a passos lentos. Desta forma, este estudo teve por objetivo analisar a produção literária nacional e internacional acerca da experiência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Para tal, foi realizada a revisão da literatura existente com os descritores 'saúde mental' e 'maternidade' correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Tendo em vista a restrição de títulos em língua portuguesa, buscou-se nos bancos de dados internacionais associados à plataforma produções com base no descritor 'mental health' correlacionado com descritores 'mothering' e 'parenting'. A análise das produções encontradas evidenciou a escassez de pesquisas que dialoguem acerca das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Tal achado corrobora a percepção da realidade atual brasileira: a assistência integral da mulher em sofrimento psíquico está longe de ser efetivada. O reconhecimento dessa vivência é condição necessária para a execução dos serviços de saúde mental em consonância com os princípios de equidade e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

Palavras-chave: Saúde mental. Saúde da mulher. Produção de cuidados.

ABSTRACT:

The paradigm shift within science brought, in mental health, reform of the reductionist thinking in traditional psychiatry. The Psychiatric Reform proposes the arduous task of changing the focus of health actions and services from the disease to the individual it predicates. Seventeen years after the reformulation in Brazilian National Mental Health Policy, however, it is still hasn't been possible to materialize the integral attention on the individuals in psychological suffering. When it comes to the maternity of women in psychic distress, it seems any advancement is still on baby steps. In order to assess the theoretical production on the subject, it has been done a review of the existent literature using the descriptors 'mental health' and 'maternity' correlated in the databases of the Virtual Health Library (VHL). Given the scarcity of titles in the Portuguese language, international databases were researched for productions based on the descriptor 'mental health' correlated with descriptors 'mothering' and 'parenting'. Analysis of the productions

⁵ Texto completo publicado nos anais do V Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde, V Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, realizado na Universidade do Algarve (Faro, Portugal), de 9 a 11 de maio de 2019.

found has produced evidence of the paucity in researches that discuss the experiences of the maternity of women in psychological distress. This finding corroborates the perception of the current Brazilian reality: comprehensive health care for this specific population is far from effective. The recognition of this experience constitutes a required condition for the execution of mental health services in accordance with the principles of equity and integrality advocated by the Unified Health System. Thus, it is essential that health services contemplate these women well beyond the state of disease carriers.

Keywords: Mental health. Women's health. Production of care.

INTRODUÇÃO

A história da sociedade moderna é uma história de rupturas. Assim como tanto outros grupos, os loucos lutam para romper com ideais separatistas construídos pela ciência e perpetuados pela cultura. Talvez aqui caiba uma correção: os loucos, indivíduos despidos de razão, historicamente não tinham como ser ouvidos ou fazer de si instrumentos de luta. Cientistas e profissionais de saúde atuantes na área passaram a questionar os critérios de normalidade e os reais efeitos da medicalização excessiva enquanto instrumento de cura dos indivíduos, embora essa promovesse intensa exclusão social (CANGUILHEM, 2015; AMARANTE, 2007).

A ênfase dada sobre a doença ao invés do sujeito, e o sistema terapêutico baseado na hospitalização, fez nascer o paradigma psiquiátrico tradicional. A bem da verdade, não podemos negar que este modelo produziu um saber original sobre as doenças. No entanto, Amarante (2007) chama a atenção para o fato de esse saber referir-se a uma doença institucionalizada, ou seja, uma doença modificada pela ação prévia da instituição. Almejava-se a doença em estado puro, mas, ao fim, tinha-se uma doença produzida e transformada pela própria intervenção médica.

Ao longo do século XX, o sistema adotado pelo paradigma psiquiátrico sofreu duras críticas. Em 1964, Basaglia, psiquiatra e diretor de hospital psiquiátrico rouba a cena ao apresentar *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*. A narrativa é uma denúncia da exclusão social representada pela internação psiquiátrica e da violência que as técnicas científicas exercem sobre os pacientes. O interesse de Basaglia recai sobre a emancipação dos sujeitos e a utilização da linguagem como instrumento de mediação para o reconhecimento do mundo vivido e apresentado na negociação terapêutica. Dar voz aos loucos permite o retorno à condição

de cidadania (BASAGLIA, 2005). Nasce, então um novo paradigma: a reforma psiquiátrica.

Como alternativa à institucionalização, Basaglia põe em prática o modelo de Comunidades Terapêuticas. A proposta transforma os pacientes em sujeitos e reconhece que as relações humanas devem ser democraticamente fundadas, favorecendo a aquisição da autonomia e a autorrealização. Os procedimentos terapêuticos empregados implicavam na liberdade de comunicação, na democratização dos papéis sociais e a construção de uma comunidade de intenções e objetivos (BASAGLIA, 1985).

A queda das fronteiras físicas, representada pelos muros hospitalares, implica na desconstrução de fronteiras simbolicamente estruturadas. Assim, propõe-se a criação de condições para a produção de outras abordagens cunhadas a partir da complexidade dos fenômenos inerentes ao ser humano e que possam colocar a doença mental entre parentes. Colocar a doença entre parênteses não significa negar a sua existência, mas sim romper com a característica de objeto imposta ao sujeito e a sua experiência pelo positivismo da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a reforma psiquiátrica caminhou de mãos dadas com a reforma sanitária. A população brasileira presenciou, na década de 1980, um embate sociopolítico em prol do direito à saúde. No campo da saúde mental, oficialmente, as conquistas foram duas: (1) racionalização, humanização e moralização das instituições psiquiátricas; e (2) criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, essas estratégias não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento e tampouco êxito na mudança da hegemonia hospitalar (TENÓRIO, 2009).

A reforma ganhou força com a incorporação do protagonismo de usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais, que se mostravam insatisfeitos com a prevalência nociva do modelo hospitalar/asilar. Assim, assistiu-se ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidados em saúde mental, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Somado a estas conquistas, o Ministério da Saúde passa a incentivar a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e reestrutura a assistência à saúde mental segundo o modelo de redes de atenção (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; TENÓRIO, 2009).

A perspectiva da atuação em redes de atenção traz consigo a ação segundo os princípios de integralidade, intersetorialidade e corresponsabilidade. Isto é, o indivíduo que procura o serviço de saúde deve ser visto em todos os seus aspectos de vida, e não

somente a doença, e, por isso, as estratégias de intervenção devem perpassar todos os setores sociais – e não somente o setor da saúde mental – e todos os atores envolvidos no processo devem estar efetivamente comprometidos com as melhorias de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2004; AMARANTE, 2007).

Esta nova abordagem, comprometida com o paradigma da reforma psiquiátrica, visa romper com a construção da doença mental enquanto condição única do sujeito e que, por consequência, torna os profissionais “psi” como os únicos responsáveis pelo tratamento.

A questão que ainda permeia este novo campo paradigmático é: estariam os profissionais de saúde inseridos na rede conseguindo colocar a doença mental entre parênteses? Estariam eles utilizando do diálogo como instrumento de acesso às singularidades do mundo vivido pelo sujeito em sofrimento psíquico? Helman (2009), crítica representante da antropologia médica, aponta que a sociedade ocidental ainda não conseguiu alcançar a sua autonomia profissional no que diz respeito à olhar para o *sujeito* e, por tal motivo, termina por repetir as mesmas práticas reducionistas. A primazia de um modelo universal de saúde objetivista e reducionista descontextualiza o sujeito e o torna incompreendido.

A utilização do termo *sujeito em sofrimento psíquico* não é ao acaso. A legislação brasileira utiliza a expressão “portador de transtorno mental”. Todavia, Paulo Amarante (2007) defende que se trata de uma expressão que atribui ao sujeito um caráter de inseparabilidade entre si e o transtorno mental, tornando-o um fardo da personalidade. Como alternativa, sugere a utilização do termo *sujeito em sofrimento psíquico*, “*pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar num sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito*” (AMARANTE, 2007, p.68).

Uma vez rotulados como portadores de transtorno mental, os indivíduos estão sujeitos a uma série de estigmas culturais que direcionam o papel social a ser desempenhado, aprendendo comportamentos que favoreçam a comunicação entre seus pares. Assim, passam a depender da sociedade em geral para serem “desrotulados” e dispensados do papel de doente (HELMAN, 2009).

Nesse sentido, como se dão as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico? Como os serviços de saúde estão organizados para atender as demandas desse público? Este estudo teve por objetivo analisar a produção literária

nacional e internacional acerca da experiência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

Optou-se por uma pesquisa bibliográfica em forma de revisão de literatura, visando explorar a produção teórica sobre a temática da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Segundo Sampaio e Mancini (2007, p.1), “este tipo de estudo serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área”. A revisão de literatura tem se mostrado uma ferramenta bastante difundida no campo da saúde, visto que produzem evidências sobre a eficácia e os efeitos de intervenções.

Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento com os descritores ‘saúde mental’ e ‘maternidade’ correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME). Como resultado, obteve-se o quantitativo de 5.747 (cinco mil setecentos e quarenta e sete) produções. Aplicado o filtro de texto completo disponível e publicação nos últimos cinco anos (2017-2013), reduzimos o total para o total de 1.186 (um mil cento e oitenta e seis). Tendo em vista o caráter histórico e cultural que implica o tema e com o intuito de conhecer a produção nacional, resolveu-se aplicar o filtro de “produções brasileiras”. Ao fim, foram contabilizados 37 (trinta e sete) produções, sendo todos artigos resultantes de pesquisas. Utilizou-se, ainda, os descritores ‘transtorno mental’ e ‘maternidade’ correlacionados e os mesmos filtros já listados. Obteve-se um total de 7 (sete) artigos, estando todos contidos na pesquisa anterior. Após a leitura do material coletado, evidenciou-se a presença de 4 (quatro) que lidavam com a concepção do transtorno mental / sofrimento psíquico durante a maternidade.

Reconheceu-se que a preferência por produções brasileiras limitou o mapeamento de estudos internacionais a respeito das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Desta forma, ampliou-se o campo de busca para produções de língua inglesa. Foram utilizados os descritores ‘mental health’ e ‘mothering’. A priori, foram listados 330 (trezentos e trinta) produções. Ao aplicar o filtro de “publicações nos últimos cinco anos”, obteve-se um quantitativo de 106 artigos completos. Tendo como norte o objetivo, definiu-se que seriam incluídas neste estudo as pesquisas relacionadas à experiência de mulheres diagnosticadas com transtorno mental e, ao fim, foi possível obter, 3 (três) artigos.

Utilizou-se, adicionalmente, os descritores ‘mental health’ e ‘parenting’ a fim de abarcar a literatura que discorra acerca da vivência da parentalidade quando um dos membros é diagnosticado com transtorno mental. Como resultado, foram encontrados 9.214 (nove mil duzentos e catorze) artigos completos. Ao selecionar os artigos publicados nos últimos cinco anos, o quantitativo reduziu para 3.293 (três mil duzentos e noventa e três) produções. Decidiu-se aqui aplicar como filtro a “presença de transtorno mental”, reduzindo a número para 159 (cento e cinquenta e nove). Após aplicar o critério de inclusão já descrito e excluindo aqueles que já haviam sido listados anteriormente, finalizamos com 22 (vinte e dois) artigos.

Somando o quantitativo obtido nas três etapas de pesquisa na BVS, foram selecionados um total de 29 (vinte e nove) artigos a serem analisados. Após leitura minuciosa e fichamento de ideias centrais, os artigos foram agrupados por similaridade, resultando na formação de três dimensões temáticas.

RESULTADOS

As tabelas a seguir apresentam os artigos que foram selecionados e analisados, segundo o periódico e o ano de publicação. O Quadro 1 enumera as produções nacionais enquanto o Quadro 2 lista as produções internacionais.

Quadro 1. Publicações nacionais relacionadas ao sofrimento psíquico e a maternidade segundo periódico e ano

Publicação	Autores	Periódico	Ano
1. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave	Carneiro et al.	Revista de Psicologia	2014
2. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto	Arrais et al.	Saúde Sociedade	2014
3. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres	Langaro e Pretto	Fractal: Revista de Psicologia	2015
4. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil	Henriques et al.	Cad. Saúde Pública	2015

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde – BVS

Quadro 2. Publicações internacionais relacionadas aos descritores ‘mental health’, ‘mothering’ e ‘parenting’ segundo periódico, ano e país de origem.

Publicação	Autores	Periódico	Ano	País
5. Mental health services for parents affected by mental illness	Krumm, Becker e Wiegand-Grefe	Wolters Kluwer Health	2013	Alemanha
6. Motherhood in Women with Serious Mental Illness	Benders-Hadi, Barber e Alexander	Psychiatr Q	2013	Estados Unidos

Continuação

Publicação	Autores	Periódico	Ano	País
7. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness	Dolman, Jones e Howard	Arch Womens Ment Health	2013	Reino Unido
8. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness	Butler et al.	Arch Womens Ment Health	2014	Reino Unido
9. Assertive Community Treatment for Parents With Serious Mental Illnesses: A Comparison of “Parent-Sensitive” Assertive Community Treatment Teams Versus Other Teams	White et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
10. Context and Opportunity: Multiple Perspectives on Parenting by Women With a Severe Mental Illness	Barrow et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
11. Outcomes of Programs Serving Mothers With Psychiatric Disabilities and Their Young Children: A Multisite Case File Abstraction Study	Cook, Steigman e Jonikas	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
12. Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery	Bonfils et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
13. Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes	White, McGrew & Salyers	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Estados Unidos
14. Availability of Services for Parents Living With Mental Disorders: A Province-Wide Survey	Hilton e Turan	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Canadá
15. For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to “Have It All” at Work and at Home	Nicholson	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Líbano
16. Recovery in a Family Context: Experiences of Mothers With Serious Mental Illnesses	Carpenter-Song et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Líbano
17. “It’s Not That Straightforward”: When Family Support Is Challenging for Mothers Living With Mental Illness	Perera e Short	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Austrália
18. Parenting and Psychiatric Rehabilitation: Can Parents With Severe Mental Illness Benefit From a New Approach?	van der Ende et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Holanda
19. Preventive Family Service Coordination for Parents With a Mental Illness in the Netherlands	Wansink et al.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2014	Holanda

Continuação

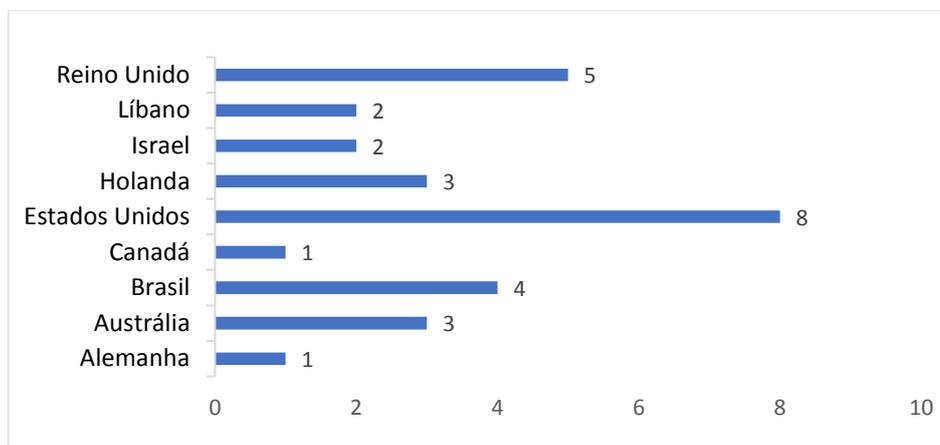
Publicação	Autores	Periódico	Ano	País
20. An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3–10)	Jones et al.	BMC Psychiatry	2015	Reino Unido
21. Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care	Parrot, Macinnes e Parrott	Criminal Behaviour and Mental Health	2015	Reino Unido
22. Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness	Shor et al.	Community Ment Health	2015	Israel
23. Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial	Ormsby et al.	Trials	2016	Austrália
24. Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services	Suchman et al.	Attachment & Human Development	2016	Estados Unidos
25. Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014	Stambaugh et al.	Annals of Epidemiology	2016	Estados Unidos
26. An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation	Isobel, Meehan e Pretty	Archives of Psychiatric Nursing	2016	Austrália
27. Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services	Jones et al.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2016	Reino Unido
28. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness	van der Ende et al.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2016	Holanda
29. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness	Ordan et al.	Wiley Journal of Clinical Nursing	2017	Israel

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS

As tabelas acima foram traduzidas em figuras apresentados na sequência. No Gráfico 1, as publicações sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo o país de origem podem ser observadas. Aqui, é possível perceber a escassez de produção teórica sobre o tema, sobretudo em periódicos editados no Brasil. Dos nove

países apontados, os que apresentam o maior número de pesquisas na área são os Estados Unidos (8 artigos), seguido pelo Reino Unido (5 artigos) e pelo Brasil (4 artigos).

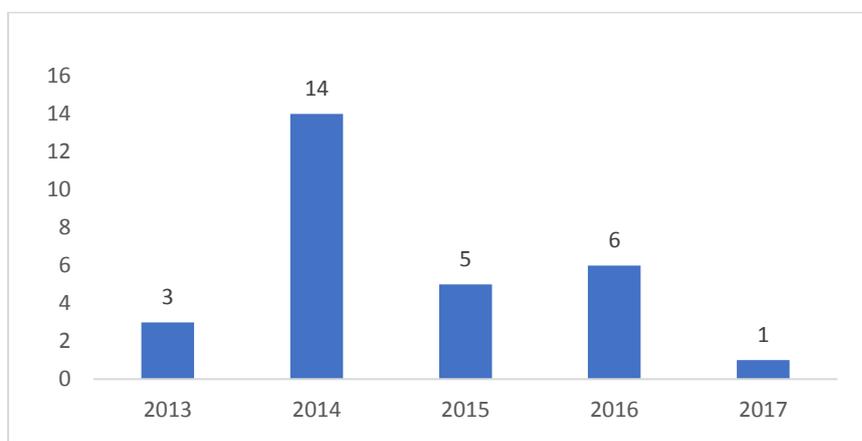
Gráfico 1: Produção sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo o país de origem.



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Abaixo, no Gráfico 2, podemos ver a sequência temporal de produções. Nele encontramos que a maioria dos estudos foi publicado em 2014. Neste ano, o periódico *Psychiatric Rehabilitation Journal* reuniu pesquisas oriundas de cinco países diferentes (Estados Unidos, Canadá, Líbano, Austrália e Holanda) que descreveram metodologias aplicadas no período de 2012-2013. No Brasil, a *Revista de Psicologia* e a *Saúde Sociedade* apresentaram, cada uma, uma pesquisa na área. Apesar do destaque no período assinalado, os anos subsequentes apontam para uma queda na produção teórica acerca da temática analisada.

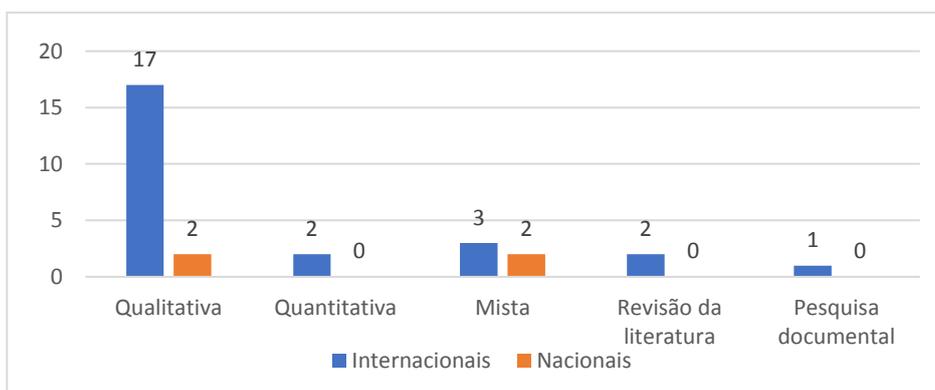
Gráfico 2: Produção nacional e internacional sobre a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, segundo ano de publicação.



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Evidenciou-se que as produções selecionadas tenderam a realizar estudos de abordagem qualitativa (Gráfico 3). As produções nacionais contaram com dois artigos de metodologia qualitativa e dois com metodologia mista (qualitativa e quantitativa). Por se tratar de um tema que envolve a subjetividade humana, a abordagem qualitativa é a que melhor atende à natureza do fenômeno investigado, uma vez que esta tem como enfoque principal a análise, a interpretação e a compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade. É possível afirmar, ainda, que o estudo qualitativo proporciona a visualização de um quadro rico em dados descritivos, permitindo a contextualização da realidade, abrangendo os aspectos a serem pesquisados e cumprindo os objetivos propostos (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Gráfico 3: Produções acerca da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico segundo a metodologia proposta.



Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Percebeu-se que a maior parte da literatura encontrada se destina a estudos que discutem relações de gênero no cuidado para com crianças/adolescentes usuários de saúde mental, gravidez na adolescência, aborto, amamentação, o uso de substâncias químicas durante a gestação, mães soropositivas, cuidados na gestão e impactos do desenvolvimento infanto-juvenil de filhos que convivem com pais com transtorno mental. Compreende-se a importância dos temas em questão, no entanto, esse material não foi selecionado para análise por não ter ligação direta com o tema de interesse.

A partir da leitura minuciosa e análise de ideias centrais, os artigos foram agrupados por similaridade, resultando na formação de três Dimensões Temáticas (DT), sendo elas: DT1) Experiências da maternidade; DT2) Estratégias e serviços de apoio parental; e DT3) Evidências e achados epidemiológicos. A tabela 3 ilustra o panorama

geral dos resultados, relacionando as dimensões temáticas e as publicações que a compõem.

Quadro 3. Panorama dos resultados encontrados de acordo com os estudos identificados e a dimensão temática a qual pertencem

Dimensão Temática (DT)	Publicações
DT1) Experiências da maternidade	Carneiro, Aquino e Jucá (2014); Langaro e Pretto (2015);); Krumm, Becker e Wiegand-Grefe (2013); Benders-Hadi, Barber e Alexander. (2013); Dolman, Jones e Howard (2013); Barrow et al. (2014); Bonfils et al. (2014); Carpenter-Song et al. (2014); Perera e Short (2014); Parrot, Macinnes e Parrott (2015); Shor et al. (2015); Jones et al. (2016); van der Ende et al. (2016).
DT2) Estratégias e serviços de apoio parental	Arrais, Mourão e Fragalle (2014); Krumm, Becker e Wiegand-Grefe (2013); Butler et al. (2014); White, McGrew e Salyers. (2014); White et al. (2014); Hilton e Turan (2014); Nicholson (2014); van der Ende et al. (2014); Wansink et al. (2014); Jones et al. (2015); Ormsby et al. (2016); Suchman et al. (2016); Isobel, Meehan e Pretty (2016); Ordan et al. (2017).
DT3) Evidências e achados epidemiológicos	Henriques et al. (2015); Cook, Steigman e Jonikas (2014); Stambaugh et al. (2016)

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS

DT1) Experiências da maternidade

A distinção da sociedade em duas categorias, masculino e feminino, teve por base o conceito de determinismo biológico. A ciência tradicional, objetiva e simplista, contentou-se em listar o conjunto de diferenças anatômicas e fisiológicas entre corpos e então nominá-los de ‘homem’ e ‘mulher’. Desta forma, há uma distribuição das qualidades físicas e morais baseada no gênero e uma impressão dessas características em sistemas e órgãos (FERNANDES, 2009).

O pensamento médico somou suas concepções biológicas à gama de atributos culturais que reafirma a distinção existente entre homem e mulher: o corpo da mulher, biologicamente programado para conceber vida, denota ao gênero feminino o papel primário de esposa e mãe (MATOS, 2003).

Joan Scott é uma das mais importantes teóricas a se debruçar sobre a temática do gênero. Professora na Escola de Ciências Sociais de Princeton - Nova Jersey, publicou, em 1989, o artigo *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Ao narrar as desigualdades de poder entre os sexos masculino e feminino ao longo da história,

proporcionou o reconhecimento do impacto significativo das relações nas condições de saúde das mulheres (SCOTT, 1995). Assim, compreende-se que

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989 apud BRASIL, 2004b, p. 12).

Os dados coletados através dessa revisão corroboram essa perspectiva ao apontar que a maternidade é um importante domínio da vida para muitas pessoas, mulheres em especial, mas são poucas as pesquisas que examinam a experiência parental e seu papel na recuperação daquelas com o diagnóstico de transtorno mental grave. Estão listadas aqui treze publicações, o que corresponde a 45% da amostra.

A ansiedade sobre o tema da maternidade não é oculta e as experiências maternas podem ser consideradas como fonte de prazer ou de sofrimento, gerando efeitos sobre a saúde mental das mulheres (GUTIERREZ; MINAYO, 2009). Nas pesquisas internacionais, a saúde materna mostrou-se negligenciada, sendo observadas situações nas quais há ausência de um cuidado mais articulado para a mulher, considerando sua condição de mãe e não apenas a condição de alguém em sofrimento psíquico (KRUMM; BECKER; WIEGAND-GREFE., 2013; BENDERS-HADI, BARBER; ALEXANDER, 2013; DOLMAN; JONES; HOWARD, 2013; BARROW et al., 2014; BONFILS et al., 2014; CARPENTER-SONG et al., 2014; PERERA; SHORT., 2014; PARROT; MACINNES; PARROTT, 2015; SHOR et al., 2015; JONES et al., 2016; VAN DER ENDE et al., 2016).

Nas pesquisas realizadas no Brasil, destacam-se os artigos de Langaro e Pretto (2015) e Carneiro, Aquino e Jucá (2014), visto que corroboram o presente no cenário internacional. O primeiro descreve um estudo que teve por objetivo compreender de que forma as experiências de parentalidade estavam se constituindo em fatores geradores de sofrimento para mulheres inseridas em um grupo de reflexão. As entrevistas mostraram que as atribuições sociais acerca do masculino e do feminino, constituídas ao longo da história, ainda desempenham um papel importante de sobrecarga psíquica na realidade das mulheres. O determinismo relacionado as experiências da maternidade são percebidas

como fatores de sofrimento, uma vez não atendidos pelas mulheres, ou não reconhecidos pelos pares.

Já o estudo de Carneiro, Aquino e Jucá (2014) visou refletir acerca do Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres com um histórico de sofrimento psíquico grave. Devido à condição psicopatológica, as mulheres entrevistadas apresentaram fragilidades referentes à assistência, vivenciaram o afastamento de seus filhos e enfrentaram diversos obstáculos para desempenhar o papel de mães. Foi possível perceber a dificuldade no alcance da integralidade, haja vista que a condição da loucura é tomada como mais importante do que a experiência de maternidade.

Dentre o material selecionado, destaca-se o artigo de Jones et al., (2016). O estudo explora como indivíduos em sofrimento psíquico constroem suas identidades como mães e pais e suas experiências com serviços de saúde e assistência social. Seus resultados mostram que os participantes querem que sua função parental seja reconhecida e apoiada. Os pais e mães têm conhecimentos e habilidades que podem ser utilizados, mas que habitualmente são deixadas de lado pela pessoa de referência no cuidado. Ser capaz de ver a si mesmo como "bom" pai/mãe pode ser desafiador, mas é importante. Os pais podem precisar de apoio, mas querem ser incluídos no planejamento dos cuidados voltados para si, assim como no cuidado dos filhos. Apesar de não centrar o discurso apenas na maternidade – foco desta revisão de literatura –, o estudo corrobora o conteúdo abordado pelas demais publicações nessa dimensão temática.

Carpenter-Song et al. (2016), em seu artigo, descreve um estudo etnográfico com objetivo compreender as experiências de mães afro-americanas de baixa renda em sofrimento psíquico. Cinco temas emergiram para caracterizar as experiências desse grupo: (a) a doença e serviços de saúde mental não são um foco proeminente na vida cotidiana; (b) as famílias vivem em um contexto de violência onipresente, perda e estresse diário; (c) a vida familiar é o foco principal das mães na busca de uma vida melhor; (d) as mães têm apoio social limitado; e (e) a religião é uma fonte de significado e um recurso para o trabalho cotidiano de recuperação. Mesmo considerando as variáveis específicas de cultura, raça e condição econômica, os resultados relacionados apresentam relevância para serem analisados no contexto brasileiro, que compartilha uma série de similaridades com o grupo descrito, em especial no que diz respeito à condição de pobreza e os estresses a ela inerentes, a centralidade da família para as mulheres, a busca de apoio social em grupos religiosos, etc.

No que tange à relação mãe-filhos, van der Ende et al. (2016) descreve como as crianças enriquecem e estruturam a vida parental, não caracterizando apenas um fardo, mas servem como distração dos problemas relacionados ao processo saúde-doença. Desenvolver atividades que interessem tanto à criança quanto à mãe fornece estímulo para a continuidade da vida. O sofrimento psíquico constrange os pais, mas também dá oportunidades para desenvolver uma relação significativa com seus filhos. Tais oportunidades devem ser resgatadas e favorecidas pelos serviços de saúde.

A maioria dos estudos teve como local para o recrutamento de participantes serviços de base comunitária. No entanto, dois estudos trazem contextos diferenciados: mães em sofrimento psíquico que vivem em abrigos (BARROW et al., 2014) e em hospitais de custódia (PARROT; MACINNES; PARROTT, 2015). Para os participantes dessas pesquisas, a experiência da maternidade possui traços diferenciados. No caso das mulheres em situação de abrigo, as aspirações da maternidade eram limitadas por obstáculos relacionados à manutenção do contato com as crianças, visto que outras partes interessadas viam o contato como arriscado e a reunificação familiar como improvável. Foram descritas, ainda, barreiras no sistema de acolhimento para apoiar o contato e os papéis maternos em andamento. Já nos hospitais de custódia, a maternidade, assim como a paternidade, foi percebida como de importância central para vida emocional do público estudado, abrangendo experiências de perda, vergonha e expectativas fracassadas, alegria, responsabilidade e esperança. As mães mantinham mais contato com seus filhos em comparação com os pais. As experiências parentais durante longas admissões - enquanto restrito e dependente de apoio profissional e vigilância - variam entre envio de presentes e dinheiro para visitas e telefonemas. Percebe-se que, em ambos os contextos, não há ênfase na manutenção das relações familiares.

Os achados presentes no estudo de Benders-Hadi, Barber e Alexander (2013) remontam à prevalência da maternidade entre mulheres internadas em um hospital psiquiátrico de Nova York. Numa instituição onde 38,5% das mulheres eram mães, foi possível evidenciar aspectos desafiadores do estigma associado ao adoecimento e à parentalidade. Apesar da institucionalização, a maioria das mães relatou a manutenção da guarda de seus filhos menores e expressou orgulho em assumir o papel de cuidadora primária dos filhos. Tal estudo corrobora os achados encontrados por Parrot, Macinnes e Parrott (2015), que discorre sobre a experiência da maternidade de mulheres nos hospitais

de custódia. Neles, o papel parental não é condição digna de nota e tampouco é reconhecido como estratégia para a recuperação.

DT2) Estratégias e serviços de apoio parental

A análise dos estudos nos deixa ver que ainda há um forte estigma acerca da capacidade de mulheres e homens em sofrimento psíquico para desenvolverem a função parental. Poucos são os serviços de saúde que demandam atenção para as relações mãe-filho e utilizam de estratégias para a potencialização das mesmas em benefício do tratamento em saúde.

O Pré-natal Psicológico (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014), o *Baby Triple P Positive Parenting Programme* (BUTLER et al., 2014), o *Assertive Community Treatment – ACT* (WHITE; MCGREW; SALYERS 2014; WHITE et al., 2014b), *Parenting with Success and Satisfactin* - PARSS (VAN DER ENDE et al., 2014), o *Preventive Basic Care Management* - PBCM (WANSINK et al., 2014), *Integrated Bipolar Parenting Intervention – IBPI* (JONES et al., 2015), a acupuntura (ORMSBY et al., 2016), o *Mothering from the Inside Out – MIO* (SUCHMAN et al., 2016) e *Emotional Awareness* (ISOBEL; MEEHAN; PRETTY, 2016) foram as estratégias de intervenção avaliadas pelas publicações selecionadas.

O Pré-natal Psicológico (PNP) é uma estratégia que tem ganhado destaque nas instituições de saúde brasileiras nos últimos anos. Trata-se de uma proposta de intervenção que visa prevenir a depressão pós-parto (DPP) de mulheres que apresentam intensa labilidade emocional na gestação. O estudo de Arrais, Mourão e Fragalle (2014) comparou a incidência de DPP em um grupo submetido ao PNP e outro não. Os resultados sugeriram que o PNP, quando associado a fatores de proteção para as grávidas, pode ajudar a prevenir a DPP. Desta forma, é possível afirmar que a assistência psicológica na gestação é um importante instrumento psicoprofilático e que deve ser inserido como parte integrante das políticas públicas de assistência à saúde da mulher.

O *Programa Parentalidade Positiva Triplo P* [tradução nossa] é descrito por Butler et al. (2014) como um programa de intervenção familiar de orientação preventiva, dividido em multicamadas bem estabelecidas, que promove relações parentais positivas, independentemente de limites socioculturais, idade ou gênero. Como resultado, observou-se os benefícios do Triplo P para a relação mãe-bebê no contexto de unidade psiquiátrica. O Triplo P foi uma intervenção de fácil aceitação para as mães e por sua simplicidade

exequível para os profissionais envolvidos. Foi considerado positivo, uma vez que rompe com propostas estigmatizantes.

O *Tratamento Comunitário Assertivo* [tradução nossa] é uma prática baseada em evidências para indivíduos em sofrimento psíquico grave. A metodologia empregada na pesquisa de White, McGrew e Salyers (2014) dividiu os profissionais de uma instituição de base comunitária em dois grupos, sendo o primeiro sensível às questões parentais, e o segundo, não. O primeiro tratava-se de um grupo controle. O segundo grupo deveria discutir sobre questões parentais e prestar assistência a essas necessidades. O estudo comparativo apontou que a equipe de profissionais sensíveis tinha maior probabilidade de conversar com os usuários sobre relacionamentos comprometidos e de ajudá-los na comunicação e no fortalecimento da relação pai-filhos. Já a pesquisa de White et al. (2014) discorreu acerca da experiência das mães e pais que já utilizaram esse serviço. Neste estudo, os indivíduos expressaram interesse em inúmeros serviços focados nas experiências parentais, incluindo terapia familiar, habilidades parentais, treinamento de habilidades de comunicação, recursos para crianças e grupos de apoio de pares. A proposta do Tratamento Comunitário Assertivo mostrou-se efetiva, mas não suficiente para suprir as necessidades parentais.

Van der Ende et al. (2014) apresentou uma proposta de intervenção em grupo através do método *Parentalidade com Sucesso e Satisfação* (PARSS) [tradução nossa], uma intervenção psiquiátrica de recuperação e baseada na autoajuda para pais em sofrimento psíquico grave. O resultado da intervenção foi medido através da (a) satisfação dos pais/mães relatada pelos mesmos; (b) do sucesso parental relatado por profissionais de saúde mental e familiares; (c) o empoderamento segundo relatos dos três grupos já assinalados; e (d) a qualidade de vida relatada pelos pais/mães. Os resultados do estudo apontam que o método PARSS não pode ser implementado como pretendido, no entanto, os pais e profissionais expressaram satisfação com a intervenção. Desta forma, mostra-se como uma ferramenta útil, mas necessita de mais pesquisas que apoiem a sua eficácia.

A *Gestão Preventiva de Cuidados Básicos* [tradução nossa] é um programa holandês de intervenção preventiva para mães e pais em sofrimento psíquico, centrado no apoio personalizado de vários serviços. Os estudos para comprovar sua viabilidade e eficácia mostraram que há positivas mudanças nas condições e qualidade parental. A avaliação levou em consideração a sensibilidade parental, estrutura e disciplina, previsibilidade, o cuidado físico, atividades infantis, cuidado médico e social, materiais

domésticos, habitação e finanças. Os resultados apontam para uma assistência integral do indivíduo em sofrimento psíquico, superando as barreiras postas pela fragmentação dos serviços de saúde e assistência social (WANSINK et al., 2014). Eis um estudo que merece destaque, uma vez que atua em consonância com os princípios do sistema único de saúde brasileiro.

É sabido que o Transtorno Bipolar interfere no controle dos impulsos, na comunicação e na motivação, tornando o exercício do papel parental mais difícil para aqueles com este diagnóstico. O estudo de Jones et al. (2015) apresenta a *Intervenção Bipolar Parental Integrada* [tradução nossa], uma proposta online que visa fornecer informações psicoeducacionais interativas e apoio quanto a parentalidade para os pais com Transtorno Bipolar. Por se tratar de uma proposta de intervenção, os resultados ainda não puderam ser relacionados. No entanto, os autores esperam contribuir no desenvolvimento de intervenções capazes de favorecer a experiência positiva da parentalidade.

Ormsby et al. (2016) também discute uma proposta de intervenção ainda não implementada. Tem por objetivo investigar os benefícios da acupuntura em mulheres gestantes que não podem fazer uso de medicamentos psicotrópicos. Evidências preliminares sugerem que a acupuntura pode fornecer uma opção de tratamento alternativa segura e eficaz para a depressão pré-natal. No entanto, pesquisas adicionais ainda são necessárias. No Brasil, a acupuntura vem despontando como uma importante estratégia de cuidado em saúde, estando inserida nas políticas públicas que descrevem as práticas integrativas em saúde.

A MIO (*Maternidade de dentro para fora*) [tradução nossa], é uma proposta de 12 sessões de terapia individual que visa desenvolver a capacidade dos pais para o funcionamento reflexivo do papel parental. As funções reflexas estão diretamente relacionadas com a capacidade de encontrar sentido na própria experiência mental e emocional no desempenho do papel parental e na forma de conduzir o comportamento dos filhos. Os resultados apontam que esta é uma estratégia viável e de fácil aceitação nos serviços de base comunitária. Trouxe, ainda, como contribuição ao público alvo a melhoria das funções maternas reflexas, dos estresses psiquiátrico e parental, bem como da qualidade na interação mãe- filho (SUCHMAN et al., 2016).

A pesquisa de Isobel, Meehan e Pretty (2016) se propôs a explorar os benefícios de uma intervenção parental em grupo com base na *Consciência Emocional* [tradução

nossa] para pais em sofrimento psíquico e sua viabilidade de execução dentro de um serviço de saúde mental público. O estudo possui muitas limitações e por isso não pode ser conclusivo. Todavia, os participantes demonstraram uma redução significativa dos momentos difíceis e do estresse associado à parentalidade, bem como melhorias quanto à angústia geral e Consciência Emocional.

Outros dois estudos discorrem acerca da perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao tema da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Ordan et al. (2017) relatam os estigmas sociais presentes na atuação da equipe de enfermagem que presta assistência em unidades de pré-natal. Os resultados deste estudo apontam que tem havido um aumento das atitudes negativas em relação às mães em sofrimento psíquico e uma concomitante redução das interações entre equipe de enfermagem e mães que poderiam beneficiar a relação e o empoderamento materno. Os relatos de inadequação profissional concorrem para uma assistência em saúde fragmentada e que não valoriza a subjetividade da mulher. Já o artigo de Hilton e Turan (2014) teve por foco os gestores das agências de saúde. As evidências mostraram que os pais em sofrimento psíquico têm acesso limitado ao suporte quanto as questões parentais. A estratégia mais comum de suporte a estas demandas era o encaminhamento para outras agências. A assistência às questões parentais está diretamente relacionada com a quantidade de profissionais disponíveis. Os estudos denunciam o despreparo dos profissionais e das unidades de saúde para lidar com as demandas inerentes ao diagnóstico de saúde mental de pais e mães.

A análise dos artigos listados nesta categoria demonstrou que o cuidado adequado às mulheres em sofrimento psíquico requer sensibilidade para a perspectiva subjetiva da maternidade, colaboração interinstitucional, alto nível de conhecimento e habilidades profissionais, provisão de ambientes favoráveis à família, programas parentais baseados em evidências que incluam abordagens individuais e em grupo, bem como apoio de pares.

DT3) Evidências e achados epidemiológicos

A pesquisa brasileira descrita por Henriques et al. (2015) visou estimar a magnitude do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no puerpério em uma maternidade de referência para agravos perinatais no Rio de Janeiro. O TEPT é um agravamento na saúde mental que acontece em resposta a situações traumáticas na vida do sujeito. Para muitas mulheres, o parto é considerado um evento traumático. Os resultados obtidos apontam que a prevalência geral de TEPT foi de 9,4%. O agravamento destacou-se entre

mulheres com (a) três ou mais partos; (b) com histórico de adoecimento psíquico anterior ou na gravidez; (c) com depressão pós-parto; (d) que vivenciaram violência física ou psicológica disferida pelo companheiro durante gravidez; (e) que tiveram experiência sexual não desejada; e (f) que foram expostas a cinco ou mais traumas sociais. Tais evidências servem como base para intervenções profissionais que venham a prevenir o distanciamento do papel parental em todo o cenário nacional.

Cook, Steigman e Jonikas (2014) se propôs a examinar as características de mães em sofrimento psíquico que utilizaram serviços clínicos, de reabilitação e parentalidade integrados para seus filhos em idade pré-escolar. Os resultados nos mostram que (a) 10% das mulheres perderam a guarda formal dos filhos durante o primeiro ano de participação; (b) 22% foram reunidas com 1 ou mais filhos; (c) mães que abusam de substâncias tem maior probabilidade de ter sofrido abuso sexual na infância e perda de custódia; (d) indivíduos que passaram por hospitalização prévia eram mais propensos a ter abusado de substâncias, perderam a custódia de 1 ou mais filhos e tinham mais formas incapacitantes de doença mental; e aqueles que perderam a custódia de 1 ou mais filhos tiveram maior probabilidade de ter uma hospitalização psiquiátrica e menor probabilidade de residir com 3 ou mais filhos. Tendo em vista esses achados, faz-se necessário apostar em novas estratégias de reabilitação que beneficiem a prevenção da perda de custódia e apoio à reunificação familiar.

O relatório de pesquisa descrito no estudo de Stambaugh et al. (2016) apresenta os resultados de uma pesquisa norte-americana sobre o número e a porcentagem de pais acometidos por algum adoecimento psíquico. Dentre os achados mais relevantes, destacam-se: (a) dentre 2,7 milhões de pais, 3,8% tiveram uma doença mental prévia; (b) dentre 12,8 milhões de pais, 18,2% tiveram alguma doença mental no ano passado; (c) o adoecimento psíquico era mais comum entre mães do que pais, (d) menos comum entre os asiáticos em comparação com outras raças; e (e) transtornos mentais severos foram menos prevalentes em pais com idade acima de 50 anos em comparação com os grupos etários mais jovens. Nota-se que estes resultados servem enquanto evidência sobre a prevalência do adoecimento psíquico em mães.

A intervenção baseada em evidência tem ganhando bastante espaço nas pesquisas em saúde. O Brasil carece de pesquisas que deem base para a reestruturação dos serviços de saúde, visando trazer à luz as questões que se associam ao processo saúde-doença e que influenciam diretamente na qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do material tornou evidente que a maternidade não é sinônimo de alegria para todas as mulheres. Desde a gestação, o desempenho do papel de mãe pode ser associado a vivências de sofrimento e dor. Quando associada a uma psicopatologia prévia, a maternidade pode ser ainda mais angustiante. A carga social da maternidade e da loucura apontam para estigmas sociais contraditórios. De um lado, temos a mulher-mãe responsável socialmente pelos cuidados à criança e à família e, de outro, contrapõe-se a mulher-louca, desprovida de consciência e incapaz de tomar conta de si ou de outros. A academia e as intervenções em saúde devem tomar como prioridade a legitimação dos processos subjetivos que impactam na saúde dos sujeitos, bem como a produção de conhecimentos comprometido com a transformação da realidade.

A insuficiência de produções na área reafirma a percepção da realidade atual: a assistência integral à saúde dessa população específica encontra sérios entraves. O início tardio da reforma psiquiátrica no Brasil ainda não permitiu a implantação do quantitativo de ações e serviços necessários para atender as suas demandas, impedindo a consolidação de uma rede de atenção psicossocial eficiente e eficaz. Tanto no cenário nacional quanto internacional, instituições existentes acabam por ser sufocadas pela ampla procura dos sujeitos, o que dificulta o olhar sensível quanto a singularidade de cada um dos seus usuários.

Desta forma, faz-se necessário estimular a realização de pesquisas na área, bem como a disseminação de seus resultados na comunidade acadêmica e profissional. O reconhecimento da experiência dessas mulheres-mães-loucas se constitui como condição necessária para a execução dos serviços de saúde mental em consonância com os princípios de equidade e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARRAIS, A. R., MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.251-264, 2014.

BARROW, S. M. et al. Context and Opportunity: Multiple Perspectives on Parenting by Women With a Severe Mental Illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 176–182, 2014.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENDERS-HADI, N.; BARBER, M.; ALEXANDER, M. J. Motherhood in Women with Serious Mental Illness. **Psychiatr Q**, 84:65–72, 2013.

BONFILS, K. A. et al. Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 186–193, 2014.

BRASIL. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental**. 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BUTLER, H., et al. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. **Arch Womens Ment Health**, 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CARNEIRO, U. S. S.; AQUINO, G. C.; JUCÁ, V. J. S. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5 n. 1, p. 46-57, 2014.

CARPENTER-SONG, E. A. et al. Recovery in a Family Context: Experiences of Mothers With Serious Mental Illnesses. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 162–169, 2014.

COOK, J. A.; STEIGMAN, P. J.; JONIKAS, J. A. Outcomes of Programs Serving Mothers With Psychiatric Disabilities and Their Young Children: A Multisite Case File Abstraction Study. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 232–241, 2014.

DOLMAN, C.; JONES, I.; HOWARD, L. M. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. **Arch Womens Ment Health** 16:173–196, 2013.

FERNANDES, M. G. M. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1051-1065, 2009.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade. São Paulo**, v.18, n.4, p.707-720, 2009.

- HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HENRIQUES, T. et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(12):2523-2534, 2015
- HILTON, N. Z.; TURAN, C. Availability of Services for Parents Living With Mental Disorders: A Province-Wide Survey. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 194–200, 2014.
- ISOBEL, S.; MEEHAN, F.; PRETTY, D. An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. **Archives of Psychiatric Nursing** 30: 35–40, 2016.
- JONES, M. et al. Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2016.
- JONES, S. et al. An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3–10). **BMC Psychiatry** 15:122, 2015.
- KRUMM, S.; BECKER, T.; WIEGAND-GREFE, S. Mental health services for parents affected by mental illness. **Current Opinion Psychiatry**. 26:362–368, 2013.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica** – 5º. Ed. – 4º. Reimp. – São Paulo : Atlas, 2010.
- LANGARO, F.; PRETTO, Z. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 130-138, 2015.
- MATOS, M. I. S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: M. I .S. e R. S.(orgs). **O Corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, p. 107-127, 2003.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NICHOLSON, J. For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to “Have It All” at Work and at Home. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 2, 153–156, 2014.
- ORDAN, R. et al. Nurses’ professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. **Journal of Clinical Nursing**; 27:1543–1551, 2017.
- ORMSBY, S. M. et al. Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. **Trials**, Austrália, 2016.
- PARROTT, F. R.; MACINNES, D. L.; PARROTT, J. Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care. **Criminal Behaviour and Mental Health**. 25: 258–272, 2015.
- PERERA, D. N.; SHORT, L. “It’s Not That Straightforward”: When Family Support Is Challenging for Mothers Living With Mental Illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 170–175, 2014.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Rev. Educação & Realidade.** 20(2):71-99, 1995.

SHOR, R. et al. Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness. **Community Mental Health J** 51:79–84, 2015.

STAMBAUGH, L., et al. Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014, **Annals of Epidemiology**, 2016.

SUCHMAN, N. E. et al. Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. **Attachment & Human Development**, USA, 2016.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99, 2002.

VAN DER ENDE, P. C. et al. Parenting and Psychiatric Rehabilitation: Can Parents With Severe Mental Illness Benefit From a New Approach? **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 201–208, 2014.

VAN DER ENDE, P. C. et al. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 23, 86–97, 2016.

WANSINK, H. J. et al. Preventive Family Service Coordination for Parents With a Mental Illness in the Netherlands. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 216–221, 2014.

WHITE, L. M.; MCGREW, J. H.; SALYERS, M. P. Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 2013, Vol. 36, No. 1, 22–27, 2014.

WHITE, L. M. et al. Assertive Community Treatment for Parents With Serious Mental Illnesses: A Comparison of “Parent-Sensitive” Assertive Community Treatment Teams Versus Other Teams. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 251–260, 2014.

4.3. VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE DE MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM OLHAR PSICOSSOCIAL

RESUMO

A relação entre o indivíduo e a sociedade tem sido o foco de muitos campos da ciência, dentre elas a Psicologia da Saúde. Esta, por sua vez, apresenta uma perspectiva holística que compreende o sujeito como um constructo histórico e multideterminado, e abre espaço para inserir a discussão sobre a vertente psicossocial nos processos de saúde-doença. Esta nova forma de se pensar a saúde favorece a produção de cuidados da população, em especial daqueles que vivem em situação de vulnerabilidade. Com base nos pressupostos da psicologia da saúde, este estudo teve por objetivo analisar os aspectos psicossociais relacionados a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Para tal, optou-se pela abordagem qualitativa-descritiva, com base na pesquisa de campo. Participaram da pesquisa seis mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do município. Como instrumentos para a coleta dos dados foram utilizados: (a) questionário fechado, para listar os dados sociodemográficos e de saúde das participantes; (b) associação livre de palavras e (c) história de vida, ambos visando acessar a realidade vivenciada por cada narradora. A análise dos dados foi feita com base na Análise de Conteúdo. Utilizou-se como aporte teórico a Psicologia Histórico-Cultural de Vygotsky e a Teoria da Subjetividade desenvolvida por Gonzalez-Rey. Foram relacionadas 05 (cinco) categorias de sentido: (1) Relações familiares; (2) Relações de convívio social; (3) Relações com o trabalho; (4) Espiritualidade e (5) Comportamento suicida. Entendemos, para tanto, que tornar-se mãe é um processo dialético complexo caracterizado por peridocidade, irregularidade no desenvolvimento das funções sociais, entrelaçamento de fatores internos e externos e os processos adaptativos que auxiliam na superação das dificuldades as quais a mulher-mãe-louca se depara. Torna-se, então, impossível estudar os processos mentais e fisiológicos separados do contexto em que se inserem. A ênfase no historicismo empregada por Vygotsky favorece a visão integral sobre todo processo subjetivo e auxilia na construção de políticas públicas de saúde capazes de atender as reais necessidades de cada sujeito.

Palavras-chave: Saúde mental; Gênero; Subjetividade; Maternidade.

ABSTRACT

The relationship between the individual and society has been the focus of many fields of science, including Health Psychology. This, in particular, presents a holistic view that understands the subject as a historical and multidetermined construct, and opens space for insertion of a psychosocial discussion in health-disease processes. This new way of thinking about health favors the care production of the population, especially those who live in vulnerable situations. Based on the fundamentals of health psychology, this study sought to analyze the psychosocial aspects related to the experience of motherhood for women in at psychic suffering in Manaus-AM. For such, it was employed the qualitative-descriptive approach, based on the field research. The study included six women in psychological distress who experience motherhood and who use health services of the municipality. How data collection procedures were applied: (a) closed questionnaire, aiming to list the participants' socio-demographic and health data; (b) free association of words and (c) life story, booth aiming to access the reality experienced by each narrator. Data analysis was based on Content Analysis. It was employed the theoretical

contribution of Vygotsky's Historical-Cultural Psychology and a Subjectivity Theory developed by Gonzalez-Rey. Five (5) meaning categories were listed: (1) Family relations; (2) social relations; (3) Relations with work; (4) Spirituality and (5) Suicidal Behavior. We understand, therefore, that to become a mother is a complex dialectical procedure marked by peridiocity, irregularity in the development of social functions, intertwining of internal and external factors and the adaptive procedures that help in overcoming the difficulties faced by the mad-mother-woman. It then becomes impossible to study the mental and physiological processes disconnected from the context in which they are inserted. The emphasis on historicism employed by Vygotsky favors the integral view of the whole subjective process and helps in the construction of public health policies capable of meeting the real needs of each subject.

Key-words: Mental Health; Gender; Subjectivity; Motherhood.

INTRODUÇÃO

No século passado, ganhou destaque entre as ciências sociais o debate acerca da controvérsia existente entre a natureza (*nature*) e cultura (*nurture*) – sendo a primeira entendida como algo universal, imutável e biológico, e a segunda enquanto mutável e dependente dos contextos locais (HELMAN, 2009). Usar do determinismo radical de cada uma dessas perspectivas, no entanto, não permite apreender o desenvolvimento humano como um todo. Desde então, a ciência tenta produzir explicações a partir das interações complexas desses dois conjuntos de elementos.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Essa nova forma de pensar trouxe contribuições significativas para esta área do conhecimento, pois descaracterizou o sujeito como a-histórico e permitiu que fosse contemplado em suas múltiplas dimensões. Propôs-se, então, a reestruturação do cuidado, onde novas disciplinas puderam ser inseridas para atuar em consonância com o saber médico. A psicologia ganha, assim, o seu destaque (SPINK, 2007; SEBASTIANI, 2014).

Configurada como uma área de especialização da psicologia social, a *psicologia da saúde* se constitui enquanto um campo teórico e prático que discute o processo saúde-doença na sua relação entre o individual e o social (SPINK, 2007). Não se trata apenas de uma ciência que justapõe as posições clínico-biológicas e socioculturais, mas sim de uma síntese integradora das multidisciplinaridades que permeiam a existência humana (SEBASTIANI, 2014).

A psicologia da saúde, desta forma, não nega o sentido psicológico da clínica individual, mas permite a adoção de uma perspectiva holística que possibilite a compreensão da saúde/doença como um processo histórico e multideterminado. Abre-se,

então, espaço para a inserção da vertente *psicossocial*. Para Jodelet (2001), esta consiste em focalizar as dimensões ideais e simbólicas e os processos psicológicos e cognitivos na sua relação com o espaço de interação no qual pessoas ou grupos se constroem e funcionam. Spink (2007, p.45) ressalta que “*não se trata de pontuar os aspectos patológicos da vida social [...], mas de buscar nexos causais*” entre as experiências de vida e o processo saúde-doença.

Ao aceitar a influência de fatores externos sob o sujeito, damos a ele a característica de ser vulnerável. Abramovay et al. (2002, p.30) definiu vulnerabilidade social como “*uma situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade*”. Oriundo dos Direitos Humanos, este conceito foi incorporado ao campo da saúde e das ciências sociais como um conceito-chave no embasamento de políticas públicas voltadas principalmente para populações consideradas vulneráveis. O Ministério da Saúde classificou este grupo em 06 (seis) categorias: (a) mulheres, (b) crianças e adolescentes, (c) idosos, (d) população em situação de rua, (e) pessoas com deficiência ou sofrimento psíquico e (f) comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

As políticas públicas nacionais definem um conjunto de ações e estratégias que servirão como guia para que Estados e Municípios implantem serviços de saúde aptos a oferecer a assistência adequada a cada categoria. Inobstante, tendo em vista que a Constituição também atribui competência administrativa (art. 23, II, CF) e legislativa (art. 24, XII, CF) para esses Estados e Municípios atuem em defesa da saúde e visando a integração social de grupos vulneráveis.

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira era composta, em 2010, por 97.342.162 mulheres (51,03%) e 93.390.532 homens (48,97%). Em Manaus, capital do Amazonas, o público feminino correspondia a 922.632 habitantes, totalizando 51,18% da sua população total. Além da prevalência em termos populacionais, as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando desigualdades de poder entre homens e mulheres construídas ao longo da história, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, uma vez que implicam no impacto das condições de saúde da mulher (ARAÚJO, 1998). Scott (1995) afirma que

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1995 apud BRASIL, 2004, p. 12).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher numa sociedade (BRASIL,2004). O primeiro aspecto da mulher incorporado pelas políticas públicas nacionais de saúde foi papel da maternidade e as demandas relativas à gravidez e ao parto. Com o passar do tempo, deu-se visibilidade à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres dentro e fora de casa enquanto processos produtores de sofrimento, adoecimento e até mesmo de morte (OPAS, 2000; BRASIL, 2004). A soma destes fatores deu à política de atenção à saúde da mulher uma nova cara.

Tendo em vista seu alto índice populacional, a saúde da mulher passou a ser prioridade para o governo. O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O documento reflete o compromisso público com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Desta forma, abraça a perspectiva de gênero e utiliza os conceitos de integralidade, equidade e promoção da saúde como princípios norteadores para processos de cuidado (BRASIL, 2004).

A política nacional dedica um capítulo inteiro para apontar dados e traçar considerações acerca do diagnóstico da situação de saúde da mulher. Nele, destaca-se os altos índices de mortalidade materna e a precariedade da atenção obstétrica. Os estudos relacionados evidenciam que a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde pública.

O mesmo capítulo destina, também, um espaço para tratar questões relacionadas à saúde mental feminina. *“Trabalhar a saúde mental sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem”* (BRASIL, 2004b, p. 44). Assim, aspectos como classe social, raça, etnia, idade e

orientação sexual agravam a situação de desigualdade, limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental das mulheres.

A edição número 125 da revista *Science* (2005) avaliou os impactos físicos, sociais e mentais da doença e constatou que a depressão foi a quarta causa mais importante da lista Global Burden of Illness em 1990 e previu que será a causa mais importante em 2020. Foi constatado que o dobro de mulheres sofre desse transtorno em relação aos homens.

A dicotomia entre *nature x nurture* (biológico x social) pode nos ajudar a entender por que as mulheres são mais vulneráveis e correm mais risco de desenvolver algum transtorno mental. A abordagem psicossocial compreende que as assimetrias entre homens e mulheres nas relações e o investimento diferenciado na reprodução e no cuidado das crianças contribuem para que as mulheres sejam mais vulneráveis a transtornos do humor e de ansiedade. Acrescenta-se que mulheres estão mais propensas a vivenciar situações estressoras incontroláveis, tanto psicológicas como físicas, incluindo violência, abuso e estupro, desde jovem, com maior frequência que os homens (STEINER, 2005).

O estudo realizado por Gastal et al (2006) aponta que, além das diferenças nas relações de gênero, a inserção da mulher no mercado de trabalho também contribui para o surgimento de doenças mentais. Constatou-se que a inserção feminina no processo produtivo se uniu à maternidade e ao cuidado da família, resultando em aumento da carga social a elas imposta. Em contraponto, o desemprego e a pressão por estabilidade financeira também geram angústias no público feminino. Foi verificado por Ludermir (2000) que, nas sociedades industrializadas, os desempregados e suas famílias têm uma pior condição de saúde mental quando comparados com os que estão trabalhando.

Quando a característica de mãe se entrelaça com a ‘doente mental’, a assistência à saúde encontra alguns entraves, pois a segunda se prevalece sobre a primeira. O início tardio da reforma psiquiátrica no Amazonas ainda não permitiu a implantação do quantitativo de ações e serviços necessários para atender as demandas dessa população, impedindo a consolidação de uma rede de atenção à saúde eficiente e eficaz. Torna-se, ainda, fundamental que os serviços de saúde contemplem essas mulheres para além do lugar de portadoras de uma doença.

Está posto, portanto, o desafio de implementar uma atenção integral à saúde deste grupo social específico. A diversidade, o pluralismo de vozes, as desigualdades, as características de classe, o multiculturalismo são temas referentes à necessidade de

aprofundamento acadêmico que, para além da compreensão científica, afirma o compromisso de contribuir com o desenvolvimento de uma sociedade equânime e justa.

Com base nos pressupostos da psicologia da psicologia da saúde, este estudo teve por objetivo analisar os aspectos psicossociais relacionados a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. A escolha pelo uso do termo *em sofrimento psíquico* não é ao acaso. A legislação brasileira utiliza a expressão “portador de transtorno mental”. Todavia, Paulo Amarante (2007) defende que essa se trata de uma expressão que atribui ao sujeito um caráter de inseparabilidade com o transtorno mental, tornando-a um fardo da personalidade. Como alternativa, sugere a utilização do termo sujeito em sofrimento psíquico, “*pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar num sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito*” (IDEM, p.68).

METODOLOGIA

Minayo (2012, p. 2) conceitua vivência como “*produto da reflexão pessoal sobre a experiência*”. A vivência depende das características pessoais e da história do sujeito, bem como das influências do meio em que está inserido e das condições em que ocorre. Assim, mesmo que vários indivíduos compartilhem da mesma experiência, a vivência de cada um é única.

A escolha pela utilização do termo vivência direcionou este estudo para a abordagem qualitativa, uma vez que esta tem como enfoque principal a análise, a interpretação e a compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010). Por se debruçar sobre a subjetividade dos sujeitos, optou-se por utilizar como procedimento a pesquisa de campo, uma vez que esta é a forma apropriada de se agir quando há a necessidade de obtenção de informações e conhecimentos específicos (CAMPOS, 2004).

Partindo da compreensão de que o processo saúde-doença apresenta múltiplas dimensões, Minayo e Minayo-Goméz (2003) afirmam que a abordagem qualitativa oferece profundidade e intencionalidade às relações e estruturas sociais que compõem esse processo, dando espaço ao sujeito e suas construções significativas. Assim, torna-se a “*linguagem própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos e de microrrealidades*” (IDEM, p.137), visando desvendar a sua visão acerca de determinados problemas.

O local escolhido para a realização da coleta de dados foi o Centro de Atenção Psicossocial Benjamin Mathias Fernandes (CAPS-Sul), uma vez que esta é a instituição de referência municipal para o tratamento de pessoas adultas em sofrimento psíquico. Participaram deste estudo 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do município de Manaus-AM. Todas foram consideradas com um quadro de saúde estável por seus terapeutas de referência e atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

A coleta dos dados aconteceu através da aplicação de 03 (três) instrumentos: (1) questionário fechado, visando registrar os dados sociodemográficos, familiares e de saúde da participante; (2) associação livre de palavras e (3) história de vida, ambos com o objetivo de acessar a realidade vivenciada por cada narradora. A utilização combinada desses instrumentos tornou possível compreender as facetas do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais. Todo material coletado foi gravado e posteriormente transcrito.

A análise dos dados relacionados no questionário sociodemográfico foi feita com o auxílio do software *Office Excel*. Para analisar os dados obtidos através da associação livre de palavras e história de vida, optou-se pelo uso da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009). Para a autora, a análise de conteúdo, enquanto método, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta técnica favorece a identificação de padrões ou regularidades nos dados para posterior organização dentro desses padrões. (LAVILLE; DIONE, 1999).

Os resultados obtidos foram elucidados com base na Psicologia Histórico-Cultural de Vygotsky e na Teoria da Subjetividade proposta por Gonzalez Rey.

Nos seus estudos, Vygotsky atribui grande ênfase ao pensamento e à fala na qualidade de expressão do psiquismo. Devido ao caráter histórico, é impossível encontrar outro meio de estudá-los a não ser pelo método dialético. O mundo é apreendido pelo sujeito, que o interpreta, interage e nele promove mudanças por meio da fala. Assim, a fala adquire função simbólica. O sentido que esta carrega é considerado superior ao seu significado. Os sentidos são formados através de lembranças, vivências, percepções únicas, singulares e que dependem do contexto em que se originam. A vivência, traduzida do termo russo *pereživânie*, é entendida por Vygotsky como a relação que o sujeito estabelece com a realidade. O foco está na relação. Assim, o conceito incorpora os

aspectos internos e externos, corroborando para a compreensão do ser humano enquanto biopsicossocial (VYGOTSKY, 2003).

Fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, a Teoria da Subjetividade de González Rey permite o reconhecimento da pessoa como sujeito, sendo este capaz de gerar as mais diversas possibilidades de existência ao longo da sua história. A subjetividade, desta forma, não pode ser entendida com base em dicotomias (indivíduo/social; razão/emoção), mas sim como um processo que considera o passado e o presente do homem e da sociedade e a forma se como se constrói o significado dessas relações. Para o autor, a subjetividade é *“um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionados: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro”* (GONZÁLEZ REY, 2004, p.141). Assim, a subjetividade individual concebe os processos e as formas de organização da subjetividade que ocorrem nas diferentes histórias dos sujeitos individuais, enquanto a subjetividade social permite que a categoria ‘social’ deixe de ser percebida como algo externo ao sujeito e passa a ser tratado em relação de reciprocidade permanente (GONZÁLEZ REY, 2004; GONZÁLEZ REY, 2003).

Este estudo teve por base as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e obteve a devida aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Além das normas reguladoras citadas, atentou-se ainda para a Resolução 580/18, também elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, que discorre acerca de pesquisas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 06 (seis) mulheres na faixa etária de 30 a 52 anos de idade. O quadro 1 apresenta um breve perfil sociodemográfico da amostra estudada. A fim de preservar a sua identidade, as mulheres serão identificadas por nomes de flores.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico da amostra

Partic.	Idade	Natural.	Religião	Escolaridade	Profissão	Cor	Estado Civil	Nº filhos
Azaleia	39	Manaus-AM	Evangélica	Pós-graduação	Autônoma	Parda	Solteira	1

Alecrim	44	Tefé - AM	Evangélica	Fund. Incompleto	Autônoma	Parda	União Estável	5
Jacinto	52	Manaus-AM	Cristã	Médio Completo	Téc. Enfermagem	Parda	União Estável	2
Violeta	30	Manaus-AM	Católica	Superior Completo	Não trabalha	Parda	Casada	3
Lótus	52	Autazes - AM	Evangélica	Médio Completo	Auxiliar de Serviços Gerais	Branca	União Estável	2
Orquídea	40	Rio de Janeiro - RJ	Protestante	Mestrado	Professora / Funcionária Pública	Parda	União Estável	2

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

Dentre os diagnósticos identificados, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estão: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão, Ciclotimia, Transtorno do Humor Não Especificado, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno do Sono - Sonambulismo, Transtorno de Personalidade e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Todas apresentaram histórico de adoecimento psíquico na família. Durante o período da coleta, as mulheres estavam com o acompanhamento psiquiátrico em dia e não apresentaram crise nos 06 (seis) meses anteriores (Quadro 2).

Quadro 2. Situação de Saúde das participantes

Partic.	CID	Ano do diagnóst.	Tipo de Acomp.	Medicamento	H.D. ? Quem?	Última consulta	Última crise
Azaleia	F32 F60	2003	Psiquiatra + Psicólogo	Fluoxetina	Sim. Pai e tio	18/12/2018	10 meses
Alecrim	F60 F42	1997	Psiquiatra + Grupo Terapêutico	Fluoxetina + Amitriptilina + Carbonato de Lítio	Sim. Irmão	12/02/2019	4 anos
Jacinto	F60.3 F39 F51.3	2007	Psiquiatra + Grupo Terapêutico	Clonazepan + Fluoxetina	Sim. Pai, irmão e sobrinha	22/01/2019	7 meses
Violeta	F31 F20	2017	Psiquiatra + Psicólogo + Oficina de Esporte + Relaxamento	Quetiapina + Carbonato de Lítio	Sim. Tia e Cunhada	09/01/2019	7 meses
Lótus	F32.2 F41.1	2016	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Patchwork	Cloridrato de Paroxetina + Clonazepan	Sim. Sobrinho	05/02/2019	2 anos

Orquídea	F34 F42	2015	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Psicólogo	Clonazepan + Fluoxetina	Sim. Pai	28/12/2018	9 meses
-----------------	------------	------	---	----------------------------	----------	------------	---------

Legenda:

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

H.D.: Histórico de doença na família

Para melhor relacionar os dados analisados, torna-se relevante conhecer a composição familiar das mulheres aqui inseridas (Quadro 3). Todas residem com seus filhos. Dentre o quantitativo observado, 02 (duas) compõem família tradicional (pai + mãe + filhos), 01 (uma) é solteira e forma uma família monoparental e 03 (três) estão no seu segundo casamento, caracterizando uma família reconstituída.

Quadro 3. Configuração familiar das participantes

Partic.	Mãe	Pai	Filhos	Companheiro	Outros	Tipo de Família
Azaleia	X	X	X		X	Monoparental
Alecrim			X	X		Tradicional
Jacinto			X	X		Reconstituída
Violeta			X	X		Tradicional
Lótus			X	X		Reconstituída
Orquídea			X	X	X	Reconstituída

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

A leitura minuciosa e análise dos dados coletados resultou no estabelecimento de 05 (cinco) categorias de sentido que descrevem os aspectos psicossociais relacionados à vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. São elas: (1) Relações familiares; (2) Relações de convívio social; (3) Trabalho; (4) Espiritualidade; e (5) Comportamento suicida.

1. Relações familiares

No campo teórico-assistencial da saúde mental, o enfoque psicossocial tem sustentado a “construção do conceito de existência-sofrimento em contraposição ao binômio doença-cura” (BORBA et al, 2012, p. 2). Neste sentido, comporta um conjunto de ações que consideram o sujeito e as relações que constrói com outras pessoas e com o ambiente no qual está inserido. Entendida por Leite e Vasconcelos (2006) como meio de

inserção social primário, a família se mostra enquanto sistema significativo no amparo às demandas oriundas da vivência da maternidade.

Para conhecer e compreender questões inerentes a família, é necessário conceituar configuração familiar. Para Wagner, Tronco e Armani (2011, p.21), “*configuração familiar diz respeito ao conjunto de elementos/personagens que compõem o núcleo familiar*”. A configuração familiar, nesse caso, é definida pela presença da mãe, pai e filhos. No entanto, a presença de novos arranjos e disposição de membros que a compõem tem feito surgir, ao longo da história, novas configurações.

Tradicionalmente, a família é definida pela consanguinidade e parentesco. Nos dias atuais, valoriza-se, ainda, características de coabitação e afinidade, transpassando fatores biológicos e legais. Desta forma, estabeleceu-se o conceito de sistema familiar, compreendido como “*um grupo de pessoas que interagem a partir de vínculos afetivos, consanguíneos, políticos, entre outros, que estabelecem uma rede infinita de comunicação e mútua influência*” (WAGNER; TRONCO; ARMANI, 2011, p.23).

Como o objeto deste estudo é a subjetividade, optou-se por não fixar o conceito de família, mas entendê-la como uma instituição dinâmica e que permite a flexibilidade dos membros conforme as situações que vivenciam. A análise das narrativas aponta para a compreensão da família sob duas perspectivas: (a) família original, constituída por pai, mãe e irmãos; e (b) família composta, formada após o matrimônio ou união estável.

Primeiramente, dedicou-se atenção para as narrativas vinculadas à relação estabelecida com a família original, uma vez que todas as participantes apontaram a relevância destes membros no dia a dia da vivência materna. Percebe-se que esta perspectiva ganhou destaque devido ao sentido a ela atribuído – histórico e culturalmente, de provedora dos cuidados. Aqui, as mulheres exercem função de filha e irmã e, assim, recebem o suporte familiar.

Dependendo do contexto, esse papel desenvolvido pode ser considerado protetor da saúde ou patogênico (HELMAN, 2009). Observa-se que, quando presente, o suporte familiar estimula positivamente o vínculo entre seus membros, fortalece a sua saúde mental e oferta o apoio socioeconômico necessário. Já a sua ausência provoca ressentimento capaz de influenciar o equilíbrio mental.

Porque se não fosse o amor da minha mãe, da minha avó e do meu marido persistir, eu não poderia falar nada... eu não poderia dizer nada. Se não fosse o amor deles naquele momento, de eles estarem me dando aquele apoio todinho... Eu não sei. Eu acho que se fosse pra mim ter filho hoje, eu morreria. (Violeta, 30 anos)

Quando eu sai de casa, eu fui morar com a minha mãe. [...] Eu tava desempregada, eu não tinha um prato de comida. Quem dava comida pros meus filhos era o meu irmão e o meu cunhado, entendeu? E quando amanhecia o dia eu ficava a mercê do que a mamãe ia almoçar. (Lotus, 52 anos)

Eu era uma menina e não tinha ninguém pra me ajudar na época. Nenhuma da minha família me ajudava. [...] Eu precisava na hora e nunca tive. (Alecrim, 44 anos)

Além da presença/ausência, a perda do suporte familiar foi considerada um fator de forte influência na saúde mental das participantes. A morte é um fenômeno capaz de desencadear uma sensação de fragilidade não só naquele que está morrendo, mas também naqueles que o cercam. A quebra do vínculo afetivo, o tipo de morte (repentina ou não) e o nível de aceitação são considerados determinantes essenciais na elaboração do luto (CREPALDI; LISBOA, 2003). Ela possui valores e significados simbólicos que se manifestam conforme o contexto histórico e cultural. Desta forma, entende-se que as manifestações psicológicas fazem parte do processo de perda (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

O meu avô tava com câncer. Dezessete anos de câncer. Já tava em fase terminal. Ele morreu segurando a minha mão. Aí eu piorei. Em fevereiro de 2017, ele morreu. Aí eu piorei. [...] Aí quando foi em junho, a minha tia liga dizendo que tinham matado o meu irmão. Aí eu surtei. Eu fiquei bem lelé da cuca. Quando foi no mês de dezembro, foi a minha mãe que morreu. A minha avó. Ela morreu num dia e quando foi no outro eu tinha que ir pro CAPS. Eu cheguei lá chorando. (Violeta, 30 anos)

Quando o bebê tava com sete meses de nascido, a minha mãe morreu. Foi outro baque. [...] E mais seis meses depois eu tive que fazer uma curetagem, porque eu tava grávida de novo e perdi o outro bebê. (Orquídea, 40 anos)

Quando ela faleceu [a mãe], eu fiquei 40 dias na casa dela, embalando a rede dela, achando que ela tava viva. Aí pra me arrancarem de lá foi briga. [...] Quando ela morreu, eu me senti sem chão. (Lótus, 52 anos)

Com a nova concepção do matrimônio ou da união estável, novos acordos de convivência são firmados, o que permite a adoção de um novo arranjo familiar estruturado a partir de subsistemas. Os subsistemas familiares correspondem a *“forma como os membros de uma família se organizam, considerando o tipo de relação e vinculação estabelecida entre eles”* (WAGNER; TRONCO; ARMANI, 2011, p.23). São definidos a partir das principais relações presentes no núcleo familiar: conjugalidade, parentalidade e relação fraterna. Destacaram-se neste estudo o subsistema conjugal e o subsistema parental. Aqui, a mulher assume a função de esposa e mãe e passa não só a receber, como também ofertar cuidados em saúde.

Salvador Minuchin, em 1982, definiu o subsistema conjugal como a união de duas pessoas adultas por laços afetivos e que tem como principal característica o intuito de constituir seu próprio sistema familiar. Destaca-se que o processo histórico permitiu que pessoas se unam pelos mais diferentes motivos, indo além da constituição familiar. Neto, Strey e Magalhães (2011) acrescentam que a motivação para a construção da relação conjugal está em constante transformação e variam de acordo com a experiência de cada indivíduo. Os autores concluíram que, na atualidade, os fatores motivacionais mais presentes são a atração física, o amor e a maternidade.

A atração física contribui para a aproximação entre os pares e, quando associada a outros fatores, contribui para a conjugalidade. Ao analisar a narrativa da participante Jacinto, observou-se a soma de dois fatores: a atração física e a ausência do suporte familiar. Tal processo influenciou na satisfação com a vivência materna.

Resumindo a história, a minha mãe acabou me dando um quarto lá pela estância. Nesse quarto tinha uma cama de solteiro e um guarda-roupa. E esse homem chegou, viu a porta aberta e entrou. Eu sentei na cama e ele sentou na cadeira. Ele era casado. Ele começou a conversar comigo. Nesse momento, o meu padrasto chegou e o meu cunhado também chegou. Eles disseram que ali não era cabaré e me botaram pra fora de casa. A única porta que se abriu pra mim foi desse dito homem que, pra ser franca, eu mal conhecia. Então ele foi, pagou um quarto, dormiu comigo. [...]. Aí acabei ficando com esse homem aos 16 anos. Com 19 anos eu engravidei da minha filha. E eu não aceitava a gestação. Pra mim, aquilo era um incômodo. (Jacinto, 52 anos)

O amor é visto como um fator ambivalente. Ao mesmo tempo que é considerado fundamental para o estabelecimento e manutenção das relações conjugais, a sua fragilidade também pode conduzir para uniões impulsivas e posteriores rompimentos.

Porque a pessoa tem que ficar com a gente pelo que a gente é e não pelo que a gente tem. Por naturalidade, né? Por te amar. [...]. O pai dela me abandonou, né? Não quis saber de nada. E até duvida até hoje! Isso é uma mágoa que eu ainda tenho dele. [...] Eu cheguei a me arrepender de ter engravidado. Eu cheguei. Até pelas coisas que eu ouvia dos meus pais. O certo é namorar, casar e depois ter filhos. Eu antecipei. Até por causa desse meu problema, eu antecipei tudo. Eu namorei, me apaixonei e fui logo engravidando, porque eu já tinha 34 anos. Eu queria ser mãe a qualquer custo. (Azaleia, 39 anos)

A fala anterior também abre espaço para discussão acerca da associação entre conjugalidade e maternidade. Apesar de a mulher ter conquistado novos papéis na sociedade, a maternidade permanece enquanto aspecto central na identidade feminina. Neto, Strey e Magalhães (2011) percebem essa associação de duas formas: (a) o desejo de ter filhos dentro de uma relação conjugal implica em compatibilizar a relação conjugal com o ciclo de fertilidade e (b) o interesse em normatizar a família.

Eu engravidei aos 14 e tive com 15. Eu tive eclampsia. Passei mal um bocadinho... Antes de eu engravidar, já foi um processo, né? Eu conheci ele aos 11 anos. Aí

a gente foi morar junto, aí depois de 2 anos e nada de eu engravidar. Eu queria ter uma filha. Aí eu fui ao médico. Como o meu útero era de criança, eu era muito nova... O médico disse que eu provavelmente não poderia engravidar por eu ser muito nova. Quem sabe depois, né? Aí eu tão insistente, tão insistente... porque, eu e a mãe dele, a gente não se bicava, né? Ela dizia que todos os filhos dela tinham que dar neto pra ela. (Violeta, 30 anos)

Não demorou muito, a família dele viu que a gente tava bem firme mesmo e começaram a perguntar se a gente não ia ter filhos e tal. Eu ainda achava muito recente pra ter um filho. [...] Mas aí eu chutei o pau da barraca e parei a medicação todinha, inclusive o anticoncepcional. (Orquídea, 40 anos – sobre o segundo casamento.)

O meu marido... a única coisa que nós não somos plenamente felizes é porque quando ele me encontrou, eu não podia mais dar um filho pra ele. O sonho dele era ser pai. (Lotus, 52 anos, sobre o segundo casamento.)

Foram significativas as narrativas acerca da presença/ausência do companheiro durante as vivências dessas mulheres. O suporte oferecido pela conjugalidade fez referência tanto à maternidade quanto às demandas de saúde mental.

Maternidade é um doar, é uma renúncia. A gente escolhe, mas eu lhe digo: é melhor quando a gente tá bem acompanhada. Com uma pessoa que nos ame, que esteja lá pra suportar quando a barriga estourar de estria, né? Que depois ele diga que tá tudo bem, mesmo quando a gente tá com a cara parecendo que passou por um vendaval. [...] Então... com tudo... o apoio dele, a presença dele... Ele amenizou muito todas as minhas dificuldades da maternidade, o meu esposo. A presença, a paciência. Eu fui o centro das atenções durante todos os meses de gravidez. Ele me ligava, saia mais cedo do trabalho dele pra me acompanhar no médico, nas consultas do CAPS... principalmente quando eu comecei a ficar mais pesada. Então, assim, foi um momento especial e também de muito companheirismo pra nós. Foi, pra mim, o que eu não tive no primeiro relacionamento. (Orquídea, 40 anos)

Dentre o conteúdo analisado, ganhou destaque os relatos acerca da violência conjugal. Definida como um fenômeno complexo e multideterminado, este tipo de violência abre espaço para um leque de significados. Pode ocorrer em casais de todas as classes sociais, raças, etnias, idades e orientação sexuais e se caracteriza pela presença de maus tratos físicos e abuso psicológico e sexual. (OLIVEIRA, 2004; LAMOGLIA; MINAYO, 2013). Os termos ‘violência contra a mulher’ e ‘violência de gênero’ também são usados para descrever a violência que ocorre no interior dos relacionamentos íntimos. Propostos pelo movimento feminista, eles colocam a mulher como vítima de um homem agressor (OLIVEIRA, 2004). Optou-se, no entanto, pela adoção da expressão ‘violência conjugal’ por conta do aspecto relacional que este carrega.

A violência conjugal esteve presente na narrativa das participantes Alecrim e Lotus. Em ambos os casos, a violência se mostrou persistente e sistemática. O agressor não se mostrava inibido pela presença dos filhos ou demais familiares. Detectou-se a presença de (a) violência física, entendida aqui como qualquer ação capaz de ferir a

integridade corporal; (b) violência sexual, uma vez que foram constrangidas a manter relação sexual não desejada; e (c) violência psicológica, caracterizada nos discursos pela ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento social, insulto e limitação do direito de ir, gerando sério prejuízo à saúde psicológica. A Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, conceitua, estratifica e define as estratégias para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, considerada hoje um problema de saúde pública (OMS, 2013).

Na época que o meu marido me espancava, me batia, chutava a minha barriga... me batia com tábua... com tudo o que ele pegava na mão, ele me batia. [...] Quando eu fugia, eu não tinha como escapar, porque eu não conhecia ninguém. [...] Mesmo eu grávida ele me batia. E batia bastante mesmo. Eu tenho marcas no meu corpo todo. [...] Quando ele me batia ele dizia: “Tu tá apanhando porque tu gosta. E tu vai ficar comigo pro resto da tua vida”. Ele me humilhava. Puxava a faca pra mim e não respeitava as minhas filhas. [...] Quando a C. tava com um ano, ele pegou uma descarga de carro e bateu na minha cabeça que eu desmaiei. E eu só me lembro, na época, que minha filha dizia: “Papai, não mata a mamãe”. [...] Eu não me cuidei na época, porque eu tava com medo. [...] Quando foi com uns vinte dias que tinha acontecido, eu tive uma crise de pânico. E aí foi quando eu adoeci mesmo. (Alecrim, 44 anos)

Todo dia ele brigava! Todo dia ele vinha pra cima de mim pra me bater e a minha sogra ia pra cima dele. Ela morava junto comigo, né? Era aquela confusão. [...] Eu já tava querendo largar dele, mas foi quando eu engravidei da AL. Pra mim não foi uma felicidade, foi uma tristeza. A minha vontade era deixar ele, porque eu já tinha apanhado, eu já tinha levado murro na minha cara que tinha ficado deformada. [...] Aí ele batia e depois dizia: “Não, esquece isso”. A violência que me doía mais era de ele me bater, me xingar, fazer tudo o que ele fazia comigo e depois querer que eu fosse a mulher dele. Isso daí me matava. Eu até fazia com ele, mas aquilo era um estupro. Entendeu? Porque tudo envolve um amor, um carinho... nada é assim... brusco, entendeu? (Lótus, 52 anos, sobre o primeiro casamento)

Para Alecrim e Lótus, a violência foi considerada a influência externa que gerou o adoecimento e condição agravante para a vivência da maternidade. Segundo Helman (2009), o sofrimento psíquico reflete uma tentativa malsucedida das estruturas psicológicas de lidar com fatores adversos do ambiente.

Oriundo do sistema conjugal, o sistema parental surge a partir do nascimento do primeiro filho e a aquisição do papel de pai e mãe. O desenvolvimento desses papéis possui forte relação com a cultura, o meio social em que está inserida e as estruturas psicológicas de cada um (MINUCHIN, 1982).

No nível cultural e social, amor materno e cuidado passaram a ser exaltados como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade (BADINTER, 1985). Rousseau (2017), através do livro *Émile*, publicado originalmente em 1762, esclarece que o papel primário da mulher diz respeito a educação dos homens.

As mulheres de todos os tempos devem educar quando eles são jovens e cuidar, aconselhar e consolá-los quando grandes.

Mesmo no século XXI, a palavra de Rousseau ainda tem peso. Em seus estudos a respeito do cuidado em saúde, Helman (2009) aponta que, em quase todas as culturas, a maioria dos cuidados primários em saúde ocorre dentro da família. Neste meio, as mulheres figuram como as principais provedoras do cuidado. Assim, estabeleceu-se culturalmente que a mulher é a responsável pela manutenção do cuidado na família.

Em estudo realizado acerca da importância da mulher na produção de cuidados em saúde, Gutierrez e Minayo (2009) descrevem o papel da mulher na família através de cinco eixos: (a) *funções afetivas*, caracterizadas por atividades como preocupar-se, amar o filho e casa, dar atenção, compreender, incentivar os filhos, conversar, ser sempre presente, ser carinhosa, dentre outras; (b) *funções educativas*, tais como educar, orientar, acompanhar tarefas escolares, ser exemplo e criar bem; (c) *funções protetivas*, onde deve ser enfermeira, cuidar da saúde e proteger os filhos; (d) *funções de apoio material*: dona de casa, levar para a escola, delegar tarefas, assear e limpar (criança e casa), zelar pela casa e pelos filhos, trabalhar (emprego); e (e) *funções morais*, visando a responsabilidade, respeito recíproco, moral, vigiar os filhos, ser guerreira, unir a família e ter Deus no coração.

O meu filho mais velho, por ele ser menino, ele ficava constrangido de contar as coisas pra mim. Mas mesmo sendo pai e mãe ao mesmo tempo, a gente sentava, conversava. Dizia como era, orientava sobre tudo. De sexo, de tudo. Sempre muito abertamente. Hoje em dia a gente senta, conversa, brinca, ri junto. [...] Quando o segundo nasceu, foi difícil. Os seis meses que eu passei em casa como mãe de novo... teve um momento assim que eu já queria voltar a trabalhar, porque eu não aguentava as críticas e todo aquele trabalho de manter a casa limpa. [...] Hoje foi o meu filho mais velho que fez o almoço. Ele já tem 17 anos e precisa aprender a se virar. Eu digo pra ele não depender de mulher pra arrumar o quarto, pra lavar a roupa, pra ter uma roupa passada... Faça você mesmo! [...] Não sei se você pensa da mesma forma, mas tem um machismo terrível na nossa sociedade. É incrível! Não foi fácil, sabe? Eu ainda sinto muita cobrança social desse negócio da educação dos filhos em cima da gente, de nós mulheres. É muito pesado! (Orquídea, 40 anos)

A maternidade foi a coisa mais importante que Deus me deu. Eu amo as minhas filhas e o meu filho. [...] Quando o meu filho adoeceu, eu vi que a depressão não mata. Ela só mata quando a gente quer. Aí eu tive que pedir a minha conta pro meu patrão pra mim cuidar do meu filho. Meu filho ficou em coma. Ele ficou sem andar mais de um ano. Mas quando Deus tem um plano na nossa vida, não tem quem faça, não tem quem mude. (Alecrim, 44 anos)

No discurso acerca da relação parental, notou-se que, além do afeto e do cuidado, também esteve presente os sentimentos de rejeição e insatisfação com a função materna. Estes sentimentos foram percebidos no discurso de Jacinto e Violeta, que o trataram como

inadequados e buscaram alternativas para reaproximação dos filhos. A consciência sobre o adoecimento gera, ainda, culpa frente as consequências das ações do passado.

Com 19 anos eu engravidei da minha filha. E eu não aceitava a gestação [...] Quando me entregaram a criança, eu não sei explicar... era uma agonia. Enquanto ela chorava, eu não tinha paciência. Ela bebê e eu já queria bater nela. Pode ser crueldade e até hoje eu me culpo de muitas coisas. Eu não chegava a bater nela, mas eu não queria aquela criança de jeito nenhum. [...] Ai o tempo passou. Essa criança se tornou adolescente, mas nunca com vínculo comigo. Ela tenta agradar de todo jeito, mas nunca com abraço, com afeto, com nada. [...] Mas a culpa é minha, não é de ninguém não. Eu tenho consciência disso. O meu filho, em uma das minhas crises, eu agredi ele terrivelmente. Desse dia em diante ele passou a dormir com o pai. [...] Eu lamento muito por eles! Eu fui uma péssima mãe! Em termos de carinho, sabe? (Jacinto, 52 anos)

Quando eu vi que a B. era morena, eu rejeitei. Eu disse que ela não era minha filha. Só que eu não tava entendendo porque que eu tava rejeitando ela. Aí vieram os médicos, vieram os psicólogos, vieram com um monte de coisa pra cima de mim. [...] Hoje eu tenho isso pra mim como um trauma muito grande. O fato de eu ter rejeitado a minha filha, o fato de eu ter passado pelas minhas dificuldades. [...] Ela não sabe desse pedaço, mas eu procuro fazer a diferença pra que ela não sinta aquilo que foi quando ela era pequena. [...] O meu terapeuta disse que isso foi sintoma da minha doença. (Violeta, 30 anos)

Percebeu-se que a satisfação/insatisfação das participantes da pesquisa com a maternidade está diretamente relacionada com as suas vivências conjugais e parentais. Para Gutierrez e Minayo (2009, p.4), a associação mulher-maternidade é uma “*verdadeira armadilha história*”. A mulher carrega uma carga simbólica muito grande em tudo o que diz respeito a vivência da maternidade e, quando somada com o sofrimento psíquico, o suporte familiar, a relação conjugal e parental a ganham peso maior no processo de saúde-doença. O sentido que esta carrega é considerado superior ao seu significado. Os sentidos são formados através de lembranças, vivências, percepções únicas, singulares e que dependem do contexto em que se originam (VYGOTSKY, 2003). Ao reconhecer o sentido subjetivo, atestamos a presença de múltiplas realidades qualitativamente diferentes (GONZÁLEZ REY, 2003)

As relações familiares foram percebidas de formas diferenciadas pelas participantes, uma vez que se deram em contextos variados. No entanto, González-Rey (2003) acredita que não se pode limitar o sentido pessoal às relações com o meio social. Ele valoriza, ainda, a afetividade e os processos cognitivos dos sujeitos. Neste sentido, considera-se que a fragilidade da estrutura psicológica dessas mulheres, em conjunto com a sua história e cultura em que estão inseridas, fez com que o sistema familiar ora fosse entendido como um aspecto psicossocial protetor e ora patogênico.

2. Relações de convívio social

Os conceitos de indivíduo e sociedade costumam se contrapor. Enquanto o primeiro faz referência ao “*ser humano singular como se fora uma entidade vivendo em completo isolamento*”, o segundo é muitas vezes entendido como um *simples somatório de indivíduos ou como um objeto que existe para além dos indivíduos*”, não sendo possível a inclusão de maiores explicações (MARTELETO; SILVA, 2004, p. 42). Analisá-los de forma separada é, no entanto, um erro, pois descaracteriza a relação existente entre eles.

Tudo o que repercute da sociedade é chamado de social. Para que os fenômenos sociais sejam entendidos na sua essência, é preciso entender que todo sujeito estabelece redes de dependência/apoio e que cada uma delas se diferencia conforme se constituem as vivências. A maternidade não é apenas fenômeno físico, mas também social, e que influencia a criação de redes de apoio para além da família.

Apoio social, segundo Pinto et al (2006), é um conceito em construção. Nele se destaca, ao mesmo tempo, a estrutura da rede de relacionamentos sociais e o grau de satisfação do sujeito que o usufrui. Em pesquisa recente, Pietromonaco e Collins (2017) apontam que o apoio social pode auxiliar na redução dos efeitos negativos do estresse, facilitar a recuperação da saúde e influenciar nos processos de resiliência. Sentir-se compreendido e aceito pelo próximo faz com que as vivências sejam menos desafiadoras ou dolorosas.

E eu não tinha tempo pra minha casa. [...] Só que aqui em casa tinha a minha sogra, a minha cunhada e ainda tinha uma pessoa pra cuidar das minhas coisas que eu pagava. [...] Quando eu cheguei no trabalho, o meu patrão ligou pra mim e pediu pra eu levar uma pera e um mamão e ir lá em cima, porque queria falar comigo. Aí eu comecei a chorar. Eu não aguentei. [...] Ele mandou eu ir falar com a psicóloga. A Psicóloga foi lá comigo e ouviu a minha história. Ela disse que teria que me levar na Delegacia da Mulher. (Lotus, 52 anos)

Eu ficava muito só nesse quarto. Era eu mesma que me retraía e ficava no meu mundo. Aí o tempo foi passando. Foi quando chegou essa minha amiga T. na minha vida, há uns 4 anos atrás [...]. Ela foi um anjo que Deus botou na minha vida, porque ela teve depressão e superou. Então ela é um exemplo pra mim. O marido dela deixou ela e ela criou dois filhos só. [...] Então a gente tem que ver quem tem bom exemplo pra gente, quem tem moral. (Azaleia, 39 anos)

Antes só quem me ajudava eram as pessoas da rua, os vizinhos. Eu passava lá por casa na ambulância. Só eu e Deus. Mas as pessoas ajudam sim a gente. [...] E aí foi quando entrou os pastores pra me ajudar. E aí eu fui muito ajuda mesmo por eles. Eles foram muito compreensíveis comigo. Eles não me abandonaram. E foi os meus amigos ali da igreja foi o centro pra eu ter uma outra ajuda. Não tinha ajuda nenhuma de ninguém da minha família. (Alecrim, 44 anos)

A organização do apoio social se deu através de múltiplos processos de subjetivação, os quais só podem ser entendidos através do método dialético. A complexidade que envolve a subjetividade permite perceber a constituição recíproca das relações de convívio social, posto que ser reconhecido pelo do outro implica, também, na valorização do papel que este exerce na vida da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2003). Esta visão se articula com o enfoque histórico cultural, permitindo que o social deixe de ser visto apenas como algo externo ao sujeito.

A análise das narrativas apontou que as participantes contaram com o apoio oriundo da família extensa, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e religiosos. As relações de apoio apontam para uma estruturação com base no vínculo legal, vínculo afetivo e solidariedade. As vivências variaram conforme o meio de inserção e o convívio social pré-estabelecido. Percebeu-se que a presença do apoio social auxiliou no enfrentamento de dificuldades relacionadas ao sofrimento psíquico, auxílio para os cuidados domésticos e maternos e na redução dos agravos de saúde oriundos da relação conjugal.

3. Relações com o trabalho

Vygotsky (2004) tomou por base a tradição do materialismo histórico (ciência marxista) e o materialismo dialético (filosofia marxista) para desenvolver a sua proposta de pesquisa em psicologia. De acordo com a teoria marxista, é através do trabalho que o homem transforma a natureza ao mesmo tempo em que é transformado por ela (REGO, 1998). As análises acerca do trabalho devem sempre levar em consideração o contexto. Vygotsky enfatiza os estudos de Marx, visto que este situa o trabalho dentro da esfera social.

Em *Pensamento e Linguagem*, Vygotsky (2003) descreve a estrutura humana como complexa. Trata-se do resultado de um processo de desenvolvimento diretamente vinculado à história individual e história social. Desta forma, é preciso contemplar os sofrimentos, os processos criativos e construtivos do indivíduo e as formas de agir na relação que se estabelece com o meio.

A vertente psicossocial auxilia a análise das reciprocidades entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social. Nesta perspectiva há a contraposição entre o sujeito crivado por elementos subjetivos e o sujeito inserido em um universo social. Contribui, ainda, para a definição do conceito de “organização”, incluindo elementos técnicos e normativos, além de uma dimensão simbólica e uma dimensão imaginária acerca da situação vivida. Desta forma, proporciona subsídios para compreender a natureza dos

vínculos que os indivíduos constituem com as intuições e as organizações e os seus reflexos no trabalho (BENDASOLLI; SOBOLL, 2010).

Dentre as histórias narradas pelas participantes, observou-se que os vínculos com o trabalho denotam três ideias: (a) fonte de subsistência, (b) refúgio das vivências e (c) agravante de saúde.

Nesse estudo, entendemos subsistência como conjunto das coisas essenciais à manutenção da vida, ao sustento do sujeito. O rendimento oriundo do trabalho foi percebido como a principal fonte de subsistência dos sujeitos participantes e seus filhos. A preocupação em suprir as necessidades materiais e fisiológicas dos familiares se mostrou enquanto fator de estresse na vivência materna, uma vez que a ausência da renda influencia nas relações estabelecidas e no processo de adoecimento psíquico.

Ai quando eu sai da Casa do Óleo, aí que eu fui sofrer mesmo. Eu fui sofrer maus tratos, eu fui sentir fome... porque ele não me dava dinheiro pra comprar comida. [...] Mas eu pedia de Deus pra ele me ajudar a arrumar um trabalho pra sair dessa vida, porque não dava. [...] Eu tinha compromisso com meus filhos pra eles não passaram fome, não ficaram descalços. [...] Aí foi quando eu abri esse lanche aí na frente pra mim, porque eu não aguentava mais a mãe dele me sustentar e ele não me dava dinheiro, nada! Cortaram água, cortaram luz, cortaram tudo! (Lótus, 52 anos)

Mas se eu parasse de trabalhar, a gente ia passar fome. Porque de uma certa forma, a gente pagava o carro. Todo mês o carro era fixo. Aí a gente pagava plano de saúde, a gente pagava um monte de coisa! Porque ele é renal e diabético. Então pra ele não pode faltar nada. [...] Eu não queria que o meu marido morresse, então eu tinha que trabalhar. E ele sinalizou que eu tava adoecendo. (Violeta, 30 anos)

Alguns dos diagnósticos de saúde mental são considerados impedimentos de longo prazo para a participação e interação plena na sociedade. Às pessoas que portam tais diagnósticos, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) assegura o seu sustento através do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que consiste em 01 (um) salário mínimo. A aquisição do benefício foi considerada como fonte de renda significativa para a melhoria da qualidade de vida das mães participantes e seus filhos.

E eu trabalhava mesmo com tudo isso. Eu trabalhava no supermercado. Então eu não tinha que tá ali sofrendo. E foi quando eu tomei uma decisão na minha vida. Eu já tinha uma filha que era deficiente. Aí foi quando eu fui tentar procurar aposentar a minha filha [...]. E aí passou um tempo e eu consegui aposentar ela. E o dinheiro que eu peguei, eu comprei essa casa pra mim. (Alecrim, 44 anos)

Quando eu não tinha filho, eu já gostava de coisa boa. Agora eu tento melhorar mais ainda pra ela. E o básico nunca faltou pra ela. Nunca! Eu cheguei numa fase bem difícil quando ela tava com uns dois anos de idade e eu ainda não recebia o benefício do INSS. Eu comecei a receber de 2016 pra cá. Foi um período difícil financeiramente, mas de muita união. (Azaleia, 39 anos)

Chamou atenção a noção de refúgio que as participantes Lótus e Jacinto atribuíram ao trabalho. A primeira carrega consigo a vivência de violência conjugal e encontrou no trabalho o refúgio dos seus problemas familiares. O trabalho permitia que a mesma retomasse o controle de si e estimulasse a autoestima que foram tomados de si. Aqui, o refúgio assume caráter de amparo e proteção. Jacinto, por sua vez, via no trabalho uma forma de não ter contato com os filhos e não sofrer com a rejeição que sentia por eles. Desta forma, o refúgio se caracteriza como esconderijo.

Eu tinha medo de tudo! O meu foco era casa e trabalho, casa e trabalho. [...] Aqui eu era uma pessoa, mas na Casa do Óleo eu tinha que ser outra, porque eu era uma chefia. Eu tomava conta de muita coisa! Eu era muito sobrecarregada. Se um funcionário adoecesse, eu tinha que dizer porque ele adoeceu. Se ele merecesse uma promoção, era eu que tinha que dizer. Se o balanço quebrasse, era eu que tinha que falar. Se o gerente comprasse a mais, era eu que tinha que ordenar. (Lótus, 52 anos)

Eu era uma roçadeira no trabalho. Eu trabalhava no hospital. Eu era técnica de enfermagem. Então, a noite, eu pegava os prematuros da UTI e de dia, eu pegava os adultos da UTI. E o pai, depois que a criança nasceu, ele fez papel de mãe e de pai. Eu não existia. Aliás, eu fazia questão de levar uma mala pro hospital e ficar lá pra não ter contato com a criança, pra ver o mínimo possível. Eu ficava uma semana, duas semanas lá dentro do hospital direto. (Jacinto, 52 anos)

A fala da participante Violeta, descrita acima, somada com a de Jacinto atribuem ao trabalho, também a noção de adoecimento. As relações estabelecidas com o trabalho e com os demais trabalhadores podem funcionar como agravos na situação de saúde de mulheres em sofrimento psíquico e, indiretamente, influenciam nas suas vivências maternas.

Eu voltei três vezes pro trabalho e as três vezes eu retornei pra cá pro CAPS. [...] Você tem um surto... você pode ver pelo meu cartão como já tem muito tempo. Mas é como se você tivesse uma marca. Pra onde você for, isso vai acompanhar você. Aconteceu um incidente no ambulatório... Uma criatura falou que tinha me dado dinheiro pra comprar umas coisas pra um colega e que eu não paguei. Eu disse que não, que eu não tinha ficado com o dinheiro. Aí ela pulou: “quem vai acreditar nessa debilóide, nessa louca? Quem? Mentira”. [...] Então, quer dizer, o ambiente de trabalho também não ajuda. Eles dizem assim “você vai pra um lugar mais light”. Mas não, piorou. O lugar mais light, que você não tem muita coisa pra fazer, a sua cabeça fica desocupada. Então, moral da história: você fica pior. (Jacinto, 52 anos)

Apesar de o trabalho ter sido citado por todas as participantes, percebeu-se que sua organização foi influenciada pela interação dos aspectos emocionais e simbólicos, o que gerou a produção de sentidos individuais para a experiência. A categoria subjetividade desenvolvida nos trabalhos de González Rey (2002) avalia a complexa relação que a história individual toca o social e as formas pelas quais adquirem sentido e significado para o sujeito. A análise com base na valorização da subjetividade permitiu

que as relações de trabalho ora fossem entendidas como fonte de prazer e ora como de sofrimento, tendo em vista a qualidade do vínculo, as emoções suscitadas e os benefícios dele oriundos.

4. Espiritualidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu, em 1988, a dimensão espiritual como parte do conceito de saúde. Ela é retratada como instância significativa ao sofrimento, assim como de esperança quanto as oscilações do estado de saúde. Saad, Masiero e Battistella (2001) entendem a espiritualidade como um conjunto de crenças que enfatiza elementos intangíveis capazes de impor vitalidade e sentidos a eventos e auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas. As crenças proporcionam um estado de afeição que interfere diretamente nas habilidades pessoais. Desta forma, pode influenciar na forma como as pessoas enfrentam diferentes situações, visto que estimulam a autoconfiança, firmeza e favorecem a adaptação e maior aceitação aos processos de saúde-doença (INOUE; VECINA, 2017).

Eu tive que passar por tudo isso pra me tornar a pessoa que eu me tornei hoje. Tudo isso, tudo tem um porquê. Aí eu vejo que a psicologia me ajudou muito, muito mesmo. A medicina também. Mas tem, acima disso, foi o que eu vi, o meu lado espiritual. A minha força de querer sair daquela situação que eu tava. Aí veio a minha fé. Entendeu? Hoje, pouca coisa ainda me abala. (Azaleia, 39 anos)

O conceito de espiritualidade difere de religião, uma vez que este último se direciona para o aspecto institucional e doutrinário de cada proposta religiosa. A vivência religiosa traz consigo uma padronização de crenças e ritos capazes de oferecer sentido de vida ao indivíduo (LIBANIO, 2002; OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Quem vive com Deus, vive mais. Quem vive com os remédios se mata. Aí, ele diz: “Mas como se tu vive com remédio?”. Mas eu não vivo com remédio, eu vivo com Deus. Da hora que eu acordo até a hora que eu vou dormir, eu fico nas minhas orações. Eu sento aqui ou eu sento lá atrás, aí ei pego a minha bíblia e vou ler e fico orando. Aí ele disse: “Pronto! Agora ela ficou a doida orante!” [risos]. E eu não to nem aí. Me chamem do que quiser. Eu tô me fortalecendo na palavra, eu to me fortalecendo pro senhor. Lá na palavra vem dizendo: a salvação é individual, cada um busque a sua. Aí eu faço os meus terços... começo a orar meus terços e ele vem e pergunta se pode orar comigo. (Violeta, 30 anos)

Uma realidade misteriosa e encantadora é a base de todas as religiões. Esta se manifesta no cotidiano das relações humanas e pode ser sentida com algo transcendente capaz de transformar vidas. A espiritualidade se apresenta enquanto uma força interior que supera os limites da mente e do corpo (OLIVEIRA; JUNGES, 2012). Vasconcelos

(2006) acrescenta que tudo o que é sentido na presença de uma força absoluta é identificado pelos sujeitos como Deus.

Aí eu comecei a pedir de Deus... “Senhor, será que é isso mesmo que é a minha vida? Será que eu não mereço coisa melhor? Eu quero um dia que tu me dê um marido que me sustente e que me respeite. Será que não existe um homem que nem meu pai?”. [...] Eu só penso coisa negativa. Hoje eu vou todo dia pra igreja pra ajudar a me fortalecer. (Lótus, 52 anos)

Olha, a igreja restauração chegou num momento certo da minha vida. Quando eu desmaiava... eu desmaiava umas 10 vezes por dia. Logo quando eu comecei, eu via vultos. Eu queria tirar a minha roupa, eu ficava em pânico. A gente não sabia o que fazer. Eu tava de resguardo, então foi uma outra situação de resguardo quebrado. E aí foi quando entrou os pastores pra me ajudar. E aí eu fui muito ajuda mesmo por eles. (Alecrim, 44 anos)

A narrativa das participantes levantou a relação da religiosidade com o sentimento de desamparo frente as situações do seu dia a dia. Os achados corroboram o estudo desenvolvido por Stroppa e Moreira-Almeida (2008), que analisou a influência da religiosidade na qualidade de vida dos sujeitos. Percebeu-se que a espiritualidade esteve associada ao bem-estar psicológico e ao apoio social, inspirou a autoconfiança e ofereceu suporte no enfrentamento de situações de estresse. O equilíbrio entre as vivências do cotidiano da mulher-mãe-louca com base na espiritualidade influenciou positivamente no cuidado à saúde mental.

A fenômeno espiritual acontece efetivamente nas experiências íntimas das participantes. A espiritualidade elenca opiniões e emoções próprias, reconstrói a história de vida do sujeito e cria novos desejos. Desta forma, pode ser entendida como uma expressão da subjetividade. Negar a subjetividade espiritual equivale a desconsiderar a força da produção humana das participantes e submetê-las ao domínio da instrumentalidade técnica que figura nos protocolos de saúde mental.

5. Comportamento suicida

Durante todas as entrevistas, destacou-se a presença de comportamentos suicidas. Mesmo esse não sendo considerado um aspecto psicossocial, resolveu-se abrir espaço para discutir o tema, pois é um elemento da subjetividade individual que faz relação com a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico e com as situações que enfrentam no seu dia a dia.

O comportamento suicida foi definido por Moreira e Bastos (2015, p.446) como *“todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade”*. Pode, ainda, ser classificado em três categorias: (a) ideação

suicida, (b) tentativa de suicídio e (c) suicídio consumado. Lovisi et al (2009), em estudo anterior, apontou que os principais fatores ligados a este tipo de comportamento são: a presença de transtornos mentais, ausência de suporte social, eventos estressantes e características sociais. Estes, por sua vez, foram listados nos tópicos acima como aspectos psicossociais que influenciam na vivência das participantes.

Ideação suicida pode ser entendida como “*pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida*” (MOREIRA; BASTOS, 2015, p.447). Nas participantes que apresentaram ideações suicidas, estas foram contornadas com base no apego espiritual

Quando foi no final de semana ele me levou na Ponta Negra. Quando chegamos lá, veio aquela voz na minha cabeça dizendo que era pra eu me jogar no rio. Outra vez ele me levou pro interior e lá eu ouvi de novo aquela voz dizendo pra eu me matar. Lá onde eu trabalhava tinha um escadão e toda vez que eu brigava com a minha filha, vinha aquela voz na minha cabeça dizendo pra eu me jogar. Ainda bem que eu sempre fui muito apegada com Deus. (Lótus, 52 anos)

Era terrível! Eu tinha muito pensamento suicida. Eu queria matar meus pais... logo no início eu passei por cada situação de Deus mesmo me segurar. De eu pegar a faca e querer me cortar... que eu já não aguentava mais aquele sofrimento. E tava tudo aqui [aponta para cabeça]. (Azaleia, 39 anos)

Foi em 2015. Eu tava com a cobrança do mestrado, eu tava na iminência de assumir a SEDUC... Eu já queria assumir a SEDUC já com o certificado do mestrado, né? Eu travei e não consegui fazer a edição final da situação. E foi um tempo também que o meu ex-marido não tava me ajudando com a pensão do meu filho mais velho. [...]”. Então foi um momento assim que... Meu Deus! Eu... assim... me deu vontade de morrer mesmo. Aquilo já tava me sufocando. (Orquídea, 40 anos)

Já a tentativa de suicídio é o ato no qual o sujeito causa dando a si mesmo deliberadamente, mas sem resultado fatal (MOREIRA; BASTOS, 2015). Nos casos de tentativa, o apoio familiar foi essencial para que o fato não se consumasse, assim como motivar as participantes para persistir na vida.

Como eu falei pra você, dos 14 pros 15 anos eu tentei me matar. Quando eu tava com uns 27 anos, eu tentei dar um tiro na cabeça. O amanhã eu não sei, mas eu to tentando viver. Eu to tentando. Eu to brigando. (Jacinto 52 anos)

Quando eu via ele, eu entrava em desespero. Quando ele entrava, que eu chegava do trabalho, eu entrava em desespero. Eu tentei me matar por várias vezes. Mas eu pensava nas minhas filhas, sabe? Eu tentava me matar, porque eu não podia sair pra nenhum canto que ele me achava, sabe? (Alecrim, 44 anos)

Quando eu tentei suicídio, foi pior. Eles tinham saído, todo mundo. Hoje ele me deixou aqui, porque você tava aqui. Eu não fico só. Pois eu botei uma corda lá atrás e disse “eu vou me matar é hoje”. Quando eu botei a corda no pescoço, ele vem chegando e corta a corda. [...] Aí eu disse que era pra acabar os problemas, acabar tudo. Eu achava assim que ia acabar com tudo aquilo. Ele

disse pra mim que não era assim que resolvia. Dessa forma, não. (Violeta, 30 anos)

A percepção da realidade, quando se trata de sujeitos em sofrimento psíquico, implica a observação da vivência com base nos processos intrapsíquicos, o que difere os indivíduos ao mesmo tempo que os aproxima. Assim, ainda que viva numa realidade em comum, cada indivíduo tem uma perspectiva única sobre o mundo.

O desenvolvimento da categoria de sentido subjetivo por González Rey (2003) superou a ênfase sobre os processos intrapsíquicos e permitiu o diálogo entre questão da subjetividade e o marco histórico-cultural proposto por Vygotsky. Desta forma, passa para a compreensão da psique humana como um sistema. Nesse sentido, pode-se dizer que o comportamento suicida agrega os aspectos simbólicos e os processos cognitivos, não estando limitado apenas a processos sociais. Este se mostrou enquanto uma vivência intrapsíquica resultante da condição socioeconômica, das relações estabelecidas e da própria história de vida. A subjetividade deve ser posta em evidência, pois é nesse campo que se configuram as ideações e as tentativas de suicídio. Tanto a ideação quanto a tentativa foram motivados por fatores estressores na vivência da mulher-mãe-louca e mostram a relevância de enxergar a influência dos aspectos psicossociais na saúde e incluí-los na linha de produção de cuidados, uma vez que auxiliam também na proteção e na redução de agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia Histórico-Cultural abre as portas para a compreensão do sujeito para além do pacote biológico que o compõe. A teoria de Vygotsky enxerga o sujeito como um ser dialético, capaz de estabelecer relações com outros sujeitos, com ambientes sociais ou mesmo com a cultura. Desta forma, a medida que exerce influência sobre fatores sociais, culturais e históricos, também sofre a ação desses ao longo da sua vida.

Toda ação é mediada por um artefato culturalmente disponível. A mediação se dá nas práticas sociais do discurso e, por tal motivo, o mesmo contexto pode oferecer diferentes possibilidades de vivências aos mais variados indivíduos. Entendemos, para tanto, que tornar-se mãe é um processo dialético complexo caracterizado por peridiocidade, irregularidade no desenvolvimento das funções sociais, entrelaçamento de fatores internos e externos e os processos adaptativos que auxiliam na superação das dificuldades as quais a mulher-mãe-louca se depara.

Para compreender as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, deve-se levar em consideração as suas percepções, emoções e ideais. Neste estudo, verificou-se a presença de 05 (cinco) categorias de sentido que descrevem a influência dos aspectos psicossociais na vida das participantes: (a) Relações Familiares, (b) Relações De Convívio Social, (c) Relações com o trabalho, (c) Espiritualidade e (c) Comportamento Suicida.

As relações familiares têm significativa contribuição para a satisfação/insatisfação com as vivências da maternidade. O suporte familiar, a qualidade da relação conjugal e a afeição com os filhos foram considerados aspectos psicossociais que influenciam tanto na melhoria da qualidade de vida do sujeito quanto no agravo da sua condição de saúde. Na ausência do apoio dos familiares, as relações de convívio social ganham espaço na vivência materna. Elas auxiliam, ainda, nos processos de identificação e aceitação da situação de saúde e do tratamento. Paralelo a estas duas forças, encontram-se as relações com o trabalho e a espiritualidade. O trabalho pode agir enquanto fonte de subsistência, refúgio (proteção/esconderijo) e agravante da saúde. Já a espiritualidade se mostra como peça chave frente as situações de desamparo. É um buscar fora da própria existência a resposta/solução para os problemas enfrentados no dia a dia. O comportamento suicida culmina, por vezes, enquanto a consequência da influência dos aspectos psicossociais apontados na vivência da mulher-mãe-louca.

Torna-se, então, impossível estudar os processos mentais e fisiológicos separados do contexto em que se inserem. Vygotsky emprega ênfase no historicismo para favorecer a visão integral sobre todo processo subjetivo. Hoje, as Políticas Públicas de Saúde são pautadas na integralidade e na transversalidade de ações. Já é teoricamente reconhecida a necessidade de corresponsabilizar todos os setores da saúde para a produção de cuidados da mulher em sofrimento psíquico, mas estariam os serviços aptos para compreender todos os seus níveis de complexidade? Ao assumir o olhar psicossocial, a Psicologia da Saúde deve contribuir para a desarticulação do modelo hegemônico que prega a doença como a única possibilidade de alcançar o sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: **Seminár women's and health mains-treaming the gender perspective into the health sector**, 1998, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Tradução: Roberto Raposo, revisão técnica: Adriano Correia. – 11. Ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BENDASOLLI, P.; SOBOLL, L. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010.

BORBA, L.O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, Dec. 2012

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>>

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, L.F.L. **Método e Técnicas de Pesquisa em Psicologia** – 3º Ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**. 11(2), 209-216, 2006.

CREPALDI, M.A.; LISBOA, M.L. **Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado**. Paidéia, 13, 97-109, 2003.

GASTAL, F.L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatria**. RS set/dez 2006;28(3):245-54

GONZÁLEZ REY, F. **O social na psicologia e a psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

_____. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, São Paulo, 24, 155-179, 2007.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009

HELMAN, C.G. **Saúde, cultura e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

INOUE, T.M.; VECINA, M.V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**; 35(2):127-30, 2017.

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2001.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica** – 5º. Ed. – 4º. Reimp. – São Paulo : Atlas, 2010.

LAMOGLIA, C.V.A; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: Estudos em uma delegacia no interior do Rio de Janeiro. **Cien. Saúde Coletiva**; 14(2), 595-604, 2009.

LAVILLE, C.; DIDONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

LEITE, S.N; VASCONCELOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** 2006; 13(1):113-128.

LIBANIO, J. B. **A religião no início do milênio**. São Paulo: Loyola, 2002.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(Supl. II), 86-93, 2009.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Saúde Pública**. 2000; 16(3):647-59.

MARTELETO, R.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e métodos qualitativos nos estudos de problemas de saúde. IN: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. 1ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 1982.

MOREIRA, L.CA.O.; BASTOS, P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 19, Número 3, 445-453. 4, Setembro/Dezembro de 2015.

NETO, J.A.S., STREY, M.N.; MAGALHÃES, A.S. Sobre as motivações para a conjugalidade. In: **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OLIVEIRA, K.L.C. **Quem tiver a garganta maior vai engolir o outro: sobre violências conjugais contemporâneas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OLIVEIRA, M.R.; JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, 17(3), 469-476, setembro-dezembro, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atas oficiais da OMS, nº2**. 2005.

_____. **Violencia contra la mujer: Respuesta del sector de la salud**. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001**. [S.l.], 2000.

PIETROMONACO, P.R.; COLLINS, N.L. Interpersonal Mechanisms Linking Close Relationships to Health. **American Psychologist**, Vol. 72, No. 6, 531–542, 2017.

PINTO, J.L.G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):753-764, 2006

REGO, T.C. **Vygotsky – Uma perspectiva histórico-cultural da educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

ROUSSEAU, J. J. **Emilio ou da educação**. 1ª ed. São Paulo: Edipro. 2017.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, 8(3), 107-112. (2001).

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Rev. Educação & Realidade**. 20(2):71-99. Jul./Dez. 1995.

SEBASTIANI, R.W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learnig, 2014.

SPINK, M.J.P. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 7ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2010.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? **Rev. Brasileira de Psiquiatria**; 27(Supl II): S41-2, 2005

STROPPA, A.,; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In SALGADO, M. I. & FREIRE, G. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, P. 427-443, 2008.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M (Org.), **A espiritualidade no trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, pp. 13-157, 2006.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WAGNER, A., TRONCO C.; ARMANI, A.B. Os desafios da família contemporânea: Revisitando conceitos. In: **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2), 259- 266, 2005.

4.4. A MATERNIDADE DE MULHERES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E A REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

RESUMO

Este estudo objetiva identificar as redes de apoio estabelecidas por mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade no município de Manaus-AM. Para tal, fez-se uso da abordagem qualitativa. Contou-se com a participação de 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do município de Manaus-AM. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: (1) questionário fechado, visando levantar dados sociodemográficos e de saúde das participantes; e (2) história de vida, onde as mulheres foram convidadas a narrar livremente a sua vivência da maternidade. A análise dos dados coletados foi feita com base na Psicologia Histórico-Cultural e na Teoria das Redes Sociais. Observou-se que as redes sociais contribuem significativamente com o bem-estar de pessoas em sofrimento psíquico, principalmente quando relacionadas ao apoio recebido nas vivências da maternidade.

Palavras-chave: Saúde mental; redes de apoio; produção de cuidados.

ABSTRACT

This study aims to identify the support networks established by women in psychological distress in the experience of motherhood in the city of Manaus-AM. For this, the qualitative approach was used. It has been employed the participation of 06 (six) women in psychological suffering who experience motherhood and who use health services in the city of Manaus-AM. The instruments for data collection applied were: (a) closed questionnaire, aiming to list the participants' socio-demographic and health data; (b) free association of words and (c) life story, in which women were invited to freely narrate their experience of motherhood. Data analysis was based on Historical-Cultural Psychology and Social Network Theory. It was observed that social networks contribute significantly to the well-being of people in psychological distress, especially when related to the support received in maternity experiences.

Key-words: Mental Health; Support Networks; Care Production.

INTRODUÇÃO

A maternidade tem sido alvo de investigação nas mais diversas áreas do conhecimento. Aquelas que se debruçam sob as narrativas históricas acerca concepção do papel feminino na sociedade (BADINTER, 1978; CORREIA, 1998; MOURA; ARAÚJO, 2004) tendem a apontar a dualidade entre as vivências maternas, ora considerada como fonte de prazer e ora de sofrimento, gerando efeitos sobre a saúde mental das mulheres. A literatura tem mostrado que há uma forte influência das interações complexas do gênero feminino na saúde mental (LUDEMIR, 2000; STAINER, 2005; GASTAL et al, 2006;

GUTIERREZ; MINAYO, 2009). Mas quais seriam as influências da saúde mental nas interações complexas do gênero feminino?

Foucault (1978) retoma a historiografia da loucura para recontar aspectos da história que construíram o conceito de loucura que cunhamos hoje no seu livro *História da Loucura*. Há, ainda, grandes autores que colaboraram com o tema, como Thomas Szask (1978) e seu livro *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental* e, no Brasil, Paulo Amarante (2007) na obra *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. No entanto, são poucas os estudos que estudam a interseção entre a saúde mental e a maternidade. Pretende-se, assim, discorrer acerca dos efeitos dessa construção no acompanhamento à saúde da população, em especial daquelas que assumem a função materna, tendo em vista que este ainda figura como o papel central da mulher.

Uma vez rotulados como portadoras de transtorno mental, as mães estão sujeitas a uma série de estigmas culturais que direcionam o papel social a ser desempenhado. Assim, passam a depender da sociedade em geral para apoiar e legitimar a sua condição de sujeito.

Este estudo buscou identificar as redes de apoio estabelecidas por mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade no município de Manaus-AM. Utilizou-se da metodologia qualitativa descritiva, uma vez que o intuito principal foi relatar a realidade na forma como a mesma se apresenta para os sujeitos participantes. A análise dos dados coletados foi apoiada na Psicologia Histórico Cultural de Vygotsky e na Teoria das Redes Sociais.

A SAÚDE MENTAL NO SÉCULO XXI

Em meados do século XX cientistas e profissionais de saúde atuantes na área da saúde mental passaram a questionar os critérios de normalidade e os reais efeitos da medicalização excessiva enquanto instrumento de cura dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Georges Canguilhem publicou, em 1943, os achados encontrados durante a pesquisa do seu Doutorado em Medicina. Durante os anos de pós-graduação, dedicou-se ao estudo dos critérios de normalidade e anormalidade adotados dentro da medicina e da psicopatologia. A sucessão de fatos narrados pelo ator aponta que, então, predominava a

visão positivista de que o patológico seria apenas uma variação quantitativa do estado ideal de funcionamento do organismo.

Em *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*, Dalgalarrodo (2008) elenca os principais critérios de normalidade utilizados nos estudos de psicopatologia.

- (a) *Normalidade como ausência de doença*: segundo René Leriche apud Canguilhem (2015, p. 53), “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. Desta forma, a saúde se torna a ausência de sinais, sintomas ou de doenças;
- (b) *Normalidade ideal*: são estabelecidos, arbitrariamente, critérios socioculturais e ideológicos que indicam o que é suspostamente sadio e evoluído;
- (c) *Normalidade estatística*: o normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência;
- (d) *Normalidade como bem-estar*: saúde passa a ser o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (OMS, 1946);
- (e) *Normalidade funcional*: considera-se patológico o fenômeno que é visto como disfuncional e produz sofrimento para o indivíduo e no meio onde está inserido;
- (f) *Normalidade como processo*: consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, as desestruturações e das reestruturações ao longo do período de vida;
- (g) *Normalidade subjetiva*: enfatiza-se a percepção subjetiva que o indivíduo tem acerca do seu estado de saúde;
- (h) *Normalidade como liberdade*: doença mental é compreendida como perda da liberdade existencial. O senso de realidade é prejudicado;
- (i) *Normalidade operacional*: busca-se trabalhar operacionalmente com critérios de normal e patológico pré-definidos. Insere-se aqui a elaboração de manuais classificatórios e diagnósticos.

Tais estratégias de classificação receberam duras críticas ao longo dos anos, seja por seu caráter reducionista, ou utópico, ou mesmo por não conseguir traduzir uma realidade objetiva. Além de variar conforme o fenômeno que se estuda, os critérios de normalidade e doença também podem atuar em função das opções filosóficas dos profissionais (DALGALARRONDO, 2008).

Entremos no segundo ponto de discórdia: a instrumentalização da cura. Desde o alienismo de Pinel até a hegemonia dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), percebe-se várias conquistas da racionalidade científica. O

pré-estabelecimento de padrões normativos universais, simplistas e estáticos fez prevalecer na psiquiatria as observações de natureza médico-biológica, aquela que toma por base a saúde como ausência de alterações biológicas, ou no popular, ausência de doença (AMARANTE, 2007).

A definição em negativo torna a doença o foco da ação. Desta forma, a principal estratégia para estudo e tratamento da doença era o isolamento social. Acreditava-se que, livre de toda influência do meio, a doença poderia ser vista na sua forma mais pura e a intervenção médica se tornaria mais eficiente. A fim de dar suporte às ações, transformaram-se as instituições hospitalares em lugares próprios para o tratamento da loucura (FOUCAULT, 1978). Os hospitais permitiriam não só a observação constante e sistemática dos fenômenos, como também a aplicação das técnicas estabelecidas e a realização do processo terapêutico de conversão do comportamento desviante (SZASZ, 1978).

A supremacia da doença sobre o sujeito e o sistema terapêutico baseado na hospitalização fizeram nascer o paradigma da Psiquiatria Tradicional. A bem da verdade, não podemos negar que este modelo produziu um saber original sobre as doenças. No entanto, Amarante (2007) chama a atenção para o fato de esse saber referir-se a uma doença institucionalizada, ou seja, uma doença modificada pela ação prévia da instituição. Almejava-se a doença em estado puro, mas, ao fim, tinha-se uma doença produzida e transformada pela própria intervenção médica.

Ao longo do século XX, o sistema adotado pelo paradigma psiquiátrico sofreu duras críticas. Aqueles que eram céticos à proposta fizeram apelo ao relativismo cultural e defenderam a posição de que é em cada cultura que podemos, legitimamente, encontrar critérios de normalidade.

A concepção defendida por Canguilhem em sua tese de doutorado parte do princípio de que existe um número infinito de possibilidades fisiológicas e culturais no processo da vida de um sujeito e estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença transforma os conceitos de normalidade e anormalidade em reducionismo. Nesse sentido, propõe que o patológico é uma "*norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma*" (p.145) e a saúde é a capacidade de estar adaptado às exigências do meio, de criar e seguir novas normas de vida (CANGUILHEM, 2015).

Em 1964, Basaglia, psiquiatra e diretor de hospital psiquiátrico rouba a cena ao apresentar *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*. A narrativa é uma denúncia da exclusão social representada pela internação psiquiátrica e da violência que as técnicas científicas exercem sobre os pacientes. O interesse de Basaglia recai sobre a emancipação dos sujeitos e a utilização da linguagem como instrumento de mediação para o reconhecimento do mundo vivido e negociação terapêutica. Dar voz aos loucos permite o retorno à condição de cidadania (BASAGLIA, 2005). Nasce, então um novo paradigma: a reforma psiquiátrica.

Como alternativa à institucionalização, Basaglia põe em pratica o modelo de Comunidades Terapêuticas. A proposta transforma os pacientes em sujeitos e reconhece que as relações humanas devem ser democraticamente fundadas, favorecendo a aquisição da autonomia e a autorrealização. Os procedimentos terapêuticos empregados implicavam na liberdade de comunicação, na democratização dos papéis sociais e a construção de uma comunidade de intenções e objetivos (BASAGLIA, 1985).

A queda das fronteiras físicas, representada pelos muros hospitalares, implica na desconstrução de fronteiras simbolicamente estruturadas. Assim, propõe-se a criação de condições para a produção de outras abordagens cunhadas a partir da complexidade dos fenômenos inerentes ao ser humano e que possam colocar a doença mental entre parentes. Colocar a doença entre parênteses não significa negar a sua existência, mas sim romper com a característica de objeto imposta ao sujeito e a sua experiência pelo positivismo da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a reforma psiquiátrica caminhou de mãos dadas com a reforma sanitária. A população brasileira presenciou, na década de 1980, um embate sociopolítico em prol do direito à saúde. No campo da saúde mental, oficialmente, as conquistas foram duas: racionalização, humanização e moralização das instituições psiquiátricas e criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, essas estratégias não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento e tampouco êxito na mudança da hegemonia hospitalar (TENÓRIO, 2009).

A reforma ganhou força com a incorporação do protagonismo de usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais, que se mostravam insatisfeitos com a prevalência nociva do modelo hospitalar/asilar. Assim, assistiu-se ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidados em saúde mental, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Somado a estas conquistas, o Ministério da saúde passa a incentivar a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e reestrutura a assistência à saúde mental segundo o modelo de redes de atenção (TENÓRIO, 2009). Para Mendes (2010, p.2300),

As redes de atenção em saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A perspectiva da atuação em redes de atenção traz, portanto, a ação segundo os princípios de integralidade, intersetorialidade e corresponsabilidade. Isto é, o indivíduo que procura o serviço de saúde deve ser visto em todos os seus aspectos de vida, e não somente a doença, e, por isso, as estratégias de intervenção devem perpassar todos os setores sociais – e não somente o setor da saúde mental – e todos os atores envolvidos no processo devem estar efetivamente comprometidos com as melhorias de saúde.

Esta nova abordagem, em conformidade com o paradigma da reforma psiquiátrica, visa romper com a construção da doença mental enquanto condição única do sujeito e que, por consequência, torna os profissionais “psi” como únicos responsáveis pelo tratamento.

A questão que ainda permeia este novo campo paradigmático é: estariam os profissionais de saúde inseridos na rede conseguindo colocar a doença mental entre parênteses? Estariam eles utilizando do diálogo como instrumento de acesso às singularidades do mundo vivido pelo sujeito em sofrimento psíquico? Helman (2009), crítica adepta da antropologia médica, aponta que a sociedade ocidental ainda não conseguiu alcançar a sua autonomia profissional no olhar frente ao sujeito e, por tal motivo, termina por repetir as mesmas práticas reducionistas. A primazia por um modelo universal de saúde descontextualiza o sujeito e o torna incompreendido.

A utilização do termo sujeito em sofrimento psíquico não é ao acaso. A legislação brasileira utiliza a expressão “portador de transtorno mental”. Todavia, Paulo Amarante (2007) defende que essa se trata de uma expressão que atribui ao sujeito um caráter de inseparabilidade com o transtorno mental, tornando-a um fardo da personalidade. Como alternativa, sugere a utilização do termo sujeito em sofrimento psíquico, “*pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar num sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito*” (IDEM, p.68).

GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira era composta, em 2010, por 97.342.162 mulheres (51,03%) e 93.390.532 homens (48,97%). Em Manaus, capital do Amazonas, o público feminino correspondia a 922.632 habitantes, totalizando 51,18% da sua população total. Além da prevalência em termos populacionais, as mulheres são as principais usuárias do SUS.

A saúde e a doença estão fortemente relacionadas e compõem um processo que resulta da atuação de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos (OMS, 2005). Sendo assim, infere-se que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. Tendo em vista as desigualdades de poder entre homens e mulheres construídas ao longo da história, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, uma vez que implicam no impacto nas condições de saúde da mulher (ARAÚJO, 1998).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher numa sociedade (BRASIL, 2004a). O primeiro aspecto da mulher incorporado pelas políticas públicas nacionais de saúde foi papel da maternidade e as demandas relativas à gravidez e ao parto. Com o passar do tempo, deu-se visibilidade à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres dentro e fora de casa enquanto processos produtores de sofrimento, adoecimento e até mesmo de morte (OPAS, 2000; BRASIL, 2004a). A soma destes fatores deu à política de atenção à saúde da mulher uma nova cara e a saúde da mulher passou a ser prioridade para o governo.

O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O documento reflete o compromisso público com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Desta forma, abraça a perspectiva de gênero e utiliza os conceitos de integralidade, equidade e promoção da saúde como princípios norteadores para os processos de cuidado (BRASIL, 2004a).

A política nacional aponta dados e traça considerações acerca do diagnóstico da situação de saúde da mulher. Nela, destaca-se os altos índices de mortalidade materna e

a precariedade da atenção obstétrica. Os estudos relacionados evidenciam que a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde pública. O documento trata, das questões relacionadas à saúde mental do público feminino. “Trabalhar a saúde mental sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem” (BRASIL, 2004a, p. 44). Assim, existem aspectos que ora favorecem e ora limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental das mulheres.

A mulher do século XXI atravessou a barreira do ambiente doméstico (privado) para o social (público) e a população feminina se faz presente em todos os setores, desempenhando os mais diferentes papéis. Apesar do espaço conquistado, o modelo histórico-cultural de mulher tece a sua representação simbólica enquanto esposa, mãe e dona-de-casa afetiva. Por tal motivo, optou-se por se debruçar sobre as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

A temática da saúde mental por si só já é delicada. Relacioná-la às vivências da maternidade demanda um cuidado redobrado do pesquisador quanto a utilização de métodos que gerem desconforto e não atendam ao objetivo da pesquisa.

Ao partir da compreensão de que o processo saúde-doença está diretamente relacionado com aspectos histórico-culturais, a abordagem qualitativa se torna a opção mais adequada para compreender as vivências humanas. Este enfoque oferece profundidade e intencionalidade às relações e estruturas sociais que compõem o processo, dando espaço ao sujeito e suas construções significativas (MINAYO; MINAYO-GOMÉZ, 2003). A pesquisa de campo na abordagem qualitativa permite, assim, o encontro direto entre pesquisador e participante.

Foram ouvidas 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do município de Manaus-AM. O local escolhido para alcançar o público-alvo foi o Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS-Sul), localizado na zona centro-sul da capital, tendo em vista que esta é a instituição de referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico. Para preservar a identidade das participantes, as mesmas serão

identificadas com o nome de flor, sendo elas: Alecrim, Azaleia, Jacinto, Lótus Orquídea e Violeta.

Utilizou-se dois instrumentos para a coleta de dados, sendo eles (a) questionário fechado sobre dados sociodemográficos e de saúde e (b) história de vida. A História de Vida consiste em um método biográfico que visa acessar uma realidade que ultrapassa o narrador. Pode ser definida como “*a narração, por uma pessoa, de sua própria experiência vivida*” (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 158). Desta forma, torna-se possível compreender as facetas do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais. As narrativas foram limitadas pela parte da vida do sujeito que corresponde às vivências da maternidade.

A abordagem às participantes foi feita pessoalmente, conforme a frequência dos usuários na instituição e indicação dos terapeutas de referência. A todas foi entregue uma carta-convite assinada pela própria pesquisadora, contendo os objetivos do estudo e o meio para alcançá-los. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada participante. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e se mostraram cientes dos possíveis riscos e benefícios.

O diagnóstico de saúde mental geralmente é visto como condição excludente de um sujeito em pesquisas, posto que as informações relatadas podem não ser condizentes com a realidade ou desencadear riscos à saúde. Desta forma, é válido ressaltar que as mulheres inseridas neste estudo foram consideradas estáveis e aptas a participar por seus terapeutas de referência.

Todas as narrativas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise dos dados coletados pelo questionário fechado foi realizada com o auxílio do software *Word Excel* e facilitou a caracterização da amostra estudada. Para material oriundo da História de Vida foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Esta técnica favorece a identificação de padrões ou regularidades nos dados e posterior organização dentro desses padrões. Fez-se uso, também, do Ecomapa, um instrumento gráfico que representa os sistemas no qual o sujeito está inserido. A discussão dos achados foi feita com base na Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria das Redes Sociais.

Oriunda da crise metodológica frente a dicotomia idealismo x mecanicismo, a Psicologia Histórico-Cultural propõe o estudo do ser humano em sua totalidade, adotando como eixo central a relação social dialética e de interdependência em sua constituição. Devido ao caráter histórico, é impossível encontrar outro meio de estudá-lo a não ser pelo

método dialético (SOUZA; ANDRADA, 2013). Lev Vygotsky, o idealizador da teoria, atribui grande ênfase ao pensamento e à fala na qualidade de expressão do psiquismo. O mundo é apreendido pelo sujeito, que o interpreta, interage e nele promove mudanças por meio da fala. Assim, a fala adquire função simbólica (VYGOTSKY, 2003). A medida que amplia suas trocas pela fala, o sujeito expande as representações do meio ao seu redor, forma novos conceitos e desenvolve a consciência de si e da realidade, tornando-se produtor e produtor da sua história. Esta forma de pensar abre espaço para delinear o conceito de vivência, ponto chave desta pesquisa, o qual é entendido por Vygotsky como a relação que o sujeito estabelece com a realidade. A ênfase está na relação. Assim, o conceito incorpora os aspectos internos e externos, corroborando para a compreensão do ser humano enquanto biopsicossocial (TOSSA, 2009).

A Teoria das Redes Sociais contribui com a percepção dialética do sujeito. Sluzki (2003) entende as redes sociais como conjunto de seres que se relacionam regularmente e trocam experiências que atribuem significado a sua própria realidade. A experiência, percebida conforme o tempo e o espaço, é capaz de construir e reconstruir identidades constantemente ao longo da vida com base nas interações sociais. Dentro desse universo de relações existe, ainda, a rede social pessoal. O autor a define como “*a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade*” (IDEM, 2003, p.42). Este seria o grupo de referência para a construção do sujeito e o desenvolvimento de habilidades físicas e emocionais para o enfrentamento de situações de estresse.

Ressalta-se que a Teoria das Redes Sociais tem ganhado destaque nas pesquisas de saúde, uma vez que as redes têm desenvolvido papel significativo na aceitação e superação de dificuldades oriundas do processo saúde-doença.

A pesquisa foi idealizada com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Além das normas reguladoras citadas, atentou-se também para Resolução 580/18, que discorre acerca de pesquisas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

1. A rede de assistência à saúde mental no Amazonas

A fim de melhor articular as ações em saúde mental dentro da rede de atenção à saúde, a Política Nacional de Saúde Mental, idealizada para atuar nos ideais da Reforma Psiquiátrica, optou pela consolidação de um modelo aberto e de base comunitária. Assim, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por 7 componentes: (I) Atenção Básica em Saúde; (II) Atenção Psicossocial Especializada; (III) Atenção de Urgência e Emergência; (IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (V) Atenção Hospitalar; (VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e (VII) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Criado pela Portaria GM 224/92 e regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram o SUS e constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004b, p.9).

A Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas aprovou, em 11 de novembro de 2007, a Lei nº 3.177, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico. Corroborando com a lei nacional, a legislação amazonense prevê internação psiquiátrica mediante indicação médica. No entanto, proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e similares, seja de caráter público ou privado. Afirma, ainda, que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, serviço de saúde local que atende nesse modelo, deverá ser desativado progressivamente, observada a implantação da rede de atenção à saúde mental.

Em entrevista cedida à rede local de jornalismo em dezembro de 2017, o diretor Regional Norte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) verbalizou que o Amazonas tem a política de saúde mental mais atrasada de todo o país. Apesar de ter sido um dos primeiros estados a elaborar uma lei estadual para guiar os passos da reforma psiquiátrica, a falta de articulação entre os diversos atores, gestores e membros da sociedade civil se mostrou responsável pela dificuldade da saúde mental se tornar prioridade na sua agenda política (NAVARRO, 2017).

O Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), instituição de referência para todas as questões de saúde mental desde a sua criação, encerrou as atividades no ano de 2014.

O CPER está localizado no centro da capital do estado e próximo ao complexo esportivo. Manaus foi uma das cidades que sediou os jogos da Copa do Mundo de Futebol de 2014 e, por tal motivo, profissionais e ativistas da causa acreditam que a ação foi impulsionada pela necessidade de realizar uma “limpeza social” da região. Apesar do cenário controverso, o fechamento das suas portas foi considerado um marco para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no estado.

O CPER atua, hoje, no atendimento de urgência e emergência psiquiátrica. A estrutura física de todo o complexo se encontra em situação precária e não se mostra capaz de atender as necessidades de saúde da população com qualidade. O ambulatório que ali existia foi desmembrado e redirecionado para quatro Policlínicas do Estado e os internos da instituição foram realocados em Residências Terapêuticas. O tratamento ambulatorial vai de encontro ao que é preconizado pela política pública de saúde mental que cria a RAPS e atribui um caráter iatrogênico e cronificador para a assistência em saúde mental. Os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) foram implantados em 12 de fevereiro de 2014, após 12 (doze) anos de negociação (NAVARRO, 2017). Os SRT's foram instalados em um bairro da zona norte de Manaus, nos fundos de um CAPS III e próximo à barreira intermunicipal.

O primeiro CAPS do estado foi inaugurado no município de Parintins, no ano de 2006. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Amazonas conta com vinte e quatro CAPS espalhados pelo seu território⁶. Navarro (2017), ao analisar as informações a ela disponibilizadas pela Coordenação de Saúde Mental Estadual, aponta que este quantitativo não é necessário para atender a população.

Estima-se que há 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves, 271.126 pessoas que necessitam de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e 677.815 pessoas que necessitam de tratamento no campo da saúde mental, numa população de 3.389.072 habitantes, distribuídas nos 62 municípios o estado. Esses dados apontam para a necessidade de formular políticas públicas intersetoriais voltadas para uma assistência integral, considerando as especificidades regionais para a sua efetivação no Amazonas (NAVARRO, 2017, p. 140).

Dentre o quantitativo assinalado, 04 (quatro) CAPS estão localizados no município de Manaus, sendo 02 (dois) CAPS's III, 01 (um) CAPSad III e 01 (um) CAPSi II. Os CAPS de tipo III são um serviço de atendimento psicossocial com capacidade operacional para uma população acima de 200 mil habitantes. Deve oferecer serviço

⁶ Fonte: SAGE. Ministério da Saúde. Último acesso em 01/02/2018. Disponível em http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html& .

ambulatorial de atenção contínua para adultos, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002). No entanto, as instituições funcionam de segunda à sexta-feira, em horário comercial. Aqueles que precisarem dos serviços no turno noturno, feriados ou nos finais de semana devem se dirigir para o Pronto Atendimento do CPER. Já o CAPSi é único responsável pelo acompanhamento de crianças e adolescentes, entre 02 e 17 anos, com transtorno mental severo e dependente de álcool e outras drogas, em todo o Amazonas. Para melhor organizar o serviço ofertado, o CAPSi se dividiu em duas equipes: a equipe atuante na manhã lida com as demandas de transtorno mental severo e a equipe da tarde desenvolve um trabalho voltado para o público dependente de álcool e outras drogas. Em todas as unidades, o tempo médio para o retorno das consultas psiquiátricas é de 03 a 04 meses.

A destinação de 10% do quantitativo total de leitos dos hospitais gerais para saúde mental, conforme prevista em lei, ainda não foi instituída. Quando viabilizado, o cadastro dos leitos auxiliará na descentralização dos serviços de pronto atendimento e internação breve do CPER.

A inserção da Atenção Básica no processo de cuidado de usuários em sofrimento psíquico abre espaço para a consolidação de ações de base comunitária. Neste cenário, as equipes multiprofissionais de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são personagens fundamentais no cuidado em saúde mental. Contudo, a ESF não abrange todo o território de Manaus. Estima-se que apenas 33,55% da população está coberta pela ESF e 47,43% sejam beneficiadas pelas ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica⁷. Consta na mesma fonte que, dos vinte e cinco Nasf-AB credenciados pela capital, três foram implantados e todos estão localizados na zona leste do município.

A articulação da rede de atenção psicossocial no Amazonas ainda se encontra em processo de construção. O trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais, usuários e familiares, favorecer a superação da fragmentação do conhecimento e produzir expressivos efeitos na saúde da comunidade.

⁷ Fonte: BRASIL/MS/SAPS. E-gestor: Cobertura da Atenção Básica no município de Manaus-AM. Último acesso: 20 de julho de 2019. Disponível em: <
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> .

2. Redes de apoio de mães em sofrimento psíquico

A nova forma de pensar saúde mental preconiza a corresponsabilidade entre todos os atores da saúde. Assim, todos aqueles que fazem parte do círculo de convivência dos sujeitos em sofrimento psíquico também são convidados para participar da produção de cuidados. Neste sentido, as redes sociais são percebidas enquanto recurso fundamental no que diz respeito ao apoio recebido por este grupo. Elas permitem o reconhecimento da condição do sujeito em dado momento histórico e agem conforme a sua necessidade.

Para Pinto et al (2005, p.754), o “*apoio social é um conceito em construção*”. Nele, podem ser relacionadas a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a ajustamento da sua função, bem como o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que desfruta. Por isso, torna-se importante distinguir apoio social de suporte social. O primeiro é entendido como “*um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas*” (IDEM, 2005, p.754), a medida que o segundo dá ênfase a qualidade das interações e como estas são mensuradas pelo sujeito que o recebe. A confusão entre termos pode levar o pesquisador a aplicá-los como sinônimo e produzir interpretações equivocadas.

A constituição das redes de apoio social pode estar relacionada a três fatores: 1) aos fenômenos oriundos do processo de desenvolvimento pessoal e familiar; 2) aos grupos de interação espontânea, formados em certos contextos histórico-temporais; e 3) aos grupos institucionais, onde se tem funções e limites bem definidos (MORE; CREPALDI, 2012). As narrativas sobre a vivência da maternidade apontam que as redes foram constituídas, em sua grande maioria, por membros da família e instituições de saúde, o que corresponde aos fatores 1 e 3. Segundo Helman (2009), é na família que o cuidado em saúde começa. Com a reforma psiquiátrica e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a centralidade do cuidado passou da equipe médica para a família. Assim, a família se torna o início e o meio para se produzir cuidados em saúde efetivos.

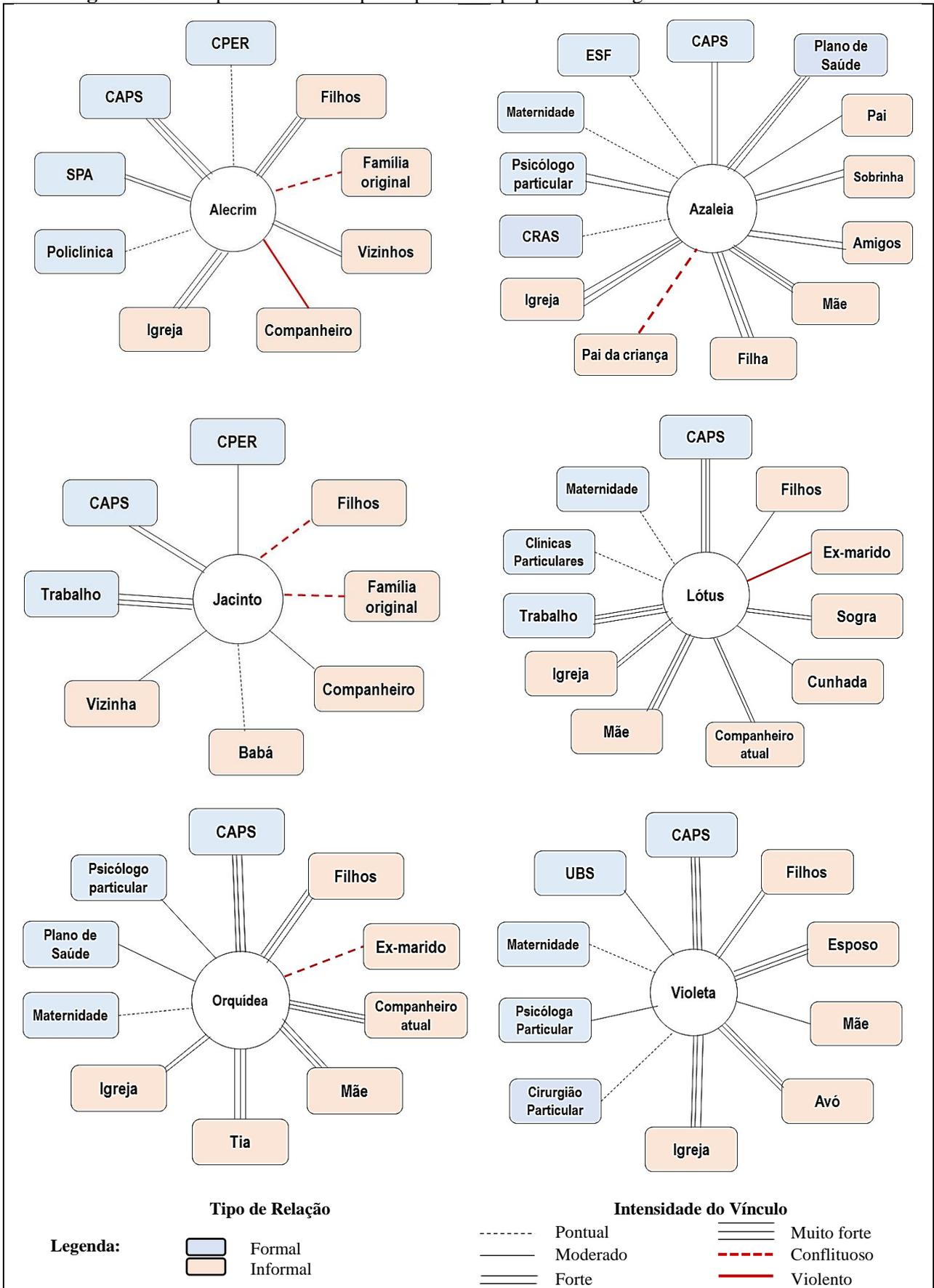
Além das formas de constituição, Thoits (1995) e Due et al (1999) acrescentam que o apoio social também pode ser visto conforme a sua estrutura e função. Para Sluzki (2003), a estrutura engloba características relacionadas ao tamanho, a densidade, composição, dispersão, homogeneidade e heterogeneidade a intensidade. Neste estudo, destacaremos: (i) o tamanho, onde se enumera a quantidade de pessoas na rede; e a (ii) intensidade, indicando os atributos de vínculos, compromisso, durabilidade.

As redes sociais são formadas por relações formais e informais. As relações formais têm por base a posição e papéis profissionais desempenhados na sociedade, a exemplo do médico, assistente social e psicólogo. As relações informais, por sua vez, têm maior importância pessoal e afetiva que as anteriores. Elas englobam família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade ou qualquer outro indivíduo com que se mantenha uma relação afetiva. Analisar a estrutura da rede social permite avaliar o sujeito no seu grau de interação com aqueles que o cercam (PINTO et al, 2005).

Para melhor observar a estrutura das redes de apoio das participantes, fez-se uso do ecomapa. O ecomapa é um instrumento que auxilia na representação das interações do sujeito com demais pessoas, instituições ou grupos sociais em dado momento da vida. Ele cria conexões entre as circunstâncias e meio ambiente e auxilia na identificação dos padrões organizacionais familiares (CHIAVERINI et al., 2011). Tem se mostrado uma ferramenta bastante útil no mapeamento de redes e na avaliação do apoio social.

O ecomapa das 06 (seis) participantes está na figura 1. Nele, nota-se que o tamanho das redes variou entre 08 (oito) e 13 (treze) membros. Percebe-se que, quanto maior a quantidade de membros familiares na rede, maior foi a atenção reportada pelas participantes e, por consequência, maior o nível de satisfação com o apoio recebido. A intensidade dos vínculos sociais foi classificada conforme o tempo gasto na relação e a intimidade e reciprocidade de suporte. Os vínculos considerados fortes e muito fortes se mostraram importantes no desenvolvimento das tarefas diárias de cuidado com a casa e com filhos e suporte afetivo. Os vínculos moderados foram considerados significativos, mas não despenderam suporte afetivo. O vínculo pontual, geralmente firmado com instituições, representa a utilização do serviço apenas em caso de necessidade, ou por obrigatoriedade, como no caso da assistência pré-natal. As relações conflituosas e violentas influenciaram negativamente a percepção sob o suporte recebido ou mesmo impediram a sua concretização.

Figura 1. Ecomapa das mulheres participantes da pesquisa ao longo vivência da maternidade



Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

Observa-se, ainda, um predomínio das relações informais frente as relações formais. Dentre as relações informais, nota-se a prevalência do vínculo familiar nas vivências maternas. A presença da família costuma agir enquanto fator de proteção e suporte tanto para pessoas em sofrimento psíquico quanto para mulheres que viram mães (BORBA et al., 2011; SANTIN; KLAFKE, 2011; MOLINA et al., 2014). Todas as narrativas trouxeram a posição da família original (pai e mãe), do companheiro e dos filhos enquanto relações significativas para o cuidado no processo de saúde-doença. Em sua grande maioria, a qualidade do vínculo foi considerada forte e muito forte. A fala da participante Violeta resume bem a relevância dos membros familiares.

Porque se não fosse o amor da minha mãe, da minha avó e do meu marido persistir, eu não poderia falar nada, eu não poderia dizer nada. Se não fosse o amor deles naquele momento, de eles tarem me dado aquele apoio todinho... Eu não sei. Eu acho que se fosse pra mim ter filho hoje, eu morria. (Violeta, 30 anos, mãe de 3 filhos)

No entanto, não foram em todos os casos que o tipo de vínculo agiu de forma positiva. As participantes Alecrim e Lotus narraram diversas situações de violência conjugal, inclusive na presença dos filhos.

A C. tava com um ano, ele pegou uma descarga de carro e bateu na minha cabeça que eu desmaiei. E eu só me lembro, na época, que minha filha dizia “papai, não mata a mamãe”. (Alecrim, 44 anos, mãe de 5 filhos)

A AL. tinha 4 anos de idade e a AD tinha 3. Eu implorei pra ele! Ele só não me cacetou, porque Deus não deixou. O braço dele não alcançava no tijolo. Se ele me soltasse, eu saía. Aí a minha sogra olhou dali e gritou: “AL, vai fechar a porta que tua mãe deixou aberta”. A AL respondeu: “Não, vovó. É o papai que tá matando a mamãe”. Aí ela foi pegando o tijolo e foi jogando nele. Agora ela era desse tamaninho jogando tijolo nele. (Lótus, 52 anos, mãe de duas filhas)

Alecrim e Jacinto trazem, também, a relação conflituosa com seus pais e irmãos, o que impossibilitou o fortalecimento de suas redes de apoio. Para suprir esta ausência, as participantes buscaram apoio em outras redes informais, como a igreja, a vizinhança ou mesmo cuidadoras não-profissionais (babás).

Ele não queria me ajudar. Só quem me ajudava eram as pessoas da rua, os vizinhos. Eu passava lá por casa na ambulância. Só eu e Deus. Mas as pessoas ajudam sim a gente. [...] E foi os meus amigos ali da igreja foi o centro pra eu ter uma outra ajuda. Não tinha ajuda nenhuma de ninguém da minha família. (Alecrim, 44 anos, mãe de 5 filhos)

Só sei que eu não queria [cuidar da menina]. Talvez ele percebendo isso, ele contratou uma pessoa pra reparar a criança. Uma senhora da qual ela se apegou muito. [...] O menino teve mais sorte, porque tinha uma vizinha do outro lado que gostava muito dele. Ela tratava ele como filho. (Jacinto, 52 anos, mãe de 3 filhos).

Sluzki (2003) destacou os efeitos do apoio social na promoção do bem-estar, no desenvolvimento da identidade e na consolidação de potenciais mudanças. Pietromonaco e Collins (2017) também apontam que o apoio social oriundo de redes informais pode auxiliar na redução dos efeitos negativos do estresse, facilitar a recuperação da saúde e influenciar nos processos de resiliência. Sentir-se compreendido e aceito pelo próximo faz com que as vivências sejam menos desafiadoras ou dolorosas.

No que diz respeito às redes formais, percebeu-se que o CAPS é o ponto central de assistência à saúde, mesmo no período gestacional e de puerpério. O diagnóstico em saúde mental e o uso contínuo de remédio controlado é condição indicativa para a realização de pré-natal de risco. Em todas as situações, o encaminhamento para o pré-natal foi dado pelo psiquiatra do CAPS. Desta forma, além do acompanhamento mensal junto às unidades básicas de saúde, as mulheres contaram com o suporte dos profissionais da maternidade. Todas as participantes realizaram o pré-natal, sendo que quatro utilizaram a rede pública (Equipe de Saúde da Família – ESF, Unidade Básica de Saúde Tradicional - UBS e Policlínica) e as outras duas optaram por serviços particulares. A descrição apresentada pela participante Azaleia ilustra o caminho percorrido pelas outras quatro, com exceção da participante Jacinto.

Então a maioria dos lugares que eu ia eu já levava a carteirinha do CAPS. Durante o pré-natal, já me encaminharam pra maternidade, porque lá que fazia o pré-natal de risco. (Azaleia, 39 anos, mãe de 1 filha)

Para atendimento em situação de crise, as usuárias utilizaram os Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e o Pronto Atendimento do CPER. A participante Alecrim relata que as vivências da maternidade somadas à violência conjugal desencadearam inúmeras situações de crise de ansiedade, sendo necessária a intervenção medicamentosa junto ao SPA. Devido a presença de sintomas psicóticos, a participante Jacinto necessitou de intervenção psiquiátrica.

As minhas crises e elas vem assim... Ela dói muito, fecha muito meu peito e aí eu fico assim... Cansada, muito cansada e com falta de ar, assim... O meu corpo dói todo. Uma dor incontrolável. O doutor disse que é psicológico essas dores. E é uma dor que eu choro desesperadamente! Tenho que ir no SPA, senão eu desmaio. A minha pressão sobe e... Sobe tudo. (Alecrim, 44 anos, mãe de 5 filhos)

A minha situação mais delicada foi na junta médica, que é cheia de gente. Simplesmente apareceu um homem, do nada, sorrindo pra mim. Ele pegava um outro homem e cortava, arrancava a cabeça e eu via o sangue rolando. E eu pisando. Ele passando por entre todo mundo na junta médica e eu sem saber o que fazer. Aí vai pro Eduardo Ribeiro. Da junta médica pro Eduardo Ribeiro. Aí eu volto de novo pra casa. (Jacinto, 52 anos, mãe de 3 filhos).

A participante Azaleia utilizou os serviços do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) em busca de auxílio financeiro. Obteve, primeiramente, o Bolsa Família e, em seguida, o Benefício de Prestação Continuada. Ela, assim como Orquídea e Violeta, contam com o suporte de uma psicóloga particular. Além de serem as únicas participantes com nível superior, possuem melhores condições financeiras e uma rede de apoio mais estável.

Além das instituições de saúde e assistência social, as organizações de trabalho também foram utilizadas para fortalecer a vivência da maternidade das participantes. Jacinto é técnica de enfermagem e trabalhava em maternidade e Lotus era secretária executiva de uma grande empresa de supermercados na cidade.

Porque a Casa do Óleo me deu todo o suporte. De 15 em 15 dias deixavam um rancho bom pra mim aqui. [...] Ai quando eu cheguei lá [no trabalho], o meu patrão ligou pra mim e pediu pra eu levar uma pera e um mamão e ir lá em cima, porque queria falar comigo. Ai eu comecei a chorar. Eu não aguentei. Ele perguntou o que tava acontecendo e eu respondi: “Eu dou um boi pra mim não entrar numa briga, mas eu dou uma boiada pra não sair dela”. Ele mandou eu ir falar com a psicóloga. A Psicóloga foi lá comigo e ouviu a minha história. Ela disse que teria que me levar na Delegacia da Mulher. (Lotus, 52 anos, mãe de 2 filhas).

Olha, não fiz pré-natal da M.L., que é a minha menina. Se eu não a queria... eu não tava preocupada. Mas graças a Deus a criança veio perfeita. Do N. eu ainda fiz na LBA. E do terceiro foi o pré-natal mais esquisito que possa ter na vida. Porque cada obstetra que chegava no plantão era o meu médico do pré-natal. [...] Como eu conhecia todo mundo da maternidade, eles pediam exame, tudo o que pede no pré-natal eles pediam. Pra cada dia da semana tem um médico, né? E, às vezes, um troca o plantão com o outro. Então os obstetras que já me conheciam, eles pediam os exames, passavam vitamina, o que era necessário. Não foi um pré-natal normal. O meu médico era o plantonista. Tanto que a última plantonista, a dra. V., chegou pra mim e disse: “senhora, você vai ter esse filho e eu vou lhe operar pra você não ter mais criança”. (Jacinto, 52 anos, mãe de 3 filhos)

Visando operacionalizar a definição de apoio social e encontrar meios para qualificá-los, Ostergren et al. (1991), Sherbourne e Sterwart (1991) e Bowling (1997) propuseram 05 (cinco) categorias funcionais de apoio social, sendo elas: apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, apoio de informações e interação social positiva. Sluzki (2003), no entanto, acrescentou uma sexta categoria e redefiniu a função do apoio social em:

- g) Companhia social: diz respeito ao compartilhamento das atividades diárias, onde a cultura é repassada e se constroem sentidos e modos de viver;

- h) Apoio emocional: faz referências às atitudes positivas que favorecem a compreensão, simpatia, afeto, estímulo, autoestima e sensação de pertencimento. Comumente atribuído às amizades mais íntimas.
- i) Guia cognitivo e conselheiro: oferece um modelo de papéis sociais que favorece a troca de informações, orienta e fortalece a identidade pessoal, grupal e institucional.
- j) Regulação social: define papéis e reafirma as normas de convívio social.
- k) Ajuda material e de serviços: auxílio nos casos de necessidade material.
- l) Acesso a novos contatos: auxiliando na conexão com outras pessoas ou redes.

Dentre as narrativas analisadas, a ajuda material, a companhia social e o apoio emocional foram ofertado pelos membros da família. Nos relatos, a ajuda material se deu enquanto auxílio em dinheiro e em gêneros alimentícios. A companhia social e o apoio emocional figuraram como prioritário para o equilíbrio entre reconhecimento da mulher-mãe e da mulher em sofrimento psíquico.

Eu tava desempregada, eu não tinha um prato de comida. Ele tirava o celular dele de área, ele não me respondia mais nada e ele não queria mais saber de nada. E eu tava sofrendo. Quem dava comida pros meus filhos era o meu irmão, o meu cunhado, entendeu? E quando amanhecia o dia eu ficava a mercê do que a mamãe ia almoçar. (Lotus, 52 anos, mãe de 2 filhas)

Então eu vejo assim... ser mãe solteira e morar com meus pais ainda tem um lado bom, porque eles me dão apoio. O dia que eu não to bem, meu pai leva na escola. Hoje meu pai que foi levar e eu fui buscar. E aí minha mãe me ajuda. Uma ajuda a outra. Isso é um lado muito bom. (Azaleia, 39 anos, mãe de 1 filha)

Foi quando esse namorado veio e me assumiu. Ele me ajudou, fazia rancho pra mim. Começou a me apoiar. A gente começou a ir junto pro CAPS e ele me acompanha nas consultas até hoje. Não demorou muito, a família dele viu que a gente tava bem firme mesmo e começaram a perguntar se a gente não ia ter filhos e tal. [...] Maternidade é um doar, é uma renúncia. A gente escolhe, mas eu lhe digo: é melhor quando a gente tá bem acompanhada. Com uma pessoa que nos ame, que esteja lá pra suportar quando a barriga estourar de estria, né? Que depois ele diga que tá tudo bem, mesmo quando a gente tá com a cara parecendo que passou por um vendaval [risos]. (Orquídea, 40 anos, mãe de 2 filhos)

A troca de informações e orientação foi centralizada no CAPS. Foram demandadas tanto informações acerca da situação de saúde, quanto orientação para auxiliar em casos de situação de conflito.

O que me ajudou muito nesse período doentio foi a terapia. No caso da ALC. [terapeuta de referência no CAPS] e da outra moça que trabalhou com ela, elas sempre falaram assim: “olha, se apareceu voz, se apareceu vultos ou pessoas que você não conhece, põe na sua cabeça que isso não é real e mude seu foco pra outra coisa”. Então tem pessoas, e eu acho que sou uma dessas, que vão passar o resto da vida convivendo com essas vozes. São criações da minha mente. E eu tenho que saber distinguir, fazer uma separação entre o que é real e o que não é real. (Jacinto, 52 anos, mãe de 3 filhos)

Mas assim... eu... hoje eu não sou... os tratamentos que eu faço aqui no CAPS vai fazendo eu lidar com essa situação. Mas eu tenho uma irmã que mora perto da minha casa que se tornou o terror da minha vida. Ela faz de tudo pra que eu fique ruim. Como ela não consegue, ela fala, ela grita. Mas eu não... ela fica se matando sozinha. Eu não ligo mais pra isso não. O tratamento do CAPS faz com que eu aprenda a ficar fora. Antigamente eu não sabia... Eu chorava, eu passava mal, eu ia parar no pronto-socorro... Hoje não. Hoje eu sou mais controlada. (Alecrim, 44 anos, mãe de 5 filhos)

Um detalhe interessante é que, na maioria das narrativas, as participantes consideraram o CAPS e a igreja como o meio de acesso a novos contatos. Fontes e Stelzig (2004) afirmam que esta função mostra a sua importância à medida que o acesso a outras redes é visto como decisivo em situações conflito e para a formulação de novas produções psicológicas.

Quando foi no mês de dezembro, foi a minha mãe que morreu. A minha avó. Ela morreu num dia e quando foi no outro eu tinha que ir pro CAPS. Eu cheguei lá chorando e o D. [terapeuta de referência] perguntou o que foi. Eu disse: “A minha mãe morreu ontem”. Ele disse que era pra eu ficar em casa, mas se eu ficar em casa é pior... Porque se eu sento e vejo todo mundo no celular, vendo televisão, e eu sinto que eu não tenho atenção, que eu não tenho ninguém pra conversar, que eu não tenho nada. No CAPS, não. Sempre tem alguém pra eu conversar. A gente tá interagindo. (Violeta, 30 anos, mãe de 3 filhos)

E essa depressão ela veio e eu não me cuidei. Eu tomava meus remédios, mas aí eu disse “eu vou pra igreja. Eu vou me tratar na igreja”. Aí eu fui pra igreja e foi quando as pessoas passaram a me ajudar. Já comecei a fazer o tratamento pela igreja. Eu ia participar de reunião e as pessoas da igreja me ajudavam bastante. Ai tá, eu estabilizei. [...] Olha, a igreja restauração chegou num momento certo da minha vida. Quando eu desmaiava... eu desmaiava umas 10 vezes por dia. Logo quando eu comecei, eu via vultos. Eu queria tirar a minha roupa, eu ficava em pânico. A gente não sabia o que fazer. Eu tava de resguardo, então foi uma outra situação de resguardo quebrado. E aí foi quando entrou os pastores pra me ajudar. E aí eu fui muito ajudada mesmo por eles. Eles foram muito compreensíveis comigo. Eles não me abandonaram. E foi os meus amigos ali da igreja foi o centro pra eu ter uma outra ajuda. (Alecrim, 44 anos, mãe de 5 filhos).

Desta forma, percebe-se que cada vínculo entre as participantes e as pessoas da sua rede pode cumprir várias funções. Eles costumaram alternar conforme as necessidades as vivências maternas e as mudanças no relacionamento. Todas as variáveis associadas a rede de apoio costumam influenciar fortemente na saúde dos sujeitos e na produção de cuidados. Analisar o cuidado com base nas redes sociais permite dar maior visibilidade às contribuições do apoio social na definição da identidade pessoal para além do adoecimento psíquico, no autocuidado e no cuidado com os filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica implica, acima de tudo, colocar a doença entre parênteses. O diagnóstico de saúde deve ser visto apenas como um dos componentes do sujeito e cabe aos que o cercam entender que uma classificação não limita o seu potencial. Assumir esta postura nos leva a entender que o indivíduo em sofrimento psíquico pode exercer diversos papéis sociais, inclusive o de mãe. Estariam os serviços de saúde preparados para atender as mulheres-mães em sofrimento psíquico na sua integralidade?

Conforme observado, a rede de assistência à saúde mental no estado do Amazonas ainda não está estruturada para atuar conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Nota-se, ainda, que os serviços oferecidos estão aquém das necessidades da população. Quando se trata de mães em sofrimento psíquico, percebe-se que a referência entre os serviços ainda recai sobre as instituições de saúde mental.

Com a descentralização da figura do médico e a inserção de novos atores enquanto corresponsáveis na produção de cuidados, os sujeitos em sofrimento psíquico asseguram novas formas de apoio, tanto para situações de crise quanto de estresse agudo. As redes sociais, sejam elas individuais, familiares, institucionais ou comunitárias, são vistas como um dos principais recursos de que dispõe um indivíduo, principalmente no que diz respeito ao apoio recebido.

O apoio social figurou enquanto fator de proteção nas vivências da maternidade. Destacaram-se as relações informais frente as relações formais, tendo em vista que a maternidade é um fator humano e não patológico. Dentre as relações informais, os membros familiares foram os mais citados e com maior intensidade de vínculo. Nos casos em que as relações familiares eram conflituosas ou violentas, as relações comunitárias ganharam destaque. A companhia social, o apoio emocional e a ajuda material e de serviços foram as funções mais significativas na percepção das mães em sofrimento psíquico.

Dentre as relações formais, o CAPS figurou como a instituição de referência continua. Apesar de outras instituições de saúde terem sido acionadas, tais como UBS, ESF, SPA, policlínica e maternidade, a função de guia cognitivo para orientação e troca de informações coube ao CAPS. Essa informação nos mostra que a saúde mental ainda não foi totalmente posta entre parênteses. Os demais serviços aparentam não ter as ferramentas (físicas e cognitivas) necessárias para lidar com o sujeito em sua totalidade.

As redes sociais contribuíram positivamente na autoestima, aceitação e na produção de cuidados em saúde para os filhos e a sua própria, gerando a capacidade de enfrentamento e reajuste frente as dificuldades.

O conceito de rede se mostrou fundamental para compreender as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, visto que permite vários enfoques, tais como a consideração da família nuclear e extensa, de instituições de saúde e do trabalho e dos recursos comunitários, e os considera enquanto elementos interdependentes e indissociáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMAZONAS. **A política de saúde mental no Amazonas é a mais atrasada**. *Jornal Acrítica*, 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/politica-da-saude-mental-do-estado-do-amazonas-e-atrasada-e-fecha-leitos-para-pacientes>

_____. **Lei nº 3.177 de 11 de outubro de 2007**. 2007. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/sapl_documentos/norma_juridica/7632_texto_integral

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. *In: Seminár women's and health mains-treaming the gender perspective into the health sector*, 1998, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BORBA, L.O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP*; 45(2):442-9, 2011.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. Buckingham: Open University Press; p. 91-109, 1997.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>

_____. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental.** 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acessado em 30 de julho de 2019.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CHIAVERINI, D. H. et al (Org.). Instrumentos do processo de matriciamento. In: _____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 21-48, 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med;** 48(5):661-73, 1999.

FONTES, B.A.S. M.; STELZIG, S. Sobre trajetórias de sociabilidade: A idéia de relé social enquanto mecanismo criador de novas redes sociais. **Política & Sociedade.** N.5 – 57-77, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GASTAL, F.L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatria.** Rio Grande do Sul; 28(3):245-54, 2006.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009

HELMAN, C.G. **Saúde, cultura e doença.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica** – 5º. Ed. – 4º. Reimp. – São Paulo: Atlas, 2010.

LAVILLE, C.; DIDONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Saude Publ.** 2000; 16(3):647-59.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez., 2004

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e métodos qualitativos nos estudos de problemas de saúde. IN: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOLINA, R.C.M.; HIGARASHI, I.H.; MARCON, S.S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Esc Anna Nery**; 18(1):60-67, 2014

MORÉ, C.L.O.O.; CREPALDI, M.A. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 84-98, ago. 2012.

NAVARRO, R.M. A história das políticas públicas de saúde mental no Amazonas. IN: SCHWEICKARDT, J.C. et al. **História e política pública de saúde na Amazônia**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atas oficiais da OMS, nº2**. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001**. [S.l.], [2000]

OSTERGREN, P.O. et al. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. **Soc Sci Med**; 33(3):257-67, 1991

PIETROMONACO, P.R.; COLLINS, N.L. Interpersonal Mechanisms Linking Close Relationships to Health. **American Psychologist**, Vol. 72, No. 6, 531–542, 2017.

SANTIN, G.; KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SHERBOUNE, C.D.; STERWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**; 32(6):705-14, 1991.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SOUZA V.L.T.; ANDRADA, P.C. Contribuições de Vygotsky para a compreensão do psiquismo. **Estudos de Psicologia**. Campinas | 30(3) | 355-365 | julho – setembro, 2013.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? **Rev Bras Psiquiatr**. 2005; 27(Supl II): S41-2.

SZASZ, T.S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1978.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99, jan.-abr. 2002.

THOITS, P.A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **J Health Soc Behav**; Spec No:53-79, 1995.

TOASSA, G. **Emoções e vivências em Vygotsky: investigação para uma perspectiva histórico-cultural** (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

4.5. O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: NARRATIVAS QUE GUIAM O CUIDADO

RESUMO:

Este estudo teve por objetivo analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com um histórico de sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Para tal, fez-se uso da metodologia qualitativa. Foram ouvidas 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade. Os dados coletados foram analisados a luz da Psicologia Histórico-Cultural e Teoria da Subjetividade. Desta forma, foi possível elencar os sentidos e significados atribuídos a vivência da maternidade do público em questão, bem como traçar o seu itinerário terapêutico. Identificou-se o uso contínuo dos setores informal e profissional e seus modelos explicativos fizeram referência às opiniões, sentimentos, emoções, crenças, desejos e história de vida. A utilização do conceito de itinerário terapêutico põe em evidência o sujeito e valoriza as potencialidades do meio, permitindo a adoção de estratégias mais eficazes para o cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Maternidade; Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the Therapeutic Itinerary (IT) of mothers with a history of psychological suffering in Manaus-AM. For this, the qualitative methodology was used. Six (6) women users of the health service in psychological distress who experience motherhood were heard. The collected data was analyzed in light of Historical-Cultural Psychology and Social Network Theory. Thus, it was possible to list the meanings attributed to the experience of motherhood of the public in question, as well as to trace their therapeutic itinerary. The continuous use of the informal and professional sectors was identified and their explanatory models made reference to opinions, feelings, emotions, beliefs, desires and life history. The use of the concept of therapeutic itinerary highlights the subject and values the potentialities of the environment, allowing for the adoption of more effective strategies for mental health care.

Key-words: Mental health; Motherhood; Therapeutic Itinerary.

INTRODUÇÃO

Desde a proclamação da república até o fim da ditadura militar, predominou-se no Brasil dois modelos de assistência à saúde: (a) o modelo médico assistencial privatista, voltado para a demanda espontânea, centrado no atendimento de doentes e predominantemente curativista; e (b) o modelo assistencial sanitarista, visando o enfrentamento dos problemas de saúde pública através de campanhas e programas. No entanto, nenhum dos modelos contemplava a integralidade da saúde dos indivíduos (PAIM, 2003).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS fizeram emergir a necessidade de se constituir um novo modelo de atenção centrado no usuário – e não na doença, uma vez que o mesmo passa a ser compreendido como um sujeito dotado de singularidades e construções sociais significativas para a sua saúde e qualidade de vida (MEHRY et al, 2004).

À luz das novas concepções de saúde, entende-se que o sistema de cuidados de qualquer sociedade não pode ser estudado isoladamente dos outros aspectos, em especial da sua organização social, religiosa, política e econômica. Dentro dessas sociedades, há muitos indivíduos oferecendo aos demais seu modo particular de explicar, diagnosticar e tratar as inquietações na saúde, tornando amplo o leque de caminhos que podem ser percorridos por uma pessoa em busca de cuidados terapêuticos. Desta forma, concebemos a existência de pluralismos nos cuidados de saúde (HELMAN, 2009).

Este estudo teve por objetivo analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com um histórico de sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Muitas pesquisas sobre o tema trataram de avaliar os serviços de saúde e a qualidade dos profissionais envolvidos. Deseja-se aqui, entretanto, conhecer os dispositivos de cuidados acionados por este grupo específico ao longo da vivência da maternidade e contribuir a análise do olhar ampliado sobre o universo cultural dos usuários, de forma a adequar práticas e a atingir resultados terapêuticos mais efetivos. Assim, optou-se pela pesquisa de campo guiada pela abordagem qualitativa. Foram ouvidas 06 (seis) mulheres usuárias do serviço de saúde em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade. Os dados coletados foram analisados a luz da Psicologia Histórico-Cultural e Teoria da Subjetividade uma vez que se entende que os processos de saúde-doença não podem ser devidamente compreendidos quando separados do contexto em que estão inseridos.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

O conceito de Itinerário Terapêutico surge na literatura socioantropológica. Foi pensado a partir da necessidade de compreender o percurso dos cuidados em saúde. Para Alves e Souza (1999, p. 125) os itinerários terapêuticos visam “*interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento*”. Contudo, os autores acrescentam que a análise do itinerário terapêutico não deve se limitar a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, pois

esses elementos se mostram insuficientes para compreender o complexo processo de escolha.

Este adendo se torna significativo ao estudarmos o processo do surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos. No percurso das ciências sociais, esse conceito foi batizado de diferentes formas, como “*illness behavior*”, “*illness career*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões enfatiza alguns aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições/doenças (ALVES, 2015).

Termo criado por Mechanic e Volkart em 1960, o *illness behavior*, ou comportamento do enfermo, tratava de uma teoria baseada em uma “*concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício*” (ALVES; SOUZA, 1992, p. 126). As teorias sobre o comportamento enfermo sofreram duras críticas ao longo das décadas com base no reconhecimento de que as ações dos indivíduos na busca de cuidado eram vistas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e da crença no modelo biomédico. A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise acerca da procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais, produzem uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento (CABRAL et al, 2011).

Segundo Marteleto e Silva (2004, p.41), “*as redes são sistemas compostos por ‘nós’ e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações etc.) conectados por algum tipo de relação*”. A compreensão das relações sociais estabelecidas por um indivíduo se faz de suma importância para a estudo dos processos de saúde-doença, bem como da organização dos serviços de tratamento.

No intuito de organizar as diferentes interpretações sobre doenças e seus tratamentos, foram sugeridas diversas classificações de sistemas terapêuticos. Dentre eles, destacou-se o modelo proposto por Kleinman (1980) de Sistemas de Cuidado em Saúde (*Health Care Sistem*). O autor sugeriu que, ao examinar qualquer sociedade complexa, pode-se identificar três setores sobrepostos e interconectados de cuidados em saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional. Cada setor tem seus próprios modos de identificar e tratar as aflições de saúde, de definir quem é a pessoa que

trata e quem é o paciente, assim como especificar as formas de interação ao longo do encontro terapêutico (HELMAN, 2009).

O setor informal corresponde ao campo leigo, não-profissional, não-especialista da sociedade. É aqui que a má saúde é reconhecida pela primeira vez e onde iniciam os cuidados em saúde. Abarca todas as opções terapêuticas que as pessoas usam, sem qualquer pagamento ou sem consultas especialistas. Entre as opções, é possível listar: (a) autotratamento ou automedicação; (b) indicações dadas por parentes, vizinhos ou amigos; (c) atividade de cura e cuidado mútuo em igreja ou grupo de autoajuda; e (d) consulta com outra pessoa leiga que já possui experiência específica no tratamento de uma determinada aflição. Estima-se que cerca de 70 a 90% dos cuidados de saúde ocorram nesse setor (ALVES; SOUZA, 1999; HELMAN, 2009).

Este setor considera o seio familiar como o local real dos cuidados primários de saúde em qualquer sociedade. O estudo feito por Gutierrez e Minayo (2009) concluiu que, no Amazonas, as mulheres são as principais provedoras de cuidados em saúde, corroborando com outras pesquisas a nível internacional (Helman, 2009) e nacional (Merino e Marcon, 2007). Na Amazônia brasileira, as mulheres são consideradas protetoras do saber tradicional, armazenando uma ampla variedade de remédios que envolvem a utilização de plantas e ervas locais para o tratamento da má saúde (RODRIGUES, 2009).

Em geral, as pessoas doentes se movem livremente entre o setor informal e os demais setores, muitas vezes utilizando os três de uma vez, sobretudo quando o tratamento em um deles falha em atender as expectativas do indivíduo (HELMAN, 2009).

O setor popular (*folk*) é formado por especialistas não-oficiais da cura, aqueles que detém conhecimentos sagrados ou seculares. Enquadram-se aqui os curandeiros, rezadores, puxadores, parteiras, espiritualistas, dentre outros. Embora não pertençam ao sistema médico oficial, ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (ALVES; SOUZA, 1999).

Os curandeiros e espiritualistas que operam no dia a dia são particularmente comuns e lidam com doenças supostamente causadas por punição divina ou feitiçaria. Sua abordagem é, em geral, holística. Lidam com todos os aspectos de vida do indivíduo adoecido, incluindo quaisquer sintomas físicos ou emocionais, assim como seus relacionamentos com demais pessoas, com o ambiente e com forças sobrenaturais. Para aqueles que o utilizam, o saber popular pode oferecer diversas vantagens em relação à

medicina científica, principalmente no que se refere ao envolvimento da família no diagnóstico e no tratamento. No entanto, assim como outras formas de cuidado, pode oferecer riscos à saúde do indivíduo ao ignorar, fazer um diagnóstico errado ou tratar indevidamente uma doença física ou mental grave (HELMAN, 2009).

O SUS brasileiro reconhece a importância da cultura e do saber popular no tratamento de doenças. Aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), veio afirmar o compromisso permanente do Estado em considerar não só os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (BRASIL, 2015).

O setor profissional compreende as profissões de saúde legalmente reconhecidas, como a medicina científica ocidental. Apesar do termo cunhado, este setor não é composto apenas pelas especialidades médicas. Faz-se presente as profissões paramédicas reconhecidas, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outras. No último século, o setor se expandiu e tornou-se a forma dominante de cura encontrada em todo o mundo (ALVES; SOUZA, 1999; ALVEZ, 2015, CABRAL et al, 2011).

O saber médico tem ajudado a recriar algumas das premissas culturais básicas, como a organização social, papéis sexuais e atividades em relação à doença e ao sofrimento. Foi o saber médico que valorizou a importância da mulher na formação biológica e social da criança e permitiu que a mesma tornasse sua constituição social em instrumento de poder feminino (BADINTER, 1985).

Apesar de todo o prestígio, este setor oferece apenas uma pequena porção dos cuidados de saúde na maior parte do mundo (HELMAN, 2009). No Brasil, as inequidades de saúde e dificuldades no acesso a algumas regiões frequentemente tornam os recursos humanos e técnicos da medicina escassos. O Amazonas contava, em maio de 2019, com um total de 754 (setecentos e cinquenta e quatro) equipes de saúde da família (eSF) implantadas nos seus 62 (sessenta e dois) municípios, estimando a cobertura populacional de assistência à saúde em 58,81%⁸. Dentre este quantitativo, estima-se que 100 (cem) eSF atuem em Manaus, capital do estado. Este número tem capacidade para atender apenas

⁸ Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Histórico de Cobertura da Saúde da Família do estado do Amazonas em maio de 2019. Último acesso em 17/07/2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

33,45% da sua população⁹. Desta forma, é possível afirmar que, em boa parte da população amazonense, o cuidado acaba ocorrendo dentro dos outros dois setores.

Para entender como as práticas de saúde se dão em cada setor, Kleinman (1980) foi um pouco mais adiante e desenvolveu o conceito de Modelo Explicativo, que corresponde às noções que são empregadas tanto pelos pacientes quanto pelas profissionais de saúde acerca de um episódio da doença e seu tratamento. Segundo Helman (2009), este modo de examinar o processo oferece explicações que favorecem a orientação das escolhas entre terapias e terapeutas disponíveis e para projetar significados pessoais e sociais sobre a experiência do adoecimento.

Os modelos explicativos são fortemente moldados pelo contexto em que se inserem, permitindo o surgimento de várias respostas para um mesmo episódio particular. Os modelos explicativos leigos, aqueles pertencentes ao setor informal, tendem a ser idiossincráticos, mutáveis e influenciados por fatores pessoais e culturais. Já os modelos explicativos do setor profissional baseiam-se na lógica e nos achados científicos. Em ambos os setores, o objetivo é explicar, organizar e manejar os episódios de doença (HELMAN, 2009; ALVES, 2015).

A lógica explicativa sofreu algumas críticas no último século. Percebeu-se que explicar, organizar e manejar não é o suficiente para alcançar o sucesso terapêutico. Para Alves e Souza (1999, p. 131) “*a atitude explicativa não leva em devida conta o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que os indivíduos desenvolvem suas ações*”. As ciências sociais enfatizaram a necessidade de complementar a explicação com interpretação dos sentidos e significados do processo de saúde-doença do indivíduo.

Ao se estudar os processos de escolha de tratamento, é preciso considerar que esses processos não são meramente fatos que podem ser apreendidos com base em conceitos genéricos, mas ações humanas significativas, dependentes das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum (ALVEZ; SOUZA, 1999, p. 131)

Nesse sentido, torna-se necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos terapêuticos individuais elaborados dentro de um campo de possibilidades comprometido com a realidade histórica e cultural dos sujeitos.

⁹ Fonte: BRASIL/MS/SAPS. E-gestor: Cobertura da Atenção Básica no município de Manaus-AM em maio de 2019. Último acesso: 20 de julho de 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> .

METODOLOGIA

Os temas que englobam a subjetividade humana são melhores tratados pela metodologia qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem tem como enfoque principal a análise, interpretação e compreensão de aspectos mais profundos do ser humano, aproximando a teoria dos dados da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010). Destaca-se que a pesquisa de campo sob a ótica qualitativa tem ganhado espaço nas ciências da saúde, campo onde prevalece a lógica positivista da pesquisa quantitativa. A partir da compreensão de que o processo saúde-doença apresenta múltiplas dimensões, Minayo e Minayo-Goméz (2003) afirmam que a abordagem qualitativa oferece profundidade e intencionalidade às relações e estruturas sociais que compõem esse processo, dando espaço ao sujeito e suas construções significativas.

Participaram deste estudo 06 (seis) mulheres em sofrimento psíquico que utilizam os serviços de saúde do município e que vivenciam a maternidade. O local escolhido para alcançá-las foi o Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS-Sul), uma vez que esta é a instituição de referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico em Manaus-AM. Para garantir o sigilo quanto a identidade das participantes, elas serão identificadas através do nome de flores, sendo elas: Azaleia, Alecrim, Jacinto, Violeta, Lotus e Orquídea.

Para a coleta dos dados, optou-se pelo uso de três instrumentos: (a) questionário fechado, para registro de dados sociodemográficos e de saúde; (b) associação livre de palavras, onde as participantes atenderam a seguinte instrução: “Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na ‘maternidade’”; e (c) história de vida, definida como “*a narração, por uma pessoa, de sua própria experiência vivida*” (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 158). Desta forma, torna-se possível compreender as facetas do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais. Todo conteúdo foi gravado e posteriormente transcrito. A articulação destes instrumentos favoreceu a reflexão continuada acerca das múltiplas dimensões que envolvem a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico.

Após a preparação, descrição e recorte de conteúdo, os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e interpretados a luz da Psicologia Histórico Cultural de Vygotsky (2003) e a Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey (2003). Analisar dados é, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2011), decompor os dados e relacionar as partes decompostas. A interpretação, ainda de acordo com os

autores, é buscar sentido nas falas para compreender ou explicar fatos ou teorias que vão além do descrito e analisado.

A vivência, traduzida do termo russo *pereživânie*, é parte integrante da afetividade – emoções e sentimentos. Vygotsky (2003) a define como a relação que o sujeito estabelece com a realidade. A ênfase está na relação e, assim, o conceito incorpora aspectos internos e externos, corroborando para a compreensão do ser humano enquanto biopsicossocial. Devido ao caráter histórico do sujeito, torna-se impossível encontrar outro meio de estudar as vivências a não ser pelo método dialético.

Fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, a Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey permite o reconhecimento da pessoa como sujeito, sendo este capaz de gerar as mais diversas possibilidades de existência ao longo da sua história. A subjetividade, desta forma, não pode ser entendida com base em dicotomias (indivíduo/social; razão/emoção), mas sim como um processo que considera o passado e o presente do homem e da sociedade e a forma se como se constrói o significado dessas relações. Para o autor, a subjetividade é *“um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionados: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro”* (GONZÁLEZ REY, 2004, p.141). Assim, a subjetividade individual concebe os processos e as formas de organização da subjetividade que ocorrem nas diferentes histórias dos sujeitos individuais, enquanto a subjetividade social permite que a categoria ‘social’ deixe de ser percebida como algo externo ao sujeito e passa a ser tratado em relação de reciprocidade permanente (GONZÁLEZ REY, 2004; GONZÁLEZ REY, 2003).

Este estudo foi desenvolvido com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e obteve a devida aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Além das normas reguladoras citadas, atentou-se ainda para a Resolução 580/18, também elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, que discorre acerca de pesquisas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa mulheres na faixa etária entre 30 e 52 anos. Todas vivenciaram a maternidade após o diagnóstico de saúde mental, seja na primeira gestação

ou em gestações posteriores. Das entrevistadas, apenas uma não é natural do Amazonas, mas reside a maior parte da sua vida no estado e utiliza os serviços de saúde da região.

O Quadro 1 traz uma breve caracterização do perfil social e de saúde das participantes. Destacam-se as informações acerca do nível de escolaridade, estado civil e diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Aquelas com maior nível de escolaridade foram as mesmas que tiveram maior nível de aceitação da doença e melhor adesão à terapêutica estabelecida. Ter uma relação conjugal de qualidade foi considerado fator essencial nas vivências da maternidade e no processo de sofrimento psíquico. Jacinto, Lotus e Orquídea vivem hoje em famílias reconstituídas e fizeram um comparativo entre as relações estabelecidas com base no apoio recebido.

Quadro 1. Perfil social e de saúde das mulheres participantes da pesquisa

Partic.	Idade	Natural.	Religião	Grau de escolar.	Estado Civil	Nº filhos	CID	Ano do diagnóst.	Tipo de acomp.
Azaleia	39	Manaus AM	Evangélica	Pós-graduação	Solteira	1	F32 F60	2003	Psiquiatra + Psicólogo
Alecrim	44	Tefé AM	Evangélica	Fund. Incompleto	União Estável	5	F60 F42	1997	Psiquiatra + Grupo Terapêutico
Jacinto	52	Manaus AM	Cristã	Médio Completo	União Estável	2	F60.3 F39 F51.3	2007	Psiquiatra + Grupo Terapêutico
Violeta	30	Manaus AM	Católica	Superior Completo	Casada	3	F31 F20	2017	Psiquiatra + Psicólogo + Oficina de Esporte + Relaxamento
Lótus	52	Autazes AM	Evangélica	Médio Completo	União Estável	2	F32.2 F41.1	2016	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Patchwork
Orquídea	40	Rio de Janeiro RJ	Protestante	Mestrado	União Estável	2	F34 F42	2015	Psiquiatra + Grupo Terapêutico + Psicólogo

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

Quanto ao diagnóstico de saúde, foi possível relacionar a presença de: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão, Ciclotimia, Transtorno do Humor Não Especificado, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno do Sono - Sonambulismo, Transtorno de Personalidade e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Independente do

transtorno, todas consideraram a maternidade enquanto um processo difícil de ser vivenciado. As falas das participantes Azaleia e Alecrim ilustram o sentimento do grupo.

Mas dizer que gravidez é fácil, não é não. Com transtorno ou sem transtorno, não é fácil. Pra ninguém é fácil. (Azaleia, 39 anos)

Uma gravidez, quando você tem problema de depressão, ela é muito ruim. É difícil. (Alecrim, 44 anos)

Observar o nível de escolaridade, a presença ou não de um companheiro, a religião e o ano do diagnóstico nos auxilia a compreender a motivação das participantes quanto ao suporte escolhido nos processos de saúde-doença. Para facilitar a organização e compreensão dos resultados, os mesmos foram divididos em 02 (duas) categorias: 1) Maternidade: sentidos e significados e 2) O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico.

1. Maternidade: sentidos e significados

Para entender o processo de escolha e as noções empregadas pelas participantes no cuidado em saúde é preciso, antes de tudo, compreender como as mesmas percebem a sua vivência da maternidade.

Conforme dito anteriormente, foi solicitado às mulheres que atendessem a seguinte instrução: “Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na ‘maternidade’”. Não foi imposto o limite de tempo, o que permitiu espaço para a elaboração do termo a ser utilizado. Foram listadas 23 (vinte e três) palavras, sendo que algumas apareceram mais de uma vez. Para facilitar a análise, foram divididas em duas categorias: (a) Afetividade e (b) Atributos (Quadro 2).

Quadro 2. Palavras relacionadas pelas participantes através da Associação Livre.

Categorias	Palavras relacionadas	
Afetividade	Positiva	Amor; Felicidade; Carinho.
	Negativa	Dor; Mágoa; Solidão; Raiva; Incapacidade; Angústia; Estresse; Cansaço.
Atributos	Responsabilidade; Exemplo; Vocação; Seriedade; Doação; Renúncia; Dedicção; Cuidado; Preocupação; Maturidade; Paciência; Sabedoria.	

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

A afetividade, um dos temas centrais na teoria de Vygotsky (2003), integra as emoções e sentimentos experimentados pelo sujeito. As emoções são entendidas como

reação a um estímulo do ambiente. Já os sentimentos respondem às emoções e dizem respeito àquilo que o sujeito é capaz de sentir nas situações que vivencia. Ambos surgem com base na relação. Foi possível elencar emoções/sentimentos com sentido positivo e negativo ligados às vivências. Sentido e significado, embora comumente utilizados como sinônimos, tem, para o autor, conceitos diferenciados.

O sentido de uma palavra é um agregado de todos os fatos psicológicos que surgem em nossa consciência como um resultado da palavra. O sentido é uma formação dinâmica, fluida e complexa que possui diversas zonas que variam em sua estabilidade. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto do discurso. É a mais estável, unificada e precisa dessas zonas. Em contextos diferentes, o sentido de uma palavra muda. Em contraste, o significado é um ponto comparativamente fixo e estável, o qual permanece constante com todas as mudanças do sentido da palavra que estão associadas ao seu uso em vários contextos. (VYGOTSKY, 1987 apud DANIELS, 2011)

Por atributos entende-se as particularidades, as características que são próprias de alguém. Os atributos são, comumente, pré-estabelecidos pela cultura e permitem ao sujeito conferir sentido a sua vivência. Destacou-se, neste caso, as características da mulher-mãe e não da mulher-louca.

Partindo do princípio vygotskyano de que toda ação é mediada pela cultura, a compreensão da vivência da maternidade só é completa quando a analisamos nos níveis cultural e histórico.

A mulher século XX atravessou a barreira do ambiente doméstico para o social e ganhou o direito de exercer os mais diversos papéis (FRANCHETTO; CAVALCANTI; HEILBORN, 1980). Percebeu-se, contudo, que ser mãe ainda é a principal característica da mulher. O papel materno foi visto de forma diferenciada pelas participantes, posto que cada uma implicou a sua realidade e os seus conteúdos na experiência, tornando-a uma vivência subjetiva.

O corpo naturalmente destinado à maternidade nos leva a considerar o amor materno como algo espontâneo, inerente à mulher. Badinter (1985) define o amor materno como um sentimento complexo e imperfeito, podendo estar condicionado a vários fatores. Esperava-se que o amor fosse a principal palavra na fala das mulheres, representada pelo maior número de repetições. Contudo, esta não esteve presente na narrativa de duas participantes: Jacinto e Lotus. A primeira não aceitou a gestação e rejeitou os filhos e outra foi rejeitada pelos filhos após vivenciar anos de violência conjugal.

Além do amor materno, a maternidade é culturalmente estabelecida como fonte de felicidade e de cuidados (MOURA; ARAUJO, 2004). A felicidade foi um aspecto da

afetividade que surgiu no discurso de outras duas mulheres: Alecrim, que vivenciou episódios sistemáticos de violência conjugal e encontrava nos filhos o refúgio do seu sofrimento; e Orquídea, que conta com o apoio do companheiro no cuidado dos filhos e da sua saúde mental. Acredita-se que, por tal motivo, esta última elencou, também, o carinho como um sentimento característico da sua vivência.

Para além da antítese, a categoria afetividade quebra com o ideal de maternidade, pois o número de palavras com sentido negativo foi superior. Todos as emoções/sentimentos listados estiveram presentes no discurso das participantes Jacinto e Orquídea. Em comum, encontrou-se a palavra Dor. Para Jacinto, a dor fez referência ao sofrimento psicológico, ao processo de rejeição dos filhos, enquanto Orquídea utilizou o termo para descrever os impactos físicos da gestação no corpo.

Mágoa foi um sentimento elencado pela participante Jacinto e, ao relacionar com sua história de vida, percebeu-se que está diretamente vinculado a culpa pela rejeição. As demais palavras elencadas fazem um paralelo com a vivência materna do primeiro filho de Orquídea, fruto do casamento anterior, onde não foi assistida de forma satisfatória para si.

A atividade humana deve ser percebida numa relação direta com os sistemas dinâmicos de sentido (GONZÁLEZ REY, 2007). A cultura e a sociedade associam alguns atributos ao ideal de maternidade. Esse conjunto de características permite a muitas mulheres viver a maternidade de forma gratificante, sentindo-se útil, alegre e orgulhosa da tarefa desempenhada. Por outro lado, pode, também, desencadear sofrimento em outras mulheres, pois se sentem obrigadas a corresponder às expectativas sociais. A frustração no desempenho da função tem relação direta com o conjunto de emoções/sentimentos de sentido negativo por elas listados. Esses achados corroboram a pesquisa desenvolvida por Correia (1998), demonstrando que, mesmo após vinte anos, certos ideais de maternidade ainda perduram no meio social e influenciam diretamente nas suas vivências.

Vygotsky (2003) acredita que a fala é a principal ferramenta de expressão do sujeito. A compreensão da fala implica no reconhecimento do pensamento. Analisá-la em relação com a história pessoal de cada uma, incluindo a gestação, os aspectos conjugais e parentais, permite reconhecer e legitimar o sentido da afetividade expressa no seu discurso. González Rey (2007) atribui significativa importância a ordem do sentido pessoal, pois entende que essa se apresenta como a verdadeira produção psicológica.

Evidencia, então, o caráter de inseparabilidade entre pensamento, linguagem e processos afetivos individuais e reinterpreta os estudos do primeiro autor, definindo a categoria de sentido subjetivo. Esta nova categoria define a “*relação inseparável do emocional e o simbólico, onde um evoca ao outro sem ser a sua causa*” (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 168). Por esta razão, o significado das palavras listadas pelas participantes gerou desdobramentos diferenciados nas narrativas e apareceram associados a múltiplas produções simbólicas emocionais.

Tomar conhecimento sobre as vivências da maternidade dessas mulheres se torna essencial para compreender a formação dos seus itinerários terapêuticos.

2. O itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico

Neste estudo, os itinerários terapêuticos foram analisados com base no sentido subjetivo conforme definido por González Rey. Desta forma, entendemos que este “*não representa uma expressão linear de nenhum evento da vida social, pelo contrário, ele é o resultado de uma rede de eventos e de suas consequências colaterais, que se expressam em complexas produções psíquicas*” (GONZÁLEZ REY, 2007, p.172). Torna-se, assim, inseparável dos contextos sociais e culturais onde o sujeito está inserido.

Tendo em vista que os Sistemas de Cuidado e os Modelos Explicativos são conceitos imbricados, optou-se por analisar as narrativas das participantes em constante relação com os dois conceitos.

Os modelos explicativos são fortemente moldados pelo contexto em que se inserem, permitindo o surgimento de várias respostas para um mesmo episódio particular (HELMAN, 2009). O Quadro 3 apresenta um recorte das narrativas que apontam para as motivações das participantes no processo de escolha pelos sistemas acionados. Percebeu-se que as narrativas da maternidade são influenciadas e influenciam diretamente os múltiplos aspectos do sofrimento psíquico.

Quadro 3. Modelos explicativos identificados na narrativa das participantes

Participante	Modelos Explicativos
Alecrim 44 anos	- “Eu ia mais no SPA do que pro Eduardo Ribeiro. Eu não conseguia mesmo ir pra lá por conta do histórico de que as pessoas falavam que quem ia pra lá ficava”. - “Quando eu ia tomar remédio eu tinha medo de prejudicar ela. E aí eu conversava com os médicos... eles me ajudam e tudo.” - “Como eu não tinha ajuda de família, essas coisas, eu procurava as pessoas que me ajudassem”.
Azaleia	- “Eu tive que ir na casinha... eu não, a mamãe. A mamãe ficou doida e saiu procurando um médico da casinha pra receitar. O importante é ter a receita, né?”.

39 anos	<ul style="list-style-type: none"> - “Eu passei por fases que eu não levei muito a sério. Enquanto eu tava bem, tava tudo bem. Aí apareciam os sintomas e aí que eu procurava o médico”. - “Po, tudo o que a T. tá me falando tá dando certo. Então eu vou seguir tudo o que ela me fala”. Ela é uma mulher que tem bom exemplo”. - Durante o pré-natal, já me encaminharam pra maternidade, porque lá que fazia o pré-natal de risco”.
Jacinto 52 anos	<ul style="list-style-type: none"> - “O meu padrasto dizia que era espírito. Ele era espírita, então ele dizia que era espírito. Então pra tirar esse espírito, eu tinha que apanhar bastante”. - “Mas ele me deu um encaminhamento psiquiátrico. Eu peguei esse encaminhamento e guardei na minha bolsa por uns 2 ou 3 anos”. - “. Eu tive uma crise tremenda dentro do hospital. Uma crise muito forte, que me deixou muito debilitada, e eu fui parar lá no Eduardo Ribeiro”. - “Porque cada obstetra que chegava no plantão era o meu médico do pré-natal. Porque, no caso, com dos remédios do Eduardo Ribeiro eu praticamente tive que parar”.
Lotus 52 anos	<ul style="list-style-type: none"> - “Eu não podia falar pro papai, eu não podia falar pra mamãe... Eu vivia trancada aqui. Quem me defendia e me ajudava era a família dele”. - “O meu chefe me levou direto pra essa clínica que o médico cuidava de mim”.
Orquídea 40 anos	<ul style="list-style-type: none"> - “Faço com o psicólogo particular. De vez em quando eu tô com umas situações muito minhas que eu acredito que não dá pra colocar no grupo. É muita gente”. - “Ela me deu o encaminhamento pra eu ir pra maternidade. [...] Se não fosse o encaminhamento dela, eu nem teria conseguido vaga na maternidade”. - “Através de conhecidos, eu fui lá no Francisca Mendes e conversei com o médico de lá que eu queria fazer laqueadura”.
Violeta 30 anos	<ul style="list-style-type: none"> - “Eu tinha meu plano de saúde, mas não cobrava a maternidade. Como as minhas gravidez eram de risco, eles davam prioridade pra gente fazer o pré-natal nas maternidades que eles podem acompanhar”. - “O meu marido me levou no CAPS, porque a cunhada dele já fazia tratamento lá”. - “Porque se eu sento e vejo todo mundo no celular, vendo televisão, e eu sinto que eu não tenho atenção, que eu não tenho ninguém pra conversar, que eu não tenho nada. No CAPS, não. Sempre tem alguém pra eu conversar”.

Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

Ao partir do ponto de vista do sujeito, evidenciou-se a influência de fatores pessoais, sociais e culturais nos processos de escolha. Assim, listou-se 07 (sete) modelos explicativos: a) aparecimento de sintoma/crise; b) orientação de familiares ou amigos; c) ausência do suporte familiar; d) serviços disponíveis no sistema/plano de saúde; e) encaminhamentos em rede; f) receio de internação psiquiátrica; e g) satisfação quanto ao apoio recebido. Destaca-se que tais modelos se encontram em vários momentos, evidenciando a complexidade presente na subjetividade humana descrita por González Rey (2007). A subjetividade fez referência à perspectiva das participantes, incluindo suas opiniões, sentimentos, crenças e desejos. Seu reconhecimento mostrou que as mulheres estabeleceram uma relação recíproca com a sua realidade.

Os modelos explicativos justificam o uso dos setores inseridos nos Sistemas de Cuidado. Conforme apontado por Kleinman (1980), o sujeito em processo de adoecimento pode buscar auxílio em 03 (três) setores: informal, popular e profissional. Cada um desses setores possui distinta particularidade e contribui significativamente para

o bem-estar daquele que recebe seu cuidado. Dentre as narrativas, estiveram presentes os setores informal e profissional. O setor popular esteve presente apenas na fala da participante Violeta, que narrou a experiência da cunhada com um terreiro de macumba. Mesmo sendo a vivência de uma terceira pessoa, a situação gerou impacto na vida da participante e, por tal motivo, será brevemente destacada.

A D., a minha cunhada, já faz tratamento há 15 anos no CAPS. A madrinha do meu esposo, que era bandeira branca na macumba, disse que tinham feito macumba pra D. Magia negra. [...] Ela teve que tomar banho numa correnteza não sei das quantas, com o sangue do cordeiro. [...] E aí depois desse banho ela foi controlada. Aí a família descobriu o CAPS e levaram ela. (Violeta, 30 anos)

Ressalta-se que o saber popular oferece como vantagem o envolvimento da família no diagnóstico e tratamento. Helman (2009), contudo, aponta que as formas de tratar pertinentes a esse setor podem oferecer riscos à saúde do indivíduo ao ignorar ou fazer um diagnóstico errado de uma doença física ou mental grave. Desta forma, é preciso estar atento para reconhecer o momento de buscar o auxílio do setor profissional.

Corroborando aos achados na literatura (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2009), o setor informal se mostrou enquanto o principal meio de cuidado. Foi onde os sinais do adoecimento foram reconhecidos e tiveram início os primeiros cuidados. Destacaram-se as indicações dadas por parentes ou pessoas próximas e as atividades de cura e cuidado mútuo em igreja. No caso do adoecimento psíquico, é comum que as alterações de saúde sejam associadas a espiritualidade (IDEM, 2009) ou mesmo faz com que a pessoa seja vista como preguiçosa ou acomodada (TEODORO, 2010), o que dificulta a chegada do sujeito aos serviços de saúde adequados, mas, por outro lado, ajuda a fortalecer os laços afetivos e o apoio emocional. Nos casos de crise, a intervenção profissional se torna essencial e de urgência, tornando as instituições de saúde a referência no cuidado.

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental em 2001, a assistência àqueles vistos como loucos deixou de ser centrado no médico e passou a ser responsabilidade de todos a sua volta. Desta forma, todos aqueles que o circundam se tornam parceiros no cuidado. Nas narrativas analisadas, foi identificada a participação ativa dos seguintes membros: mãe, pai, esposo/companheiro, irmãos, tia, sobrinha, filhos, avó, sogra e cunhada.

Na ausência do suporte familiar, amigos, vizinhos e instituições comunitárias, tais como a igreja, também foram acionados. A manutenção do cuidado nos sistemas informal teve por base o nível de satisfação das mulheres com o apoio recebido. Esse processo se

mostrou presente tanto nas vivências de mãe quanto nas de mulher em sofrimento psíquico.

Percebeu-se que o círculo familiar e de convívio social atuaram enquanto um importante instrumento de apoio, uma vez que ofertaram suporte emocional, companhia social e ajuda material e de serviços.

A espiritualidade também se mostrou um forte componente no que diz respeito ao cuidado em situações de desesperança ou mesmo quando o comportamento não poderia ser explicado pela lógica mundana. Nas 06 (seis) histórias narradas, a fé, independente da religião, foi percebida como fator motivacional para o tratamento e recuperação da estabilidade emocional e, por tal motivo, a busca por instituições religiosas foi uma constância nos discursos. Inoue e Vecina (2017), ao estudar a aproximação da saúde mental com a dimensão espiritual, perceberam que esta última estimula a autoconfiança, firmeza e favorecem a adaptação e maior aceitação aos processos de saúde-doença.

O setor profissional, formado pelas profissões devidamente reconhecidos na área da saúde e detentor do saber científico, foi valorizado na fala de todas as participantes. Foi possível listar os seguintes serviços utilizados: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e com Estratégia Saúde da Família (UBS-ESF), maternidades, policlínicas e clínicas particulares.

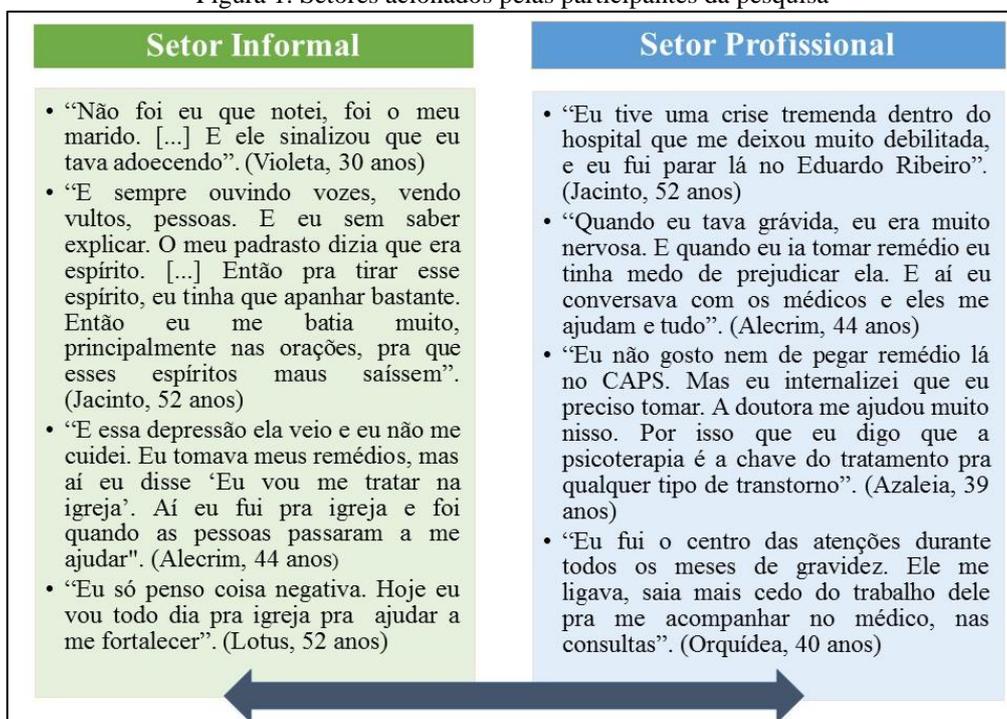
Para o cuidado em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram considerado referência. No entanto, 02 (duas) participantes foram diagnosticadas antes da inauguração do primeiro CAPS no município, em 2006, e, por isso, utilizaram os serviços ambulatoriais do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) ou de policlínicas. Os principais profissionais acionados foram psiquiatras e psicólogos. As novas formas de fazer saúde mental permitiram, contudo, a inserção de novos profissionais na área. Assim, dentro da terapêutica individual das participantes também pode ser encontrado apoio de profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

O CPER encerrou suas atividades em 2014, tornando o Amazonas o estado mais atrasado no processo da reforma (NAVARRO, 2007). A precariedade da estrutura e a assistência não humanizada do CPER quando somadas ao imaginário da loucura, suscitavam o receio de uma internação psiquiátrica. Desta forma, as participantes optaram, mais uma vez, pelo uso de policlínicas ou clínicas particulares.

Quando constatada a gestação, o psiquiatra do CAPS encaminhava a participante para a realização do pré-natal de risco, o que envolve a inserção de profissionais da atenção básica (UBS ou ESF) e da maternidade. Para aquelas que possuíam plano de saúde, outros serviços particulares também foram acionados.

A Figura 1 traz algumas falas das participantes que se destacaram e que sintetizam a vivência coletiva. É válido destacar que atuação do setor profissional não limitou o informal e vice-versa, mas que ambos atuaram de forma cooperativa. As mulheres puderam caminhar livremente entre eles, buscando o auxílio necessário para cada momento vivido.

Figura 1. Setores acionados pelas participantes da pesquisa



Fonte: Fonte: Derivado dos dados da pesquisa (2019)

A categoria de sentido subjetivo de González Rey (2002), apesar de ter como base a categoria de sentido de Vygotsky, distingue-se dela por dar ênfase na relação entre o simbólico e emocional, integrando a experiência social do sujeito. No caso das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, tornou-se impossível separar a organização subjetiva da mulher-mãe da mulher em sofrimento psíquico, assim como os múltiplos contextos que se inseriram. Corroborando ao entendimento do autor, reconhecer o sentido subjetivo mostrou-se essencial para entender as causas e

consequências da vida social, dos processos de saúde-doença e da produção de cuidados sobre o grupo estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade não se resume a um evento biológico, mas a uma vivência inscrita num quadro socio-histórico. A compreensão do conceito de sentido em Vygotsky e em González Rey, bem como o reconhecimento do sujeito, sua personalidade, motivações e afetos favoreceram identificar como se organizam estas vivências. Desta forma, observou-se que a relação entre afetividade e a cognição é processo que impulsiona a definição dos itinerários terapêuticos.

A vivência materna carrega consigo uma intensa carga afetiva que, quando associada aos modelos de maternidade pré-estabelecidos, pode potencializar ora o papel feminino e ora o sofrimento psíquico. A subjetividade não se esgota na experiência individual e tampouco é determinada apenas por processos sociais. Neste estudo, ela fez referência à perspectiva da pessoa, incluindo suas opiniões, sentimentos, crenças e desejos. A ênfase na categoria subjetiva evidencia que todo sujeito estabelece uma relação ativa com o mundo.

A análise dos dados evidenciou a inseparabilidade entre as narrativas da maternidade, do adoecimento e do cuidado em saúde mental. As experiências são vividas de forma única e, deste modo, influenciam e sofrem a influência uma das outras. Neste sentido, os processos de escolha na produção de cuidados da mulher-mãe e da mulher em sofrimento psíquico se misturam e, avaliá-los individualmente pode prejudicar a compreensão do sentido por elas atribuído.

Desta forma, foi possível listar 07 (sete) modelos explicativos: a) aparecimento de sintoma/crise; b) orientação de familiares ou amigos; c) ausência do suporte familiar; d) serviços disponíveis no sistema/plano de saúde; e) encaminhamentos em rede; f) receio de internação psiquiátrica; e g) satisfação quanto ao apoio recebido. Observou-se, ainda, que estes modelos imbricavam a participação dos setores informal e profissional no cuidado em saúde. Destaca-se que tais modelos e sistemas se encontraram em vários momentos, atuando de forma complementar e evidenciando a complexidade presente na subjetividade humana, conforme aponta González Rey (2007).

Apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, os itinerários terapêuticos ainda são pouco

reconhecidos e utilizados nas práticas de saúde mental brasileiras. Apesar da inclusão da família enquanto parceira ativa do cuidado, a centralidade na figura do médico e do medicamento, em especial do psiquiatra, impede o aproveitamento de potencialidades inerentes ao mundo vivido pelo sujeito em sofrimento. Faz-se necessário atravessar as barreiras impostas por concepções naturalizadas e a-históricas de saúde para que seja possível compreender a complexidade que existe como pano de fundo do processo saúde-doença. Ao descartar os sentidos atribuídos e os processos de subjetivação, corre-se o risco de reduzir o cuidado a práticas que não dizem respeito às reais necessidades dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, p. 29-43, Janeiro/Junho de 2015.

ALVES, PCB; SOUZA, IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C; ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A, org. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental**. 2001. Disponível em: <<http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011

CORREIA, M.J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, 3 (XVI): 365-371, 1998.

DANIELS, H. **Vygotsky e a pesquisa**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2011.

FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. Antropologia e feminismo. IN: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.V.C; HEILBORN, E.M.L. (Orgs.), **Perspectivas Antropológicas da Mulher** (Vol. 1, pp. 11-47). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

GONZÁLEZ REY, F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, São Paulo, 24, 155-179, 2007.

_____. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009

HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

INOUE, T.M.; VECINA, M.V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**; 35(2):127-30, 2017.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkley: Universit of California Press, 1980.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica** – 5º. Ed. – 4º. Reimp. – São Paulo : Atlas, 2010.

LAVILLE, C.; DIDONE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez., 2004

MERHY, E.E., MALTA, D. C., SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76

MERINO, M.F.G.L.; MARCON, S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev Brasileira de Enfermagem**; 60(6):651-658, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDE, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teorias, métodos e criatividade**. 30º. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e métodos qualitativos nos estudos de problemas de saúde. IN: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência E Profissão**, 24 (1), 44-55, 2004.

NAVARRO, R.M. A história das políticas públicas de saúde mental no Amazonas. IN: SCHWEICKARDT, J.C. et al. **História e política pública de saúde na Amazônia**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Cap.19. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586

RODRIGUES, D.C.B. **Estudo para identificação de mecanismos de proteção aos conhecimentos das populações tradicionais: estudo de caso das comunidades Ebenézer e Mucajá em Maués/AM**. Manaus: UFAM, 2009.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente, alma**. 3ed. Uberlândia: Próprio autor, 2010.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

5. CONSIDERAÇÕES DA PESQUISADORA

Neste trabalho, meu objeto de estudo e análise foram as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Assim, propus-me a abordar a temática da saúde mental numa relação de reciprocidade com a vivência mais particular da mulher: a de ser mãe. Para tal, privilegiei os aspectos históricos, culturais e sociais inclusos e que influenciam diretamente na complexidade que é a produção de cuidados em saúde mental. Tomei como referência autores de várias áreas do conhecimento, como a antropologia, psicologia e da saúde coletiva, além da saúde mental. Busquei correlacionar esses saberes com as políticas públicas na área, em especial a Política Nacional de Saúde Mental, e com os dados coletados através da narrativa das participantes.

Iniciei este estudo a partir da experiência de Maria, já narrada anteriormente. Utilizei a sua história para elaborar um estudo de caso com base nas políticas públicas de saúde. Fiz um levantamento dos dados pertinentes a assistência à saúde mental e à saúde da mulher no estado do Amazonas. Iniciei a discussão a partir de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade. Concluímos que os serviços de saúde do estado ainda não estão preparados para atuar de forma articulada, seguindo a proposta de Redes de Atenção. Obtive aqui o meu primeiro resultado: as mulheres em sofrimento psíquico se mostram desassistidas tanto para as demandas de saúde mental quanto de saúde materna.

A fim de conhecer a produção teórica na área, realizei a revisão da literatura junto a Biblioteca Virtual de saúde. Devido a ênfase atribuída à história e cultura, optei por restringir a produção literária aos artigos de língua portuguesa. Nesta etapa, alcancei outro resultado significativo: a escassez de estudos brasileiros que correlacionem a maternidade e o sofrimento psíquico. Ao ampliar a busca para produções internacionais, percebi que o cenário não era distinto. A revisão da literatura contou com 29 artigos, os quais foram divididos em 03 (três) dimensões temáticas: 1) experiências da maternidade; 2) estratégias e serviços de apoio parental; e 3) evidências e achados epidemiológicos. Os achados mostraram que maternidade é um importante domínio da vida para muitas mulheres, mas são poucas as pesquisas que examinam a experiência parental e dialogam acerca de estratégias para a potencialização dessa função em benefício do tratamento em saúde.

Entendendo a vivência como “*produto da reflexão pessoal sobre a experiência*” (MINAYO, 2012, p.622), desenhei essa pesquisa apoiada na abordagem qualitativa. Ouvi 06 (seis) mulheres que em sofrimento psíquico que vivenciam a maternidade e que utilizam os serviços de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS-Sul), instituição de referência municipal para o tratamento de indivíduos adultos em sofrimento psíquico. Utilizei a História de Vida como meu principal instrumento para a coleta de dados, pois almejei uma narrativa livre de interferência e que fosse capaz de transparecer a subjetividade de cada uma das participantes. Acrescentei, ainda, um questionário fechado sobre dados sociodemográficos e de saúde e a associação livre de palavras. A articulação dos três instrumentos auxiliou alcance dos objetivos específicos previamente propostos.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) iniciei minha coleta de dados. Deparei com um campo de atuação dominado pelos profissionais da medicina e que deram pouca abertura para a minha proposta. Por este motivo, precisei readequar minha estratégia de pesquisa e fui inserida no grupo terapêutico gerenciado pelas psicólogas. Quatro das seis mulheres participantes foram captadas através deste grupo.

Narrar sua história de vida foi considerado terapêutico por todas as mulheres. Apesar da proposta ampliada de saúde presente no CAPS, as mesmas não haviam encontrado espaço para externalizar o sofrimento próprio de ser mulher e mãe. Desta forma, deparei-me com conteúdos que não estavam previstos durante a elaboração do referencial teórico e precisei buscar novas leituras para reconhecer novos fenômenos.

Ao caracterizar os aspectos psicossociais relacionados a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, evidenciei a forte influência das relações familiares, das relações de convívio social, das relações de trabalho e da espiritualidade na saúde mental das mulheres. Contrapondo o ideal de felicidade que se tem acerca da maternidade, ganharam destaque os relatos sobre violência conjugal, rejeição dos filhos e ausência de suporte familiar. Os conflitos intrapsíquicos oriundos da doença quando somados as características do meio social geraram comportamentos suicidas. Este se mostrou como a expressão genuína da subjetividade em momentos de desesperança. Concluí que ser mãe é um processo dialético complexo que leva em consideração os diversos momentos da vida, a irregularidade no desenvolvimento das funções sociais e entrelaçamento de fatores internos e externos. O reconhecimento dessas dimensões da vida vivida pode auxiliar na

construção de políticas públicas de saúde capazes de atender as reais necessidades de cada sujeito.

Apropriei-me do ideal da Reforma Psiquiátrica, que reconhece a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito histórico e relacional, e decidi identificar as redes de apoio estabelecidas pelas mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade. Utilizei a teoria das redes sociais para me auxiliar a identificar a estrutura das relações formais e informais, bem como listar os benefícios do apoio profissional e, principalmente, do apoio social no cuidado em saúde mental. Assim, constatei que rede de assistência à saúde mental no estado do Amazonas ainda não está estruturada para atuar conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Observei, também, que o apoio social atuou enquanto fator de proteção nas vivências da maternidade. A companhia social, o apoio emocional e a assistência material se mostraram como fundamentais para adequação e aceitação do processo saúde-doença e o alcance do bem-estar dessas mulheres.

Tendo em vista que as estratégias de ação e intervenção em saúde mental estão em constante (re)construção, busquei na saúde coletiva o conceito de Itinerário Terapêutico, que enfatiza os sistemas de cuidado e os modelos explicativos em saúde. Desta forma, propus-me a analisar o itinerário terapêutico das participantes. Inicialmente, elenquei os sentidos e significados atribuídos a vivência da maternidade e constatei que estas se mostram ora como fonte de prazer ora como fonte de sofrimento. Esta etapa foi necessária, pois entendo que o processo saúde-doença é, além de biológico, uma construção subjetiva. Além disso, percebi, ao longo das narrativas, que as vivências da maternidade estão estritamente relacionadas com a vivência de saúde mental. Identifiquei, portanto, o uso contínuo dos setores informal e profissional e observei que seus modelos explicativos fizeram referência às opiniões, sentimentos, emoções, crenças, desejos e história de vida.

Em todo o processo investigativo, vi que a saúde mental esteve sempre à frente das questões maternas. Mesmo as participantes se colocavam primeiro como portadoras de transtorno mental e depois como mães. Desta forma, o serviço de referência para todas essas mulheres foi o CAPS, apesar do livre acesso a outras instituições. O vínculo com o CAPS se mostrou forte inclusive durante o período de gestação. Seria essa uma evidência do possível despreparo de outros serviços e profissionais para oferecer assistência às necessidades dessa população?

As políticas públicas de saúde foram pensadas para atender toda pessoa na sua integralidade. Neste estudo, no entanto, não foi possível perceber uma relação dialógica entre os serviços. A corresponsabilidade em saúde e a articulação em rede ainda não foram concretizadas, tornando os serviços insuficientes. Parece-me que o conceito ampliado de saúde não saiu do plano das ideias e que o lugar da pessoa em sofrimento psíquico permanece pré-estabelecido.

Notei, também, que quando se trata da vivência da maternidade, o que mais angustiou as mulheres não foi o adoecimento psíquico, mas sim os problemas da vida cotidiana. Ao enfatizar os aspectos psicossociais e os modelos explicativos em saúde, pude dar visibilidade a ampla gama de relações que envolve a satisfação/insatisfação e o sentido de proteção da mulher-mãe. Aqui, a doença ficou entre parênteses e prevaleceram as narrativas subjetivas sobre ser cuidada e cuidar de alguém.

Neste cenário, as redes de apoio informais se sobressaíram. Estas, por sua vez, foram responsáveis por atender as necessidades do sujeito e não da doença. O vínculo estabelecido com familiares, amigos, vizinhos e com membros da igreja se mostrou essencial no processo de aceitação, na autoestima e na produção de cuidados em saúde para os filhos e a sua própria, gerando a capacidade de enfrentamento e reajuste frente as dificuldades.

Percebi o itinerário terapêutico como uma estratégia de valorização dos cuidados profissional e informal, que passam a atuar de forma cooperativa e não sobreposta. Nele, é a fala do sujeito que é posta em evidência, então são as suas emoções, desejos e a própria biografia que direcionam os modos de atuar sobre a saúde e produzir cuidados. Dentro do itinerário terapêutico, a narrativa da mãe está imbricada na da mulher em sofrimento psíquico, permitindo que sejam vistas como uma só, na sua integralidade.

Os achados dessa pesquisa trazem respostas significativas sobre a cena da saúde mental no estado do Amazonas. Permitiu, principalmente, a valorização do sujeito que sofre as intempéries do adoecimento psíquico. Neste sentido, novas investigações poderiam ser feitas a fim de explorar outros papéis desenvolvidos por mulheres em sofrimento psíquico. Recomendo, também, o desenvolvimento de um estudo que parta da perspectiva do homem em sofrimento psíquico. A cultura de gênero implica em profundas exigências ao sujeito, o que pode acarretar uns novos processos de saúde-doença.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, p. 29-43, Janeiro/Junho de 2015.

ALVES, PCB; SOUZA, IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C; ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A, org. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 125-38, 1999.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMAZONAS. **A política de saúde mental no Amazonas é a mais atrasada**. *Jornal Acrítica*, 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/politica-da-saude-mental-do-estado-do-amazonas-e-atrasada-e-fecha-leitos-para-pacientes>

_____. **Lei nº 3.177 de 11 de outubro de 2007**. 2007. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/sapl_documentos/norma_juridica/7632_texto_integral

_____. **Secretaria Municipal de Manaus. Saúde da Mulher**. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/programas-de-saude/saude-da-mulher/>

ANDRÉ, M.E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liberlivros, 2005.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: **Seminár women's and health mains-treaming the gender perspective into the health sector**, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Tradução: Roberto Raposo, revisão técnica: Adriano Correia. – 11. Ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARRAIS, A. R., MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.251-264, 2014.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROW, S. M. et al. Context and Opportunity: Multiple Perspectives on Parenting by Women With a Severe Mental Illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 176–182, 2014.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: Giddens, A; Beck, U. e Lash, S (orgs.). **Modernização reflexiva**. São Paulo, Ed. da Unesp. 1995.

BENDASOLLI, P.; SOBOLL, L. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010.

BENDERS-HADI, N.; BARBER, M.; ALEXANDER, M. J. Motherhood in Women with Serious Mental Illness. **Psychiatr Q**, 84:65–72, 2013.

BONFILS, K. A. et al. Parenthood and Severe Mental Illness: Relationships With Recovery. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 186–193, 2014.

BORBA, L.O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, Dec. 2012

BORBA, L.O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP**; 45(2):442-9, 2011.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. Buckingham: Open University Press; p. 91-109, 1997.

BRASIL. **Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração**: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

_____. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental**. 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha**. Brasil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acessado em 30 de julho de 2019.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUTLER, H. et al. A. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. **Arch Womens Ment Health**, 2014.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011

CAMPOS. L.F.L. **Método e Técnicas de Pesquisa em Psicologia** – 3º Ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CARNEIRO, U. S. S.; AQUINO, G. C.; JUCÁ, V. J. S. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5 n. 1, p. 46-57, 2014.

CARPENTER-SONG, E. A. et al. Recovery in a Family Context: Experiences of Mothers With Serious Mental Illnesses. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 162–169, 2014.

CHALMERS, A. **O que é ciência afinal?** Ed. Brasiliense. São Paulo, 1993.

CHIAVERINI, D. H. et al (Org.). Instrumentos do processo de matriciamento. In: _____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 21-48, 2011.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**. 11(2), 209-216, 2006.

COOK, J. A.; STEIGMAN, P. J.; JONIKAS, J. A. Outcomes of Programs Serving Mothers With Psychiatric Disabilities and Their Young Children: A Multisite Case File Abstraction Study. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 232–241, 2014.

CORREIA, M.J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, 3 (XVI): 365-371, 1998.

CREPALDI, M.A.; LISBOA, M.L. **Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado**. Paidéia, 13, 97-109, 2003.

COUTINHO, M.P.L. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software Tri-Deux-Mots (version 5.2). **Revista Campo do Saber**. Volume 3 - Número 1 - jan/jun de 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANIELS, H. **Vygotsky e a pesquisa**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2011.

DELARI JR., A. **Vygotsky e a prática do psicólogo: em percurso da psicologia geral à aplicada**. Umuarama: GETHC, 2009. Disponível em <<http://vigotski.dominiotemporario.com/vigprat.pdf>>.

DOLMAN, C.; JONES, I.; HOWARD, L. M. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. **Arch Womens Ment Health** 16:173–196, 2013.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**; 48(5):661-73, 1999.

FERNANDES, M. G. M. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1051-1065, 2009.

FERRAROTI, F. **On the science of uncertainty**. Nova York, Lexington Books, 2003.

FERREIRA, M. C.; MOURA, M. L. S. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2005.

FONTES, B.A.S. M.; STELZIG, S. Sobre trajetórias de sociabilidade: A idéia de relé social enquanto mecanismo criador de novas redes sociais. **Política & Sociedade**. N.5 – 57-77, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. Antropologia e feminismo. IN: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.V.C; HEILBORN, E.M.L. (Orgs.), **Perspectivas Antropológicas da Mulher** (Vol. 1, pp. 11-47). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

GASTAL, F.L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatria**. RS set/dez 2006;28(3):245-54

GIDDENS, A. **Nuevas reglas del método sociológico**. Buenos Aires, Amorrortu, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, São Paulo, 24, pp. 155-179, 2007.

_____. **O social na psicologia e a psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009.

HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HENRIQUES, T. et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(12):2523-2534, 2015

HIGHLIN, P.S.; FINLEY, H.C.. Doing qualitative analysis. IN: F.T.L. Leong, J.T. Austin (Eds), **Sage Publications**, New York, 1996.

HILTON, N. Z.; TURAN, C. Availability of Services for Parents Living With Mental Disorders: A Province-Wide Survey. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 194–200, 2014.

INOUE, T.M.; VECINA, M.V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**; 35(2):127-30, 2017.

ISOBEL, S.; MEEHAN, F.; PRETTY, D. An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. **Archives of Psychiatric Nursing** 30: 35–40, 2016.

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2001.

JONES, M. et al. Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2016.

JONES, S. et al. An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3–10). **BMC Psychiatry** 15:122, 2015.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkley: University of California Press, 1980.

KRUMM, S.; BECKER, T.; WIEGAND-GREFE, S. Mental health services for parents affected by mental illness. **Current Opinion Psychiatry**. 26:362–368, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica** – 5ª. Ed. – 4ª. Reimp. – São Paulo : Atlas, 2010.

LAMOGLIA, C.V.A; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: Estudos em uma delegacia no interior do Rio de Janeiro. **Cien. Saúde Coletiva**; 14(2), 595-604, 2009.

LANGARO, F.; PRETTO, Z. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 130-138, 2015.

LAVILLE, C.; DIDONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

- LEITE, D.C.; ANDRADE, A.B; BOSI, M.L.M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1167-1187, 2013.
- LEITE, S.N; VASCONCELOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** 2006; 13(1):113-128.
- LIBANIO, J. B. **A religião no início do milênio**. São Paulo: Loyola, 2002.
- LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(Supl. II), 86-93, 2009.
- LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad Saude Publ.**; 16(3):647-59, 2000.
- MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez., 2004
- MATOS, M. I. S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: M. I .S. e R. S.(orgs). **O Corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, p. 107-127, 2003.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.
- MERHY, E.E., MALTA, D. C., SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76
- MERINO, M.F.G.L.; MARCON, S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev Brasileira de Enfermagem**; 60(6):651-658, 2007.
- MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDE, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teorias, métodos e criatividade**. 30°. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e métodos qualitativos nos estudos de problemas de saúde. IN: GOLDENBERG, P. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. 1ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 1982.
- MOLINA, R.C.M.; HIGARASHI, I.H.; MARCON, S.S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Esc Anna Nery**; 18(1):60-67, 2014

MORÉ, C.L.O.O.; CREPALDI, M.A. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 84-98, ago. 2012.

MOREIRA, L.C.A.O.; BASTOS, P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 19, Número 3, 445-453. 4, Setembro/Dezembro de 2015.

MORI, V.D.; GONZÁLEZ REY, F. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência E Profissão**, 24 (1), 44-55, 2004.

NAVARRO, R.M. A história das políticas públicas de saúde mental no Amazonas. IN: SCHWEICKARDT, J.C. et al. **História e política pública de saúde na Amazônia**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

NETO, J.A.S., STREY, M.N.; MAGALHÃES, A.S. Sobre as motivações para a conjugalidade. In: **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NICHOLSON, J. For Parents With Mental Health Conditions: The Chance to “Have It All” at Work and at Home. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 2, 153–156, 2014.

OLIVA, Alberto. **Filosofia da Ciência**. Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, K.L.C. **Quem tiver a garganta maior vai engolir o outro: sobre violências conjugais contemporâneas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OLIVEIRA, M.R.; JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, 17(3), 469-476, setembro-dezembro, 2012.

ORDAN, R. et al. Nurses’ professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. **Journal of Clinical Nursing**; 27:1543–1551, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atas oficiais da OMS, nº2**. 2005.

_____. **Violencia contra la mujer: Respuesta del sector de la salud**. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001**. [S.l.], [2000]

ORMSBY, S. M. et al. Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. **Trials**, Austrália, 2016.

OSTERGREN, P.O. et al. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. **Soc Sci Med**; 33(3):257-67, 1991

- PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Cap.19. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586
- PARROTT, F. R.; MACINNES, D. L.; PARROTT, J. Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care. **Criminal Behaviour and Mental Health**. 25: 258–272, 2015.
- PERERA, D. N.; SHORT, L. “It’s Not That Straightforward”: When Family Support Is Challenging for Mothers Living With Mental Illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 170–175, 2014.
- PIETROMONACO, P.R.; COLLINS, N.L. Interpersonal Mechanisms Linking Close Relationships to Health. **American Psychologist**, Vol. 72, No. 6, 531–542, 2017.
- PINTO, J.L.G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):753-764, 2006
- REGO, T.C. **Vygotsky – Uma perspectiva histórico-cultural da educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- RODRIGUES, D.C.B. **Estudo para identificação de mecanismos de proteção aos conhecimentos das populações tradicionais: estudo de caso das comunidades Ebenézer e Mucajá em Maués/AM**. Manaus: UFAM, 2009.
- ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou da educação**. 1ª ed. São Paulo: Edipro. 2017.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, 8(3), 107-112. (2001).
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.
- SAWAIA, B. B. A emoção como locus de produção do conhecimento: uma reflexão inspirada em Vygotsky e seu diálogo com Espinosa. **Anais da III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural** (pp.1-25). Campinas, 2000. Disponível em <www.fae.unicamp.br/br2000/trabs/1060.doc>.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Rev. Educação & Realidade**. 20(2):71-99, 1995.
- SEBASTIANI, R.W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learnig, 2014.
- SHERBOUNE, C.D.; STERWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**; 32(6):705-14, 1991.
- SHOR R. et al. Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness. **Community Mental Health J** 51:79–84, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – SIM. **Mortalidade materna e neonatal no Brasil em 2010**. 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SOUZA V.L.T.; ANDRADA, P.C. Contribuições de Vygotsky para a compreensão do psiquismo. **Estudos de Psicologia**. Campinas | 30(3) | 355-365 | julho – setembro, 2013.

SPINK, M.J.P. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 7ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2010.

SANTOS, L. C. P. Dilemas e Perspectivas na Relação entre Ensino e Pesquisa. In: ANDRÉ, M. (org.). **O papel da pesquisa na formação e na prática dos professores**. Campinas: Papirus, 2011

STAMBAUGH, L. et al. Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014, **Annals of Epidemiology**, 2016.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? **Rev. Brasileira de Psiquiatria**; 27(Supl II): S41-2, 2005

STROPPIA, A., MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In SALGADO, M. I. & FREIRE, G. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, P. 427-443, 2008.

SUCHMAN, N. E. et al. Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. **Attachment & Human Development**, USA, 2016.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.

SZASZ, T.S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1978.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99, jan.-abr. 2002.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente, alma**. 3ed. Uberlândia: Próprio autor, 2010.

THOITS, P.A. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? **J Health Soc Behav**; Spec No:53-79, 1995.

TOASSA, G. **Emoções e vivências em Vygotsky: investigação para uma perspectiva histórico-cultural** (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

TOURAINÉ, A. **Poderemos viver juntos: iguais ou diferentes**. Petrópolis. RJ, Vozes., 1999.

VAN DER ENDE, P. C. et al. Parenting and Psychiatric Rehabilitation: Can Parents With Severe Mental Illness Benefit From a New Approach? **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 201–208, 2014.

VAN DER ENDE, P. C. et al. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 23, 86–97, 2016.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M (Org.), **A espiritualidade no trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, pp. 13-157, 2006.

VASCONCELLOS, M.J.E. **Pensamento Sistêmico. O Novo Paradigma da Ciência**. Editora PUC-MINAS/Papirus: Belo Horizonte, 2006

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **Teoria e método em psicologia**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WAGNER, A., TRONCO C.; ARMANI, A.B. Os desafios da família contemporânea: Revisitando conceitos. In: **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WANSINK, H. J. et al. Preventive Family Service Coordination for Parents With a Mental Illness in the Netherlands. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 216–221, 2014.

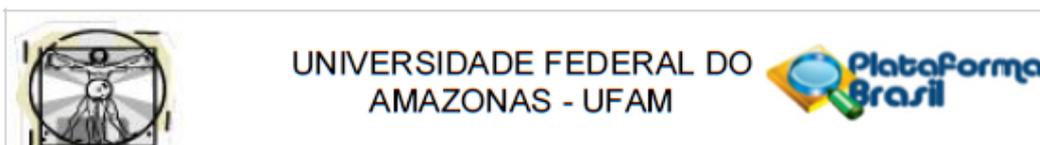
WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2), 259- 266, 2005.

WHITE, L. M.; MCGREW, J. H.; SALYERS, M. P. Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 2013, Vol. 36, No. 1, 22–27, 2014.

WHITE, L. M. et al. Assertive Community Treatment for Parents With Serious Mental Illnesses: A Comparison of “Parent-Sensitive” Assertive Community Treatment Teams Versus Other Teams. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Vol. 37, No. 3, 251–260, 2014.

7. APÊNDICES

A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM.

Pesquisador: Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99865218.4.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.987.564

Apresentação do Projeto:

A mudança de paradigmas dentro da ciência fez surgir, no campo da saúde mental, a reforma do pensamento reducionista da psiquiatria tradicional. A reforma psiquiátrica propõe a árdua tarefa de mudar o enfoque das ações e serviços em saúde da doença para a sujeito. Considera-se árdua, pois, após dezessete anos da reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, ainda não foi possível concretizar a atenção integral dos sujeitos em sofrimento psíquico. Quando o assunto é a maternidade de mulheres em sofrimento psíquico, parece que ainda caminhamos com passos de bebê. A fim de conhecer a produção teórica sobre o tema, foi realizado um levantamento prévio em forma de revisão de bibliografia com os descritores 'saúde mental' e 'maternidade' correlacionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Em um primeiro resultado, obteve-se o quantitativo de 5.747 (cinco mil setecentos e quarenta e sete) produções. Aplicado o filtro de texto completo disponível e publicação nos últimos cinco anos (2017-2013), reduzimos o total para o total de 1.186 (um mil cento e oitenta e seis). Tendo em vista o caráter histórico e cultural que implica o tema, resolveu-se aplicar o filtro de produções brasileiras. Ao fim, foram contabilizados 37 (trinta e sete) produções, sendo todos artigos. Utilizou-se, ainda, os descritores 'transtorno mental' e 'maternidade' correlacionados e os mesmos filtros já listados. Obteve-se um total de 7 (sete) artigos, estando todos contidos na pesquisa anterior. Após a leitura do material coletado, evidenciou-se a presença de 4 (quatro) que lidavam com a concepção do transtorno mental / sofrimento psíquico nas vivências da maternidade. A tabela a seguir apresenta

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



os artigos selecionados e analisados, segundo o periódico e o ano de publicação (Quadro 1). Quadro 1: Publicações relacionadas ao sofrimento psíquico e a maternidade segundo periódico e ano Publicação Autores Periódico Ano A1. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave Carneiro et al Revista de Psicologia 2014 A2. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto Arrais et al Saúde Sociedade 2014 A3. Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres Langaro e Pretto Fractal: Revista de Psicologia 2015 A4. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil Henriques et al Cad. Saúde Pública 2015 Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde - BVSF foram averiguados, ainda, bancos de dados de dissertações de mestrado e teses de doutorado. Ao utilizar a mesma combinação de descritores, encontrou-se um total de 3 (três) produções, sendo uma da área de enfermagem, uma de medicina e uma de psicologia. As duas primeiras se dedicaram a pesquisar sobre as linhas de cuidado utilizadas pela mãe em sofrimento psíquico, já o último aprofundou as experiências da maternidade à luz da psicanálise. Este material não foi inserido na revisão bibliográfica por não confluir com o enfoque desta pesquisa, mas é importante reconhecer que o tema também tem sido desbravado por outras áreas da ciência. Reconhece-se que a preferência por produções brasileiras limitou o mapeamento de estudos internacionais a respeito das vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico. Desta forma, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, pretende-se ampliar o campo de busca para países de língua inglesa e espanhola. A revisão da bibliografia na área evidenciou a escassez de pesquisas que dialoguem acerca das vivências da maternidade de mães em sofrimento psíquico. Percebeuse que a maior parte da literatura se destinava a estudos que discutiam relações de gênero no cuidado para com crianças/adolescentes usuários de saúde mental, gravidez na adolescência, aborto, amamentação e o uso de substâncias químicas durante a gestação. Por não ter ligação direta com o tema de interesse, esse material não foi selecionado para análise. Dentre os quatro títulos selecionados, 2 (dois) fazem referência ao sofrimento psíquico iniciado no puerpério, 1 (um) discorre sobre a experiência da maternidade como fator gerador de sofrimento em mulheres e 1 (um) dedicou-se a mapear a itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. Metade da amostra foi publicada no ano de 2014 e a outra metade em 2015. Acerca dos diagnósticos de saúde mental decorrentes da maternidade, Arrais et al (2014) aponta que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontram na sua vivência algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. São três os distúrbios que podem surgir durante o puerpério: a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto (DPP) e a

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.987.564

psicose puerperal, sendo a DPP o transtorno de maior incidência. A fim de minimizar os fatores de risco e prevenir que este quadro de sofrimento se instale, os autores propõem uma pesquisa-ação visando avaliar a contribuição do pré-natal psicológico (PNP) às gestantes. Os achados confirmam a hipótese de que a intervenção do PNP em conjunto com fatores de proteção presentes no cotidiano das grávidas pode auxiliar na prevenção da DPP e, por isso, torna-se essencial investir na assistência psicológica no período gestacional. Corroborando ao tema do sofrimento psíquico no puerpério, Henriques et al (2015) discutem acerca da prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) neste período. O estudo evidenciou que: (a) mulheres que já haviam experienciado três ou mais partos tiveram uma prevalência de TEPT no pós-parto quase duas vezes maior do que as mulheres com um quantitativo menor de partos; (b) mulheres que narraram traumas na infância apresentaram uma probabilidade de TEPT cerca de duas vezes maior do que as que não referiam tal histórico; (c) mulheres com algum comprometimento mental estão propensas a desenvolver outros agravos mentais após o nascimento de seus filhos; (d) mulheres vítimas de violência entre parceiros íntimos durante a gestação apresentam as maiores prevalências de TEPT; e (e) a abordagem multiprofissional acolhedora ajuda a reduzir o trauma decorrente de complicações maternofetais. Tais achados mostram a relevância da utilização de avaliações psicossociais da mulher e da família e a atuação em equipe multiprofissional no acompanhamento rotineiro durante o puerpério e nos primeiros meses de vida da criança. Langaro e Pretto (2015) realizaram um estudo com o intuito de compreender de que forma as experiências de parentalidade estavam se constituindo em fatores geradores de sofrimento para mulheres inseridas em um grupo de reflexão. As entrevistas mostraram que as atribuições sociais acerca do masculino e do feminino constituídas ao longo da história ainda fazem peso na realidade das mulheres. O determinismo relacionado as experiências da maternidade são percebidos como fatores de sofrimento uma vez que não alcançados ou não reconhecidos pelos pares. Destaca-se a pesquisa de Carneiro et al (2014), uma vez que foi a única a se debruçar sobre o sistema de cuidados em saúde da mãe em sofrimento psíquico. O estudo teve por objetivo refletir acerca do Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres com um histórico de sofrimento psíquico grave. Devido à condição psicopatológica, as mulheres entrevistadas apresentaram fragilidades referentes à assistência, vivenciaram o afastamento de seus filhos e enfrentaram diversos obstáculos para desempenhar o papel de mães. Foi possível visualizar a dificuldade no alcance da integralidade, haja vista que a condição da loucura se sobressai frente a maternidade. Dentre o quadro de publicações brasileiras, percebeu-se a ênfase em pesquisas as quais o sofrimento psíquico era oriundo da experiência da maternidade e não prévia a ela. É válido ressaltar que, em 50% da

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Pamoer: 2.987.564

amostra analisada, ser portadora de transtorno mental foi considerado um critério de exclusão para os participantes da pesquisa. Tal situação dá visibilidade a ausência de estudos que levem em consideração a maternidade como parte integrante do universo de mulheres diagnosticadas com alguma condição psiquiátrica. A análise do material tornou evidente que a maternidade não é sinônimo de alegria para todas as mulheres. Desde a gestação, o desempenho do papel de mãe pode ser associado a vivências de sofrimento e dor. Quando associada a uma psicopatologia prévia, a maternidade pode ser ainda mais angustiante. A carga social da maternidade e da loucura apontam para estigmas sociais contraditórios. De um lado, temos a mulher-mãe responsável socialmente pelos cuidados à criança e à família e, de outro, contrapõe-se a mulher-louca, desprovida de consciência e incapaz de tomar conta de si ou de outros. A academia toma como prioridade a legitimação dos processos subjetivos que implicam na saúde dos sujeitos, bem como a produção de conhecimento comprometido com a realidade. A insuficiência de produções na área corrobora com a percepção da realidade atual: a assistência integral à saúde dessa população específica encontra alguns entraves. O início tardio da reforma psiquiátrica no Brasil ainda não permitiu a implantação do quantitativo de ações e serviços necessários para atender as suas demandas, impedindo a consolidação de uma rede de atenção psicossocial eficiente e eficaz. As instituições existentes acabam por ser sufocadas pela ampla procura dos sujeitos, o que dificulta o olhar sensível quanto a singularidade de cada um. Assim, este estudo tem por objetivo analisar as vivências da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Para tal, utilizar-se-á da metodologia qualitativa, descritiva, focada no estudo de campo, uma vez que a mesma favorece a compreensão da subjetividade humana e a visualização do sujeito para além da doença. Almeja-se, desta forma, colaborar à reflexão e a implementação de ações de saúde capazes de por em evidência a integralidade da mulher em sofrimento psíquico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM. Objetivo Secundário: - Caracterizar aspectos psicossociais relacionados a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico;- Identificar as redes de apoio estabelecidas pelas mulheres em sofrimento psíquico na vivência da maternidade;- Analisar o Itinerário Terapêutico (IT) de mães com um histórico de sofrimento psíquico. O

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: mobilização de afetos e emoções dolorosas nos participantes. A pesquisa pode apresentar riscos que envolvam a fragilidade emocional ou desconforto por evocação de memórias, no entanto a participante pode interromper

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

a entrevista momentaneamente ou pedir para finalizá-la em qualquer momento. Benefícios: Os benefícios que esperamos como estudo são: (a) dar voz aos sujeitos para que possam expressar suas opiniões, valores e dificuldades em relação as questões investigadas e obtenham assim uma oportunidade de elaboração emocional e ampliação de seu conhecimento; (b) contribuir com o avanço científico ampliando o conhecimento na área temática em causa, em nossa região, gerando publicações científicas de qualidade; (c) dar visibilidade ao problema social ligado às questões de saúde mental e saúde da mulher no Amazonas. No mais, a pesquisa gerará conhecimento que permitirá a formulação de diretrizes para melhoria dos serviços de saúde, podendo posteriormente ser utilizado no aprimoramento da qualidade de vida de outras pessoas, assim como do próprio participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância social e científica. Os riscos e benefícios foram bem delineados, assim como os objetivos. Os critérios de inclusão e exclusão estão adequados, assim como o desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Temos de apresentação obrigatória:

Cronograma – adequado;

Orçamento – adequado;

Termo de anuência da instituição participante – adequado;

TCLE – adequado;

Instrumental de pesquisa – adequado;

Folha de rosto – adequada;

Projeto completo – foi apensado aos documentos.

Curriculo da pesquisadora principal e orientadora - apensados aos documentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos apresentados contemplam as exigências da Resolução 466/2012 e 510/2016 sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Considera-se assim, parecer favorável a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.987.564

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1207283.pdf	19/10/2018 16:51:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	19/10/2018 16:43:30	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Outros	curriculo_lattes_orientadora.pdf	19/10/2018 16:41:55	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Outros	curriculo_lattes_pesquisadora.pdf	19/10/2018 16:41:15	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Outros	Instrumentos__Revisado.pdf	19/10/2018 16:40:06	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Revisado.pdf	19/10/2018 16:39:17	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Djuliane.pdf	19/10/2018 16:38:55	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Outros	Temo_de_anuencia.pdf	25/08/2018 02:01:45	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/08/2018 01:55:33	Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

B. Termo De Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “**A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM**”. Você foi selecionada e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM, sob a responsabilidade da pesquisadora Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti (RG 2088324-2) e orientação da Prof^a. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez (RG 10255464). **PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS:** A coleta de dados se dará por meio de duas etapas iniciais: aplicação de questionário sociodemográfico e associação livre de palavras. Caso sinta-se confortável para narrar sua história de vida, será convidada a responder a uma entrevista aberta sobre suas vivências da maternidade. **BENEFÍCIOS:** Os benefícios que esperamos com o estudo são: (a) dar voz aos sujeitos para que possam expressar suas opiniões, valores e dificuldades em relação às questões investigadas e obtenham assim uma oportunidade de elaboração emocional e ampliação de seu conhecimento; (b) contribuir com o avanço científico ampliando o conhecimento na área temática em causa, em nossa região, gerando publicações científicas de qualidade; (c) dar visibilidade ao problema social ligado às questões de saúde mental e saúde da mulher no Amazonas. No mais, sua participação gerará conhecimento que permitirá a formulação de diretrizes para melhoria dos serviços de saúde, podendo posteriormente ser utilizado no aprimoramento da qualidade de vida de outras pessoas, assim como do próprio participante. **DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS:** É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: mobilização de afetos e emoções dolorosas. A pesquisa pode apresentar riscos que envolvam a fragilidade emocional ou desconforto por evocação de memórias, no entanto a participante pode interromper a entrevista momentaneamente ou pedir para finalizá-la em qualquer momento. Caso a participante não se sinta confortável para responder a qualquer pergunta, poderá escolher não respondê-la. Caso haja também um desejo seu de omitir alguma fala no decorrer da entrevista, o pesquisador o fará. No caso de qualquer dano material, ou de qualquer outra natureza, relacionado à pesquisa, o participante será isento de qualquer tipo de reparação. No caso de qualquer tipo de dano relacionado ao participante da pesquisa, seja ele físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, o pesquisador garantirá a indenização ao participante, com cobertura a qualquer dano imediato ou tardio. **ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA:** Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Quaisquer perguntas sobre a metodologia utilizada no projeto ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão encorajadas. **LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO:** A permissão para participar do projeto é voluntária. Portanto, os responsáveis legais estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização. **DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA:** As voluntárias estarão dispensadas de qualquer despesa ou ressarcimento decorrente do projeto de pesquisa. **EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE:** Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados

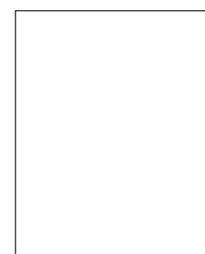
encontrados; contudo, sem que haja identificação dos indivíduos que prestaram sua contribuição como sujeitos da amostra, respeitando, assim, a privacidade dos participantes conforme rege as normas éticas. **ENDEREÇO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS PELO PROJETO:** Pesquisadora: Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti. Endereço: Rua D. João, 15, conj. Vila do Rei, Parque 10, Manaus – Amazonas. CEP 69054-000. Tel.: (92) 98138-0689. E-mail: djuli.ro7@gmail.com. Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez. Endereço: Av. André Araújo, 2936, Aleixo, CEP 69060-001 Manaus – Amazonas. Tel.: (92) 99984-7127 **ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM:** Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07, sob o endereço: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Manaus, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal



Espaço destinado
à impressão digital

C. Questionário sociodemográfico

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

DADOS PESSOAIS	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Naturalidade:	Religião:
Nível de escolaridade:	Profissão:
Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()	
Estado civil: Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () União estável ()	
Possui filhos? Não () Sim () Quantos?	
Endereço:	

COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
Parentesco	Idade	Gênero	Profissão	Nível de escolaridade

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE
Possui diagnóstico psicopatológico?: Não () Sim () Qual?:
Data do diagnóstico:
Tipo de acompanhamento:
Faz uso de medicamento: Não () Sim () Qual?:
Data da última consulta psiquiátrica:
Data da última crise:

D. Roteiro para Associação Livre de Palavras

Instrução inicial:

- Diga, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na 'maternidade'

E. Roteiro para História de Vida

Eixos norteadores:

I. *Relato de vida livre*

II. *Sobre o sofrimento psíquico:*

- Como foi o seu processo de adoecimento mental?
- Quais mudanças o seu adoecimento mental causou na sua vida?

III. *Sobre a maternidade:*

- Como foi quando teve o seu (s) filho (s)?
- O que é ser mãe pra você?
- Como você vê e se sente como mãe?
- Quais mudanças a maternidade trouxe para a sua vida?

IV. *Sobre os itinerários terapêuticos*

- A família lhe oferece algum tipo de ajuda? Qual? Para o cuidado do(s) filho(s)?
 - Os serviços de saúde lhe prestam algum tipo de ajuda? Qual? Para o cuidado do(s) filho(s)?
 - A quem ou onde mais busca auxílio para o cuidado do(s) filho(s)?
-