

MATERNIDADE, SOFRIMENTO PSÍQUICO E REDES SOCIAIS

Carla Mariana Sousa de Jesus*
Vlândia Jamile dos Santos Jucá**
Adilane dos Santos Barbosa***

Resumo: O artigo reflete sobre as redes sociais de suporte acessadas por mães em sofrimento psíquico grave, em especial, as mais importantes para o exercício da maternidade. O objetivo central foi investigar como essas redes se estruturam, são acionadas e de que forma se articulam. A pesquisa adotou como referencial teórico-metodológico a História de Vida. Participaram seis mulheres, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. Foi realizada uma análise do discurso das narrativas produzidas e, para tanto, as mesmas foram organizadas a partir das seguintes categorias: O desamparo na maternidade; Equipamentos de saúde, de assistência social e de justiça acessados pelas mulheres; Redes de suporte familiar; Redes associadas à religião; Estigmatização; Elaboração e superação das demandas e impasses oriundos da maternidade. Observou-se que essas redes funcionam como mecanismos fundamentais para que as mulheres possam, não obstante sua trajetória marcada pelo sofrimento psíquico, manter o vínculo com seus filhos; que tais redes geralmente são tecidas pelas próprias mães e que, do ponto de vista dos equipamentos pertencentes aos vários setores governamentais, há uma grande lacuna na oferta de um cuidado articulado.

Palavras-chave: redes sociais, maternidade, sofrimento psíquico, mulheres.

Abstract: The article reflects on the support of social networks accessed by mothers in severe psychological distress, in particular the more important to support the mother's place. The main objective was to investigate how these networks are structured, are triggered and how to articulate. The research adopted as a theoretical and methodological framework the History of Life. Participants were six women, through semi-structured individual interviews. A speech analysis of the narratives produced and, therefore, they were organized from the following categories was performed: The helplessness in maternity; health facilities, social welfare and justice accessed by women; Support networks family; Networks associated with religião; Stigmatization; Development and exceeding demands and impasses arising motherhood. It was observed that these networks serve as fundamental mechanisms so that women can, regardless of their history marked by psychological distress, maintain the link with their children; that such networks are usually woven by their mothers and that from the point of view of equipment belonging to various government sectors, there is a big gap in the provision of an articulated care.

Keywords: social networks, maternity, mental suffering, women.

O campo da Saúde Mental vem apresentando mudanças importantes no que se refere à configuração do modelo assistencial, e para a construção de um novo modo de cuidar, bem como para uma efetiva inserção do “louco” no tecido social, é notória a importância das redes de assistência intra e intersetoriais e das diversas outras redes que funcionam como espaço de

* Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

** Psicóloga. Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

*** Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

trocas e como lugar onde os sujeitos encontram o suporte para redirecionar suas trajetórias de vida e enfrentar os momentos de crise. A transição do modelo asilar para o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica, que envolve a gradual implementação de serviços territoriais e abertos, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial inseridos em uma rede de atenção psicossocial, possibilitou que os sujeitos, antes enclausurados e excluídos, pudessem ser assistidos sem serem subtraídos de sua comunidade e família.

A concepção de rede encontra-se hoje no âmbito das políticas públicas e, em saúde mental, podemos destacar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela portaria número 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). No entanto, a construção de uma rede ultrapassa o âmbito governamental. De acordo com Fontes (2007), os portadores de transtorno mental encontram apoio social, em diversos contextos dos quais participam. Tal apoio pode ser pensado segundo o autor:

[...] enquanto instrumento que mobilize recursos por fora das instituições localizadas no Estado e no mercado, tem importante função no tratamento e apoio de portadores de transtorno mental. Estes recursos, traduzidos na forma de apoio emocional ou de cuidados para o tratamento e acompanhamento da doença, podem ser alocados na esfera privada, a partir das redes primárias de sociabilidade (amizade, família, vizinhos) ou no campo da sociedade civil, a partir das redes secundárias (ONGs, associações de apoio etc.). [...] Os vínculos sociais estabelecidos entre as pessoas, por exemplo, resultam em uma prática que não se ancora em uma racionalidade típica da do mercado ou do Estado, a instrumental. Trata-se de um campo específico, que acima denominamos de redes sócio-humanas, que fazem parte do complexo sistema que estrutura o cuidado e atenção à saúde (ao lado das redes sócio-técnicas e sócio-institucional), mas com uma lógica própria (FONTES, 2007, p. 92).

Em linhas gerais, fazer parte de redes sociais e poder contar com o suporte que as mesmas fornecem é fundamental. No entanto, em algumas situações particulares, como a de mulheres que apresentam uma trajetória de sofrimento psíquico significativo, carregam consigo o estigma da loucura e vivenciam a maternidade em uma situação de vulnerabilidade social, a relevância de estar ou não inserida nessas redes ganha outra dimensão, podendo ser, inclusive, condição para o exercício da maternidade. A experiência da maternidade em mulheres com sofrimento psíquico grave reúne significações que remetem às expectativas que recaem sobre a mulher de

modo mais amplo. Segundo Rodrigues (2008), comumente, espera-se que o amor materno brote naturalmente, tenha uma base instintiva e que não haja nenhum empecilho na construção do laço entre mãe e bebê, sendo a mulher tomada como a principal cuidadora do *infans* e da família, ocupando uma função central no gerenciamento do lar. Apesar das mudanças operadas na contemporaneidade, ainda é possível observar que esta situação não foi, de todo, revertida. A naturalização do lugar da mulher como cuidadora e sua associação com a maternidade, difundida como fruto de um “instinto natural”, foi criticada por alguns teóricos que demonstraram ser o lugar da mãe resultado de uma construção social que remonta a meados do século XVIII, com a afirmação dos valores burgueses. Uma das autoras que se destaca nessa discussão é Badinter (1985). Ela enfatiza que não há um amor inscrito na ordem da natureza que leva a mulher a cumprir seus “deveres maternos”. A moral, os valores sociais, ou religiosos são componentes que fazem com que a mulher cobre de si mesma a assunção da maternidade, mesmo quando vivencia impasses neste sentido.

A partir do contexto acima descrito, o presente estudo foi realizado considerando o cruzamento de algumas condições presentes na vida de algumas mulheres: o sofrimento psíquico grave, o estigma da loucura e a maternidade. Nesse cenário, foram encontradas, frequentemente, trajetórias marcadas pela institucionalização, pela assistência inadequada, por impasses no exercício da maternidade, por um contexto de vulnerabilidade e por dificuldades de inclusão social. O objetivo da pesquisa foi observar se e como essas mulheres se inseriram em redes de suporte social, em particular, aquelas que as apoiassem no exercício da maternidade. Para fins do estudo, foi considerada a rede de suporte social aquela descrita por Fontes (2010) supracitada que envolve não apenas a dimensão do poder público, mas da sociedade civil e das relações sociais mais informais.

Vale a pena ainda ressaltar que escolhemos utilizar o termo “mulheres em sofrimento psíquico”, em detrimento de categorizações como “portadoras de transtorno mental” e/ou “doentes mentais”, por uma opção teórica que segue a perspectiva de Amarante (2007). A vertente da atenção psicossocial tem escolhido falar de sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, para ressaltar como a experiência do sofrimento afeta a vida do sujeito. Tal escolha se pauta

no fato de que interessava à pesquisa aqui relatada mais a experiência do adoecimento e como o sofrimento impactava na vida dessas mulheres e no exercício, por parte delas, da maternidade do que a nosologia psiquiátrica propriamente dita.

Método

A pesquisa foi pautada na metodologia da história de vida. Tal perspectiva faz parte do rol das metodologias qualitativas e se situa dentre as abordagens biográficas, tendo como principal característica a reconstrução da trajetória de sujeitos em busca da compreensão mais aprofundada de um fenômeno em uma perspectiva longitudinal. Na investigação em questão, era fundamental acompanhar o movimento de construção das redes sociais de suporte ao longo das experiências com a maternidade vivenciadas pelas mulheres entrevistadas. Segundo Gaulejac (2005 apud SILVA et al., 2007), o método da história de vida tem como objetivo possibilitar o acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador. Através do relato da história de vida contada de forma singular por cada sujeito, é permitido ao pesquisador ter acesso a conteúdos por meio dos quais ele tenta compreender o universo do qual o sujeito faz parte.

Através das narrativas de sua vida, o indivíduo tenta organizar de modo coerente as lembranças fragmentadas e suas percepções imediatas: esta reflexão de si faz emergir em sua narração microeventos que pontuam a vida cotidiana, do mesmo modo que as durações, provavelmente comuns aos grupos sociais, mas que dentro da experiência individual contribuem para a construção social da realidade (AGUIAR, 2011, p. 35).

Haguette (2001) sustenta que a História de vida, em virtude da sua riqueza de detalhes, pode sugerir novas variáveis, novas questões e novos processos que podem levar a uma reorientação no campo de pesquisa que circunda a indagação central de investigação. Para a discussão presente neste artigo, que ainda conta com poucas publicações, tal perspectiva metodológica nos propicia, inclusive, uma primeira aproximação que delinea um horizonte a ser aprofundado.

Diante das questões específicas que nosso referencial teórico nos traz a respeito do que é ser mulher/mãe e louca e da necessidade de um método que considere a singularidade das participantes do estudo, buscou-se um

referencial metodológico que possibilitasse uma maior aproximação com a trajetória dessas mulheres, mapeando seus impasses no exercício da maternidade, bem como suas experiências de superação.

A intenção de estudar as mulheres e suas histórias de vida tem como preocupação principal não como se deu factualmente suas histórias, mas sim como elas narram, interpretam e significam os momentos dessa história. Minayo (2008) informou que as narrativas de vida nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos, e sim uma versão possível que lhes atribuem os que vivenciaram os fatos.

A escolha das entrevistadas se deu a partir de alguns critérios preestabelecidos: Mulheres e mães com sofrimento psíquico grave que tivessem histórico de internações ou acompanhamento em CAPS e que fossem mães há pelo menos cinco anos. Através de contatos com redes e associações nas quais essas mulheres estiveram vinculadas, foi possível convidá-las e, através delas, conhecer, por indicação, outras possíveis participantes – técnica conhecida como “bola de neve”. As entrevistas foram agendadas e, nos momentos iniciais do encontro, elas eram informadas sobre os objetivos, as estratégias metodológicas, através do termo de consentimento livre e esclarecido, que também assegurava o sigilo e uso das entrevistas apenas para fins acadêmicos. O lugar para realização das entrevistas foi de escolha das participantes. É importante destacar que, antes de sua concretização, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para apreciação dos aspectos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Foram realizadas seis entrevistas gravadas em áudio e vídeo e, posteriormente, transcritas. Como enfoque teórico para análise dos textos, foi utilizada a análise do discurso. As origens dessa teoria estão relacionadas a uma ampla e diversa base epistemológica, embora suas características-chave sejam, segundo Gill (2002): 1) a postura crítica frente ao conhecimento dado; 2) a noção de que o modo como compreendemos o mundo é determinado, principalmente, por processos e construções sociais; 3) a compreensão de que a maneira pela qual apreendemos o mundo é cultural e historicamente determinada; 4) o compromisso de explorar o conhecimento ligado a ações/práticas. Portanto, a noção de construção marca uma ruptura com

modelos de linguagem tradicionais e realistas, em que a linguagem é tida como sendo capaz de refletir os acontecimentos em sua realidade objetiva. Outro aspecto levado em conta é que as falas e textos são considerados práticas sociais. Os analistas do discurso estão interessados na trama que se revela através dos textos produzidos em circunstâncias específicas, e não como um meio para alcançar uma realidade que se supõe existir por detrás do discurso.

A partir da leitura das transcrições foi possível definir seis categorias temáticas a ser analisadas, definidas por: 1) **O desamparo na maternidade**: situações críticas, principais dificuldades de sustentar o lugar de mães, demandas do lugar social de mãe em desamparo. 2) **Equipamentos de saúde, de assistência social, de justiça**: mapeamento das diversas redes de suporte formais acionadas por essas mulheres. 3) **Redes de suporte familiar**: a família diante do processo de cuidado, familiares com os quais contaram nos momentos de crise e no sustento da maternidade. 4) **Redes associadas a religião**: a religião como suporte e meio de inclusão social. 5) **Estigmatização**: dificuldades pessoais, sociais e trabalhistas oriundas de estigmas relacionados à loucura. 6) **Elaboração/superação das dificuldades e impasses oriundos da maternidade**: identificação de falas que apontem para as superações de dificuldades com o suporte das redes sociais de apoio. As participantes foram identificadas por siglas: E1, E2, E3, E4, E5 e E6 (segundo a ordem das entrevistas). (Vide Tabela 1 em anexo)

Ao longo da pesquisa produzimos um curta-metragem, com o objetivo de sensibilizar e informar principalmente os profissionais envolvidos na temática. O documentário tem a intenção de contribuir para a quebra de estigmas e promover uma melhor atenção e cuidado dessas mulheres pelos profissionais da rede. Depois da finalização do curta-metragem, realizamos um encontro para a devolutiva com as entrevistadas, em que apresentamos o vídeo e propomos que elas refletissem sobre a condição de mães que lutaram pelo direito de exercer a maternidade em meio a um contexto de sofrimento psíquico. Neste momento, solicitamos novamente a permissão para usar o vídeo com fins acadêmicos e para sensibilização de profissionais, o que nos foi autorizado.

Resultados e discussão

Os discursos das entrevistadas apontaram, diversas vezes, para a relevância de uma rede de suporte e sua influência em suas trajetórias de vida. Apesar da pouca articulação formal dos vários setores que poderiam compor a tessitura da rede, elas próprias organizaram em torno de si uma rede social através da qual não apenas receberam suporte, mas também ofertaram seu suporte a outros. Na transversalidade entre a maternidade e a loucura, a relevância do apoio social recebido através da rede que cada uma formou em torno de si foi apresentada como fundamental para ocupar o lugar de mãe e as inúmeras demandas daí derivadas. Apresentaremos a seguir os resultados produzidos nos encontros com as mulheres e as análises realizadas, organizadas a partir das categorias acima citadas.

O desamparo na maternidade: principais dificuldades e demandas

Essa categoria visou identificar e analisar as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelas mulheres no exercício da maternidade. A maternidade possui aspectos psicológicos, sociais e biológicos complexos e interligados, abordados em diversos campos do saber. No entanto, não se pode afirmar que a construção da maternidade seja, essencialmente, marcada por experiências positivas. A maternidade pode, muitas vezes, despertar sentimentos de angústia. Envolve no paradigma do amor ideal, sobrecarrega a mulher de responsabilidades e demandas, às quais nem sempre ela pode responder:

Não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimentos de culpa e frustração e conflitos de identidade, afinal as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão plena da ambivalência materna, da coexistência de sentimentos ambivalentes. O natural passa a ser sacrifício e o amor irrestrito (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p. 24).

Ser mãe e louca implicou, por parte das nossas entrevistadas, o enfrentamento de questões complexas, como estigmas sociais, instabilidade emocional, questões jurídicas, problemas nas relações conjugais, e a falta de suporte necessário. Essas experiências por elas relatadas sobre o sofrimento psíquico e o desamparo na maternidade estiveram relacionadas também às condições psicossociais de suas vidas. Pode-se perceber, portanto, a importância de compreender o impacto de tais fatores sobre a saúde mental de

mulheres e mães. Não é possível negligenciar ações de prevenção e promoção da Saúde Mental. Para tanto, cabe pensar e desenvolver ações que levem em conta fatores não apenas psicológicos como também sociais que afetam suas vidas em todas as fases do ciclo vital. A entrevistada E3 nos relata: “Comecei a rejeitar ela, falar na frente do pai e assim... Eu batia nela. Muito, porque eu não achava o apoio de ninguém” (E3). Ela nos conta que sempre se sentiu desamparada no exercício de ser mãe. Sem apoio suficiente da família ou outras redes de suporte, vivenciou momentos difíceis no que diz respeito aos cuidados com a filha.

A vivência de um sofrimento psíquico intenso por parte de mulheres que são mães permitiu conhecer os danos que situações extremas de desamparo podem acarretar. Acerca da experiência do desamparo, vale a pena revisitarmos a obra de Freud que trata do mesmo em alguns momentos, interessando-nos em particular as proposições presentes em “Inibições, sintomas e ansiedades” (1926). No referido escrito, o autor trata do desamparo como sendo uma experiência presente no nascimento, mas que é revivida em outros momentos nos quais o indivíduo se depara com um perigo externo ou interno. O último, decorrente de um excesso de excitação psíquica que pode ser desencadeada por fatores diversos que remetem, de certo modo, à possibilidade da perda de um objeto amoroso.

Considerando a situação relatada pelas mulheres entrevistadas, podemos afirmar que as mesmas vivenciaram a experiência do desamparo em suas duas facetas: por um lado, os perigos reais – tais como abandono, falta de assistência, ausência de suporte para lidar com as demandas oriundas da maternidade e a possibilidade concreta de perder os filhos –; por outro, o desamparo decorrente de um excesso de excitação presente no aparelho psíquico, envolvido no próprio processo de adoecimento e agravado pelas ameaças concretas. É no desamparo, decorrente de uma pane psíquica, intensificada pela vulnerabilidade social, que as participantes do estudo se deparam com uma solidão muito particular. Desamparo e solidão que poderiam ser minimizados se em torno dessas mulheres efetivamente se constituísse uma rede de cuidados.

Equipamentos de saúde, da assistência social, da Justiça

Segundo a “Linha Guia”, documento elaborado para sistematizar os fundamentos necessários para operacionalização das diretrizes clínicas da reforma (MINAS GERAIS, 2006), uma rede de atenção à Saúde Mental compõe-se de ações e de serviços diversos. Contudo, ela somente funciona de fato como rede quando é criada e ordenada a partir de um projeto maior, que será um projeto coerente e eficaz apenas quando seus diferentes serviços se articularem uns aos outros, visando a um objetivo comum: prescindir do hospital psiquiátrico e, mais ainda, da lógica manicomial, assegurando a todos os usuários o acesso à rede de cuidados, e construindo com eles condições para sua vida livre, autônoma e participativa no cenário da cidade. Além disso, as articulações da rede só se efetivam a partir dos projetos terapêuticos singulares voltados para cada pessoa com suas necessidades e demandas singulares.

Ainda segundo o Guia, a prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem do sofrimento mental. No entanto, observou-se no nosso estudo que tal rede ainda se mostra insipiente e pouco efetiva. O que ocorre é que as mulheres encontram suporte em um ou outro dispositivo de setores diversos, que comumente não tem diálogo entre si no acompanhamento de cada caso. Embora esses dispositivos não estejam articulados de modo eficaz, são possibilidades de apoio, quase sempre identificadas e acionadas por elas próprias. Observou-se, ao longo das entrevistas, que as mulheres integrantes de movimentos políticos se posicionam de modo mais crítico com relação a essa questão e defendem de modo bastante veemente a urgência da integralidade na assistência.

E3 conta que conseguiu ampliar o prazo de permanência de sua filha na creche graças à interferência da defensoria pública, em articulação com os equipamentos de saúde. Em decorrência do transtorno mental, tinha dificuldades para cuidar da filha em tempo integral e a intervenção da justiça pôde garantir que a menina permanecesse mais tempo do que o previsto pela Secretaria da Educação. Vale ressaltar que os equipamentos de justiça e de assistência social não se articularam de modo espontâneo, de modo que a resolução dos impasses se deu a partir do empenho e movimento das próprias

mulheres. A despeito de todos os prejuízos, a falta de intersetorialidade fomentou nessas mulheres a busca por outros recursos.

Uma situação delicada, por exemplo, são as lacunas e pouca efetividade no laço entre o campo da saúde e o poder judiciário. Nesta direção, outra participante, E2, nos relata um episódio em que teve sua filha retirada de seu convívio logo após o nascimento, ainda na maternidade. Segundo seu relato, é solicitado que ela vá buscar alguns pertences em casa e, ao retornar ao hospital, descobre que sua filha foi levada pelo juizado de menores. Após árduas buscas, E2 descobre onde está a filha e consegue acionar os meios legais para trazê-la de volta.

O movimento de E2 reflete um exercício de resistência a um poder exercido, no caso, de modo arbitrário. Como afirma o autor, “para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder” (FOUCAULT, 2010, p. 241). A resistência é um contrapoder dotado de um caráter produtivo, pois algumas ações podem impulsionar a outras ações, como, no caso de E2, o movimento de resgate da filha, mesmo com poucos recursos e com o apoio apenas de sua mãe, sob a responsabilidade de quem ficou a guarda da menina.

Rede de Suporte Familiar

As relações do sujeito com sua rede familiar parecem apontar para um lugar de destaque no que se refere ao apoio que podem oferecer às mulheres no exercício da maternidade em interface com a loucura. As falas das entrevistadas, em sua maioria, apontaram para a importância de poder contar com, pelo menos, um membro da família, dando-lhe o apoio necessário, em particular, nos momentos de crise.

Sabe-se que o modelo hospitalocêntrico centrado no manicômio segregava o louco do convívio social, da sua família e de qualquer possibilidade de inclusão. Em virtude da perspectiva da desinstitucionalização e das novas estratégias e saberes em saúde mental, a sociedade está sendo convidada a repensar o papel da família na vida do portador de sofrimento psíquico.

Em relação ao suporte familiar que receberam, vejamos o relato de E4: “Sempre [referindo-se ao apoio recebido do marido]. Porque mal, ou bem, trabalhando ou não, ele é que segurava a onda sozinho. Nunca largou os filhos

por nada. Era atrás de mim, e com os filhos, atrás de mim” (E4). A entrevistada nos conta que seu marido foi muito importante para a manutenção do núcleo familiar e para a criação desses filhos. Nos momentos de crise, em que fugia de casa, ele ficava responsável pelas crianças, assegurando o sustento e cuidados necessários.

E1, por sua vez, relata que contou com os próprios filhos no enfrentamento das crises e no cuidado com os mais novos. Nos períodos de internação, os filhos mais velhos se responsabilizavam pela casa e todos cuidavam uns dos outros. “É porque eles sabiam que só tinham a mim e eu a eles” (E1). Essa relação na qual, por vezes, os filhos cuidam precocemente de suas mães (ou pais, quando é o caso) precisa ser pensada de modo complexo. Por um lado, há uma escolha neste ato de cuidar, diante de uma situação de impasse; e por outro, também há uma situação de sofrimento para esses filhos que desenvolvem em alguns casos o que se chama de hipermaturidade (BOURDIER apud BÉGUIER, 2004, p. 232): “A hipermaturidade da criança [...] consiste numa hipernormalidade, prematuridade, superadaptação, precocidade, um aspecto ‘pequeno maduro’ sério numa personalidade autônoma e hipercontrolada [...]”. Nestes casos, o envolvimento de outros familiares e outras redes sociais é de crucial importância como fator de proteção tanto para a mãe quanto para seus filhos.

A implicação da família é um fator positivo na inclusão e cuidado em saúde mental, mas a responsabilidade com o familiar portador de doença mental implica, muitas vezes, uma sobrecarga emocional e social, não apenas para os filhos, para quem os desdobramentos tendem a ser singulares. Estudos acerca de sobrecarga familiar apontaram para a importância dos profissionais levarem isso em consideração. Segundo Melman (2008), nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social. Nessa perspectiva, a entrevistada E3 relata:

Não cuidava e às vezes meu esposo tava nervoso porque sofre né? E às vezes não quer entender e aí... Não tem como entender. Agora eu sei que é difícil. Então quando ele falava assim pra mim: Quem sofre mais é a gente, sua família, do que você [...] Assim como nós, as pessoas, os familiares aprende a lidar com a gente, a gente aprende a lidar com os

familiares. Porque muitas vezes, no meu caso, eu penalizava meu esposo, depois a segunda vítima era minha filha e por último, eu.

E3 fala que reconhece, hoje, o sofrimento de seu esposo e filha em decorrência do seu transtorno psíquico, relatando as agressões físicas e verbais a ambos nos momentos de crise e atribui isso ao suporte insuficiente que teve.

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada. Como afirma Pereira (2002), é a interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho ou de estudo, que se constituem como importantes bases de apoio ao indivíduo e à família em momentos de crise.

Redes associadas à religião

Essa categoria buscou analisar a presença e influência da religião como rede de suporte das mulheres e mães com sofrimento psíquico. As religiões foram temas recorrentes nas narrativas das entrevistadas e apareceram nos discursos como possíveis ferramentas de apoio e auxílio, principalmente nos momentos mais críticos de suas trajetórias.

Através de algumas falas, foi possível perceber que a religião foi procurada tanto como fonte de respostas para os problemas quanto como espaço de construção de vínculos que permitiram a inserção em uma rede de apoio mútuo. O suporte dado pelas instâncias religiosas ajudou no sustento da maternidade, em alguns casos, tanto no aspecto material, quanto em termos de suporte social e afetivo: “Aí o Centro Espírita entrou pra me ajudar nessa hora [...] Era... Esses centros espíritas tudo me conhece [sic]. Todo mundo juntava pra me dá remédio, pra me dar leite, pra me dar tudo” (E1).

A busca de explicação para o sofrimento, além de tratamento, aparece, por sua vez, no relato de E5: “Procurei resposta no espiritismo, já tinha minha vivência com a umbanda, que eu respeito, mas não tenho ligação mais, a não ser afetiva com essa família que eu convivi desde os quatro anos e tenho até

hoje, a convivência com essa, esse sítio, né, com essas pessoas, mais do que meus próprios irmãos”(E5). A relação de E5 com grupos religiosos é ambivalente. Se, por um lado, em alguns momentos, encontrou neles uma referência; por outro, a experiência nem sempre foi inteiramente vivenciada como sendo de acolhida e suporte. Tal ambivalência, no caso dela, parece se articular ao fato de ter sido levada desde muito pequena, pela família, e quando não podia decidir por si própria:

Qualquer crise que eu tinha, assim... Crise que eu digo, assim, nervoso, que eu não queria nada, não queria mais conversa com minha mãe, aí me levavam pra um sítio que lá é tipo assim, um sítio em Cachoeira que era, tipo assim... Umbanda, né, aquela coisa, aquele ritual todo, aquela... Então eu fui levada, isso já foi... Me levavam desde os quatro anos de idade. Então criou um vínculo, assim, qualquer coisa que eu tivesse me levavam pra lá, me davam chá, chamavam esse médico, aí ele me botava no soro, e aí eu não via mais nada, e aí me tranquilizava, né.

Nessa perspectiva, E6 conta que, na sua trajetória, a religião apareceu como alternativa ineficaz encontrada pela família para lidar com o seu transtorno psíquico:

Quando eu surtava, na segunda gravidez do meu filho, da primeira também, as pessoas me levavam cada dia para um lugar, um dia eu tava no candomblé, outro dia eu tava no espiritismo, outro dia tava na igreja universal. Todo mundo achava que a cura era no lado espiritual. E as pessoas precisam entender que a depressão é uma doença física. É como a diabetes ou a hipertensão... O transtorno existe, precisa ser tratado, entendeu?

Silva e Moreno (2004) dizem que é comum, em situações de crise, as pessoas procurarem apoio em instituições religiosas. A questão religiosa é bastante delicada de ser abordada, exigindo um esforço contínuo dos trabalhadores de saúde para não fazer julgamentos prévios, observando, em cada caso, como os componentes religiosos entram em cena.

Ao relatar os espaços comunitários onde é possível ocorrer a formação de redes sociais, os ambientes ligados a alguma religião foram indicados como espaços potencialmente acolhedores e favoráveis ao processo de inclusão social. Os espaços religiosos costumam ser lugares abertos a todos, onde podem estar aqueles que assim desejarem, favorecendo a inclusão social das pessoas que costumam ser afastadas do convívio social, além de funcionar como um ambiente para os usuários conhecerem pessoas novas e se sentirem pertencentes a um grupo.

Pode ocorrer que o principal apelo para a participação em um grupo religioso para usuário seja o contato social, e não a religiosidade em si. A igreja se apresenta como um local em que os usuários frequentam, onde podem ser aceitos, lhes possibilitando estar no mundo compartilhado. A crença em uma religião pode ser um caminho para a sensação de pertencimento (SALLES, 2013, p. 8).

Estigmatização

A estigmatização foi um assunto recorrente e marcante nas falas das participantes. Todas tiveram suas histórias atravessadas por estigmas associados à loucura e que repercutiram também em suas formas de exercer a maternidade. Relataram experiências de desqualificação, repreensão, negligência, agressões físicas, dentre outras. O isolamento como forma de tratamento ou como atitude excludente manifestada por reações discriminatórias, que se apresentam como rejeição, indiferença e agressividade verbal ou física, torna os estigmas ainda mais sérios e danosos para o sujeito acometido por transtornos mentais.

Muitos dos esforços dirigidos à mudança das formas de cuidado e às estratégias de inclusão social de pessoas portadoras de transtorno mental têm tido como perspectiva garantir-lhes um novo lugar na sociedade. Isso porque viver a experiência de um sofrimento psíquico grave tem grandes implicações nas formas de interação social, na possibilidade de aceitação social e, de modo mais dramático, na produção de um estigma social (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p. 2).

Segundo Goffman (1988), a produção da identidade estigmatizada inclui a tendência de tomar o todo pela parte: tomar a pessoa pelo seu “defeito”, a família pelo seu doente, produzindo o efeito de “contágio” do estigma; o processo de desqualificação e de desumanização do estigmatizado; a introjeção da imagem depreciada pela pessoa estigmatizada e a criação de espaços de exclusão e de isolamento. Sobre o contágio, é importante destacar que o estigma acaba marcando também os filhos dessas mulheres e seus outros familiares. Algumas citações das entrevistadas retrataram a dor de portar a marca da diferença. E3 narra justamente uma situação de estigmatização no momento em que deu entrada na maternidade para fazer o parto de sua filha:

Não usaram: Tá com depressão. Teve um que falou assim: Ih, é sofredora. Sabe? [Referindo-se ao momento em que chega à maternidade para fazer o parto] Por isso eu acho que tem que acabar. Acho não, tenho certeza. Essa questão de que se a pessoa tem algum transtorno ou problema mental, ela tem que ser tratada de maneira... Tem que levar, sabe? Tem que ser tratada igual às outras pessoas. Ao

menos que ela esteja em uma crise. Então tem que preservar tanto ela como a sociedade.

Outro relato que desvela a consciência do estigma é o de E5:

[...] você não ouve dizer “o doente cardíaco matou fulano”. Mas você ouve dizer “O doente mental matou a própria mãe”. Ele não tá dizendo “o diabético matou a mãe”. Mas se for doente mental, ressalta. A própria mídia ressalta. O doente mental matou a mãe. Entendeu? Então aí pronto, se você já tá numa família que não tem afeto, onde a mídia já passa essa coisa, eu perdi simplesmente a defesa.

O estigma associado ao transtorno mental provocou ainda problemas nas questões trabalhistas dessas mulheres, dificultando seu acesso ao mercado de trabalho, o que interferiu, de modo significativo, no sustento dos filhos e, por tabela, no lugar de mãe.

O antagonismo e a impossibilidade de síntese da dualidade trabalho/loucura relegavam a pessoa rotulada como “louca” à exclusão de qualquer construção no mundo do trabalho, reduzindo sua existência ao estigma da posição de “louca” e, portanto, destinado a viver apartada da ação de obrar nas relações sociais e ocupar o lugar construído de assistido social, pois seria detentor de uma identidade deteriorada (GOFFMAN, 1988, p. 35).

Os resultados indicaram que a maioria das mulheres associa trabalho como fator organizador e necessário para sua inclusão e dignidade. Apontam ainda para a necessidade de reconhecer as pessoas com sofrimento psíquico grave como pessoas com capacidade laborativa, cuja autonomia é possível e necessária, merecedoras de reconhecimento social:

A gente vai viver a vida toda precisando de um dá uma cesta básica outro dá isso, dá aquilo? Eu acho que a saúde mental precisa mais de autonomia financeira (...). E a gente só vai mudar a história quando a gente puder mostrar pra essas mulheres que elas são capazes, eu sinto por mim (E3).

Elaboração/superação das dificuldades e demandas da maternidade

No que tange à superação dos impasses e dificuldades, buscou-se agrupar e analisar as perspectivas de elaborações das dificuldades associadas à maternidade exercida sob o estigma da loucura. A despeito dos sofrimentos, dificuldades e demandas da maternidade, as entrevistadas relataram superações, reinvenções e novas perspectivas a respeito da maternidade e seus dilemas. Como exemplo do reconhecimento de uma história de vida marcada por sucessivas superações de dificuldades de diversas ordens, temos

a fala de E6:

[...] eu hoje falo assim, num sei se esse choro é de tristeza, é de tanta alegria também de ter passado por isso e consegui superar, sabe? Assim, no meio das mulheres eu sou uma grande mulher, sabia? Eu sou! Eu sei que eu sou! [...] Hoje eu sou atriz há 3 anos, eu convivo com outros usuários, eu consigo cuidar dos outros usuários porque a principal qualidade que eu tenho em mim hoje é meu autocuidado. Eu tomo minha medicação na hora certa, eu faço meu exame psicológico na hora certa, então eu sou muito mais organizada do que quando eu era normal. As pessoas acham que doido é... Não, louco é quem não se organiza. Hoje eu me organizo muito. Então assim, hoje eu estou muito bem, muito tranquila. Mas a parte de ser mãe foi muito complicado pra mim ter passado por isso, principalmente em ter levado meus filhos né?

Em seus discursos, as mulheres trouxeram que o exercício da maternidade foi uma conquista, realizada com dificuldade e mantida em uma linha tênue. Os filhos, parte da rede familiar, tornaram-se, em algumas histórias, suporte e referência de afeto, investimento e organização psíquica:

A gente tenta tudo que estiver ao nosso alcance. E quando a gente se torna mãe, parece que aflora vários talentos em nós. Coisas inimagináveis saem de nós. Eu anseio por uma nova geração, e é por isso que eu trago com tanta força, que eu não deixo ninguém cair, porque eu quero ver o fruto, eu quero ver brotar. Eu vou plantar essa árvore em outra terra e eu vou ver o fruto, eu vou regar. Eu vou trazer a água em cesto, mas eu vou regar. É a parte mais delicada (E4).

Os aspectos positivos da maternidade, em consonância com a elaboração dos problemas, resignificação das perspectivas e afetos remetem à necessidade de essas mulheres terem seu direito de ser mães preservado. Contudo, para tanto, as redes sociais formais e informais são essenciais para garantir o cuidado dessa mulher e de seus filhos.

A necessidade de ter sua função materna preservada deve ser uma das diretrizes dos tratamentos de saúde mental (NICHOLSON e col., 1998a), e o relacionamento destas mulheres com sua família, que por vezes está permeado por dificuldades, pode requerer a intervenção dos profissionais de saúde junto à família, já que a falta de suporte social pode ser um fator de risco para a mãe e a criança. Uma forma de iniciar tal postura seria ouvir essas mulheres, que, segundo Nicholson e colaboradores (1998b), têm muito a nos dizer (PEGORARO, 2008, p. 11).

Considerações finais

As redes sociais de suporte tiveram papel de destaque nas histórias das entrevistadas e influenciaram significativamente na manutenção do laço das mães e seus filhos, quando estiveram mais presentes e articuladas. Os filhos se apresentam, em linhas gerais, como um importante ponto de ancoragem para o enfrentamento da loucura e mesmo com as dificuldades relativas à maternidade.

Percebe-se, através dos discursos dessas mulheres, a desassistência e fragilidade da rede, cuja articulação ainda é insuficiente. Por conta disso, foram elas as principais responsáveis por suas trajetórias pelos dispositivos da rede, em que buscaram o suporte e a articulação onde a rede não deu conta de fazê-lo. Esses dados permitem ainda ressaltar o necessário enlace entre saúde mental, saúde materno-infantil, assistência social e dispositivos jurídicos.

Diante da inexistência de textos com o recorte específico sobre as redes sociais para mulheres e mães com sofrimento psíquico grave e dos escassos estudos acerca desse tema, é válido ressaltar a importância de pesquisas que aprofundem este recorte, principalmente no que tange a um mapeamento detalhado do percurso dessas mulheres pela rede. Outra necessidade de estudo que emerge diz respeito a escutar os filhos dessas mulheres para entender melhor o outro lado desta história.

Referências bibliográficas

- AGUIAR, D. *Quando ser mãe dói: História de vida e sofrimento psíquico no puerpério*. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- AZEVEDO, K.; ARRAIS, A. R. O Mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BEGUIER, I. A Parentalidade em Psiquiatria Geral: do paciente aos pais. In: SILVA, M. C. P. *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 231-236.
- BRASIL. Ministério Público Federal. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- FONTES, B. A. S. M. Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico. In: FONTES, B.; FONTES, E. M. M. *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010, p. 355-388.
- FONTES, B. Redes Sociais e saúde: Sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, n. 26, p. 87-104, abril de 2007.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

- FREUD, S (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 81-152. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XX).
- GILL, R. Análise do Discurso. In: *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 244-270.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- HAGUETTE, F. A História de Vida. In: _____. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 8. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001, p. 79-91.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção em Saúde Mental – *Linha Guia*. Belo Horizonte: [s.n], 2006. p. 238. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 31 jan. 2015.
- MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.
- MINAYO, M. História de vida. Narrativa de vida. História oral e etnobiografia. In: M. C. S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa social em Saúde*. São Paulo, n. 11, p. 154-161, 2008.
- NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe, Salvador. *Rev Saúde Pública*, n. 43, suplemento 1, p. 101-108, 2009.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.*, n. 2, v. 7, p. 82-94, 2008.
- PEREIRA, I. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio dasubjetividade e da interdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 217-262.
- RODRIGUES, M. *Vivências da maternidade tardia, cotidiano e qualidade de vida: a perspectiva feminina*. 2008. 72 p. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.
- SALLES, M. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 18, n. 7, p. 2.129-2.138, 2013.
- SILVA, A. P. et al. Conte-me sua história: Reflexões sobre o método da história de vida. *Mosaico*, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.
- SILVA, L.; MORENO, V. A Religião e a Experiência do Sofrimento Psíquico: Escutando a Família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-168, mai./ago. 2004.

Anexo

Tabela 1

Código das participantes	Idade	Ocupação	Diagnóstico atual	Quantidade de filhos
E1	41	Ambulante, artesã e atriz	Transtorno Bipolar	5
E2	33	—	—	4
E3	38	Dona de casa	Transtorno Bipolar	1
E4	44	Escritora, aposentada	Transtorno Bipolar	4
E5	48	—	Transtorno Bipolar	2
E6	40	Técnica de enfermagem e atriz	Transtorno Bipolar	2

Recebido em: 20/11/2014

Aprovado para publicação em: 5/12/2014