

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRENA CRISTIANE BAHIA DE CARVALHO

MATERNIDADE E FILIALIDADE PARA MÃES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E
SUAS FILHAS: ENTRE AS DELICADEZAS DA EXPERIÊNCIA PESSOAL E OS
RECURSOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

SALVADOR

2019

BRENA CRISTIANE BAHIA DE CARVALHO

MATERNIDADE E FILIALIDADE PARA MÃES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E
SUAS FILHAS: ENTRE AS DELICADEZAS DA EXPERIÊNCIA PESSOAL E OS
RECURSOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,
para a defesa, como requisito parcial para a obtenção do grau de
Doutora em Psicologia do Desenvolvimento.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Marilena Ristum

Salvador

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

de Carvalho, Brena Cristiane Bahia
MATERNIDADE E FILIALIDADE PARA MÃES EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO E SUAS FILHAS: ENTRE AS DELICADEZAS DA
EXPERIÊNCIA PESSOAL E OS RECURSOS DE PROTEÇÃO SOCIAL
/ Brena Cristiane Bahia de Carvalho. -- , 2019.
237 f. : il

Orientador: Marilena Ristum.
Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia do
Desenvolvimento) -- Universidade Federal da Bahia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Instituto de
Psicologia - UFBA, 2019.

1. Maternidade. 2. Filialidade. 3. Saúde Mental.
I. Ristum, Marilena. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
 Instituto de Psicologia - IPS
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
 MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

“MATERNIDADE E FILIALIDADE PARA MÃES EM SOFRIMENTO
 PSÍQUICO E SEUS FILHOS: ENTRE AS DELICADEZAS DA EXPERIÊNCIA
 PESSOAL E OS RECURSOS DE PROTEÇÃO SOCIAL”

Brena Cristiane Bahia de Carvalho

BANCA EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Marilena Ristum (Orientadora)
 Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.ª Dr.ª Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos
 Universidade Católica do Salvador - UCSal

Prof.ª Dr.ª Mônica de Oliveira Nunes
 Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.ª Dr.ª Ana Maria de Oliveira Urpia
 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Prof.ª Dr.ª Gluseppina Marsico
 Universidade de Salerno – UNISA

Salvador, 09 de maio de 2019.

Agradecimentos

Impossível começar agradecendo a outra pessoa que não a minha mãe, meu infalível patuá, meu modelo ideal e real de maternidade, pela sua inesgotável capacidade solidária e amorosa de fazer, do mundo inteiro, filho seu. Traduzo o seu amor com o meu amor à vida, às pessoas e às possibilidades de ser otimista e feliz.

Ao meu pai, agradeço pelo amparo dado à minha mãe e à nossa família, pelos contornos da calma, da liberdade e da coragem e pelo sentimento profundo que sinto de ser parte dos ritmos imprevisíveis, mas repletos de sentido da natureza.

Aos meus irmãos, agradeço por terem me acolhido e me ensinado o quanto o amor pode ser incondicional. Aos meus sobrinhos e afilhados tão queridos (Gabi, Tinho, Dudu, Bela, Táta, Juju, Lila, Enzo, Cecília e Lipe), agradeço pela alegria e pela fé no futuro.

Às minhas avós, agradeço pela ancestralidade tão presente que faz, de nós, delicadas e corajosas guerreiras. Que, sendo a primeira doutora de nossa família, eu possa florescer as suas raízes e abrir os caminhos para todas as que, futuramente, optarem por esta vida.

Às minhas tias e tios, em especial, a Idalina, Aida e a Antônio Bahia, agradeço pelas redes solidárias de suporte e de amor. Às minhas “primãs”, agradeço pelo incentivo diário e por fazerem, da loucura, algo tão natural e corriqueiro em minha vida.

Às minhas amigas da infância, em especial, a Joana Piedade, Juliana Lacerda e Luciana Gaglianone, Marianna Coelho e Carla Carvalho agradeço a possibilidade de ter crescido em meio a relações autênticas de confiança, pureza e empatia. Agradeço também por ter convivido tão perto às suas mães e, assim, tão perto de tantas formas diferentes e lindas de ser mulher e de ser potência neste mundo.

A Leo, meu companheiro, agradeço pelo amor, pelos olhos de admiração, pelo colo de apoio, pela sua curiosidade incansável e persistência detalhista em tudo o que escolhe fazer. Estar ao seu lado amplia o meu interesse pela vida. À sua família, agradeço por serem a minha também. O suporte cotidiano e o afeto nesses anos “de tese” serão inesquecíveis.

À Universidade Federal da Bahia, em especial, ao campus de São Lázaro, agradeço pela possibilidade de me tornar psicóloga em meio a tantas (a) diversidades e assim, poder chegar em todos os lugares com extrema humildade, mas, também, com um

profundo sentimento de autoconfiança. Pudessem eu viver para sempre entre as suas árvores, viveria feliz. Não trocava por lugar nenhum no mundo.

Aos meus amigos da graduação, agradeço por termos sido uma turma tão criativa e competente. Em especial, agradeço a Helder Farias, Juliana Falcão, Marissa Lima, Emanuele Ribeiro e a Laila Carneiro pela escuta interessada, pelo carinho e pelo incentivo mútuo.

Aos meus professores, agradeço por terem escolhido esse fazer que às vezes é tão dóido, mas que também pode ser tão revolucionário. Em especial, agradeço a: Ildenor Cerqueira e a Ana Lúcia Ulian, pela supervisão clínica em análise do comportamento e pelas lentes que seguiram guiando a minha forma de estar amorosamente com as pessoas e compreender o mundo; A Marcus Vinicius de Oliveira Silva (*in memoriam*), por ter sido o meu mais saudoso e desafiador interlocutor imaginário durante a construção desta tese e pelos seus inesgotáveis esforços para que, neste mundo, pudessem caber todos e todas; A Ana Cecília Bastos, por toda poesia, doçura e doação no sentido de criar laços solidários costurados com outros valores tão lindos entre as universidades do mundo - É muito mais suave pisar por onde você já passou, saiba; A Antônio Marcos Chaves, por toda sua doação e entrega ao curso de psicologia; A Pina Marsico e a Luca Tateo, pelo suporte acadêmico e por terem me ajudado a construir, junto a outros amigos, redes de acolhimento afetivo e latino naquelas terras tão frias; A Mônica Lima, Maria Cláudia Oliveira, Mônica Nunes e Lia Lordello, agradeço pela leitura atenta e pela contribuição generosa aos meus projetos de escrita.

A Marilena Ristum, minha querida e eterna orientadora, me faltam as palavras para traduzir todos os sentimentos que gostaria. Mas saiba que agradeço imensamente por você ter confiado em mim e ter me acolhido integralmente (com a minha rebeldia ariana e tudo) ao longo de todos esses anos. Mais do que a minha admiração, você tem o meu encanto por ser, pessoal e profissionalmente, exatamente como és. Verdadeira, íntegra, acolhedora, amorosa e afiada na análise das contingências.

Ao meu grupo de pesquisa, o mais bonito do mundo, agradeço pela escuta, pela paciência e pela sensação tão verdadeira de que construí o meu trabalho com várias mãos. Em especial, agradeço a Andréa Padovani por ter, desde o mestrado, me “pegado” pra ser sua filha; a Agnaldo e a Ramiro, pela constante presença amorosa e sabida; a Dora, por ter se disponibilizado a me socorrer no processo de produção dos dados; a Alane Ribeiro, minha pipoca, pelo exemplo tão bonito de que os laços de maternidade e de filialidade superam até mesmo as fronteiras da vida; A Elsa, pela generosidade e pelo carinho; A

Clarinha, minha duplinha, por ser o meu muro das lamentações, mas, também, o meu lugar de amor, resiliência, brigadeiro, pipoca e alegria de viver – sem você seria impossível.

Aos amigos que fiz no Centro Universitário Maurício de Nassau, nos quais incluo as professoras e alunos, agradeço pelo acolhimento e por tanto aprendizado. Assumir nove diferentes disciplinas ao longo dos últimos quatro anos teria sido muito sofrido sem a nossa rede bonita de companheirismo e incentivo. Em especial, agradeço a Fernanda Brito por ter assumido as minhas disciplinas quando precisei me ausentar e a Carine Chaves pelo suporte na condução dos grupos focais.

Ao Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial, agradeço pela força e pelo ânimo dados à minha vida acadêmica. Sigo acreditando que, longe da militância sutil, mas também aguerrida, dissertações e teses se tornam objetos inertes no mundo. Em especial, agradeço a Mariana Carteador, a Lygia Freitas e a Mabel Jansen pela amizade, mas também por serem as minhas referências mais bonitas no campo da saúde mental e a plateia mais amorosa que já encontrei.

Ao meu grupo de biodança, em especial a Inerê Castro, agradeço pela possibilidade de, já no final deste percurso, ter aprendido a dançar as conquistas e as angústias que atravessam o fechamento e a abertura de novos ciclos.

Aos participantes dessa pesquisa, agradeço a confiança e por terem contribuído tanto para a minha transformação pessoal. Meus olhos seguem ainda mais atentos à delicadeza após ter ouvido as suas histórias. Entre os profissionais, agradeço especialmente a Pedro por ter me ajudado tanto.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.



(Mãe e filha – Felícia Leirner)

“Antigamente, as mães costumavam contar que as crianças que nasciam eram trazidas pela cegonha. Gostava de acreditar porque a cegonha era muito linda para se olhar e eu sempre gostava de me ver junto às coisas que encontrava fora da minha casa, perto dos pássaros, patinhos e gatinhos, com os quais podia livremente brincar. Pois dentro de minha casa eu não entendia essa mulher que era minha mãe; triste, aborrecida, sem vida. Lá fora era muito mais alegre e muito maior meu gosto de viver, cantar e amar.

Foi tudo que tive até bem mais tarde. Deixei pra trás minha infância, a beleza das plantações de trigo, a neve branca, mas agora aqui, entre as lindas montanhas de Campos do Jordão, eu, eu continuo com meus bichos, com meu amor à vida. A ela, minha mãe, que não soube amar o suficiente, dediquei uma escultura de bronze para lhe transmitir o amor que lhe faltei”. (Felícia Leirner)

Resumo

Carvalho, B.C.B. (2019) maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social. *Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador.*

A maternidade pode ser um evento disruptivo no ciclo vital. Quando atravessada pelo sofrimento psíquico, pode se tornar mais delicada. Compreendendo o *self* como um fenômeno narrativo, o sofrimento em suas dimensões semióticas, as trajetórias como experiências atravessadas por rupturas e transições, as fronteiras como espaços desenvolvimentais e a maternidade como um fenômeno culturalmente orientado, este estudo buscou compreender a experiência pessoal de maternidade e filialidade para mulheres em sofrimento psíquico e suas filhas. Mais especificamente, buscou analisar (1) as significações a respeito da maternidade e filialidade apresentadas pelas mães, por suas filhas e pela equipe de profissionais em saúde mental; (2) se e como a condição de sofrimento da mãe, na dinâmica das relações familiares, é significada pelas próprias mães, pelas filhas e pelos profissionais; (3) Analisar, no CAPS, se existem e como são os protocolos de cuidados para as mães apresentam sofrimento psíquico e para os seus filhos e (4) os itinerários terapêutico e jurídico percorridos pelas mães e suas filhas. Participaram da pesquisa duas mães em sofrimento psíquico (53, 46), suas filhas caçulas (12, 18), o companheiro de uma delas (36) e um grupo de seis profissionais de um CAPS. Os dados foram produzidos com as seguintes estratégias: narrativas baseadas em mapas corporais (mães), autofotografia (filhas), entrevista semiestruturada (companheiro) e grupos focais (profissionais), e foram analisados a partir do modelo de equifinalidade de trajetórias e da construção de eixos temáticos. Percebeu-se que as significações sobre a maternidade, pelas mães, foram atravessadas pela vulnerabilidade social e econômica, pela violência doméstica, policial e conjugal, pela falta de amparo dos pais, e pela hipermedicalização. Entretanto, “ser mãe” foi considerado, por elas, como uma vivência central e que pode ser menos disruptiva quando há apoio paterno. Entre os profissionais, embora o ideal de maternidade tenha sido um forte viés, houve compreensões mais empáticas em que são reconhecidos legítimos os sentimentos ambivalentes. A filialidade foi significada pelas funções que os filhos assumem nas famílias, como o acolhimento emocional, a defesa de um cuidado em liberdade e o auxílio na realização das atividades domésticas. Os profissionais, entretanto, atribuíram, aos filhos, um lugar mais passivo nas dinâmicas familiares, não os incluindo diretamente no cotidiano de cuidado. Sobre o sofrimento psíquico, este foi configurado semioticamente tanto como um signo tipo ponto e inibidor, quanto como um signo que assume contornos mais pleromatizados e promotores. As filhas reconheceram o sofrimento de suas mães com naturalidade. A confiança no tratamento e uma compreensão mais plural sobre o sofrimento parecem possibilitar expectativas menos pessimistas. Os profissionais destacaram as condições psicossociais imbricadas com a possibilidade das vivências maternas mais sofridas. Não foram identificados protocolos de cuidados específicos para as mulheres mães. Entretanto, nota-se que esta questão atravessa os atendimentos. A análise do itinerário terapêutico mostrou, em um dos casos, uma centralização nos dispositivos territoriais de cuidado; no outro, houve as marcas iniciais do asilamento e do engajamento político. Em ambos os casos, nota-se o esgarçamento das redes de amparo e das políticas públicas. Quanto ao itinerário jurídico, percebeu-se que as trajetórias se deram à margem das instituições de proteção. Conclui-se afirmando a importância da análise das trajetórias, da inclusão dos filhos nos projetos de cuidado e das compreensões plurais acerca do sofrimento para que sejam desenvolvidas práticas de cuidado menos estigmatizantes.

Palavras-chave: Maternidade, Filialidade, Saúde Mental

Abstract

Carvalho, B.C.B. (2019) Motherhood and Filiality for mothers in psychic suffering and their children: between personal experiences delicacies and the social protection resources. *Doctoral Thesis*, Federal University of Bahia, Salvador.

Motherhood can be a disruptive event in the life cycle. When crossed by psychic suffering, it can become more delicate. Understanding the self as a narrative phenomenon, the suffering in its semiotic dimensions, the trajectories as experiences crossed by ruptures and transitions, borders as developmental spaces and motherhood as a culturally oriented phenomenon, this study sought to understand the personal experience of motherhood and filiality for women in psychological distress and their daughters. More specifically, it sought to analyze (1) the meanings regarding motherhood and filiality presented by mothers, their daughters and the team of mental health professionals; (2) if and how the condition of mother's suffering, in the dynamics of family relations, is signified by mothers themselves, daughters and professionals; (3) To analyze, in the mental health center, if there are and how are the protocols of care for the mothers and for their children and (4) the therapeutic and legal itineraries covered by the mothers and their daughters. Two mothers in psychological suffering (53, 46), their smallest daughters (12, 18), the companion of one of them (36) and a group of 6 professionals participated in the study. The data were produced with the following strategies: body-map storytelling (mothers), auto photography (daughters), semi-structured interview (companion) and focus groups (professionals), and were analyzed using the Trajectory Equifinality Model and the construction of thematic axes. Among the results, it was noticed that the meanings about motherhood were crossed by social and economic vulnerability, domestic, marital and police violence, lack of parental support, and hypermedicalization. However, they considered "being a mother" as a central experience, which could be less disruptive when there is parental support. Among the professionals, although the ideal of motherhood was a strong bias, there were more empathic understandings in which they recognized ambivalent feelings as legitimate. Filiality was signified by the roles that children play in families. These include emotional foster care, the defense of freedom care, and assistance in carrying out domestic activities. The professionals, however, attributed, to the children, more passive places in family dynamics and did not include them directly in their daily work. In relation to psychic suffering, it was perceived that it was semiotically configured both as a point-type and inhibitory sign, and as a sign, that assumes more pleromatized and promoter contours. The daughters recognized the suffering of their mothers naturally. Confidence in treatment and plural understandings of suffering seem to have made possible less pessimistic expectations. The professionals emphasized the psychosocial conditions that are related with the possibility of suffered maternal experiences. No specific care protocols were identified for female mothers. However, it was noted that this issue crosses the professional routines. The analysis of the therapeutic itinerary showed, in one of the cases, a centralization in the territorial devices of care; in the other, there were the initial marks of asylum and, later, of political engagement. In both cases, it was possible to note the fragmentation of the protection networks and public policies. In respect to the legal itinerary, it was perceived that the trajectories occurred outside the protection institutions. It concludes by affirming the importance of analyzing the trajectories, including the children in care projects and the plural understandings about suffering in order to develop less stigmatizing care practices.

Keywords: Motherhood, Filiality, Mental Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de revisão de literatura.....	24
Figura 2: Delimitação do objeto de estudo.....	76
Figura 3: Profissionais entrevistados.....	79
Figura 4: Mapa corporal.....	85
Figura 5: Organização das sessões para construção do mapa corporal.....	92
Figura 6: Mapa corporal de Maria.....	100
Figura 7: Trajetória inicial de Maria como mãe.....	102
Figura 8: Trajetória de Maria como mãe.....	105
Figura 9: Representação de Maria antes do tratamento psicossocial.....	110
Figura 10: Trajetória de Maria.....	113
Figura 11: Significações do sofrimento psíquico para Maria.....	116
Figura 12: Imagens relacionadas ao período anterior à maternidade para Maria.....	118
Figura 13: Significações de maternidade ao longo da trajetória de Maria.....	120
Figura 14: Imagens relacionadas ao período posterior à maternidade para Maria.....	120
Figura 15: Descrição do desenho da família de Maria.....	121
Figura 16: Falas associadas às esferas de experiência de maternidade de Maria.....	124
Figura 17: Apresentação pessoal elaborada por Maria.....	126
Figura 18: Fotos pessoais de Luzia.....	128
Figura 19: Fotos de Luzia tiradas com Maria.....	129
Figura 20: Fotos tiradas por Luzia com Maria e André.....	130
Figura 21: Foto de Luzia com sua irmã Mariana.....	131
Figura 22: Os gatos de Luzia.....	132
Figura 23: Como Maria gostaria de ser vista.....	134
Figura 24: Mapa corporal de Rosa.....	137
Figura 25: Imagem de Rosa relacionada ao período anterior à maternidade.....	140
Figura 26: Trajetória inicial de Rosa.....	144
Figura 27: Camila representada no mapa corporal de Rosa.....	148
Figura 28: Representação de Roberto no mapa corporal de Rosa.....	152
Figura 29: Música escolhida por Rosa para representar a si mesma.....	158
Figura 30: Trajetória de Rosa.....	159
Figura 31: Representação de Victor e de Joana no mapa corporal de Rosa.....	160
Figura 32: Mensagem que Rosa gostaria de dizer ao mundo.....	164
Figura 33: Significações de Rosa sobre o sofrimento psíquico.....	171

Figura 34: Significações de maternidade para Rosa	173
Figura 35: Representação de Rosa enquanto mãe	174
Figura 36: Fotos dos amigos de Lua	176
Figura 37: Representação de Lua no mapa corporal de Rosa	177
Figura 38: Rosa em um stand de um congresso nacional	178
Figura 39: Lua e as tranças	180
Figura 40: Ramiro, professor de filosofia de Lua	181
Figura 41: Foto de uma vereadora da cidade de Salvador	182
Figura 42: Praia que Lua gosta de frequentar	182
Figura 43: Lua no Teatro Gregório de Mattos	183
Figura 44: Lua e Wagner, o namorado.....	187
Figura 45: Rosa envolvida na realização de um bazar solidário	188
Figura 46: Rosa em um momento festivo	190
Figura 47: Lua e a praia.....	191
Figura 48: A sobrinha mais nova de Lua	193
Figura 49: Síntese dos dados produzidos nos grupos focais	211
Figura 50: Síntese compreensiva.....	215
Figura 51: Marcus Vinicius, presente!	227

LISTA DE SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

Apresentação	16
1. Revisão de Literatura.....	22
2. Fundamentação teórica.....	47
3.1. A narrativa como um recurso de construção do si mesmo	49
3.2. As narrativas culturais canônicas sobre o sofrimento e o diagnóstico psiquiátrico como mediador semiótico	51
3.3. Fronteiras	54
3.4. Rupturas e transições no curso da vida	56
3.5. Maternidade como construção semiótica social	60
3.6. Itinerários Terapêuticos	65
3.7 Vulnerabilidade e proteção social	70
3. Delimitação do objeto de estudo	74
3.1 Objetivo geral	77
3.2 Objetivos específicos	77
4. Abordagem teórico-metodológica	77
4.1 Participantes	79
4.2 Estratégias de construção dos dados	80
4.3 Análise dos dados	97
5. “Tua pessoa Maria, mesmo que doa, Maria. ”: o exercício cotidiano da continuidade frente a uma trajetória de desamparo.....	100
5.1 Significações sobre o sofrimento psíquico	108
5.2 Significações sobre a maternidade	116
5.3 Significações de filialidade	124
5.4 Itinerário Terapêutico	133

6. De como a Lua se encantou com a Rosa: reflexos intergeracionais de uma trajetória de enfrentamento das desigualdades	137
6.1 Significações sobre o sofrimento psíquico	162
6.2 Significações de maternidade	171
6.3 Significações de filialidade	184
6.4. Itinerário terapêutico	193
7. “Quem quer pegar galinha não diz xô...”: Entre a censura e o cuidado das mulheres mães em sofrimento psíquico e dos seus filhos.....	196
Significações gerais sobre maternidade	196
Interseções entre o sofrimento psíquico e a maternidade	199
Significações sobre a filialidade	207
8. Em busca de uma síntese	212
9. Considerações finais	216
9.1 Notas sobre o uso dos mapas corporais	222
9.2 Limites e sugestões para estudos futuros	224
Referências	228
Apêndice 01	238

Apresentação

O interesse pela realização deste estudo surgiu a partir da minha experiência de trabalho como profissional de atendimento integrado/psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Salvador-BA. Embora essa experiência tenha sido relativamente restrita – trabalhei por um período de aproximadamente um ano no local - ao longo desta vivência, em inúmeros momentos, deparei-me com a realidade (1) de mulheres (2) que apresentavam intenso sofrimento psíquico, sendo diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais severos persistentes, em sua maioria (3) negras e (4) pobres e (5) que eram mães de crianças. Estar diante das múltiplas condições destas usuárias, em diversos momentos se configurou, para mim, enquanto profissional, como uma situação mobilizadora, tensa e conflitante, uma vez que uma série de discursos, tais como o do próprio sujeito, o da família, o dos profissionais de saúde mental e o do campo jurídico que insidia sobre a situação, fazia-o de maneira geralmente pautada pelo senso comum e por um vazio teórico e conceitual. Desse modo, diante destes casos, muitas vezes permanecia, para mim, uma incógnita em torno de questões como: “O que fazer? ”; “Como fazer? ”; “A quem recorrer? ”; “A quem reportar? ”, ou, melhor dizendo: **“Como promover um cuidado que seja realmente efetivo para essa mulher e sua família?”**

Roubada por essas inquietações, busquei redefinir o meu objeto de pesquisa¹, o qual agora passa a se situar no campo da saúde mental, tentando articular, em prol de uma compreensão mais profunda da experiência desses sujeitos, construtos teóricos do campo da saúde, da psicologia do desenvolvimento e da literatura socioantropológica. Assim, passo a me interessar pela compreensão da experiência de maternidade para mulheres em sofrimento psíquico e de filialidade para os filhos dessas mulheres. O termo “filialidade” foi cunhado aqui no sentido de possibilitar não apenas a compreensão da experiência das mães - haja vista que o conceito de maternidade está centrado sobre a experiência das mulheres, mas também analisar como as crianças e os adolescentes se reconhecem enquanto filhos. Como eles se veem enquanto filhos de suas mães? O que significa, para

¹ O meu projeto inicial para o doutorado trazia como objetivo analisar como se relacionam a escola, os conselhos tutelares e as famílias, e como o encaminhamento de um adolescente feito pela escola ao conselho tutelar repercute na construção do seu self educacional

essas crianças e adolescentes, “serem filhos”? Que papéis acreditam que devem cumprir? Quais dimensões afetivas pressupõem que estejam envolvidas?

Grusec (2011), ao tratar os processos de socialização na família e o desenvolvimento social e emocional das crianças, coloca o foco sobre o papel que os pais assumem ao ajudarem os seus filhos a incorporar, em suas ações, atitudes, valores, crenças e comportamentos da cultura. O autor refere que os pais são atores significativos nesse processo por uma série de razões, dentre as quais elenca o fato de os mesmos serem biologicamente preparados para cuidar dos seus filhos - como uma forma de assegurar o sucesso reprodutivo - e de ser atribuído a eles, na maioria das sociedades, o papel de cuidadores principais. Entretanto, o autor ressalta, ainda, que a socialização não é um processo que se dá em uma direção única e que as crianças também desempenham um papel ativo nesse processo, processando, aceitando ou recusando as informações e iniciativas dos seus pais. Como Grusec (2011) refere

Children impose their own framework on parental influence attempts, sometimes misconstruing them or actively rejecting them. They also socialize their caregivers, modifying at least some of the beliefs and values of those caregivers. For this reason, socialization can be considered an event in which parents assist or aid children to adopt the values of their particular social context, rather than one in which they impose those values on their children (p. 245).²

Embora se concorde com tais afirmações, parece não estar clara a importância de se compreender como as crianças se percebem nesse processo a partir da posição que ocupam na família. A referência parece ser, na maioria das vezes, a percepção que as crianças constroem a partir do lugar que o outro ocupa, no caso, seus pais. A análise do lugar de filho parece não estar bem estabelecida na literatura acadêmica.

Os motivos pelos quais optei pelo “sofrimento psíquico” enquanto categoria de análise decorreram, inicialmente, da minha inserção nesse campo da pesquisa. Anteriormente, havia sugerido a esquizofrenia como um limite metodológico de análise e de escolha das participantes. Acreditava que, por se tratar de um diagnóstico psiquiátrico

² As crianças impõem a sua própria estrutura sobre as tentativas de influência dos seus pais, algumas vezes desconstruindo-as ou ativamente rejeitando-as. Elas também socializam seus cuidadores, modificando, ao menos, algumas crenças e valores dos seus cuidadores. Por essa razão, a socialização pode ser considerada um evento no qual os pais ajudam as crianças a adotar os valores do seu contexto social particular, mais do que um processo no qual impõem os seus valores sobre as crianças (tradução livre da autora)

“bem conhecido” e referenciado como um dos mais graves transtornos mentais, os seus marcadores estariam descritos com maior precisão. Entretanto, já no primeiro encontro que tive com o psiquiatra do serviço no qual iniciei a minha pesquisa e para o qual precisava solicitar a autorização para a realização do meu estudo, deparei-me com a sua defesa de que, para ele, à moda kraepeliniana, a esquizofrenia seria um transtorno mental orgânico crônico e que invariavelmente levaria as pessoas acometidas a um quadro de demência. Tendo ele colocado, como condição, que as usuárias indicadas pela equipe multiprofissional para participar deste estudo passassem pelo seu crivo diagnóstico, receei que fossem encaminhadas para a minha pesquisa apenas mulheres mães com graves quadros de “*deficiência intelectual*” . Dessa forma, dada a dubiedade diagnóstica e a falta de consideração deste profissional no que se refere à capacidade técnica dos demais profissionais da equipe, passei a colocar, como critério de participação, apenas a presença de sintomas psicóticos. Entretanto, com o avanço das minhas leituras a respeito da nosologia psiquiátrica, passei a compreender o quanto a delimitação de uma “doença mental” a partir de sua listagem de sintomas abstratos esvaziava as possibilidades psicossociais de análise, reduzindo-as aos seus fatores biomédicos. A partir de então, optei, pelo “sofrimento psíquico”, destacado por Amarante (2007) como uma denominação mais adequada ao campo da saúde mental. De acordo com o autor, o termo “sofrimento” nos faz pensar na pessoa que sofre, nos reconectando, desse modo, com as possibilidades de análise particulares e históricas de cada sujeito.

Segundo Amarante (2007), o campo da saúde mental e da atenção psicossocial caracteriza-se como um processo social complexo que se conforma através do entrelaçamento simultâneo das dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Com relação à dimensão teórico-conceitual, o autor menciona o processo de transição que as ciências naturais, que fundamentaram um saber psiquiátrico sobre a loucura, vêm sofrendo. Isto porque a ciência não tem sido mais vista como um saber neutro capaz de produzir “verdades”, mas sim como um campo que sofre interferência dos aspectos ideológicos, políticos e éticos da sociedade, os quais se apresentam entrecortados por questões morais, religiosas e culturais.

Com base nas concepções de Franco Basaglia³, Amarante (2007) argumenta que a psiquiatria parece ter cometido um grande equívoco ao separar um objeto fictício - a

³ Médico e psiquiatra, precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana

doença - da existência global e complexa dos indivíduos e do corpo social. Isto teria acarretado a rejeição do sujeito a um segundo plano de análise, ou, dito de maneira metafórica, na colocação dos fatores subjetivos “entre parênteses”. A atitude necessária, nesse sentido, seria a inversão epistêmica que coloca o transtorno psiquiátrico entre parênteses, e não mais o sujeito. Em suas palavras, Amarante (2007) refere que

A doença entre parênteses não significa a negação da existência da “doença”, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (Amarante, 2007, p. 67).

Saliento, portanto, que é atenta essa crítica que pretendo prosseguir, engajando-me na tentativa de me dirigir aos sujeitos que participarão desta pesquisa, e não às suas “doenças”. Amarante (2007) afirma que é a partir dessa postura que se torna viável a relação com os indivíduos e o estabelecimento de espaços nos quais seja possível escutar e acolher as suas angústias e experiências, “espaços de cuidado e acolhimento de produção de subjetividades e sociabilidades” (p. 72). Para o autor, é a partir deste engajamento que se possibilita tanto o surgimento de questionamentos referentes às legislações e normas excludentes, quanto à proposição de estratégias efetivas de promoção da cidadania e participação social, as quais se caracterizam como fundamentos e comprovação material dos novos pressupostos.

Atento ao que denomina como uma cultura diagnóstica, Brinkmann (2016) aponta, assim como Amarante (2007) que parece não haver consenso na literatura sobre o que poderia ser concebido como um transtorno mental. De acordo com o primeiro autor, enquanto uns adotam compreensões mais essencialistas, concebendo as doenças como entidades com suas próprias existências, outros defendem uma perspectiva mais sociológica, de acordo com a qual as doenças só podem ser compreendidas a partir de um contexto social e normativo. Diante desta dicotomia, faz-se necessário, para Brinkmann (2016), o desenvolvimento de uma perspectiva que considere as representações construídas pelas próprias pessoas que são diagnosticadas. Utilizando, então, os pressupostos da psicologia cultural, ele propõe a compreensão de uma “teoria situada da doença” que seja capaz de iluminar, através de abordagens qualitativas, a vida pessoal

dos sujeitos e as formas como as categorias diagnósticas se relacionam com as suas experiências e com os contextos sociais nos quais elas estão inseridas. A doença, nesse contexto, aparece como um fenômeno concreto, real e disposicional, cujas dimensões são relacionais, performativas e radicalmente situadas. Brinkmann (2016), então, enfatiza a importância de se compreender os mediadores culturais envolvidos na apresentação de um transtorno mental específico, e as formas como esses mediadores poderiam ser alterados em favor das pessoas.

Ao tratar sobre o desenvolvimento humano, Valsiner (2000) afirma que a vida humana é uma constante trama e que não é possível encontrar a repetição de uma mesma experiência. O autor afirma ser um obstáculo, para a ciência, a transformação de processos dinâmicos do desenvolvimento no uso estático de descritores da linguagem, atribuindo-lhes um sentido causal. Pensar em classes heterogêneas como se elas fossem homogêneas, “has made it difficult to appreciate the central feature of biological and social realities, namely their *variability of forms* which belong to the same general class”⁴ (Valsiner, 2000, p. 11). O pesquisador denuncia, ainda, que uma das razões para que os fenômenos com alta variabilidade sejam tratados como se pertencessem às categorias de classificação homogênea refere-se ao interesse das instituições em exercer o controle social. A posição mais apropriada, segundo o autor, seria, então, a de considerar o desenvolvimento humano como um sistema aberto cuja estabilidade dinâmica se constrói com o tempo e a partir das relações de troca que o indivíduo exerce com o seu ambiente biológico, psicológico e social particular.

Para cumprir este intento, este estudo fundamenta-se, então, na teoria proposta pela psicologia cultural de base construtivista e semiótica. De acordo com Valsiner (2014) esta teoria emergente tem, como núcleo de interesse, a compreensão dos modos através dos quais os seres humanos constroem significados e conferem sentidos ao mundo e a si mesmos. O autor a caracteriza como uma ciência que se orienta para o conhecimento generalizado, cujos pesquisadores reconhecem que devem produzir saberes que estejam, inevitavelmente, baseados na singularidade do caso individual. Também afirma que este campo teórico se interessa pelas funções psicológicas superiores e que, ao fazer isso, traz

⁴Tem dificultado a apreciação das características centrais da realidade social e biológica, nomeadamente, a variabilidade de formas que pertencem a uma mesma classe geral. (Tradução livre da autora)

a cultura para análise reconhecendo o seu papel enquanto constituidora da *psyché* humana.

De acordo com Wertsch (1995), as pesquisas de orientação sociocultural se interessam por compreender a psicologia como uma ciência interdisciplinar, sendo sua questão principal compreender a relação entre as pessoas e os seus contextos de atividade sociocultural. O autor afirma haver, nessa abordagem, a tentativa de superar a antinomia entre indivíduo e sociedade através da ênfase dada aos mediadores culturais, os quais possibilitam que as pessoas se engajem em novas ações e as comuniquem. Entretanto, Jaspal, Carriere e Moghaddam (2015) afirmam que, embora a psicologia social e cultural tenha se interessado por explorar as relações entre o indivíduo e a sociedade, ainda é preciso lançar mais esforços no que se refere à integração da análise de processos coletivos e individuais. Nesse sentido, os autores colocam a necessidade de uma maior comunicação entre os estudos focados no nível microgenético (que veem o indivíduo como unidade primária de análise) e os estudos que se detém sobre a estrutura social como ponto de partida. A necessidade de uma maior interligação é posta como algo que repercute na presença de análises parciais sobre o complexo fenômeno psicológico e social humano.

O reconhecimento desta polêmica lacuna serviu como um estímulo para que alguns construtos teóricos sociais e antropológicos - tais como os de vulnerabilidade social, proteção social e itinerários terapêuticos - fossem mobilizados. Pretende-se, assim, compreender, histórica e contextualmente, a experiência de maternidade e filialidade para mulheres em sofrimento psíquico e seus filhos, bem como as possibilidades de proteção social que as mesmas encontram no cenário brasileiro e, mais especificamente, soteropolitano.

Para responder ao objetivo de pesquisa formulado, este trabalho foi organizado em nove capítulos. O primeiro deles, a revisão de literatura, se destina a fazer um levantamento geral a respeito dos estudos acadêmicos já produzidos na área, buscando referência, na literatura, sobre a relevância acadêmica da proposta desta pesquisa.

Já no segundo capítulo, foram explicitados os fundamentos teóricos deste trabalho os quais têm, como raiz, as proposições da psicologia cultural. Além destes, buscou-se

um diálogo com conceitos das áreas da sociologia e da antropologia, a saber, os conceitos de vulnerabilidade e proteção social e o de itinerários terapêuticos.

O terceiro capítulo, por sua vez, buscou construir uma delimitação mais precisa do objeto de estudo, culminando, enfim, com a elaboração dos objetivos gerais e específicos deste trabalho.

No quarto capítulo, então, o delineamento metodológico escolhido para a produção e análise dos dados empíricos desta tese foi descrito, destacando-se a estratégia geral da pesquisa, os participantes e os critérios elencados para escolhê-los, além dos instrumentos e procedimentos selecionados. Em função da multiplicidade de métodos escolhidos, uma atenção especial foi dada no sentido de analisar a adequação dos mesmos aos pressupostos teóricos e aos objetivos deste estudo.

O quinto e o sexto capítulos, já dentro da etapa de apresentação e análise dos dados, foram dedicados a apresentar o estudo dos dois casos relacionados às duas mulheres mães que participaram desta tese. No sétimo capítulo, de forma complementar, foram apresentados e discutidos os dados relativos aos grupos focais que foram realizados com os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial de Salvador. O esforço para a construção de uma síntese compreensiva com relação aos dados analisados nestes três capítulos pode ser encontrado na oitava seção deste trabalho.

O nono capítulo, por fim, encerrando (momentaneamente) este trabalho, retoma os principais resultados obtidos, na expectativa de analisar, à luz da literatura da literatura selecionada, “se” e como os objetivos propostos foram alcançados, além de buscar evidenciar as limitações desta pesquisa e elencar sugestões para estudos futuros.

1. Revisão de Literatura

A revisão de literatura deste estudo foi realizada em maio de 2018 através do portal de periódicos da CAPES. Utilizando a busca por assunto, foram inseridos os descritores “maternidade/motherhood”, “saúde mental/mental health” e “transtornos mentais/mental disorders”, limitando os resultados aos artigos publicados em periódicos revisados por pares no período entre os anos de 2005 e 2018. Deste modo, 4496 estudos foram encontrados. Os títulos e resumos foram lidos sequencialmente, sendo excluídos aqueles que (1) se restringiam à análise das alterações da saúde mental em mulheres

decorrentes da gestação no período pré e pós-natal; (2) analisavam a saúde mental de mães em contextos muito específicos de guerrilhas e de imigração, (3) delimitavam os transtornos mentais “*leves*”, cuja atenção se dava em contexto ambulatorial, como foco central do estudo. Assim, foram selecionados apenas os trabalhos que tinham a saúde mental materna como categoria central de análise e que se interessavam pela compreensão da experiência das mulheres em sofrimento psíquico severo e/ou dos seus filhos, seja a partir dos seus relatos, seja a partir do relato de profissionais envolvidos com a temática. Também foram incluídos os trabalhos de revisão de literatura sobre o tema.

Feitas essas restrições, e seguindo o critério de saturação, foram selecionados, então, trinta e oito artigos, sendo vinte e seis internacionais e doze nacionais. Os textos que se debruçaram especialmente sobre a compreensão da experiência materna foram organizados em quatro categorias principais de acordo com o enfoque dado: (1) foco nos profissionais de saúde, (2) estudos epidemiológicos e (3) foco nas mães com transtornos mentais severos e (4) foco nas possibilidades de tratamento. Dois trabalhos debruçaram-se mais detidamente sobre a experiência dos filhos, conforme pode ser visto na Figura 01.

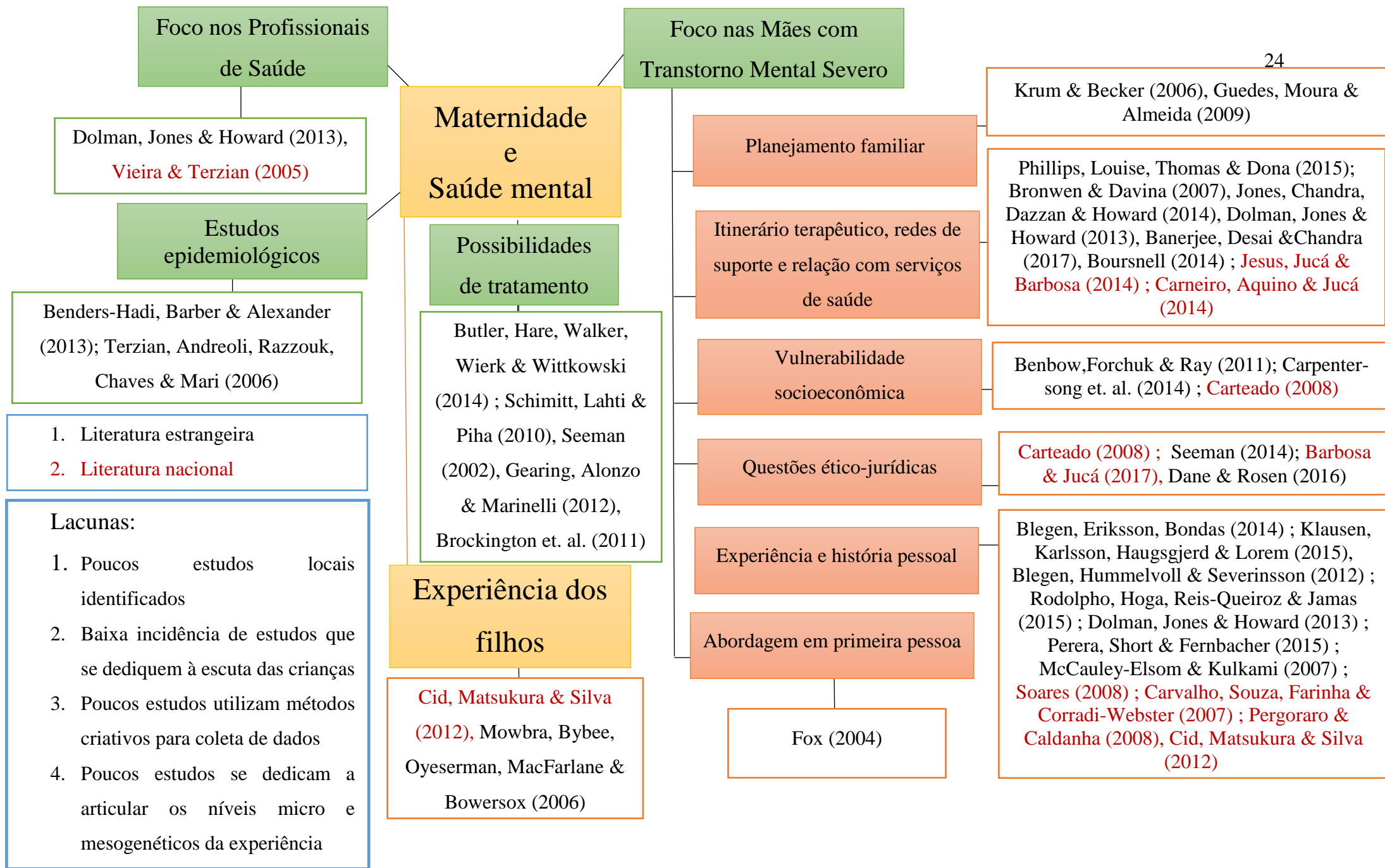


Figura 1: Mapa de revisão de literatura

No primeiro grupo foram incluídos os estudos realizados por Dolma, Jones e Howard (2013) e por Vieira e Terzian (2005), os quais se dedicam à compreensão que os profissionais de saúde apresentam com relação à maternidade, em mulheres em sofrimento psíquico.

Além de revisarem os estudos que tratam da experiência das mulheres - tendo por isso, uma dupla pertença na categorização proposta acima - Dolma, Jones & Howard (2013) revisaram também os estudos que tratavam das experiências dos profissionais de saúde. Os resultados que emergiram dos dados relacionados aos profissionais envolveram temas como o desconforto, o estigma relacionado às pessoas que apresentam transtornos mentais, a necessidade de maior formação profissional e a questão relacionada à integração dos serviços.

No que se refere à questão do desconforto, os profissionais elencaram: a pouca experiência para trabalhar com essas situações, as quais acreditam ser complexas e difíceis; a responsabilidade ampliada na tomada de decisões que passam a se referir tanto à mãe quanto à criança; as fortes emoções que são evocadas e que muitas vezes se configuram de modo ambivalente (empatia, raiva, felicidade, tristeza); além da preocupação e da ansiedade atreladas à necessidade de garantir a segurança física e emocional da criança (Dolma, Jones & Howard, 2013).

Já em relação ao tema do estigma, os profissionais referiram a ignorância e o estigma social que perpassam a compreensão dos transtornos mentais e que colocam os sujeitos com um grau de sofrimento psíquico intenso na posição de incapacidade para exercerem as suas atividades cotidianas. Nesse sentido, os profissionais se sentem mobilizados em virtude de as mulheres diagnosticadas com transtornos mentais serem vistas como pessoas sem habilidades para exercerem com qualidade a função materna, recebendo, muitas vezes, tratamento ruim e preconceituoso (Dolman, Jones & Howard, 2013).

Adentrando o tema da necessidade de maior educação, os profissionais revelaram que isto serviria para combater os estigmas e afirmaram se ressentir da falta de treinamento especializado e da decorrente ignorância com relação às possíveis formas de avaliação das capacidades parentais. Os autores salientam que a necessidade de maior educação não se restringe ao treinamento dos profissionais, mas estende-se também aos

treinamentos que poderiam ser oferecidos para os próprios pais (Dolman, Jones & Howard, 2013). Por fim, com relação à questão da integração dos serviços, os profissionais de saúde se queixaram da falta de interconexão entre as equipes, o que acaba, no seu ponto de vista, gerando problemas tais como as dificuldades para o compartilhamento de responsabilidades na condução dos casos e para a inserção da família na trajetória do tratamento (Dolman, Jones & Howard, 2013).

Vieira e Terzian (2005), por sua vez, buscaram os sentidos construídos, pelos profissionais de saúde mental no município de São Paulo, em relação à questão da paternidade e da maternidade em pacientes esquizofrênicos. Os autores utilizaram, como estratégias metodológicas, a gravação em áudio das consultas, a realização de observações em campo, a condução de entrevistas e a análise de dados escritos como os resultados dos exames e relatos dos profissionais de saúde. Dentre os resultados, Vieira e Terzian (2005) indicaram a presença de um estranhamento ou negação, por parte dos profissionais, com relação à possibilidade da maternidade e paternidade no contexto da esquizofrenia. De acordo com os profissionais entrevistados pelos autores, esta situação ocorria tão raramente que sequer deveria compor uma agenda de estudo. Contrapondo este “dito” com o “dado” de que uma parcela considerável dos pacientes acompanhados pela instituição havia tido filhos, Vieira e Terzian (2005) referem que “a fala que dilui ou apaga a maternidade e a paternidade reflete uma realidade cultural, um contexto que tem impedido esse tipo de vivência familiar” (p. 6). Entretanto, os autores também ressaltam que, por mais que esses profissionais não marquem a existência, em seus discursos, dessas realidades, eles encontram meios para atuar cotidianamente com as situações de gravidez. Desse modo, os autores reconhecem que “são as formas de organização social que limitam o reconhecimento formal de pais e mães associados ao diagnóstico de esquizofrenia, não a vontade “estrita” do profissional” (Vieira & Terzian, 2005, p. 6).

Os artigos científicos produzidos por Benders-Hadi, Barber e Alexander (2013) e por Terzian, Andreoli, Razzouk, Chaves e Mari (2006) foram enquadrados na categoria referente aos estudos epidemiológicos. Nestes, os objetos da pesquisa declarados giraram em torno da determinação (1) das taxas de prevalência de maternidade em mulheres inseridas em um grande hospital psiquiátrico do subúrbio de Nova Iorque (Benders-Hadi, Barber & Alexander, 2013), e (2) das taxas de reprodução – fertilidade e fecundidade –

em pacientes com esquizofrenia atendidos em uma clínica de atendimento ambulatorial da Universidade Federal de São Paulo (Terzian et al, 2006).

No primeiro estudo (Benders-Hadi, Barber & Alexander, 2013), os dados foram coletados através dos registros médicos, tendo sido acessados, também, por meio da realização de grupos focais e de levantamentos junto às pacientes. Os dados se referiam ao *status* da custódia, à frequência de contato da mãe com a criança e aos efeitos do transtorno mental sobre a parentalidade. Entre os resultados, os autores apontaram que, das 130 pacientes da instituição, 38,5% (50) eram mães e que, aproximadamente, metade delas reportaram ter pelo menos um contato semanal com a criança, apesar de estarem em regime de internamento. Em sua maioria, as participantes referiram ter mantido a custódia das crianças expressando muito orgulho por serem as cuidadoras primárias dos seus filhos, ainda que enfatizassem os efeitos desafiadores do estigma associado ao transtorno mental e à parentalidade. Tal qual o estudo de Vieira e Terzian (2005), o de Benders-Hadi, Barber & Alexander (2013) também indica que, embora a maternidade seja reconhecida por alguns profissionais de saúde em nível individual, ela permanece com um papel social que é sistematicamente esquecido quando se refere a esta população.

Já no estudo produzido por Terzian et al. (2006), os autores restringiram a amostra aos pacientes (homens e mulheres) com diagnóstico de esquizofrenia, sendo os dados coletados por meio de um questionário semipadronizado preenchido pelos participantes. Os resultados foram, então, comparados com as taxas populacionais do censo brasileiro. De uma amostra de 167 pacientes que participaram da pesquisa, 33 (19,8%) afirmaram já terem sido alguma vez casados – sendo a idade de início da doença mais tardia associada com a maior taxa de casamento ($p=0,003$) - e 32 referiram ter tido filhos. A taxa de fertilidade, definida como o número de indivíduos que tiveram ao menos um filho pelo total de indivíduos, foi de 19,4% (15,8% para homens e 25% para mulheres, $p=0,14$). A taxa de fecundidade (número médio de crianças nascidas entre os pacientes que são pais), por sua vez, foi de 1,75 para homens e 1,69 para mulheres ($p= 0,85$). Os autores concluíram que, apesar de os pacientes com esquizofrenia mostrarem menores taxas de casamento, fertilidade e fecundidade, quando comparadas com as taxas populacionais, muitos terão filhos, havendo, portanto, a necessidade da construção e aprimoramento de serviços que possam responder por essas demandas, “principalmente no Brasil, um país

de renda média, onde os recursos são escassos e não existem políticas que abordem essa realidade” (Terzian et al., 2006, p. 305).

Na terceira categoria, foram agrupados os trabalhos cuja ênfase recaiu sobre a compreensão mais profunda desta realidade, a partir da percepção das próprias mulheres que são mães e apresentam transtornos mentais. Esta foi a categoria em que um maior número de estudos foi incluído, os quais se caracterizam, predominantemente, como estudos descritivos e exploratórios. Entre eles, conforme pode ser visto na Figura 1, foi possível estabelecer seis subcategorias, considerando-se novamente a ênfase específica dada pelos autores; são elas: planejamento familiar, itinerário terapêutico, redes de suporte e relação com serviços de saúde, vulnerabilidade socioeconômica, questões ético-jurídicas, experiência e história pessoal e abordagem em primeira pessoa.

Na primeira subcategoria, foram incluídos os trabalhos realizados por Krumm e Becker (2006) e por Guedes, Moura e Almeida (2009), em que o interesse principal perpassou as questões referentes ao planejamento familiar. De acordo com Krumm e Becker (2006), as mulheres com transtornos mentais percebem as decisões com relação às questões reprodutivas como um domínio central de sua autonomia pessoal. Entretanto, os autores também denunciam que as questões do planejamento familiar desta população são frequentemente negligenciadas na prática dos serviços de saúde e na pesquisa em psiquiatria. Assim, partindo de uma perspectiva sociológica em que os elementos estruturais e individuais foram considerados, os autores apontam que os fatores que influenciam as decisões das mulheres com relação à reprodução podem incluir: a questão do estigma associado ao transtorno mental, o aumento da responsabilidade pelo comportamento reprodutivo, o conhecimento sobre os efeitos adversos da gravidez e da maternidade para a saúde mental, os riscos para a criança, entre outros. Encerram afirmando que as mulheres com transtornos mentais podem se sentir tanto empoderadas para tomar decisões reprodutivas de maneira autônoma, quanto oprimidas, a exemplo das situações em que se veem diante de uma questão complexa e sem suporte profissional adequado.

Com um interesse mais específico, uma vez que buscaram identificar o perfil gineco-obstétrico das mulheres portadoras de transtornos mentais, Guedes, Moura e Almeida (2009) verificaram a associação entre esse diagnóstico e o uso correto ou incorreto dos anticoncepcionais. A partir da análise dos prontuários e da realização de

entrevistas estruturadas com 255 usuárias de um centro de atenção psicossocial, os autores apontaram as dimensões específicas que perpassam o planejamento familiar deste grupo (a exemplo da interação medicamentosa entre os neurolépticos e os anticoncepcionais orais). Os pesquisadores afirmam ainda não ter havido associação estatística entre o diagnóstico médico e o uso adequado de anticoncepcionais e concluem o estudo afirmando, tal como Krumm e Becker (2006), que as mulheres com transtornos mentais demandam um atendimento de planejamento familiar que atenda às suas especificidades de maneira integral.

Os estudos que abordaram, com maior enfoque, as questões referentes ao itinerário terapêutico, às redes de suporte e à relação com serviços de saúde se referem tanto aos serviços destinados ao cuidado psiquiátrico especializado e ao cuidado psicossocial, quanto os serviços de acompanhamento perinatal.

Philips e Dona (2015), por exemplo, entrevistaram 12 mulheres com diagnóstico de transtorno mental, com o objetivo de explorar as expectativas e experiências das mesmas com relação à primeira marcação da consulta perinatal. Dentre os temas encontrados no processo de análise das entrevistas, os autores relatam a falta de informações antecedentes apresentada pelas participantes para agendamento das consultas, o excesso de informação dado na primeira consulta e a falta de clareza das mulheres com relação às suas necessidades de saúde mental. Relatam ainda que as participantes apresentam pensamentos positivos com relação aos obstetras, embora percebam, em alguns, a falta de conhecimento sobre os transtornos mentais; também percebem a existência de uma lacuna entre os serviços ligados ao acompanhamento pré e pós-natal. Como conclusões e implicações para a prática, Philips e Dona (2015) sugerem que os médicos de família recebam treinamento adequado que os capacite a discutir questões sensíveis ao campo dos transtornos mentais e dos seus impactos na gravidez e no parto. Apontam ainda que as mulheres necessitam de mais informações e que se faz importante avaliar suas necessidades físicas e emocionais ao longo das consultas. Vale ressaltar que essas necessidades referentes ao processo de acompanhamento perinatal também foram apontadas por Jones, Chandra, Dazzan e Howard (2014).

Com base em uma revisão de literatura, Dolman, Jones e Howard (2013) referem que o relacionamento das mães, diagnosticadas com transtornos mentais severos, com os serviços de saúde parece estar marcado tanto pela queixa, quanto por experiências

positivas. São colocados, como queixas, os seguintes pontos: a dificuldade de relacionamento e comunicação com a equipe médica; a insatisfação com a frequente mudança no quadro dos profissionais; o fato de muitas vezes não poderem ter seus filhos bebês consigo nos hospitais; o não reconhecimento, por parte dos profissionais, dos efeitos colaterais que algumas medicações psiquiátricas têm e que prejudicam o exercício da maternidade; a dificuldade em obter uma ajuda mais prática, nos momentos de crise, com relação aos cuidados com as crianças; a falta de informações sobre seu quadro de saúde; a necessidade do estabelecimento de mais grupos de suporte de pares nos quais possam compartilhar experiências comuns e obter informações sobre como enfrentar os desafios da parentalidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Banerjee, Desai e Chandra (2017) e por Bournnell (2014).

Com o interesse mais específico de compreender quais seriam os elementos que dificultam ou facilitam a busca de profissionais para tratarem das questões relativas à gravidez e à parentalidade, Banerjee, Desai e Chandra (2017) entrevistaram individualmente, e em profundidade, 30 mulheres mães com diagnóstico de transtorno mental. De acordo com os autores, as mulheres referiram, entre as barreiras deste contato, o estigma, os efeitos colaterais do tratamento, a falta de informações corretas e o tempo limitado das consultas. Bournnell (2014), por sua vez, após entrevistar, na Austrália, 23 pais e mães com transtornos mentais, revelou que as práticas profissionais centradas sobre a noção de risco acabam criando barreiras para o contato entre profissionais e usuários. Isto porque os últimos passam a se preocupar rotineiramente com a possibilidade de perder a guarda dos seus filhos, caso busquem ajuda.

Já em relação aos aspectos positivos, os autores ressaltam que as mulheres apontaram muito mais itens referentes ao nível individual de relacionamento com os profissionais de saúde do que com o sistema de saúde como um todo. Desse modo, sobressaem a importância atribuída à possibilidade de encontrar, regularmente, uma pessoa simpática, com quem possam conversar, e a apreciação das práticas de saúde destinadas às suas especificidades, tais como as que se destinam ao atendimento de mulheres mães com diagnóstico psiquiátrico e que possam trazer, como preocupação, a questão do desenvolvimento de melhores práticas parentais (Banerjee, Desai e Chandra, 2017; Dolman, Jones & Howard, 2013).

Bronwen & Davina (2007) buscaram analisar, no País de Gales, a relevância dos conceitos foucaultianos, em particular, do de vigilância, para compreender as relações entre os profissionais de saúde, mais especificamente, das enfermeiras, com os seus pacientes. Esses autores realizaram entrevistas semiestruturadas com 11 mulheres que tinham um ou mais filhos, os quais estavam sob os cuidados da equipe local de saúde comunitária. Apontaram, entre os resultados, que as mulheres pareciam produzir práticas maternas que reconhecem as “normas” de ser uma boa mãe e que se engajavam continuamente na tarefa de gerenciamento das impressões quando se encontravam com os profissionais de saúde, seja como pacientes, seja como cuidadoras dos seus filhos. Os profissionais de saúde, por sua vez, foram considerados como agentes que podem usar o seu poder disciplinar com relação às pessoas em um caminho positivo, visto que parecem se esforçar para integrar as dimensões da maternidade e do transtorno mental em favor das mulheres, enquanto as mesmas se esforçam para lidar com os aspectos contraditórios que surgem dessa dupla identificação.

Os artigos produzidos por Carneiro, Aquino e Jucá (2014), Jesus, Jucá e Barbosa (2014) e Barbosa e Jucá (2014) foram realizados, em Salvador, a partir da entrevista semiestruturada de seis mulheres/mães em sofrimento psíquico grave com filhos acima de cinco anos de idade e que estavam em acompanhamento regular em CAPS ou ambulatório de saúde mental. Enquanto o primeiro buscou mapear o itinerário terapêutico dessas mulheres, o segundo dedicou-se, mais especificamente, a descrever as redes sociais de suporte acessadas por essas mulheres. O terceiro, por ter se dedicado às questões jurídicas em torno do poder familiar, será descrito mais adiante.

Carneiro, Aquino e Jucá (2014) organizaram a análise dos itinerários terapêuticos nas seguintes categorias temáticas: equipamentos e estratégias formais de tratamento; equipamentos e estratégias informais de tratamento; rede de suporte social e engajamento político social. Dentre os equipamentos e estratégias formais, os autores destacaram o hospital psiquiátrico como uma fonte de maus-tratos, medo e desamparo e como um elemento que dificultou, na história de vida das mulheres entrevistadas, o exercício da maternidade. Isto porque, além do afastamento imposto pela barreira física entre as usuárias e os seus núcleos familiares, as mulheres também relataram dificuldades colocadas pelas contenções químicas. Além dos manicômios, os Centros de Atenção Psicossocial também foram colocados, pelas usuárias, como dispositivos importantes e

promotores de saúde, especialmente pela possibilidade que apresentam de resgate e manutenção dos laços sociais. Ainda que significados de modo mais positivo, algumas críticas foram colocadas em relação à rigidez das rotinas de cuidado dos serviços substitutivos que nem sempre contemplam as necessidades cotidianas das usuárias. Já entre os equipamentos e estratégias informais de cuidado, os autores destacaram, das narrativas, o apoio fornecido pelas instituições religiosas e a importância de que os profissionais de saúde que estejam engajados na oferta de um cuidado mais humanizado e integral não se distanciem ou deslegitimem o amparo fornecido por essas instituições.

Dentre as redes de suporte social, as famílias de origem se configuraram como importantes orientadoras na construção das estratégias de tratamento, sendo significadas, em conjunto com as pessoas da vizinhança e da comunidade, de formas bastante ambivalentes, ora como fonte de sofrimento, ora como fornecedores imprescindíveis de suporte social. Ainda nesta categoria, os filhos também foram descritos como elementos de ambivalência, tendo sido configurados como importantes cuidadores e elementos motivadores para saída das situações de crise, e também como fonte de desestabilização nos casos em que as relações de afeto, amor e cumplicidade não puderam ser vivenciadas.

Por fim, em relação ao engajamento político-social, os autores destacaram o quanto o envolvimento com movimentos sociais foi relevante para a promoção de saúde das mulheres entrevistadas. Tal engajamento aparecia como algo que fornecia sentido para as suas vidas, novas significações a respeito de si mesmas, da experiência da loucura e do mundo, e que estava para além das estratégias terapêuticas oferecidas por profissionais de saúde. A estes últimos, por outro lado, foi colocado o desafio de aprenderem a lidar com usuárias mais ativas, autônomas e que se recusam a permanecer hipermedicadas.

Com o olhar especificamente lançado sobre as redes sociais, Jesus, Jucá e Barbosa (2014) buscaram analisar, para as mulheres/mães em situação de intenso sofrimento psíquico, como essas redes se estruturavam, eram acionadas e como se articulavam em suas experiências. As autoras organizaram os dados nas seguintes categorias: o desamparo na maternidade, equipamentos de saúde 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.

Em relação ao desamparo, as autoras apontaram que a dupla pertença (ser mulher e ser louca) implicou, para as entrevistadas, o enfrentamento de questões complexas em suas trajetórias. Estas envolviam questões relacionadas às esferas emocional, jurídica, conjugal e à falta de suporte necessário. Lembranças de agressão das mães aos filhos foram narradas e contextualizadas na falta de suporte necessário, tendo as autoras caracterizado a vivência de desamparo em duas diferentes facetas: por um lado, a vivência de perigos reais, a exemplo do abandono e da falta de assistência, por outro, um desamparo que decorreria, a partir de uma interpretação psicanalítica, “do excesso de excitação presente no aparelho psíquico, envolvido no próprio processo de adoecimento e agravado pelas ameaças concretas” (Jesus, Jucá & Barbosa, 2014, p.198).

No que se refere aos equipamentos de saúde, de assistência social e da justiça, as autoras denunciam que, embora as entrevistadas tenham encontrado apoio em um ou outro dispositivo da rede de atenção psicossocial, esta ainda se mostra insipiente e pouco efetiva. Dialogando com o estudo anterior, afirmam que o engajamento em movimentos sociais e políticos propiciava, às mulheres, um posicionamento mais crítico e a demanda por serviços mais integrais. A rede de suporte familiar apareceu, novamente, como um lugar de destaque e contraposta à lógica manicomial que inviabiliza a construção deste tipo de suporte. Interessante ressaltar que, nesta categoria, em algumas falas, o pai, que aparece silenciado na maioria dos estudos, foi colocado como uma figura importante de cuidado (Jesus, Jucá & Barbosa, 2014, p.198).

As redes associadas à religião também foram mais uma vez colocadas como fontes importantes de cuidado, como espaços de proteção e de criação de vínculos. Entretanto, para algumas participantes, estas também se configuravam de modo ambivalente, sendo associadas à experiência de terem sido obrigadas a frequentar determinados cultos e à inabilidade dos familiares de lidarem de outros modos com o sofrimento decorrente do transtorno psíquico. Em relação à categoria “estigmatização”, as autoras informam que este foi um tema bastante recorrente nas narrativas, tendo sido relatadas experiências de desqualificação, repreensão, negligência, etc.

Por fim, ao tratarem das possibilidades de elaboração/superação das dificuldades e demandas da maternidade, Jesus, Jucá e Barbosa (2014) referem que o exercício da maternidade foi significado pelas mulheres como “uma conquista, realizada com dificuldade e mantida em uma linha tênue” (p.206). Assim, salientam a importância de se

preservar o direito à maternidade e a promoção de redes sociais que possam dar suporte a essas experiências e encerram o estudo colocando os filhos como importantes pontos de ancoragem para o enfrentamento da loucura e como pessoas que precisam também ser ouvidas.

A terceira subcategoria delimitada agrupa os estudos que se dedicaram a analisar a inter-relação entre a maternidade na condição do sofrimento psíquico com situações de vulnerabilidade social, tais como as das mães que não possuem moradia (Benbow, Forchuk & Ray, 2011) ou que convivem em um contexto de violência e estresse cotidianos, sem recursos de proteção social (Carpenter-Song Holcombe, Torrey, Hipolito & Peterson, 2014).

Benbow, Forchuk e Ray (2011) realizaram, no Canadá, sete grupos focais com 67 participantes, buscando explorar as forças estruturais que modelam a saúde das mães com transtornos mentais desabrigadas e as suas estratégias individuais de enfrentamento. Dito de outro modo, baseando-se na perspectiva crítica feminista da interseccionalidade, os autores buscaram revelar as experiências de opressão e resistência existentes nas vidas de mães que não têm abrigo e convivem com o adoecimento mental. A partir da análise da produção dos grupos focais, os autores organizaram os resultados em três temas principais: (1) discriminação baseada na interseção de identidades sociais; (2) estar preso: o ciclo da opressão e (3) não estamos desistindo: resistência através da perseverança.

No que se refere ao primeiro tema, Benbow, Forchuk e Ray (2011) afirmaram que as mães indicaram que as suas experiências, como vítimas de discriminação, derivam do *status* social que assumem como desabrigadas, pobres, diagnosticadas com transtorno mental, solteiras, além das questões relacionadas à raça, à nacionalidade e às barreiras linguísticas. Tal discriminação, segundo as mesmas, provém principalmente dos grandes proprietários e empregadores. Algumas mulheres chegaram a afirmar que o fato de terem filhos e estarem atreladas à assistência social se configurava como uma grande barreira para obter emprego e moradia, uma vez que muitos passavam a exigir informações sobre os seus transtornos mentais.

Com relação ao segundo tema, muitas mulheres apontaram a trajetória que acabam percorrendo entre ficar desabrigadas, conseguir uma nova moradia (mas em um lugar perigoso) e voltar a ficar desabrigadas. Ao longo desse percurso, situações de abuso e de

suporte financeiro insuficiente foram relatadas, caracterizando o denominado “ciclo da opressão”. Benbow, Forchuk e Ray (2011) apontaram que, de acordo com os profissionais, esse ciclo acaba colocando as mulheres em risco de entrada para a indústria da prostituição, uma vez que, desse modo, elas conseguem garantir mais recursos financeiros. Isto, considerando-se a dificuldade que encontram para obter empregos legalizados, enquanto estão desabrigadas e precisam se preocupar com as questões relativas às crianças. Estar desabrigada, possuir um transtorno mental e ter filhos coloca também, para essas mulheres, uma série de barreiras para alcançar os serviços de saúde. A falta de médicos de família, a indisponibilidade de transporte e os cuidados que as crianças necessitam criam dificuldades mesmo para a simples marcação das consultas de rotina. Tanto os profissionais de saúde quanto as mulheres se queixam com relação ao fato de os serviços não estarem adaptados para cuidar das demandas específicas dessas mães. As barreiras linguísticas, o racismo e o estigma com relação aos transtornos mentais, presentes em várias culturas, acabam contribuindo para a manutenção do ciclo. Nas palavras dos autores: “the cycle of oppression kept women suffering, struggling and unable to move forward. It blocked equitable access to health and forced them to solely focus on survival” (Benbow, Forchuk & Ray, 2011, p. 692)⁵.

Adentrando o tema da vulnerabilidade socioeconômica, Benbow, Forchuk e Ray (2011) ponderaram que, embora o ciclo de opressão coloque as mulheres em uma posição de vulnerabilidade e desvantagem, elas não se comportam como participantes passivas neste processo, mas permanecem se esforçando para sair do ciclo. O fato de estarem desabrigadas, por exemplo, foi significado, por algumas participantes, como um ato de coragem, haja vista as situações de risco, tais como as de violência doméstica a que muitas estavam expostas em suas moradias anteriores. Assim, estar sem moradia se mostrava, para elas, como uma opção mais segura do que estar abrigada. Outros exemplos dizem respeito ao esforço que algumas mulheres faziam para reobter a custódia dos seus filhos, nos casos em que estes eram encaminhados para o acolhimento familiar, e também ao envolvimento das mesmas em comitês, no ativismo político e na publicidade, tendo em vista a construção de possíveis mudanças sociais. Traços como o de esperança e perseverança, como pôde ser visto, também marcam a trajetória dessas mulheres.

⁵ O ciclo de opressão mantém as mulheres sofrendo, lutando e incapazes de seguirem adiante. Ele bloqueia o acesso equitativo à saúde forçando-as a se concentrarem na sobrevivência (tradução livre)

O estudo etnográfico desenvolvido por Carpenter-Song et al. (2014), por sua vez, buscou compreender as experiências vividas por mães afro-americanas diagnosticadas com transtorno mental grave. Os autores se engajaram na realização de observações e entrevistas informais com três mulheres (e seus filhos), por um período de 12 meses, e utilizaram a abordagem do estudo de caso para estabelecer os temas em destaque, bem como as perspectivas e experiências das participantes. Os resultados da pesquisa indicaram: (1) que o transtorno mental e os serviços de saúde não ocupam posição central na vida cotidiana dessas mulheres, (2) que as famílias vivem em um contexto de violência, de perdas e de estresse cotidiano, (3) que a vida familiar se constitui como estímulo para que as mulheres busquem uma situação melhor, (4) que o apoio social disponível se encontra restrito para essa população e (5) que a religião se coloca como uma importante fonte de significados e como um recurso para a recuperação. Os autores concluem afirmando que os esforços para a reabilitação dessas mulheres não devem estar centrados nos serviços de saúde mental, devendo incluir, para serem significativos, questões referentes ao emprego, ao apoio social, ao aconselhamento de jovens, à violência que permeia as comunidades, entre outras.

Quatro estudos dedicados especificamente às questões ético-jurídicas que perpassam a vida dessas mulheres foram encontrados (Seeman, 2014; Carteadó, 2008; Dane & Rosen, 2016; Barbosa & Jucá, 2014). Em seu trabalho, Seeman (2014) buscou ilustrar, através da construção da vinheta de um caso baseada nos registros médicos de 20 mulheres atendidas por uma instituição psiquiátrica, bem como na literatura disponível sobre a temática, os problemas potenciais que estas podem enfrentar no processo de delegar a terceiros a tomada das decisões relativas à sua saúde mental. Nesta vinheta, Seeman (2014) narra a história de uma suposta paciente que teria apresentado alguns episódios de surto psicótico antes de conhecer o seu noivo e se casar com ele. A autora conta que, após a gravidez e o nascimento do primeiro filho, a mesma apresentou um quadro de psicose puerperal, angustiando bastante o marido, que alegava ter sido enganado por não ter sido prevenido antes com relação ao transtorno mental da mulher. A tensão, no caso, aparece na forma de um dilema, configurado da seguinte maneira: quem deveria ser responsável pela tomada de decisão no caso clínico da paciente? O marido - que relatava ao médico a sua intenção de dar entrada no pedido de divórcio, estando interessado também na conquista da guarda integral da criança- ou outro parente

mais próximo que tivesse convivido um tempo maior com a paciente, a ponto de saber agir em prol do seu bem-estar?

A partir do dilema desenhado, Seeman (2014) afirma que a qualidade da relação conjugal, a possibilidade de gravidez, a maternidade e as possíveis disputas pela guarda da criança aparecem como fatores que podem complexificar os processos decisórios na condução dos casos clínicos em que as pacientes, com intenso sofrimento psíquico, apresentam-se incapazes de se autodeterminar. A autora coloca, ainda, a questão ética sobre quando disponibilizar (ou não) as informações dos registros psiquiátricos aos cônjuges. Esta questão é problematizada, no caso relatado, ao se considerar o interesse que o marido apresentava em utilizar os dados do registro médico da sua esposa - referentes às recorrentes crises psicóticas que ela apresentava - para respaldar o pedido de divórcio e da guarda da criança.

Em seu trabalho, Dane e Rosen (2016) também discutiram sobre as questões relativas às disputas de custódia quando os pais apresentam o diagnóstico de transtorno mental, entretanto, fizeram-no a partir do ponto de vista do magistrado. De acordo com os autores, trata-se de uma questão complexa e que demanda, dos juízes, a análise da história familiar anterior, dos pareceres provenientes dos profissionais especializados e a construção de uma previsão futura que lhes permita tomar decisões mais acertadas tendo, como prerrogativa, o melhor interesse da criança.

Embora reconheçam a literatura que os informa que o diagnóstico de um transtorno mental dos pais pode implicar em riscos para o desenvolvimento socioemocional da criança, Dane e Rosen (2016) referem que é preciso analisar não apenas a presença do transtorno, mas os modos como os sintomas interferem no comportamento dos pais e em suas habilidades para cuidar dos seus filhos, garantindo-lhes segurança. Ressaltam, ainda, que é preciso avaliar elementos como o desejo dos pais, da criança, a qualidade dos relacionamentos intrafamiliares e o ajustamento da criança às demandas sociais e escolares. Para os autores, os sujeitos que tenham certo nível de consciência sobre os seus transtornos e que estejam em tratamento podem ser hábeis para assumir as funções parentais.

O trabalho de Carteadó (2008), por sua vez, narra a experiência de acompanhamento psicossocial de uma mulher psicótica que, à época, era mãe de duas

crianças pequenas e estava grávida do terceiro filho. Ao longo do texto, a autora discutiu os desafios enfrentados por esta mãe, especialmente quando ela se deparou com a presença de representantes do setor judiciário estadual. Isto porque os mesmos determinaram que a criança recém-nascida, tida como “em situação de risco”, em virtude da vulnerabilidade econômica da mãe⁶, deveria ficar sob os cuidados de um vizinho ou sob a guarda de algum abrigo institucional. Além deste ponto, Carteado (2008) também questionou o equívoco referente à colocação, pelo setor de assistência social, da interdição judicial da participante como um pré-requisito para a sua obtenção do Benefício de Prestação Continuada, o que não teria qualquer respaldo legal. Considerando estas situações, a autora buscou explorar, ainda, as dimensões relativas ao estigma associado à condição de loucura, o qual, muitas vezes, deslegitima a possibilidade da maternidade para essas mulheres. Em suas palavras, Carteado (2008) refere, em tom perspicaz, que “àqueles tocados pelo estigma da loucura, resta apenas ser loucos, e mais nada” (p. 227).

Jucá e Barbosa (2014) buscaram “identificar, a partir da narrativa de mulheres com trajetória de sofrimento psíquico grave, como os dispositivos jurídicos e assistenciais entendem e lidam com os impasses apresentados por elas e por seu entorno social, no que diz respeito ao exercício da maternidade” (p.243). As autoras trouxeram os resultados organizados a partir das seguintes categorias: situações de destituição do poder familiar; perda do poder familiar extraoficial; exercícios de contrapoder no campo jurídico para a manutenção do poder familiar; direito a maternidade no contexto do sofrimento psíquico. Discorrendo a partir de cada uma delas, elas denunciaram situações em que houve (1) a destituição do poder familiar sem que a mãe fosse sequer ouvida, (2) conflitos familiares que levaram à denúncia por abandono e requisição da guarda por terceiros, (3) situações em que a guarda da criança foi assumida extraoficialmente por outras pessoas, sendo esta a via mais recorrente, (4) situações que violavam leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a exemplo do sequestro das crianças pelas instituições de acolhimento, mas também, (5) situações em que as mães se valiam das leis para requisitar o direito à maternidade. A experiência da maternidade, aparece assim, nos relatos, mais uma vez como uma experiência ambivalente, associada tanto ao desejo de exercer a maternidade e ao medo de perder a guarda das crianças, quanto à preocupação com a angústia e a

⁶ Razão pela qual este estudo também foi incluído na categoria “vulnerabilidade socioeconômica”

hiperresponsabilização pelos filhos, em um contexto que pode implicar na vivência de experiências de crise e sofrimento materno.

Na quinta subcategoria referente à experiência e história pessoal, foram incluídas as pesquisas que delimitaram, como objetivo do estudo, a compreensão da experiência pessoal de maternidade para mães diagnosticadas com transtornos mentais. Onze trabalhos foram classificados dessa forma, sendo sete estrangeiros e quatro brasileiros. Estes se centraram, especialmente, na escuta das próprias mulheres, embora o estudo de Carvalho, Souza, Farinha e Corradi-Webster (2007) e o de Cid, Matsukura e Silva (2012) tenham se interessado também pela experiência das pessoas que convivem com as mesmas, incluindo familiares, pessoas próximas e os seus filhos, o que os aproxima do interesse do presente estudo.

No processo de definição da compreensão da experiência, alguns estudos estabeleceram especificidades. Blegen, Eriksson e Bondas (2014), por exemplo, buscaram “a profound understanding of the patient’s existential world when being a mother in receipt of psychiatric care, with focus on inner processes such as health and suffering”⁷ (p. 852). Klausen, Karlsson, Haugsgjerd e Lorem (2015), por sua vez, procuraram analisar como as mulheres mães constroem sentidos sobre a experiência de serem admitidas em serviço de saúde mental, tendo como contraponto os discursos dominantes sobre a “boa maternidade”. Já Rodolpho, Hoga, Reiz-Queiroz e Jamas (2015) estabeleceram, como objetivo, a determinação dos fatores que influenciam a experiência e a vida diária das mulheres com transtornos mentais, aparecendo, entre os resultados, questões referentes aos ganhos e desafios da maternidade.

Os métodos utilizados por esses estudos incluem, predominantemente, a realização de entrevistas semiestruturadas e narrativas, as quais aparecem analisadas através de procedimentos interpretativos relacionados à proposição de temas e categorias que permitam a compreensão da experiência. Apenas um estudo relatou a utilização de uma entrevista diagnóstica padronizada breve (International Neuropsychiatric Interview-MINI) junto às mães (Cid, Matsukura & Silva, 2012) e três estudos se configuraram como

⁷ Uma compreensão profunda do mundo existencial da paciente quando ela é mãe em cuidados psiquiátricos, com foco nos processos internos como a saúde e o sofrimento (tradução livre)

revisões sistemáticas da literatura (Rodolpho et al, 2015; Dolman, Jones & Howard, 2013; Pergoraro & Caldanha, 2008)

Em conjunto, os resultados desses trabalhos apontam que a maternidade parece ser vivida, por essas mulheres, com muita ambivalência, estando associada tanto a sentimentos e experiências positivas, quanto a dificuldades e tensões. Dentre as experiências positivas, sobressaem os seguintes pontos: (1) Os filhos são vistos, frequentemente, como importante parte integrante do self das mães e fonte de grande estímulo para a adesão e para a manutenção do tratamento psicossocial (Blegen, Eriksson & Bondas, 2014); (2) As mães demonstram grande engajamento no esforço para serem “boas mães” e para estarem presentes nas relações de cuidado com seus filhos, sendo, assim, socialmente reconhecidas (Blegen, Hummelvoll & Severinsson, 2012); (3) A possibilidade de contarem com o apoio familiar para cuidarem de si mesmas e dos filhos aparece como um recurso importante para o manejo das situações (Perera, Short & Fernbacher, 2015); (4) A maternidade aparece como um papel valorizado que fornece, para essas mulheres, a possibilidade de conexão social, ou, dito de outro modo, como uma realização normalizadora da vida adulta que possibilita, para esses sujeitos, a desalienação com relação às restrições impostas pelo estigma da loucura (Blegen, Eriksson & Bondas, 2014; Perera, Short & Fernbacher, 2015; Carvalho et al., 2007; Carteadó, 2008).

Já entre as dificuldades e tensões, foi possível identificar, nos resultados dos estudos, vivências relacionadas: (1) à culpa, vergonha e baixa autoconfiança que algumas mulheres experimentam com relação à maternidade (Perera, Short & Fernbacher, 2015); (2) às dificuldades práticas que encontram para equacionar os sintomas e os cuidados que precisam ter com a sua própria saúde e os cuidados referentes à criança (Blegen, Eriksson & Bondas, 2014); (3) ao estigma social atrelado à loucura que, muitas vezes, as impedem de exercer papéis que sejam valorizados socialmente (Dolman, Jones & Howard, 2013; Carteadó, 2008); (4) ao frequente envolvimento que têm com as agências de proteção à criança e ao constante medo que sentem com relação à ameaça de perda da guarda dos seus filhos (McCauley-Elsom & Kulkami, 2007), e, quando isso se efetiva, aos sentimentos de fracasso frente à renúncia com relação às suas responsabilidades maternas (Blegen, Eriksson & Bondas, 2014; Dolman, Jones & Howard, 2013); (5) às situações de vulnerabilidade econômica e à falta de serviços que atendam, efetivamente, as suas

demandas (Rodolpho et al., 2015); (6) à dificuldade que algumas famílias enfrentam para fornecer o apoio adequado a essas mulheres, o que, muitas vezes, acaba gerando conflitos relacionais (Carvalho et al., 2007).

Um artigo escrito por uma mulher mãe diagnosticada com transtorno mental foi encontrado e destacado, ainda que tenha sido publicado em 2004, na última subcategoria deste tópico em função da sua relevância acadêmica e política (lugar de fala e análise ofertado ao próprio sujeito). Neste, Fox (2004) narrou a sua experiência de maternidade diante do diagnóstico da esquizofrenia. A autora conta que, embora já tivesse o diagnóstico antes das suas duas gravidezes, buscava mantê-lo em segredo por receio de que ela ou as suas filhas sofressem qualquer tipo de preconceito ou estigma. Entretanto, segundo a mesma, após o divórcio e o agravamento do transtorno, foi necessário intensificar os seus cuidados, situação em que as crianças passaram a residir com o pai. Fox (2004) relata que, mesmo durante as suas crises mais difíceis, a maternidade permanecia como uma preocupação central, como pode ser visto no trecho a seguir: “during my illness, while I was completely delusional and hallucinatory, my children were still my concern. In my delusions and hallucinations, my children talked to me, they loved me, and they understood why I was not with them.” (p.764)⁸. Entretanto, a autora aponta que, após esse período, suas filhas passaram a se relacionar com ela de modo diferente, olhando-a com curiosidade, e a questionar as suas decisões, sem respeitá-la enquanto mãe. Elementos como culpa por ter trazido sofrimento para as suas filhas também aparecem no relato. A autora finaliza reconhecendo o autocuidado como uma prioridade mais atual em sua vida e que, apesar dos sofrimentos, não se arrepende de ter tido suas filhas, afinal, seria muito difícil imaginar uma trajetória de vida em que não houvesse qualquer tipo de tragédia ou sofrimento.

Cinco artigos (Brockington, Chandra, Dubowitz, Dubowitz, Jones, Moussa, Nakku & Ferre, 2011, Butler, Hare, Walker, Wierl e Wittkowski, 2014; Gearing, Alonzo & Marinelli, 2012; Seeman, 2012; Schmitt, Lahti & Piha, 2010) foram agrupados na categoria “possibilidades de tratamento” por terem trazido, como objeto de interesse

⁸ Durante a minha doença, quando eu estava completamente delirante e alucinatória, minhas filhas ainda eram minha preocupação. Em meus delírios e alucinações, elas falavam comigo, elas me amavam, elas compreendiam porque não estavam comigo. (Tradução livre)

comum, a apresentação e a avaliação das intervenções e tratamentos para mulheres mães diagnosticadas com transtornos mentais.

Brockington et al (2011) propuseram a construção de uma espécie de conjunto de orientações em que detalharam as necessidades das crianças e as habilidades parentais que são necessárias para supri-las. Dentre elas, elencaram os cuidados básicos (nutrição, higiene, roupas, cuidados médicos), a garantia da segurança e do acolhimento emocional, o encorajamento dos processos de aprendizagem, o fornecimento de orientações consistentes em relação aos comportamentos que sejam aceitáveis culturalmente e o provimento de uma base familiar estável. Preocupados com os prejuízos e riscos que a presença de um transtorno mental pode trazer para o desenvolvimento das crianças, os autores listaram como recomendações: o treinamento dos profissionais de saúde mental em relação aos efeitos que o transtorno mental pode trazer para a criança, uma revisão do treinamento psiquiátrico para aumentar a consciência dos pacientes e cuidadores e para incorporar formas relevantes de avaliação das intervenções, a otimização dos recursos psicofarmacológicos durante a gravidez, o planejamento orientado ao longo do pré-natal, o desenvolvimento de serviços especializados para mulheres grávidas e puérperas, a construção de suportes comunitários para os pais, o desenvolvimento de protocolos eficazes para lidar com os casos de maus-tratos infantis e a articulação de equipes interdisciplinares que possam ajudar as famílias a assegurar a proteção da criança.

Gearing, Alonzo e Marinelli (2012), com interesse similar ao de Brockington et al (2011), buscaram identificar e examinar, a partir de uma revisão sistemática dos artigos publicados até o ano de 2010, as intervenções psicossociais disponíveis para mães diagnosticadas com esquizofrenia com o propósito de formular recomendações que sirvam para a construção de serviços específicos para essa população. Após a revisão de 43 trabalhos, os autores classificaram as intervenções encontradas em duas categorias: programas hospitalares de intervenção, principalmente as unidades para mães e bebês, e programas ambulatoriais de atendimento. Os autores concluem afirmando a necessidade de um número maior de serviços que atendam essas mulheres, o medo materno de perder a guarda dos filhos como uma barreira que dificulta a procura das equipes de saúde, os limites de uma intervenção hospitalar restrita ao primeiro ano da criança e as vantagens relacionadas à criação de intervenções com abordagens mais flexíveis, que possam

incorporar o suporte ambiental, os recursos de cuidado para a criança, os serviços de assistência social, promovendo um maior envolvimento de toda a família.,

Butler, Hare, Walker, Wierl e Wittkowski (2014), assim como os demais autores, reconheceram que as mães que apresentam diagnóstico de transtorno mental severo se deparam, frequentemente, com grandes dificuldades para cuidar dos seus bebês e com a falta de intervenções estruturadas (baseadas em evidências) que sejam capazes de orientar os profissionais de saúde a ajudarem-nas a aperfeiçoar o cuidado com seus filhos. Assim, buscaram, com o desenvolvimento do estudo, explorar a opinião das mães com transtornos mentais sobre a aceitabilidade e a viabilidade do programa “Baby Triple P”, no contexto da unidade psiquiátrica em que elas se encontram junto aos seus bebês. Os autores relataram que este programa é projetado especificamente para melhorar os conhecimentos, habilidades e confiança dos jovens pais, diminuindo a possibilidade de ocorrência de psicopatologias e incentivando a construção, a longo prazo, de relações positivas entre a mãe e o bebê. Os autores referem que tal programa foi considerado, pelas mães, como aceitável, viável, positivo e não estigmatizante e afirmam que as mesmas demandam, da equipe, mais conhecimento com relação ao programa, de modo que possam aprender e generalizar melhor as habilidades adquiridas.

O trabalho de Seeman (2012a), dentre esses, apresentou, como particularidade, o fato de estar interessado sobre as práticas e intervenções que possam prevenir que as mães diagnosticadas com esquizofrenia percam a custódia dos seus filhos. De acordo com a mesma, este índice ainda é muito grande, sendo a perda da custódia um evento que traz grande sofrimento psíquico para as mulheres, especialmente quando a presença do transtorno aparece equiparada com a incompetência parental e com a possibilidade presumida de que elas possam negligenciar ou violentar fisicamente seus filhos. A autora, assim como Bournell (2014), denuncia que os instrumentos utilizados para avaliar a capacidade parental são ainda muito frágeis, principalmente por privilegiarem os déficits parentais, em lugar das potencialidades, e por negligenciarem possíveis vieses culturais. Após tecer essas considerações e revisar a literatura nos campos da assistência social, da psicologia, da psiquiatria, da enfermagem e do direito, no período entre os anos 2000 e 2011, Seeman (2012a) recomenda, então, como intervenções efetivas: a garantia da saúde pessoal e familiar da mãe da criança, a criação de estratégias pessoais, familiares e institucionais para lidar com a crise e com os sintomas psicóticos, o registro das atividades

parentais diárias e o conhecimento sobre as questões jurídicas relacionadas à custódia nos contextos em que o transtorno mental se faz presente. A autora ressalta, ainda, a importância de que as instituições de saúde atuem em parceria com as agências protetoras das crianças, apostando, por fim, na possibilidade de que as mulheres que tenham acesso a um cuidado apropriado tenham também a garantia de criar seus filhos em suas famílias e comunidades.

O texto produzido por Schimitti, Lahti e Piha, (2010), por sua vez, traz a delicada descrição de um caso clínico atendido na Finlândia em que a garantia da custódia foi assegurada. Neste, os autores buscaram descrever as estratégias adotadas, por uma psicoterapeuta, ao longo de dez anos, em relação a uma de suas pacientes: uma mulher diagnosticada com transtorno esquizoafetivo que, aos 40 anos, engravidou do seu companheiro, um homem diagnosticado com transtorno afetivo bipolar. Apesar de reconhecer o receio inicial frente à descoberta da gravidez, as resoluções terapêuticas adotadas e descritas pelos autores incluíram elementos como: discussões com a paciente sobre o processo da gravidez e das mudanças que ela poderia implicar no nível corporal; o auxílio na discriminação entre as percepções decorrentes da própria gravidez e as que se configuram como psicóticas; o acompanhamento da paciente ao longo do processo do parto; a organização de uma equipe interdisciplinar para acompanhar o caso e para traçar planos de ação e prevenção de possíveis crises; a realização de encontros com familiares para alinhar as estratégias de cuidado; a provisão de profissionais que pudessem auxiliá-la nas tarefas domésticas durante o primeiro ano da criança; a realização de visitas domiciliares por parte da equipe; o acompanhamento da criança e de sua inserção na escola e a formação continuada da terapeuta. Partindo dos pressupostos da teoria do apego, os autores propuseram que o forte vínculo desenvolvido entre a psicoterapeuta e a paciente, e a concretização de um cuidado interdisciplinar e territorializado, foram elementos fundamentais para o bom andamento do caso. Em consonância com as pesquisas citadas, também sinalizaram que, apesar das ambivalências afetivas mencionadas pela paciente ao longo do processo, a maternidade configurou-se, para ela, como um elemento que potencializou positivamente o seu tratamento.

Dois artigos tiveram o seu foco de estudo especialmente voltado para os filhos de pais com transtornos mentais severos. Mowbray, Bybee, Oyerserman, MacFarlane e Bowerson (2006) interessaram-se por analisar as consequências psicossociais do

transtorno mental dos pais para os filhos adultos, focando-se especialmente nas variáveis demográficas e nos preditores da história clínica. A partir da entrevista feita com 157 mães, os autores apontaram que 80% dos seus filhos adultos estavam trabalhando, estudando ou em treinamento, embora um terço não tenha completado o colegial. Afirmaram também que 54% foram avaliados como já tendo apresentado problemas psicológicos, relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas e com a justiça. Dentre os filhos, cerca de 40% já eram pais, embora apenas 12% estivessem comprometidos em um relacionamento conjugal mais estável. O diagnóstico parental de transtorno afetivo bipolar apareceu como um preditor significativo de problemas para os filhos adultos. Os autores concluíram apontando a necessidade de mais atenção para os filhos adultos de pais com transtornos mentais.

Cid, Matsukura e Silva (2012), em um estudo de conotação mais hermenêutica, entrevistaram quatro crianças entre 7 e 12 anos e suas mães, para compreender qualitativamente as suas experiências. As autoras referiram que, embora as crianças apresentassem características comuns à sua faixa etária (dormiam e se alimentavam bem, demonstravam grande interesse por brincadeiras), elas se autodescreviam a partir de elementos de retraimento e tristeza. Apontaram, ainda, que as crianças costumavam desempenhar papel de cuidadoras com relação às suas mães - fornecendo suporte emocional nos momentos de crise - e que o auxílio fornecido pelos demais familiares poderia se configurar como um fator de proteção para as mesmas. Cid, Matsukura e Silva (2012) salientam, assim, a importância de os serviços de saúde levarem em consideração a experiência dessas crianças, desenvolvendo estratégias que sejam capazes de lhes fornecer suporte informacional e emocional para enfrentar essas situações.

Através da análise dos estudos levantados nesta revisão, é possível perceber o quanto não apenas os profissionais, inseridos na prática cotidiana com essas mulheres, como supus no início deste trabalho, mas também a literatura encontrada reconhece a maternidade, na interseção com a loucura, como um tema complexo, melindroso. Ao longo dos trabalhos ressoam as dificuldades profissionais que vão desde os dilemas emocionais pessoais que perpassam o atendimento clínico, aos perrengues referentes à integração e gestão dos serviços. Embora já seja possível encontrar algumas orientações referentes à avaliação das funções parentais e a sugestão de serviços que poderiam ser eficazes nestas situações, é evidente, por exemplo, a escassez de relatos clínicos tão

delicados e que explorem dimensões clínicas tão relevantes e sutis, a exemplo das relações clínicas transferenciais, como o que foi feito por Schimitt, Lahti & Piha (2010).

Também salta aos olhos a necessidade de uma discussão que tome o gênero como uma dimensão relevante de análise. Há, por exemplo, nas entrelinhas da maior parte das pesquisas, uma hipervalorização do papel materno, o silenciamento das funções paternas e a ausência da sociedade como uma rede de amparo importante para a criação das crianças. A referência às redes informais de suporte, de modo geral, inclui apenas os próprios familiares e as instituições religiosas. O papel comunitário de instituições como escolas e creches quase não aparece, bem como o desempenhado pelas redes informais de amizade e da vizinhança, o que nos faz inferir que, talvez, o material bibliográfico esteja sendo produzido predominantemente em países com raízes mais individualizantes e centradas na análise e responsabilização do núcleo familiar primário.

Outro aspecto relevante a ser sublinhado faz referência aos modos como os “transtornos mentais” vêm sendo tratados. Isto porque o discurso mais tradicional que reconhece o “transtorno mental materno” como uma categoria essencialmente biomédica e que impõe risco às tarefas maternas parece estar cedendo espaço para compreensões mais críticas, compreensivas e contextualizadas. Assim, ainda que a maior parte dos estudos não se debruce diretamente sobre a discussão das significações em torno do sofrimento psíquico, reconhece-se a relevância da produção de pesquisas qualitativas que estejam atentas e interessadas em se aproximar dos modos como as próprias mulheres e os seus filhos significam essa experiência. Tais estudos têm sido capazes de revelar os fatores intersetoriais que inerentemente estão implicados nestas situações, a exemplo dos que discutem questões referentes à vulnerabilidade social e econômica destas mulheres e dos que apontam a necessidade de uma atuação mais integrada entre os setores judiciais e da saúde. Entretanto, ainda se faz necessária a realização de estudos que contemplem a escuta dos próprios filhos, especialmente das crianças.

Desse modo, ficam evidenciadas, então, as justificativas e a relevância social desta tese, especialmente quando são levadas em consideração a precariedade da rede de atenção psicossocial soteropolitana e o despreparo dos serviços de saúde e jurídicos para lidar com a temática. A relevância acadêmica, por sua vez, pode ser localizada a partir da lacuna em que se percebe a localização de apenas quatro estudos soteropolitanos, a baixa presença de pesquisas que se dediquem à experiência tal como ela é vivenciada pelas

crianças que são filhas das mães em sofrimento psíquico; a baixa diversidade de métodos de coleta de dados e a necessidade de estudos que articulem as dimensões micro e mesogenéticas desta experiência. De acordo com Valsiner (2012), a dimensão microgenética inclui a experiência pessoal e imediata do ser humano - que vai se construindo, a cada momento vivido, na sequência infinita do tempo irreversível -, enquanto a dimensão mesogenética, envolve, também, os contextos de atividade culturalmente organizados nos quais as atividades humanas se situam.

2. Fundamentação teórica

O presente estudo utilizará, como lente de análise, a psicologia cultural de base construtivista e semiótica. De acordo com Mattos (2013), a psicologia cultural é ainda uma abordagem recente na psicologia e tem, como origem, as concepções vigotskianas. Reis (2010) acrescenta que esta abordagem se constituiu também a partir da contribuição de outros autores, como Bruner, Rogoff e Valsiner, os quais destacam a relação entre o sujeito e a cultura. Valsiner (2010) – um dos seus principais representantes - aponta o surgimento da teoria como uma possibilidade de reconstruir as relações entre a psicologia e a antropologia cultural e social, direcionando o movimento da disciplina para a compreensão das funções psicológicas superiores dentro do seu contexto histórico-cultural.

Nesta abordagem, a cultura é vista de forma dinâmica e construcionista, sendo concebida como parte da organização sistêmica das funções psicológicas humanas e assumida como a forma de construção e uso de signos por parte do indivíduo para transformar o seu contexto aqui-e-agora. É por meio do uso de tais ferramentas culturais (signos) que é dada, ao ser humano, a sua capacidade para distanciar-se do contexto presente, sem deixar de fazer parte dele. Assim, o interesse da psicologia cultural recai justamente sobre a análise, em micro contextos, dos processos de construção dos signos e de seus resultados (Valsiner, 2012). Em termos dos seus mediadores semióticos e padrões de ação significativos, a cultura se constitui, nesta perspectiva, como o núcleo inerente das funções psicológicas humanas (Valsiner, 2009).

No que se refere aos processos semióticos mediacionais, na psicologia cultural, um grande enfoque é dado para o papel ativo que o sujeito desempenha na construção e no uso dos signos. Aos significados pessoais que são subjetivamente construídos,

Valsiner (2012) dá o nome de *cultura pessoal* e destaca sua interdependência em relação aos processos comunicativos interpessoais. A *cultura coletiva*, por sua vez, é concebida como “o input heterogêneo para a construção do self por seres humanos individuais” (Valsiner, 2012, p.55). É o processo dual de internalização e externalização que garante a falta de isomorfismo entre as culturas pessoal e coletiva, permitindo que cada pessoa se constitua em sua singularidade, ainda que apoiada sobre o *background* geral da cultura coletiva. O conceito de transferência bidirecional da cultura (Valsiner, 2012) traduz a ideia de que, ainda que a “mensagem recebida” seja a mesma para diferentes sujeitos, estas serão transformadas e reconstruídas de modo necessariamente único, conferindo, dessa maneira, relativa autonomia à cultura pessoal em relação à cultura coletiva.

A psicologia cultural, ao invés de ser uma disciplina monolítica, apresenta-se como uma arena na qual distintos campos de pesquisa, unidos pelo uso da palavra cultura, têm sido coparticipantes no avanço e desenvolvimento de suas ideias (Valsiner, 2009). Assim, ainda que, neste conjunto variado, as perspectivas estejam apenas parcialmente ligadas umas às outras, tal heterogeneidade deve ser vista como um potencial para o surgimento de inovações teóricas e metodológicas (Valsiner, 2009).

Sendo assim, os tópicos a seguir situarão, na perspectiva da Psicologia Cultural, os pressupostos teóricos escolhidos para a construção desta tese, quais sejam:

(1) a compreensão do self como um fenômeno narrativo e da narrativa como uma ferramenta que auxilia os seres humanos a lidarem com a imprevisibilidade do futuro;

(2) a concepção do diagnóstico psiquiátrico como um signo simbólico que se faz presente em uma determinada linguagem do sofrimento e que assume, na narrativa dos sujeitos, diferentes funções semióticas;

(3) o entendimento de que a trajetória desenvolvimental humana não se constitui em um processo linear, mas está marcada por rupturas e transições (Zittoun, 2009, 2012);

(4) a assunção de que as mediações semióticas ocorrem em espaços de fronteiras (Marsico, 2011);

(5) a compreensão de que a maternidade pode ser concebida como um fenômeno culturalmente orientado.

Para além da psicologia cultural, outros conceitos foram também selecionados: itinerário terapêutico, vulnerabilidade e proteção social. Estes foram escolhidos pela possibilidade que trazem de fornecer uma análise mais ampla das dimensões contextuais e históricas que perpassam as experiências subjetivas dos sujeitos desta pesquisa.

3.1. A narrativa como um recurso de construção do si mesmo

Os seres humanos estão inseridos em um universo semiótico que media a sua relação com as suas experiências pessoais e com a cultura. Assim, internalizam e criam signos capazes de organizar e dar significados aos fenômenos, autorregulando o seu funcionamento mental (Valsiner, 2012; Zittoun et al., 2013). De acordo com Zittoun et al. (2013), mesmo a experiência pode ser concebida como um campo holístico criado por signos (reconhecidos socialmente) que são partes de uma dada linguagem, a qual nos possibilita o sentimento de estarmos em contato com o mundo para além do aqui e agora.

Bruner (2001), discutindo os processos de construção de sentido sobre o si mesmo, afirma que o self é construído autobiograficamente quando as pessoas se tornam capazes de transformar a qualidade primária da experiência em qualidades secundárias de conhecimento superior. Nesse processo, as narrativas aparecem como um recurso capaz de organizar a experiência vivida, colocando eventos sequenciais em um contexto significativo. De acordo com o autor, o processo narrativo surge quando o sujeito necessita dar conta de um evento excepcional, uma ocorrência que, de algum modo, viola o que é considerado canônico pela psicologia popular implícita, garantindo, assim, um processo de individualização.

Esse processo, no nível microgenético de análise, pode ser compreendido pelo modelo de desenvolvimento da emergência de significados proposto por Valsiner e Abbey (2005). Segundo os autores, os seres humanos usam os signos como recursos para lidar, no presente, com a incerteza do futuro. Nesse caso, uma vez estabelecidos, os signos são compreendidos como algo que, numa mente interpretante, está no lugar de um objeto, podendo assumir uma representação icônica (representação imagética que mantém similaridade com o objeto), indexical (quando o signo emerge do impacto do objeto representado) e simbólica (signo estabelecido convencional e arbitrariamente pela comunidade verbal para designar os objetos) (Valsiner, 2012; Silva, 2017)

Valsiner e Abbey (2005) sugerem que, uma vez estabelecidos através da experiência, os signos não apenas designam um campo (A) e os seus limites, mas também se referem ao campo oposto de significação (Não-A). Neste se torna possível a ocorrência de mudanças que podem vir a ser incluídas no campo A futuramente. Assim, eles assumem que é a ambivalência entre os campos A e Não-A o que garante, aos seres humanos, no caminho desenvolvimental, a flexibilidade para lidar com a incerteza do futuro e as possibilidades de superá-la através da criação de novos significados. Os autores também apontam que diferentes níveis de ambivalência podem levar a diferentes condições para a emergência dos signos. Em uma condição que não se configure como inquietante ou excepcional, a ambivalência e a construção de novos significados são evitadas. Entretanto, estando cada vez mais acentuada, a ambivalência pode levar a uma bifurcação na trajetória ou à extinção da emergência semiótica em função do alto nível de incerteza ou da procura por novos significados. No primeiro caso, os novos significados podem ser compreendidos como elementos que irão compor as novas narrativas capazes de dar sentido aos eventos vividos como excepcionais.

O momento da bifurcação, que será mais à frente descrito também como um momento de ruptura, aparece como um importante espaço para intervenções sociais, uma vez que, nestes pontos, é possível auxiliar os indivíduos na construção de novos sentidos, fornecendo signos, sugestões culturais que possam diminuir ou ajudá-los a tolerar os níveis de incerteza. Assim, Bruner (2001) enfatiza que as narrativas seguem certos limites culturais, certas regras linguísticas presentes em cada contexto e, assim, relacionam-se com as interpretações que outras pessoas fornecem para a história narrada. Nesse sentido, as narrativas são altamente negociáveis e sensíveis ao grupo de referência. Em outras palavras, é possível dizer que as pessoas criam os signos sob a orientação de outros seres humanos que estão, por sua vez, coletivamente guiados por outras instituições sociais (Pontes, 2013, p.33)

Nesta tese, a maternidade e o sofrimento psíquico são assumidos como condições que podem levar à interrupção do processo contínuo de construção identitária, à descontinuidade do sentido do si mesmo (Pontes, 2013, p.34), tornando-se importante analisar as narrativas culturais canônicas sobre a experiência de ser mãe e sobre o sofrimento psíquico que estão disponíveis na cultura coletiva (Valsiner, 2012). As últimas

parecem estar descritas no trabalho de Brinkmann (2016) como linguagens do sofrimento, as quais serão explicadas a seguir.

3.2. As narrativas culturais canônicas sobre o sofrimento e o diagnóstico psiquiátrico como mediador semiótico

Considerando que os seres humanos estão sempre tentando interpretar as suas experiências através da linguagem, Brinkmann (2014) fundamenta o seu trabalho em um quadro pragmático e hermenêutico. Ele acredita que os recursos linguísticos funcionam como ferramentas que nos permitem agir e lidar com o mundo, mediando as relações entre as pessoas e a cultura coletiva.

Dessa forma, ele propôs o que chamou de linguagens do sofrimento – referindo-se ao vocabulário que usamos para dar sentido e regular a nossa experiência de estresse. Para o autor, essas linguagens “work in our lives through social practices, with various associated rituals and symbols and are inscribed into the human body and its habitus”⁹ (2014, p.634). Em seu trabalho, Brinkmann examinou cinco diferentes linguagens – a diagnóstica, a religiosa, a moral e a política.

Na primeira, ressalta-se o uso de concepções religiosas para explicar e tornar as experiências dolorosas suportáveis. Já na segunda, o sofrimento passa a ser concebido como constitutivo da experiência humana frente ao seu confronto com a finitude e com a mortalidade. Na linguagem moral, por sua vez, são destacados os mecanismos de responsabilização dos indivíduos por suas próprias escolhas, atribuindo-se, desta forma, aos diagnósticos, o papel de negação das responsabilidades individuais. Numa linguagem política, transparecem as concepções em relação ao sofrimento psíquico enquanto produtos de condições sociais aversivas – as quais podem incluir elementos como a pobreza, a marginalização, a discriminação, entre outros (Brinkmann, 2014).

A linguagem diagnóstica, por fim, compreende o sofrimento em termos dos sintomas descritos nos manuais diagnósticos. Seguindo essa linguagem, supõe-se que as pessoas acreditam que existe uma fronteira clara entre o normal e o patológico e que é possível conceber doenças discretas, as quais poderiam ser explicadas principalmente a

⁹ Atuam em nossas vidas através das práticas sociais, com vários rituais e símbolos associados, os quais estão inscritos no corpo humano e nos seus hábitos. (Tradução livre)

partir dos seus aspectos biológicos. Nessa perspectiva, torna-se possível compreender os seres humanos como instâncias de leis gerais e encontrar relações causais entre o transtorno e o comportamento, desvalorizando outros aspectos sociais e psicológicos. Por cultura diagnóstica, então, o autor compreende a tendência do aumento do uso dos diagnósticos psiquiátricos, pela sociedade como um todo, quando as pessoas precisam lidar com diferentes tipos de estresse.

Reconhecendo as críticas que a psiquiatria tradicional tem recebido das ciências sociais. Brinkmann (2014) afirma que elas sempre falham em compreender as pessoas e “significant experiences of being diagnosed, or the various roles that the psychiatric diagnoses play in the lives of the diagnosed today¹⁰” (2014, p.122). Assim sendo, ao tentar se aprofundar, o autor propõe que seria possível conceber os diagnósticos psiquiátricos como mediadores semióticos que as pessoas usam para compreender a si mesmas. Ele também afirma que, como mediadores semióticos, os diagnósticos podem assumir três diferentes funções nas vidas das pessoas diagnosticadas – uma função explicativa, uma função de autoafirmação e uma função de negação. Por função explicativa, Brinkmann (2014) faz referência às pessoas que usam as descrições do diagnóstico para explicar – de maneira circular – as causas dos seus sintomas. A função de autoafirmação se configura quando as pessoas tentam nomear uma série de fenômenos como sintomas, ainda que eles contradigam o diagnóstico, e por fim, a função de negação é referida nas situações em que as pessoas usam o diagnóstico para medicalizar aspectos da vida moral, isentando-se de suas responsabilidades.

Embora a descrição dessas três funções possa ser uma ferramenta heurística importante para descrever as múltiplas implicações do uso subjetivo do diagnóstico psiquiátrico, uma vez que ele é concebido como um signo, é interessante situar, também, a sua compreensão por meio dos estudos microgenéticos. Nestes, torna-se possível, então, caracterizar o diagnóstico em sua natureza representacional, na sua complexidade estrutural, no seu poder representacional, na sua função mediadora e no seu nível de generalização (Silva, 2017)

¹⁰ E significativas experiências de ser diagnóstico, ou os vários papéis que os diagnósticos psiquiátricos cumprem nas vidas das pessoas diagnosticadas hoje.

Em relação à sua natureza representacional, como já mencionado, os signos podem ser configurados como ícones, indexes e símbolos. Em relação à sua complexidade estrutural, eles podem ser organizados como signos tipo ponto e signos tipo campo. Os signos tipo ponto são aqueles que derivam de processos esquemáticos e são caracterizados como simples categorias lógico-formais (Silva, 2017, p.13), mas úteis, por exemplo, para o compartilhamento de experiência entre seres humanos. Signos “tipo campo”, por outro lado, podem ser caracterizados como representações mais complexas da realidade.

A dimensão do poder semiótico representacional se refere ao grau em que os signos incorporam a realidade representada. Nessa dimensão, os signos podem ser compreendidos como *frágeis*, quando eles não suportam a confrontação com a realidade, *médios*, quando eles representam satisfatoriamente a realidade, embora eles mantenham certo nível de flexibilidade para a mudança, e *fortes*, quando eles monologizam as possíveis representações da realidade e o avanço do processo dialógico. (Silva, 2017, p.10)

Em relação às funções semióticas, os signos podem ser caracterizados como catalisadores e reguladores. De acordo com Cabell (20110), os catalisadores são signos que fornecem as condições necessárias para a ação futura dos reguladores semióticos, enquanto os reguladores agem diretamente no processo psicológico em curso, inibindo ou promovendo a sua continuação e desenvolvimento. Assim, os catalisadores servem como um contexto, uma condição para outros processos mediacionais (regulação semiótica) sem, entretanto, agirem diretamente no processo psicológico.

Os reguladores semióticos, por outro lado, podem ser classificados como dispositivos intra-mentais (como os signos afetivos) ou extra-mentais (recursos simbólicos), os quais agem direta e simultaneamente no processo psicológico, na cultura pessoal e no campo da cultura coletiva. Como reguladores promotores, eles são caracterizados como signos tipo campo abstratos, cuja ação é baseada na orientação de uma possível construção de significado no futuro (Valsiner, 2012, p.53). Agindo como reguladores semióticos inibidores, entretanto, os signos bloqueiam ou inibem a emergência de sentidos alternativos, tornando difícil a orientação em direção ao futuro. (Mattos, 2013, p.52).

Finalmente, em relação ao nível de generalização, os signos podem ser classificados pelo que Valsiner (2014) denomina como modelo hierárquico da regulação semiótica. O autor propõe que é possível identificar, na regulação afetiva, diferentes níveis desta experiência. O primeiro, corresponde à ativação fisiológica primária, o segundo, ao sentimento pré-semiótico imediato, o terceiro à designação categorial de sentimentos, o quarto à generalização de aspectos da experiência e o quinto, ao campo hipergeneralizado. No nível dos signos hipergeneralizados, de acordo com o autor, nenhuma palavra é necessária.

Enquanto mediadores semióticos, os diagnósticos psiquiátricos podem adquirir a função de regular não apenas a experiência da pessoa consigo mesma, mas, também, a sua relação com as pessoas significativas de sua vida (entre elas, possivelmente, os seus filhos), com as instituições nas quais está inserida e com a sociedade como um todo. Assim, faz-se importante a utilização do conceito de fronteira enquanto uma ferramenta que pode auxiliar a compreensão das construções e dinâmicas semióticas que se processam nestes espaços relacionais.

3.3. Fronteiras

A compreensão de homem subjacente à teoria histórico-cultural de Vigotski é a de que o sujeito e a sociedade se constituem mutuamente (Vigotski, 1993, 2007); Bock, 2007). A essa concepção, Valsiner (2012) acrescenta a noção da *separação inclusiva*, afirmando que a pessoa está “em constante relação com o ambiente precisamente porque, analiticamente, ela está separada deste” (p. 282). Palmieri e Branco (2004) consideram esta ideia como uma forma mais adequada para analisar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Para as autoras, o termo proposto consegue contemplar a diferenciação entre a pessoa e o mundo social, ainda que os considere numa relação sempre dialética. Segundo Marsico (2011), essa concepção sobre o contexto apresenta-se sensível à sua teorização sobre fronteiras, uma vez que torna possível a análise “das diferentes modalidades de interdependência social, buscando identificar os componentes e processos sistêmicos envolvidos na dinâmica das interações indivíduo- sociedade” (Palmieri & Branco, 2004, p.194).

A natureza dos fenômenos socioculturais, considerados como sistemas dinâmicos, tem requisitado a criação de novos quadros teóricos que sejam capazes de permitir a compreensão da fluidez entre as suas diferentes partes. Nesse sentido, Marsico (2011) aponta a importância de se reconhecer a permeabilidade que existe entre os contextos da nossa vida

e os “espaços entre” esses contextos. Para a autora, estes não se constituem como espaços vazios recortáveis, divisíveis ou discretos, mas sim como um fundo para um fluxo contínuo e fluido de interação entre distintos *settings* delimitados. É a partir do reconhecimento deste fluxo que se torna possível o estudo de como os fatores de diferentes espaços sociais estão implicados e interconectados nos processos de definição e desenvolvimento da identidade e do self (Marsico, 2011).

A *fronteira* emerge, destas considerações, como um construto teórico interdisciplinar heurísticamente relevante, uma vez que permite explorar "some psychological dynamics and exchanges between life context where development events take place"¹¹ (Marsico, 2011, p. 189). Resgatando as contribuições da mereotopologia¹², Marsico (2011) conceitua a fronteira como algo que está no meio entre dois ou mais contextos e que evoca as diferenças e dificuldades das relações entre os mesmos. Entretanto, além da ideia da separação, a autora também aponta que as fronteiras representam um ponto de contato entre contextos diferentes, dividindo e conectando espaços sociais. Assim, dada a sua natureza ambivalente, o estudo dos encontros presentes na fronteira aparece como uma possibilidade para a compreensão da continuidade/descontinuidade que é intrínseca ao movimento entre os contextos sociais (Marsico, 2011).

A partir da concepção da psicologia cultural, as noções de fronteiras se ampliam e ganham, conceitualmente, os contornos de um processo semiótico, sendo concebidas como subprodutos culturais estabelecidos continuamente a partir das relações arbitrárias entre a pessoa, o outro e o mundo. Como subprodutos, entretanto, ao serem mantidas e socialmente naturalizadas, as fronteiras adquirem a capacidade de também regular tais relações e o próprio funcionamento psicológico dos seres humanos, posto que estabelecem hierarquias que passam a servir como parâmetros para os seus comportamentos, pensamentos e sentimentos. Trata-se de um processo que é, assim, constantemente negociado, sendo, portanto, um palco interessante para o estudo das vicissitudes humanas (Marsico, 2015).

Uma vez que a proposta desse estudo pretende se debruçar sobre a experiência de maternidade e filialidade, considerando que esta vivência se constitui e é perpassada continuamente por diversas instituições sociais e esferas de experiências, o conceito de fronteiras, tal como descrito, apresentou-se útil como uma ferramenta para a análise. Mais

11 Algumas dinâmicas psicológicas e as trocas entre os contextos de vida em que o desenvolvimento ocorre (tradução livre)

12 Teoria que combina os aportes da mereologia e da topologia e que se dedica ao estudo das relações entre as partes e o todo.

especificamente, destaca-se o interesse pela compreensão das fronteiras existentes entre as crianças e as suas mães e entre esses participantes e as instituições de proteção social, dentre as quais ressalta-se a importância dos Centros de Atenção Psicossocial.

3.4. Rupturas e transições no curso da vida

De modo geral, as pessoas se encontram inseridas em um campo cultural que lhes fornece significados simbólicos capazes de dar sentido tanto ao que ocorre, quanto às suas relações interpessoais, estabelecendo certa continuidade para a experiência humana (Zittoun, Duveen, Gillespie, Iverson, Psaltis, 2003). Entretanto, o curso da vida pode ser caracterizado não apenas pelo progressivo estabelecimento de regularidades e continuidades, mas, principalmente, pelos momentos de mudança nos quais essas continuidades são interrompidas. Essas mudanças, de acordo com Zittoun (2012), podem ocorrer em três níveis diferentes.

No primeiro nível, encaixar-se-iam as mudanças transitivas dos sistemas abertos que acontecem de modo quase circular, a exemplo dos hábitos cotidianos de alimentar-se e das rotinas diárias de autocuidado referentes à higiene pessoal. Já no segundo nível, haveria a mudança de determinados conteúdos, mas, com a manutenção da estrutura geral do sistema. A autora cita, como exemplo de uma mudança no segundo nível, a história de um casal que costumava dialogar sobre livros lidos em comum e que, a partir de um determinado momento, passa a dialogar sobre filmes e novelas. Por fim, no terceiro nível, estariam as mudanças que resultam em formações totalmente inovadoras, a partir das quais o sistema se vê impossibilitado de voltar à estrutura anterior. Essas mudanças, ditas intransitivas, exigiriam um processo real de ressignificação e reelaboração das relações que a pessoa estabelece com o mundo, podendo ser impostas ou deliberadamente provocadas por fatores que podem ser tanto internos, quanto externos. Tais momentos são conceituados, por Zittoun (2009), como *rupturas* e se mostram úteis para os estudos em psicologia por demandarem, dos sujeitos, a construção de novas condutas e se constituírem como laboratórios naturais para a investigação das mudanças nas trajetórias de vida das pessoas.

Zittoun (2009) também concebe as rupturas como *pontos de bifurcação* e afirma que é a partir dos pontos de bifurcação que alguns caminhos são abertos e o indivíduo opta por se engajar numa determinada direção ou em outra. Nas situações de ruptura, tem-

se assinalada, então, a interrupção nos costumeiros modos progressivos de ajustamento (Zittoun, 2011) e a necessidade do estabelecimento de novas dinâmicas, novas ideias e formas de agir e pensar (Zittoun, 2009). Mais especificamente, Zittoun (2012) descreve que as rupturas podem levar os sujeitos à (re)definição da própria identidade, à aprendizagem de novas habilidades (ou novos modos para compreender as situações) e à construção de novos sentidos.

Os processos através dos quais as respostas aos momentos de ruptura são produzidas, por sua vez, são denominadas *transições* (Zittoun, 2009). A autora as define como processos de mudanças catalisadoras que objetivam a construção de um novo encaixe sustentável entre a pessoa e o ambiente, capaz de restaurar o seu senso de continuidade e integridade. Neste movimento, a construção de novos significados se torna uma atividade fundamental, fazendo com que a pessoa mobilize recursos, tanto da cultura pessoal, quanto da cultura coletiva. Zittoun (2012) afirma que esses recursos facilitam os processos imaginativos, os quais permitem que a pessoa considere opções alternativas, reconsidere as narrativas passadas e abra novas direções para os futuros possíveis. A autora também menciona que os recursos podem envolver: (1) as **estruturas institucionais** – contextos sociais criados para facilitar os processos de transição ao longo da vida; (2) **as relações interpessoais** – configuradas como um espaço protegido para compartilhar vivências e que permite o distanciamento da experiência; (3) **os elementos culturais** – os quais demandam uma experiência imaginada e fornecem significados para transformar as experiências pessoais e (4) **a própria capacidade que o sujeito apresenta para se engajar em uma atividade auto reflexiva**. Assim, as transições podem ser concebidas como uma ocasião para o desenvolvimento de novas formações simbólicas, capazes de fornecer um ajustamento melhor a uma dada situação simbólica ou material, ao mesmo tempo em que protegem o sentido de *self* do indivíduo (Zittoun et al, 2003).

Entretanto, Zittoun (2012) refere ser necessário considerar que essa capacidade é mediada tanto pelas orientações e limites dados pelo contexto biopsicossocial, como pela construção de significados e pelo entendimento que cada indivíduo tem do seu mundo cultural. Considerando os modos através dos quais o sujeito e o “social” interagem, a autora sugere que estes se dão a partir de cinco modalidades. Nessas, a autora considera que (1) o social e o cultural compõem a mente das pessoas e que (2) ao interagir com outros sujeitos, a pessoa constrói o mundo social, caracterizado como uma perspectiva

coordenada de troca de significados simbólicos. Afirma também que (3) nas ocasiões em que a pessoa interage ou cria um artefato, ela está interagindo com um objeto simbólico inserido no mundo dos objetos compartilhados do grupo social e que (4) as esferas de experiência nas quais as pessoas se inserem são estruturadas de acordo com regras que são definidas socialmente. O social e o cultural, assim, (5) aparecem como domínios cujas fronteiras são interpenetradas.

De acordo com Zittoun (2015), o termo “esfera de experiência” foi cunhado para compor um conjunto de noções capaz de facilitar o mapeamento das trajetórias humanas. Assim, define que cada local ou atividade em que a pessoa se engaja rotineiramente constitui-se como uma esfera. Acrescenta, ainda, que cada esfera de experiência demanda certas atividades, tem certos objetivos e tonalidades afetivas próprias, podendo ser conceitualmente definida como uma “configuration of experiences, activities, representations and feelings, recurrently occurring in a given type of social (material and symbolic) setting”¹³ (p. 4). Constituem-se exemplos ilustrativos de esferas de experiência o contexto de relacionamento entre pares, os momentos de refeição que se dão nas famílias, entre outros. Conforme Zittoun (2015) explica, “we know when we are in a “known” sphere of experience, because we know what we have to do, who we are, and how to interact with others¹⁴” (p. 4). Valsiner (2009) descreve que, nos momentos de ruptura, entendidas como mudanças intransitivas, haveria, então, a dissolução de algumas esferas da experiência e a necessidade de construção de novas.

Zittoun (2012) refere que parece ser mais difícil, para os indivíduos, engajarem-se num processo de transição que deriva de uma situação não normativa, do que de uma ruptura normativa. Isso porque, em situações normativas (como a saída da faculdade para o mercado de trabalho), é possível que o sujeito encontre uma rede maior de suporte e aceitação social, facilitando o processo de mudança no qual o mesmo está engajado. A autora também ressalta que as rupturas socialmente observáveis nem sempre são sentidas pelos sujeitos como tal, e que, ao contrário, os sujeitos também podem se engajar em

¹³ Configuração de experiências, atividades, representações e sentimentos, que ocorrem de modo recorrente em um dado tipo de contexto social (material e simbólico). (Tradução livre da autora)

¹⁴ Nós sabemos quando estamos em uma esfera de experiência conhecida porque sabemos o que devemos fazer, quem nós somos e como devemos interagir com os outros. (Tradução livre da autora)

transições diante de rupturas não observáveis, a exemplo do desenvolvimento de uma nova autoconsciência.

Entretanto, é interessante notar que, apesar da relevância dada à ocorrência das rupturas, não parece haver, na perspectiva de Zittoun (2003, 2012), o ideal de uma trajetória estável, em homeostase, como uma condição que favoreceria o desenvolvimento saudável dos indivíduos. Isto se evidencia, especialmente, quando a autora atribui, aos indivíduos, a sua capacidade de compor e passar por processos transitivos. Desse modo, estando alinhada à perspectiva que considera os seres humanos como sistemas abertos, dada a sua interação constante com o meio ambiente, a autora parece se aproximar do que Tateo e Marsico (2017) propõem com a noção de tensegridade. De acordo com os autores, o *self* deve ser compreendido como “a dynamic semiotic system in constant evolutive tension, rather than a system in equilibrium adapting to the environmental changing conditions”¹⁵ (p.536). Desse modo, referem ser mais apropriado o uso do conceito de “integridade tensional” (tesengridade), em lugar do de estabilidade. Em suas próprias palavras, referem que:

The psyche should understood in terms of a tensegrity system: that is, a system in which the organizing principle is not equilibrium and homeostasis rather dynamic tension. In this kind of system, endogenous and exogenous forces, tension and compression are at work to create a state of tensegrity (Tateo and Marsico 2013) in which the organism’s integrity is based on a state of constant dynamic pre-tension that ensures both flexibility and stability over time. What becomes relevant is then the future state that the system is striving for. Identity is conceived as movement, thus change cannot affect its integrity. Such a kind of system can perfectly deal with ambivalence and tension (p.538).

Segundo Carter e McGoldrick (1995), a transição para a maternidade se configura, para as famílias nucleares e estendidas, como um dos mais profundos e significativos desafios do curso da vida familiar. Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008) relatam que, neste período, caracterizado como uma experiência única e intensa, são vivenciadas mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais importantes, as quais influenciam

¹⁵ Um sistema semiótico dinâmico em constante tensão evolutiva mais do que um sistema em equilíbrio que se adapta às mudanças ambientais. (Tradução livre)

a dinâmica intrapessoal e interpessoal da mulher, podendo ocasionar conflitos psíquicos e, conseqüentemente, transformações da sua identidade.

O desenvolvimento, pelas mães, de transtornos mentais que apresentem sintomas psicóticos, entretanto, seja por sua natureza, seja pelo estigma que acompanha os transtornos mentais, seja pelos poucos recursos de proteção social que são disponibilizados, apresenta grande potencial para complexificar ainda mais esta ruptura. A seguir, serão feitas considerações acerca da maternidade, a fim de delimitá-la como um construto social, mais do que como uma fase natural biologicamente determinada.

3.5. Maternidade como construção semiótica social

A maternidade pode ser compreendida como uma construção psicológica e sociocultural complexa e dinâmica (Zittoun, 2015), cujos significados alteram-se ao longo do tempo e entre gerações, (Bastos, Santos, Meneses & Araujo, 2015). De maneira semelhante, Sampaio, Souza e Silva (2008) afirmam que a prática materna valorizada deve ser compreendida não como uma suposta determinação biológica para o desejo e bom desempenho da maternidade, mas como um fenômeno que deve ser situado em um contexto sociocultural específico, no qual circula e dialoga com tantas outras representações sociais, tais como as de família, de mulher e de criança.

A maternidade se configura como um fenômeno bastante afetado pelo controle social (Abbey, 2011). Isto porque os grupos políticos, as instituições educacionais, os grupos religiosos e as corporações costumam estabelecer prescrições sobre como a vida das mulheres deve ser, visando a regulação dos seus pensamentos, sentimentos e ações. De acordo com a autora, o estabelecimento de rótulos padronizados sobre a maternidade serviria a essa tentativa de controle, uma vez que possibilitam a construção de fronteiras carregadas de valor em torno da maternidade e, conseqüentemente, de uma categoria simbólica homogênea que mascara a variabilidade intersubjetiva da experiência de ser mãe.

Bastos, Santos, Meneses e Araújo (2015) referem que a experiência de ser mãe ainda permanece estudada de maneira insuficiente na literatura, sendo compreendida, de modo geral, através do senso comum. As autoras denunciam que, quando introduzida nos estudos, a maternidade aparece frequentemente subordinada às questões referentes ao

bem-estar da criança. Propõem que uma outra forma de se conceber a maternidade se daria a partir da compreensão da mesma como um signo hipergeneralizado, que se situa nos níveis mais abstratos da hierarquia semiótica, na qual a experiência humana é estruturada. Dito de outra forma, a maternidade apareceria como um signo tipo campo que emerge das tensões entre os domínios do *self* e que se abre para novas relações envolvendo o pensamento, a ação e o afeto das pessoas.

Considerando o processo histórico de construção dos significados de maternidade, Badinter (1985) aponta que as altas taxas de mortalidade das crianças, no século XVIII, promoveram uma maior aproximação da criança ao seio familiar e também a construção de um movimento social que visava a formulação de um novo papel social para a mãe. Desse modo, tendo-se em vista a promoção do cuidado e a reversão desses índices de mortalidade, a sociedade teria passado a estimular o estabelecimento de uma relação mais íntima e afetiva entre as mães e a sua prole, caracterizada, entre outros, pelo “carinho” e pelo suposto “*status maternal*”.

Bell (2006), por sua vez, aponta que a visão dominante norte-americana da maternidade, ao longo do século XX, também colocou sobre a mulher a responsabilidade quase exclusiva pelos cuidados da criança, e sobre a criança, a necessidade de ser cuidada por sua mãe biológica. Essa visão foi denominada por Hays (1996, citado por Bell, 2006) como “ideologia da maternidade intensiva”. Nesta, a mãe aparece como alguém que está exclusivamente centrada na criança, numa relação contínua e de forte envolvimento emocional, marcada pelo seu auto sacrifício em função dos cuidados que a mesma deveria fornecer ao seu filho. Além dos cuidados mais básicos, como a alimentação da criança, atribuiu-se também, às mães, a responsabilidade por moldar os adultos que os seus filhos viriam a ser. Entretanto, Bell (2006) ressalta que, em alguns casos, as habilidades maternas para administrar esses percursos podem ser frágeis, o que acaba resultando em trajetórias menos previsíveis.

Segundo Zittoun (2015a), as fronteiras da maternidade podem ser questionadas quando se exploram os casos não normativos, os quais, muitas vezes, são silenciados em nome das narrativas normativas que colocam o estereótipo da mulher grávida e feliz. A autora afirma que as experiências não normativas de maternidade podem ser vividas com muita dificuldade, ligadas tanto aos cuidados específicos direcionados ao bebê, quanto a situações de vulnerabilidade social. Falando especificamente sobre os casos das mulheres

brasileiras que vivem em situação de vulnerabilidade, Zittoun (2015a) afirma que é preciso admitir que as suas vidas podem ser bastante limitadas, ou que elas podem se ver diante de poucas opções. Tais limites, segundo a autora, podem se configurar tanto como de **ordem material** (a exemplo das mulheres que vivem em ambientes violentos, nos quais os seus filhos podem ser mortos, ou em que os seus parceiros podem ser fisicamente agressivos), quanto de **ordem social** (restrição de acesso ao trabalho e à educação) e **simbólica** (sentir que não podem revelar desejos como os de não serem mães ou de não amamentar a sua prole). Entretanto, a autora reconhece que, mesmo diante desses contextos disruptivos, algumas mulheres conseguem desenvolver estratégias pessoais de resistência, as quais podem ser capazes de abrir novas possíveis rotas desenvolvimentais.

A maternidade vivida por mulheres que apresentam transtornos mentais severos, tal como foi relatado ao longo da revisão de literatura, pode apresentar contornos bastante disruptivos, a começar pelo fato de ela ser, em nossa sociedade, ao mesmo tempo, incentivada como uma experiência feminina fundamental e concebida como uma experiência impossível para certos grupos de mulheres.

Em relação ao primeiro aspecto, Chaves (2011) afirma que a maternidade tem sido concebida como algo que compõe o que denomina como “script padrão de vida”. A autora refere que, embora esse *script* venha sendo tensionado por uma série de eventos sociais, a exemplo do advento da pílula anticoncepcional, dos movimentos feministas e da participação das mulheres no mercado de trabalho, ele continua a orientar as expectativas sociais em torno das mulheres. Neste contexto, a opção de mulheres saudáveis por não ter filhos pode chegar a ser caracterizada como um elemento de anormalidade psíquica, de desvio cultural ou mesmo de incapacidade das políticas públicas direcionadas à família.

Entretanto, apesar desta forte orientação simbólica, para as mulheres que apresentam diagnósticos psiquiátricos, especialmente para as que apresentam sintomas psicóticos, a possibilidade de serem mães tem se configurado, socialmente, como uma experiência negada (Carteado, 2008) ou que, necessariamente, será corrompida, uma vez que é considerada como uma condição de potencial risco para as próprias mulheres e, especialmente, para as suas crianças.

Além destes fatores, Brunette e Dean (2002) afirmam que as mulheres em sofrimento psíquico, quando mães, podem ter problemas relacionados aos seus sintomas, à falta de conhecimentos e habilidades e à falta de suporte social. Os autores afirmam, ainda, que elas podem precisar de serviços de cuidado intensivo para que consigam manejar os seus sintomas e possam exercer a maternidade da melhor forma possível.

Em um estudo dedicado a compreender as “facetas gendradas do sofrimento psíquico” (p.238), Zanello, Fiuza e Costa (2015) entrevistaram 7 usuárias e 8 usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de Brasília. As falas produzidas pelos participantes, segundo os autores, ratificam que a experiência de sofrimento psíquico se mostra diferente entre homens e mulheres. Entre eles, sobressaíram as queixas relacionadas à incapacidade laborativa e à dificuldade em exercer a sexualidade de modo mais ativo. Já entre elas, as queixas circularam entre a dificuldade que têm em maternar e manter as atividades domésticas, bem como entre o sofrimento pelo ganho de peso frente ao ideal estético atribuído às mulheres e o silenciamento imposto pela sociedade em relação às suas queixas. Ao se deterem especificamente sobre o exercício da maternidade, os autores ressaltaram, tal qual a literatura revisada, que esta experiência foi relatada, pelas mulheres, tanto em seus aspectos negativos, quanto em seus aspectos positivos. Dentre os negativos, os autores destacam: a abnegação completa de si mesma, a culpa que sentem quando não se percebem como boas mães ou quando seus filhos fracassam de algum modo, o sofrimento relacionado ao não reconhecimento afetivo de seus filhos, a associação entre as tarefas domésticas e as maternas e a vivência de uma maternidade solitária frente à escassez de suporte social e à ausência dos pais. Já entre os positivos, foram elencadas a possibilidade de realização pessoal e a ancoragem identitária que a maternidade oferece, especialmente quando os seus filhos alcançam sucesso em suas trajetórias.

Considerando, entre outros aspectos, a situação precária da Rede de Atenção Psicossocial do município de Salvador e os estigmas sociais que ainda acompanham a experiência do sofrimento psíquico, faz-se mister compreender como o contexto culturalmente estruturado canaliza as significações sobre a experiência de ser mãe dessas mulheres.

De acordo com Mattos (2013), os seres humanos se encontram em um constante processo de devir. Isto porque, “as funções psicológicas operam justamente nesse limiar

entre o que *é/está* agora (*COMO-É*) e vários estados de *vir-a-ser*, projetando-nos na direção de futuros possíveis” (p. 158). Considerando as nuances deste processo, a autora propõe, então, o conceito de “antecipação afetiva do futuro”, fazendo referência à orientação das “formas pelas quais um novo presente pode emergir, a partir do confronto com diferentes formas de *vir-a-ser* (como-*poderia-ser*, como-*deveria-ser*, como-*não-deveria-ser* etc.)” (p. 158). Assim, pode-se depreender a importância de se considerar os mecanismos de antecipação social que operam de maneira sistêmica e probabilística sobre a canalização da experiência da maternidade (“como deveria ser”), bem como os processos através dos quais as mães internalizam e externalizam as orientações culturais.

Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008) apontam que a constituição da maternidade não se restringe ao período que se inicia após a concepção da criança, mas deriva da história que inclui “as primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita” (p. 64). Além desses fatores, os autores também citam os aspectos transgeracionais e culturais referentes às questões de gênero, que compõem as expectativas sociais relativas aos papéis destinados às mulheres, na família e na sociedade.

Ao se debruçar sobre os processos relacionados ao “tornar-se mãe e tornar-se pai”, Zorning (2010) dialoga com as teorias psicanalíticas para afirmar que a parentalidade se constitui a partir da história pregressa dos pais, a qual pode ser atualizada a partir do seu encontro com o bebê. A autora afirma que a experiência de ter um filho evoca as fantasias que os pais trazem de suas próprias infâncias e do cuidado que puderam ter. Neste caso, as representações que as mulheres trazem de suas próprias mães e a forma como as organizam em suas narrativas são considerados como fatores importantes para o desenvolvimento da relação de apego entre elas e o seus bebês. A autora ressalta ainda o papel ativo que os filhos desempenham neste processo, visto que as suas respostas acabam modelando as possibilidades de parentalidade que lhe são oferecidas. Para além da esfera materna, Zorning (2010) aponta, também, que o nascimento de filho implica em alterações importantes na relação de conjugalidade e que uma relação mais estável e suportiva pode ser um fator protetivo para o desenvolvimento familiar.

Ao analisar as representações sociais de maternidade para crianças em idade escolar e de classe média alta, Sampaio, Souza e Silva (2008) descreveram que as crianças

expressam essas representações através do relato de situações cotidianas e de experiências concretas relacionadas às suas mães. O amor da mãe e a abnegação em prol da dedicação total ao filho, segundo as autoras, compuseram o núcleo central da representação social de maternidade. Já as noções de carinho, compreensão e dedicação vinculados ao amor materno, por sua vez, foram sugeridas como elementos periféricos da representação. Embora seja possível encontrar estudos como esse, especialmente relevantes por estarem interessados na visão que as próprias crianças apresentam com relação à maternidade, não foram encontradas pesquisas que se dediquem a refletir sobre os significados e representações sociais com relação à experiência de ser filho. Sugere-se, então, que o termo “filialidade” possa indicar caminhos para a compreensão da experiência da criança com relação ao lugar que, enquanto filha, ocupa nas dinâmicas familiares.

Interessa-nos, assim, compreender as esferas da experiência, as rupturas e os processos transitivos que compõem, tanto para as mães em sofrimento psíquico, quanto para os seus filhos, a experiência de maternidade e de filialidade.

3.6. Itinerários Terapêuticos

O diagnóstico de um transtorno mental severo e persistente, na maioria dos casos, pressupõe um acompanhamento contínuo por parte dos sistemas de saúde, tanto nos momentos agudos de crise, quanto na manutenção e prevenção de novas recidivas. Deste modo, muitas vezes, o cotidiano das mulheres diagnosticadas acaba por ser perpassado pelas instituições de saúde, bem como por uma série de outras estratégias e percursos de cuidado que possam ser traçados. Os filhos dessas mulheres, especialmente quando crianças, acabam podendo ser afetados por esses percursos, uma vez que acompanham suas mães, ora como membros da rede familiar e coadjuvantes no processo, ora como personagens principais aos quais se destina uma ampla gama de ações de proteção - seja da esfera da saúde, seja da esfera jurídica - em virtude da sua condição especial de sujeitos em fase de desenvolvimento.

Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade e Cherchiglia (2011) sugerem que os caminhos percorridos pelas pessoas na busca por cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com os fluxos pré-determinados de saúde. Isto porque as escolhas que os indivíduos fazem, ao longo das suas trajetórias, derivam tanto das suas

construções subjetivas individuais, quanto das construções coletivas estabelecidas sob influência de uma série de fatores contextuais.

Na literatura socioantropológica, os itinerários terapêuticos aparecem descritos como percursos que são

Constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.) (Martinez, 2006, citado por Cabral et al, 2011, p. 443)

Mais sinteticamente, Trad (2015) afirma que o termo itinerário terapêutico faz jus aos caminhos percorridos pelos indivíduos ou grupos na busca de ajuda frente às situações de aflição ou adoecimento. Dentre os elementos que podem ser distinguidos no processo de análise, a autora elenca: os processos de escolha (seja por instâncias institucionalizadas, seja por instâncias informais), as experiências de interação com os serviços acionados e a avaliação que o indivíduo faz em termos (1) das experiências e repercussões que derivam da adesão aos tratamentos indicados e (2) do nível de vinculação subjetiva com os serviços acionados.

Em estudo destinado a conhecer as estratégias utilizadas pelos sujeitos no enfrentamento dos seus problemas de saúde mental, Mângia e Yasutaki (2008) fizeram uso deste conceito, destacando os itinerários terapêuticos como uma cadeia de eventos que correspondem aos planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento de uma aflição. Para cumprir o objetivo proposto, as autoras observaram o cotidiano e colheram a narrativa de quatro usuários de um Núcleo de Atenção Psicossocial do município de Santo André/SP, bem como de pessoas que compõem as redes sociais destes usuários. Dentre os objetivos específicos da pesquisa, encontrava-se o interesse em (1) compreender de que forma a enfermidade se incorpora no cotidiano dos sujeitos e em suas redes sociais. (2) identificar as agências de apoio buscadas e a participação dos serviços de saúde mental e (3) identificar aspectos que contribuem para o tratamento.

Com relação ao primeiro tópico, Mângia e Yasutaki (2008) ressaltam que o adoecimento psíquico tem implicado uma série de rupturas ao longo da trajetória dos sujeitos, caracterizadas pelo abandono tanto das atividades cotidianas, quanto dos papéis sociais anteriormente cumpridos e pelo rompimento de vínculos afetivos. Dentre esses

vínculos rompidos, as autoras citam os casos das pessoas que possuem filhos e que relatam grande sofrimento frente às restrições que enfrentam com relação aos seus papéis parentais. Essas rupturas, muitas vezes, acabam resultando em um processo progressivo de isolamento doméstico e perda do sentido de vida.

As autoras referem que a rede social mais próxima dos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico - a qual nem sempre coincide com a rede de familiares, podendo incluir vizinhos, colegas de trabalho, entre outros – geralmente é reconhecida como um ponto de referência de apoio para o sujeito frente às suas manifestações da enfermidade, recaindo, sobre ela, as decisões a serem tomadas nos momentos de crise. Entretanto, Mângia e Yasutaki (2008) afirmam que, com o passar do tempo, as pessoas que compõem essa rede acabam se sentindo sobrecarregadas, relatando perdas e prejuízos associados, especialmente, às situações em que a dependência do usuário recai preponderantemente sobre apenas um indivíduo. Há de se ter atenção, nesses casos, para as possibilidades de a rede social se apresentar não apenas no sentido “positivo” de apoio, mas também como um polo de situações de conflito em que a presença do estigma relacionado à loucura se faz presente.

Ainda em relação ao primeiro quesito, as autoras destacam que a chegada aos serviços de saúde mental é capaz de se configurar como a maior ruptura nas atividades cotidianas dos sujeitos. De acordo com as mesmas,

Isso ocorre pela tendência dos serviços em totalizarem a vida da pessoa, seja por meio de internações, seja pelos longos períodos em tratamento nos serviços abertos. Ao privarem a pessoa de exercer seus papéis sociais que conferem sentido à vida por conectá-la ao mundo, os serviços acabam por produzir um efeito oposto ao esperado pelo processo de promoção em saúde. Os longos períodos de tratamento, reforçados pelo uso indiscriminado de fármacos utilizados no controle dos sintomas, parecem extinguir a vitalidade dos sujeitos. Se a enfermidade já é vivida como a perda de um lugar, os serviços de saúde, muitas vezes, intensificam o desenraizamento do indivíduo (Mângia & Yasutaki, 2008, p.66).

No que se refere ao segundo tópico (as agências de apoio buscadas e a participação dos serviços de saúde mental), Mângia e Yasutaki (2008) afirmam, tal como já foi dito anteriormente, que os familiares, vizinhos e colegas são frequentemente os primeiros grupos acessados no sentido de auxiliar a construção de estratégias para lidar com o sofrimento psíquico. As pesquisadoras revelam que, junto aos sujeitos que apresentam o sofrimento psíquico, estes compartilham percepções negativas sobre a hospitalização

psiquiátrica, uma vez que a percebem caracterizada pelo abandono e pela violência das relações entre profissionais e usuários, chegando a ser considerada, inclusive, como causadora dos transtornos mentais. A hospitalidade noturna fornecida pelos serviços substitutivos, nestes casos, aparece ressaltada como uma possibilidade de sustentação de um cotidiano longe das instituições com características asilares, mesmo nos momentos mais tensos de crise. Vale sublinhar que os serviços substitutivos foram avaliados como um lugar de cuidado, de escuta e capazes de fornecer atenção às esferas material, afetiva e social das pessoas.

Além dos serviços substitutivos de saúde, inserem-se, no itinerário terapêutico percorrido por esses sujeitos, instituições que se ocupam em promover apoio social e alternativas de trabalho para os usuários de saúde mental, além das instituições religiosas. A pouca apropriação da saúde enquanto um direito humano assegurado em constituição e o baixo nível de informação sobre as novas diretrizes para o tratamento em saúde mental são colocados, ao final deste tópico, como pontos de fragilidade nos discursos dos participantes da pesquisa. Isto porque, em alguns momentos, os sujeitos colocam os hospitais psiquiátricos como instituições capazes de dar conta dos casos mais “graves” e os serviços substitutivos como instituições para cuidar dos casos “leves”. Caberia, neste caso, aos serviços de saúde, o desenvolvimento de estratégias capazes de sensibilizar e orientar melhor a população com relação aos seus direitos e à lógica das práticas atuais em saúde mental (Mângia & Yasutaki, 2008).

Adentrando o tópico dos aspectos que contribuem para o tratamento, as autoras referem que os serviços de saúde podem desempenhar tarefas importantes, como a mediação dos conflitos que possam ocorrer na rede social próxima dos sujeitos em sofrimento psíquico, auxiliando-os no manejo das suas relações e os protegendo dos efeitos negativos que os momentos de crise possam ter sobre o seu desenvolvimento. Ressaltam, ainda, a importância de os serviços promoverem a pluralização do campo relacional dos usuários de saúde mental, uma vez que as possibilidades de construção de relações e de trocas significativas com o meio social são colocadas como fator de melhora para esses sujeitos.

Sobre os fatores que podem dificultar o tratamento, além dos que já foram citados nas dimensões anteriores de análise, Mângia e Yasutaki (2008) acrescentam a dificuldade que se tem para encontrar uma pessoa da rede social, próxima aos sujeitos em sofrimento

psíquico, que se responsabilize pela administração da medicação. Destacam, por outro lado, os efeitos iatrogênicos das medicações que podem incidir sobre os sujeitos - anedonia, sonolência, prejuízos sobre funções cognitivas como a memória e a concentração, dificuldades relacionadas à coordenação motora, entre outros - anulando suas subjetividades. As autoras concluem o estudo ressaltando a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais no campo da saúde mental, reafirmando o conceito de itinerário terapêutico como uma ferramenta teórica útil para compreender esses contextos.

No âmbito local, Carvalho (2015) realizou um estudo qualitativo com o objetivo de compreender como as famílias soteropolitanas têm realizado o cuidado ao sujeito com sofrimento mental, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A autora utilizou-se do conceito referente aos “itinerários terapêuticos” e da antropologia interpretativa de Clifford Geertz para analisar as entrevistas feitas com 11 familiares, selecionados a partir da sua inserção em um Centro de Atenção Psicossocial do município. De acordo com a pesquisadora, os familiares apresentaram compreensões, acerca da loucura, compatíveis com o estigma social que é destinado à mesma, o que acabava por resultar em práticas de omissão e afastamento da pessoa com sofrimento psíquico do convívio social. Entretanto, Carvalho (2015) também apontou que algumas famílias demonstraram grande potencial para a transformação da sua realidade, sendo capazes de enfrentar as dificuldades que os transtornos psíquicos trazem para os seus lares. Com relação à rede de cuidados disponível, a autora afirmou ser esta bastante reduzida, estando limitada aos serviços como os dos Centros de Atenção Psicossocial e dos Hospitais Psiquiátricos. As instituições religiosas, a família extensiva e o apoio social comunitário apareceram como recursos recorrentemente acionados pelos participantes, sendo o apoio comunitário expresso, muitas vezes, pela participação dos vizinhos no agenciamento do cuidado.

Segundo Trad (2015),

em um contexto onde confluem a pluralidade de modelos interpretativos sobre saúde-doença, a profusão de ofertas terapêuticas e desigualdades nas condições de vida e de acesso à rede de serviços de saúde, é mais plausível encontrar itinerários terapêuticos marcados pela descontinuidade, maleabilidade nos processos de adesão e pelo sincretismo em termos das suas escolhas (pp. 61-62).

Considerando que essas são características presentes no contexto de tratamento em saúde mental no município de Salvador, cuja rede de serviços de saúde oferecida apresenta-se escassa e fragilizada, supõe-se que a análise dos itinerários terapêuticos, percorridos pelos sujeitos que apresentam intenso sofrimento psíquico, pode ser capaz de fornecer elementos importantes para a caracterização da sua experiência pessoal.

Entretanto, além dos itinerários terapêuticos, interessa-nos também reconhecer os “itinerários jurídicos” que as mães em sofrimento psíquico e os seus filhos percorrem, haja vista que, tal como a literatura refere, estes sujeitos estão frequentemente envolvidos com as agências de proteção social. Os itinerários jurídicos são definidos aqui, portanto, como a trajetória entre os caminhos procedimentais (realizado na esfera extrajudicial) e processuais (envolvendo a esfera judiciária) que esses indivíduos cumprem, interessando-nos compreender os significados que atribuem aos mesmos, incluindo a avaliação que fazem destes percursos, e os modos como estes se integram na composição das suas experiências.

3.7 Vulnerabilidade e proteção social

Como já foi dito anteriormente, o presente estudo se propõe a compreender a experiência pessoal de maternidade e filialidade de mães que apresentam sofrimento psíquico e dos seus filhos. Uma vez que se compreende que esta experiência envolve as ações, pensamentos e sentimentos que essas pessoas apresentam e que estão situados em um contexto específico, faz-se mister a consideração de conceitos que possam permitir uma análise dos aspectos sociais que compõem a realidade dessas pessoas.

O cotidiano em que vivem os sujeitos que apresentam transtornos mentais severos e persistentes, especialmente no município de Salvador, aparece marcado por uma série de elementos que, aparentemente, permitem descrevê-lo como um cenário de possível “vulnerabilidade social” e de escassez de recursos de “proteção social”. Desta forma, será realizado, aqui, um esforço para situar brevemente esses dois conceitos, referenciando teoricamente os modos através dos quais eles são reconhecidos.

Abramovay et al. (2002) afirmam que as aproximações analíticas acerca da vulnerabilidade social são recentes e advém das reflexões em torno das limitações dos estudos sobre a pobreza e dos escassos resultados das políticas a ela associadas. Os

autores referem que o conceito de pobreza não foi capaz de dar conta das complexas raízes do fenômeno, uma vez que se reduzia à análise de indicadores de renda e de insatisfação das necessidades básicas. Considerando tais aspectos, o conceito de vulnerabilidade social passou a ser proposto como uma possibilidade de abordar, de forma mais integral, não somente o fenômeno da pobreza, mas as diversas modalidades de desvantagem social, reconhecendo o bem-estar social como um fenômeno dinâmico e que se associa a diversos fatores e dimensões.

Neste trabalho, a vulnerabilidade social é compreendida, então, como o balanço negativo entre “a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que proveem do Estado, do mercado e da sociedade” (Abramovay et al., 2002, p. 29). Os autores ressaltam que este enfoque faz referência a três elementos que conformam a situação de vulnerabilidade social: (1) a posse ou o controle dos recursos materiais ou simbólicos que permitem o desenvolvimento dos sujeitos em sociedade; (2) as oportunidades dadas pelo mercado, pelo Estado e pela sociedade, as quais se vinculam com o nível de bem-estar a que os indivíduos podem ascender, a partir do uso eficiente dos recursos; (3) as estratégias que os sujeitos constroem em torno do seu conjunto de ativos, na tentativa de lidar com as mudanças estruturais de um dado contexto social.

A vulnerabilidade social estaria, assim, circunscrita às situações em que a dinâmica das “características, recursos e habilidades inerentes a um dado grupo social se revelam insuficientes, inadequados ou difíceis para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade” (Abramovay et al., 2002, p.30), podendo resultar, como consequência, na propensão à modalidade descendente desses atores e no desenvolvimento de sentimentos de incerteza e insegurança. De maneira parecida, Kartzman (2000) define a vulnerabilidade social como

la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro. Como el desaprovechamiento de oportunidades implica un debilitamiento del proceso de acumulación de activos, las situaciones de vulnerabilidad suelen desencadenar sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo (p. 281).

Salienta-se, entretanto, que não compreendemos a vulnerabilidade como uma incapacidade própria da pessoa, mas como uma característica que se conforma a partir de sua interação com um contexto de desamparo.

As fragilidades dos mecanismos de proteção social têm sido assumidas como uma das fontes mais significativas de produção de vulnerabilidade social. Di Giovanni (2008)¹⁶ compreende os sistemas de proteção social como as formas mais ou menos institucionalizadas que as sociedades criam para proteger parte ou o conjunto dos seus membros. De acordo com o autor, este processo envolve a redistribuição tanto de bens materiais, quanto de bens culturais, os quais demonstram ser capazes de permitir, às pessoas, a sua integração na vida social. As normas que irão pautar os modos como esses recursos serão redistribuídos, segundo o pesquisador, se diferenciam entre as culturas, embora sempre incluam uma dimensão relacionada ao poder e sigam critérios de alocação baseados em três modalidades distintas, mas não excludentes. São elas: a tradição, as trocas e a autoridade.

A modalidade da tradição se refere às práticas exercidas pela família, pela comunidade ou por instituições religiosas e se pautam em um conjunto de valores caracterizado pela caridade, fraternidade e solidariedade. A modalidade da troca, por sua vez, faz jus ao conjunto de práticas econômicas que se realizam tanto face a face, quanto através da impessoalidade das forças do mercado. Por fim, a modalidade da autoridade se refere à forma política de alocação, organizada, no mundo moderno, através da presença do Estado como gestor, regulador e produtor dessas relações. Mais especificamente, Di Giovanni (2008) relata que a proteção social exercida pelo Estado é socialmente assumida como uma função do poder público e que se concretiza, institucionalmente, por meio da proposição de políticas públicas que visem a execução de medidas de caráter prescritivo, normativo e operativo, elegendo e discriminando escolhas, objetivos e grupos de destino, sempre através de um complexo relacionamento com outros agentes e forças envolvidas.

De acordo com Trad (2013), o Brasil tem buscado investir tanto no campo da assistência social, quanto no campo da saúde, em mecanismos de co-responsabilização entre as esferas do Estado, da comunidade e da família. Tal intento, segundo a autora, pode ser evidenciado por meio dos investimentos que o Estado tem feito nas políticas

¹⁶ Texto disponível em: <http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/sistema-de-proteo-social.html>

públicas que são pautadas na familiarização e na exaltação da solidariedade familiar. Embora reconheça a potencialidade destas estratégias, Trad (2013) destaca a importância de se aprofundar a discussão referente à pertinência e efetividade dessas propostas no contexto concreto e real em que as famílias sobrevivem, sublinhando as transformações mais recentes na estrutura da dinâmica familiar. Tais transformações parecem ter modificado os tradicionais mecanismos de solidariedade, fazendo-se, portanto, necessário, encarar a família como uma unidade que, tal qual outras instituições sociais, pode ser simultaneamente forte e fraca.

Sobre esse aspecto, chama a atenção o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2006). Elaborado a partir de um processo participativo de construção, envolvendo representantes de todos os poderes e esferas do governo, da sociedade civil organizada e de organismos internacionais, este plano visa romper “com a cultura de institucionalização de crianças e adolescentes ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados”. Isto porque compreende a manutenção dos vínculos familiares como um direito humano e como uma condição importante para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, reconhecendo a importância das ações transversais e intersetoriais para que esses vínculos sejam preservados.

Ao tratar os antecedentes históricos, o documento citado reconhece que as famílias, muitas vezes, encontraram dificuldades para proteger e educar seus filhos e que, tradicionalmente, isso foi usado como um “argumento ideológico que possibilitou, ao Poder Público, o desenvolvimento de políticas paternalistas voltadas para o controle e a contenção social, principalmente para a população mais pobre, com total descaso pela preservação de seus vínculos familiares” (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, e Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, 2006, p. 15). Assim, ações como a suspensão provisória do poder familiar ou a destituição dos pais e de seus deveres com relação à criança constituíram-se práticas recorrentes.

De modo a contrapor essa realidade, o plano propõe, então, como responsabilidade da sociedade e do Estado, o desenvolvimento de estratégias de proteção dos vínculos familiares, as quais devem visar “as possibilidades de preservação dos mesmos, aliando

o apoio socioeconômico à elaboração de novas formas de interação e referências afetivas no grupo familiar” (p. 15). Nos casos em que essas estratégias não se fizerem suficientes e acabe ocorrendo o rompimento dos vínculos familiares, o documento responsabiliza o Estado pela proteção das crianças e adolescentes, o qual passa a ter como dever o desenvolvimento de

programas, projetos e estratégias que possam levar à constituição de novos vínculos familiares e comunitários, mas sempre priorizando o resgate dos vínculos originais ou, em caso de sua impossibilidade, propiciando as políticas públicas necessárias para a formação de novos vínculos que garantam o direito à convivência familiar e comunitária. (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), 2006, p.15)

Permanece, portanto, como uma questão, o reconhecimento dos recursos de proteção social que se encontram disponíveis para as famílias brasileiras, especialmente aquelas que se caracterizam, entre outros fatores, pela presença de mulheres em sofrimento psíquico que são mães de filhos pequenos.

3. Delimitação do objeto de estudo

A partir da literatura abordada até o presente momento, já é possível depreender que o objeto delimitado para a realização deste estudo faz referência ao conceito de experiência, tal como ele é representado por Tateo (2015). Para este autor, a experiência pode ser compreendida, a partir da psicologia cultural (Valsiner, 2012), como o objeto da ciência psicológica, sendo caracterizada como uma configuração singular e complexa das dimensões cognitivas, afetivas e éticas. Tateo (2015) acrescenta que o processo da experiência inclui o todo, ou seja, as ações e reações das pessoas, e a sua interação contextual com o mundo. Por ação, o autor compreende uma combinação do comportamento e dos processos mentais simbólicos associados ao mesmo, ressaltando que as dimensões físicas e mentais do comportamento são supervenientes, ainda que possam ser analisadas em diferentes níveis.

Recorrendo à configuração triológica peirceana dos elementos que configuram a experiência, Tateo (2015) afirma ser possível identificar três domínios: um *firstness*, um *secondness* e um *thirdness*¹⁷. Esses domínios fazem referência (1) à capacidade que o

¹⁷ Esses termos não foram traduzidos por não ter sido encontrada tradução adequada para o português

indivíduo tem para estar consciente a respeito dos acontecimentos que se dão no fluxo da sua experiência no tempo irreversível (firstness); (2) à identificação da experiência irreduzível de alteridade, quando o sujeito passa a se colocar como estrangeiro no mundo e (3) ao elemento (thirdness) que medeia os processos relacionados à apresentação do mundo (firstness) e à representação do mundo (secondness), englobando tudo o que o sujeito vivencia e tudo aquilo que é vivenciado pelos outros. Tateo (2015) afirma que o domínio do “thirdness” faz referência ao quadro cultural, o qual fornece condições para os processos interpretativos, estabelecendo uma lógica temporal e hierárquica. O autor também pontua que, entre esses domínios, é possível encontrar uma relação de inter-relação, interação e interdependência através de um processo co-genético que se estabelece entre o sujeito que experiencia o mundo e o quadro cultural que constrói o sentido da alteridade.

Zittoun (2011) também refere que a experiência, temporalmente e socioculturalmente situada, se constitui o objeto de estudo da Psicologia Cultural. De acordo com a autora, a psicologia sociocultural pode ser definida como um campo que foi construído sobre a suposição de que os seres humanos são seres culturais e que busca compreender a dinâmica semiótica através da qual os indivíduos atribuem sentido ao ambiente cultural, e, por outro lado, às formas como esse ambiente guia ou conduz suas escolhas. A pesquisadora afirma que, ao se debruçar sobre os processos de internalização e externalização, a Psicologia Cultural acaba por desenvolver ferramentas que são úteis para abordar a diversidade das situações de vida, visando compreender como elas estão incorporadas no ambiente cultural e as possibilidades de mudança e criatividade que se fazem possíveis em cada situação.

De maneira geral, Zittoun (2015) indica que a psicologia cultural (Valsiner, 2012) se estabelece por meio de quatro premissas principais. Na primeira, postula-se que cada pessoa é única, sendo importante compreender o seu corpo, a sua mente, a sua forma de vivenciar o mundo, de sentir e de construir expectativas. Já na segunda, sinaliza-se que o sujeito não pode ser estudado sem que se leve em consideração as características do seu mundo cultural e social. Na terceira premissa, por sua vez, considera-se que, por ser uma ciência desenvolvimental, a psicologia cultural assume a irreversibilidade do tempo e a natureza temporal, histórica e dinâmica da experiência humana. Por fim, na quarta proposição, indica-se a ênfase que deve ser dada aos processos de construção de sentidos.

Considerando-se esses direcionamentos, estabelece-se, como objeto do presente estudo, as experiências e as significações de maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico para os seus filhos, buscando localizar essa experiência no contexto soteropolitano. Interessa-nos, portanto, reconhecer como esses sujeitos internalizam e externalizam os elementos heterogêneos que estão disponíveis na cultura coletiva, significando-os a partir da sua cultura pessoal. Ressalta-se, também, o interesse pela compreensão das dinâmicas semióticas que se estabelecem nas fronteiras entre as mães e os seus filhos e entre esses sujeitos e os recursos disponíveis de proteção social, dentre os quais destacam-se os Centros de atenção Psicossocial. As rupturas e transições e os itinerários terapêuticos, por sua vez, aparecem como ferramentas conceituais importantes para descrever a trajetória percorrida por esses sujeitos, no tempo irreversível, a partir, principalmente, das tensões que podem incidir sobre suas experiências, em decorrência do diagnóstico do transtorno mental ou de fatores sociais e pessoais outros. A Figura 2 apresenta uma tentativa de localizar, graficamente, os aspectos que compõem, interativamente, o objeto de estudo deste projeto.

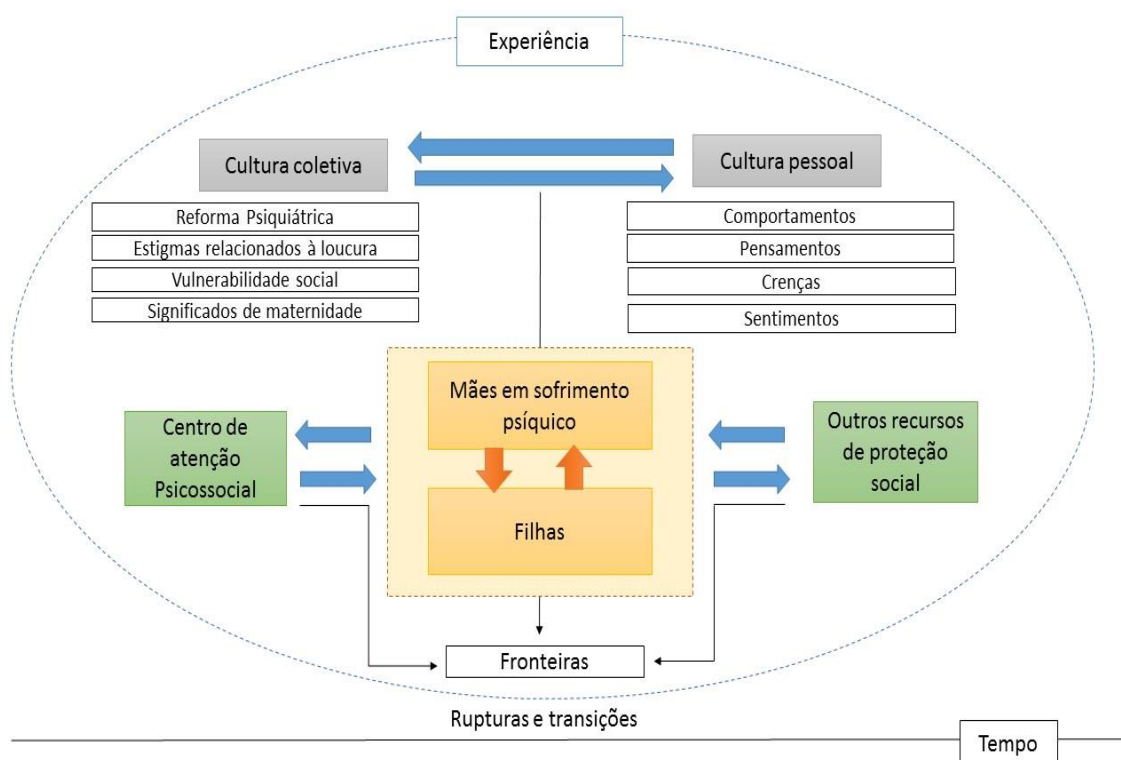


Figura 2: Delimitação do objeto de estudo

3.1 Objetivo geral

Compreender a experiência pessoal de maternidade e filialidade para mulheres em sofrimento psíquico e suas filhas

3.2 Objetivos específicos

1. Analisar as significações a respeito da maternidade e filialidade apresentadas pelas mães, por suas filhas e pela equipe de profissionais em saúde mental, identificando as esferas de experiência que os mesmos percebem como integrantes do fenômeno
2. Analisar como a condição de sofrimento psíquico da mãe, na dinâmica das relações familiares, é significada pelas próprias mães, pelas filhas e pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial
3. Analisar, no Centro de Atenção Psicossocial, se existem e como são os protocolos de cuidados para mulheres que são mães e apresentam sofrimento psíquico e para os seus filhos
4. Analisar o itinerário terapêutico e jurídico percorridos pela mãe e pela criança, e como estes estão imbricados com a experiência familiar do sofrimento psíquico.

4. Abordagem teórico-metodológica

A consecução dos objetivos específicos elencados deu-se por meio da realização de um estudo de dois casos exemplares (Lima, 2002), complementados pela realização de grupos focais com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. De acordo com Lima (2002), o caso exemplar pode ser concebido como aquele que guarda, em seus elementos, uma síntese expressiva do objeto de pesquisa que se pretende estudar permitindo, aos pesquisadores, a elaboração de análises micro e macro contextuais. Tal delineamento encontra ressonância na proposta da psicologia cultural. De acordo com Valsiner e Sato (2005), o estudo de casos individuais sistemicamente organizados permite, aos pesquisadores, a construção de modelos genéricos do fenômeno que podem ser testados consecutivamente em outros casos particulares. Concebe-se, nesta perspectiva, que, mais do que refletir uma determinada população, o pesquisador deve ser capaz de compreender, a partir da sua amostra, a história cultural dos casos selecionados – seus processos específicos e complexos de adaptação às condições concretas de vida.

Tal interesse fundamenta-se no pressuposto de que os seres humanos se configuram como sistemas abertos, isto é, se organizam e se constituem a partir de sua interação dinâmica com o meio ambiente, sendo, portanto, as suas trajetórias necessariamente únicas.

O critério, então, para a seleção dos casos a serem estudados passa (1) pelo conhecimento teórico prévio do pesquisador que deve ser capaz de mapear, a partir da literatura, os pontos de equifinalidade da trajetória que sejam relevantes para a compreensão do seu objeto de pesquisa e (2) pelo conhecimento básico das trajetórias dos possíveis participantes, as quais devem contemplar os pontos previamente selecionados. Por pontos de equifinalidade, os autores compreendem as regiões temporárias das trajetórias que contemplam similaridades funcionais e que sejam teoricamente significativas, podendo ser configurados, por exemplo, como estados psicológicos ou eventos da vida. No caso deste estudo, foram delineados como pontos relevantes:

- a. Para as mulheres: a ocorrência de terem tido filhos, de terem sido diagnosticadas com transtornos mentais severos e persistentes, de estarem atualmente matriculadas e vinculadas a um Centro de Atenção Psicossocial e de terem passado ou não por internações psiquiátricas e estarem ou não vinculadas a movimentos sociais antimanicomiais. Isto porque a internação e a vinculação a movimentos sociais são pontos de equifinalidade cujas vivências, ou distanciamentos destas, podem contribuir para a conformação de trajetórias pessoais bastante distintas.
- b. Para os seus filhos, o único critério selecionado foi o de serem crianças ou adolescentes e de estarem sob responsabilidade de suas mães.
- c. Para os companheiros, foi exigido apenas que eles estivessem em um relacionamento estável e que participassem cotidianamente das dinâmicas familiares
- d. Para os profissionais, o critério foi o de eles estarem há pelo menos um ano trabalhando no Centro de Atenção Psicossocial.

Ressalta-se que os profissionais foram escolhidos para participar do estudo por se admitir que os Centros de Atenção Psicossocial ocupam uma posição estratégica na Rede de Atenção Psicossocial e que, dado o gerenciamento da atenção em saúde mental e a oferta de um cuidado ampliado, longitudinal e territorializado que lhe cabem, estes estão intimamente imbricados com as construções coletivas em torno da experiência de

maternidade e filialidade que circundam as famílias em que os diagnósticos psiquiátricos se apresentam.

Trata-se, portanto, de um estudo construído sob as lentes de uma perspectiva qualitativa, idiográfica e hermenêutica. Isto porque traz como intenção analisar interpretativamente, através dos discursos textuais e imagéticos produzidos pelos participantes, em interação com a pesquisadora, os significados que os mesmos atribuem às suas experiências inseridas no contexto particular em que vivem (Gondim, 2003).

4.1 Participantes

Ao todo, onze pessoas participaram deste estudo: duas mulheres mães, Maria (56 anos) e Rosa (46 anos), suas respectivas filhas caçulas¹⁸, Luzia (12 anos) e Lua (18 anos), o atual companheiro de Maria, André (38 anos), e seis profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II de Salvador, apresentados no quadro a seguir:

PARTICIPANTE	FUNÇÃO
João	Técnico em enfermagem
Liz	Assistente social
Bia	Oficineira
Cláudia	Educadora física
Rita	Terapeuta ocupacional
Pedro	Psicólogo

Figura 3: Profissionais entrevistados

Este centro foi selecionado através dos critérios de disponibilidade e acessibilidade, tendo sido utilizados os seguintes pré-requisitos: (1) ter a sua equipe de profissionais composta por pelo menos um médico psiquiatra, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um educador físico, um enfermeiro e um assistente social e (2) estar funcionando regularmente através do cumprimento de todas as atividades pelas quais um CAPS é responsável. Entre essas atividades, é possível citar: o acolhimento, o atendimento individual e em grupo, o atendimento para as famílias, as atividades

¹⁸ Inicialmente, este estudo tinha o interesse de contemplar apenas a experiência de crianças, mas, frente à disponibilidade, foi considerada a possibilidade de incluir filhos de até 18 anos.

comunitárias, as assembleias e as reuniões para a organização do serviço (Ministério da Saúde, 2005).

Maria está matriculada no mesmo CAPS em que trabalham os profissionais entrevistados desde 2009, quando foi diagnosticada com transtorno afetivo bipolar e modificação duradoura de personalidade após *enfermidade* psiquiátrica. É dona de casa, mãe de cinco filhos, avó de quatro netos e, há seis anos, reside com seu companheiro, André, que atua como ajudante de pedreiro, mas que estava, no momento da entrevista, desempregado. Luzia, sua filha caçula não apresenta qualquer histórico de acompanhamento psicossocial e estava, na época da pesquisa, cursando regularmente o ensino fundamental II.

Rosa, a segunda participante, tem 46 anos, está solteira, é mãe de cinco filhos, avó de seis netos, atua como atriz, militante em movimentos sociais feministas e da luta antimanicomial, e como artesã, estando mais recentemente vinculada a um centro de economia solidária em Salvador. Ela iniciou o seu tratamento psiquiátrico ainda na adolescência e, após passar por longas e intermitentes internações psiquiátricas, matriculou-se em três diferentes Centros de Atenção Psicossocial. Atualmente, Rosa está em torno de três anos matriculada em um serviço localizado, territorialmente, próximo ao CAPS em que Maria faz o seu tratamento. Em seu último relatório médico, constam os diagnósticos de Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline. Lua, sua filha caçula, também não apresenta histórico de acompanhamento psicossocial e estava, na época da pesquisa, concluindo o ensino médio regularmente.

4.2 Estratégias de construção dos dados

Para a realização desse estudo, foram utilizados procedimentos específicos de construção e análise dos dados para cada conjunto de participantes (mulheres mães, filhas, companheiros, profissionais do CAPS). No caso das mães, foi utilizada a estratégia das narrativas baseadas em mapas corporais. Já no caso das filhas utilizamos a ferramenta da autofotografia. Com o companheiro de Maria, foi utilizada a estratégia da entrevista semiestruturada e, por fim, com os profissionais do CAPS, utilizamos o recurso dos grupos focais. Estes procedimentos serão descritos a seguir.

4.2.1. Com as mulheres mães: entrevistas narrativas baseadas em mapas corporais

In fact, as the ideas we are learning become more complex, and we need to be more sophisticated in dealing with them, then a playful and imaginative approach is exactly what we need. (Gauntlett & Holzwarth, 2006, p.8)¹⁹

Os estudos que se fundamentam na Psicologia Cultural e, mais especificamente, nas compreensões em torno do Self, de maneira geral, têm utilizado, como estratégia de construção de dados, predominantemente, as narrativas e as entrevistas semiestruturadas. De fato, estas são estratégias que se adequam aos pressupostos básicos da teoria, a qual concebe o self como um sistema semiótico dinâmico, como uma instância polifônica e dialógica, que está numa constante tensão evolutiva, regulando a singularidade das experiências no tempo irreversível (Tateo & Marsico, 2013).

Pontes (2013), fundamentando-se na obra de Bruner, afirma que a própria composição do self se faz a partir da narrativa, e que “através da narrativa, cria-se e recria-se o self, a fim de atender às necessidades das situações com que os indivíduos se deparam.” (p.52). Bruner (1997) refere que as pessoas transformam suas experiências e o papel que desempenham no mundo em narrativas, sendo estas, portanto, um meio viável para se fazer uma investigação retrospectiva dessas experiências.

Entretanto, Valsiner (2012), resgatando a importância dos sentimentos no mundo subjetivo, afirma que “os processos afetivos humanos se incluem no tipo de complexidade que ultrapassam esforços de descrição e explanação que sejam lineares” (p.258). O autor também aponta ser um problema, nas abordagens metodológicas dentro do campo da Psicologia, a incapacidade dos seus métodos mais tradicionais “para estudar os processos dinâmicos e complexos das vidas humanas” (p.297) e aponta a necessidade do “desenvolvimento de signos promotores científicos capazes de estudar melhor as realidades psicológicas” (Valsiner, 2012, p.56-57)

Neste sentido, baseando-se na afirmação de Gauntlett e Holzwarth (2006), propõe-se o uso das narrativas baseadas em mapas corporais (Gastaldo, Magalhães, Carrasco & Davy, 2012) como um método possível para os estudos do self dialógico, tal como o

¹⁹ De fato, as ideias que nós estamos aprendendo se tornaram mais complexas, e nós precisamos ser mais sofisticados para lidar com elas, assim, uma abordagem lúdica e imaginativa é exatamente o que nós precisamos (Tradução livre)

mesmo é concebido pelo Construtivismo Semiótico. Parte-se, assim, do pressuposto de que os mapas constituem mediadores artísticos que podem servir como ferramentas semióticas para que os participantes falem sobre si, mediando as relações presentes nas fronteiras entre o pesquisador e os demais sujeitos, nos contextos de pesquisa. A análise desta possível adequação se justifica pela necessidade de tratar a teoria e o método de maneira inseparável, integrada, verificando-se sempre a apropriação do método escolhido ao objeto e ao problema de investigação (Ristum, 2001)

4.2.1.1 A fronteira entre o participante e o pesquisador nas pesquisas qualitativas

As pesquisas qualitativas, de acordo com Creswell (2007), baseiam-se em dados de texto e de imagem, podendo utilizar, para a obtenção dos mesmos, métodos múltiplos. Citando as ideias de Rossman e Rallis (1998), o autor propõe a definição de algumas características para a pesquisa qualitativa. Dentre elas, interessam-nos, neste momento, as seguintes: (1) a utilização de métodos que são interativos e humanísticos e que têm envolvido, cada vez mais, a participação ativa dos sujeitos da pesquisa; (2) a busca do pesquisador pelo envolvimento dos participantes no estudo e o estabelecimento de uma relação de harmonia e credibilidade com as pessoas; (3) a necessidade que o pesquisador tem de ver os fenômenos de maneira holística, refletindo sistematicamente sobre o seu papel na investigação através do uso de “um raciocínio complexo multifacetado, interativo e simultâneo” (p.187).

Tais características foram selecionadas por apontarem, de maneira mais específica, para as complexas relações bidirecionais que se estabelecem no “espaço entre” o pesquisador e os participantes nos contextos de pesquisa. Minayo & Guerriero (2014), marcando tal dialética, principalmente através do conceito de reflexividade, afirmam que, nas investigações,

Há um processo de mão dupla: tanto o pesquisador conhece as pessoas e as comunidades em estudo, quanto se torna conhecido por elas. Igualmente não só os indivíduos e as comunidades se modificam diante do pesquisador, como também o pesquisador modifica a si mesmo e a sua atuação, dependendo da empatia e do envolvimento que cria com os interlocutores (...). Nesse tipo de trabalho, tanto o investigador quanto os participantes são simultaneamente sujeito e objeto de investigação (p.1106).

Esse “espaço entre” o pesquisador e o participante possui características que parecem se adequar ao conceito de “fronteiras” (Marsico, 2011). Marsico, Cabell,

Valsiner & Kharlamov (2013) referem três processos para o estabelecimento das fronteiras, quais sejam: a construção de significados, a formulação de distinções e adição de valor. Tais autores também afirmam que, uma vez estabelecidas as fronteiras, aqueles que a distinguiram e lhe adicionaram valor, engajam-se num processo contínuo de controle da borda. Assim, torna-se possível supor que esta dinâmica esteja presente nas situações de coleta de dados da pesquisa qualitativa, tal como demonstram os estudos dedicados ao construto da “desejabilidade social”, definido como a propensão que os indivíduos têm para transmitir uma imagem que seja culturalmente aceitável (Poínhos, Correia, Faneca, Ferreira, Gonçalves & Medida, 2008).

Feitas essas considerações, o desafio se torna, então, o de conseguir olhar, de maneira mais próxima, para as dinâmicas semióticas que se estabelecem no “**espaço entre**” pesquisadores e participantes nos contextos de pesquisa.

4.2.1.2 A “produção de dados” e a proposição da narrativa como uma ruptura para o participante da pesquisa

O momento em que o pesquisador sugere ao participante a construção de uma narrativa específica sobre si mesmo - ou sobre alguma experiência que tenha vivido – apresenta um grande potencial para se configurar como uma ruptura para o sujeito. Isto porque, até então, o participante pode não ter sido convocado a organizar semioticamente um discurso verbal - mais ou menos linear, sequenciado, situado no tempo e no espaço - a respeito do fenômeno investigado pelo pesquisador (Santos, 2014). Neste momento, caracterizado, então, como ruptura, os participantes se veem diante da tarefa de recorrer aos dispositivos simbólicos, aos recursos internos e externos disponíveis, para conferir significados pessoais que lhes possibilitem um melhor ajustamento ao contexto (Zittoun, Duveen, Gillespie, Ivinson & Psaltis, 2003); neste caso, ao ambiente da pesquisa.

No entanto, de maneira geral, nas pesquisas qualitativas, os pesquisadores têm limitado tais possibilidades de significação aos participantes no momento em que demandam, por parte dos mesmos, a construção de significados que sejam essencialmente baseados no discurso verbal. Deste modo, os recursos simbólicos imagéticos, criativos e artísticos outros, muitas vezes não se encontram à disposição dos participantes, o que poderia auxiliá-los na complexa tarefa que é a tradução de sentidos pessoais em significados compartilhados. Valsiner (2012) chega, inclusive, a afirmar que “a

dificuldade de usar a linguagem para notar algo que é sentido, mas que não é imediatamente codificado no código linguístico, tem sido um problema para a psicologia” (p.255). Isto porque, segundo o autor, os processos afetivos, tal como já foi dito no início deste trabalho, apresentam uma complexidade que é difícil de descrever e explicar linearmente, sendo, portanto, verbalmente inacessíveis. Sendo assim, se não através da “fala”, a que outros meios poder-se-ia recorrer para solicitar ao outro a expressão de si mesmo?

4.2.1.3 A arte como um recurso simbólico para falar de si mesmo

Barroco e Superti (2014) dedicaram-se a fazer uma investigação bibliográfica e uma reflexão teórico-metodológica sobre a obra “Psicologia da Arte” de Vigotski. De acordo com os mesmos, Vigotski propõe a arte como algo: (1) Que está ligado à realidade objetiva e às relações sociais de determinada época, mas que as ultrapassa, produzindo algo que ainda não se faz presente; (2) que é capaz de objetivar sentimentos e outras potencialidades humanas, propiciando, aos sujeitos, uma nova organização psíquica e (3) que possibilita, enquanto um produto cultural, a mediação entre o indivíduo e o gênero humano, uma vez que “quem a produz nela cristaliza complexas atividades mentais, as quais podem ser apropriadas pelos demais seres humanos” (p.23). Deste modo, tem-se estabelecida a assertiva que refere a arte como “a objetivação dos sentimentos humanos, uma técnica elaborada pelos homens que permite aos indivíduos socializar determinado sentimento, como também, ao mesmo tempo, torná-lo pessoal, parte do psiquismo.” (Barroco & Superti, 2014, p.26).

Ou, tal qual afirma o próprio Vigotski (1999), como uma ferramenta que “sistematiza um campo inteiramente específico do psiquismo do homem social – precisamente o campo do seu sentimento (1999, p.12). Considera-se, portanto, que tais propriedades da arte a definem como um recurso que pode ser útil nas pesquisas qualitativas em torno do self, haja vista a natureza afetiva da vida psicológica humana (Valsiner, 2012).

4.2.1.4 Narrativas baseadas em mapas corporais

People think about things differently when making something, using their hands – it leads to a deeper and more reflective engagement (Gauntlett & Holzwarth, p.7)

O uso da técnica de narrativas baseadas em mapas corporais (Body-map storytelling) foi proposto por Gastaldo, Magalhães, Carrasco e Davy (2012). De acordo com os autores, os mapas corporais podem ser definidos como imagem de corpos, em tamanho real, criadas através de técnicas artísticas como o desenho e a pintura, e que têm o potencial para representar aspectos sobre a vida das pessoas, seus corpos e o mundo em que vivem. A Figura 3 ilustra um mapa corporal construído por um dos participantes da pesquisa dos referidos autores:

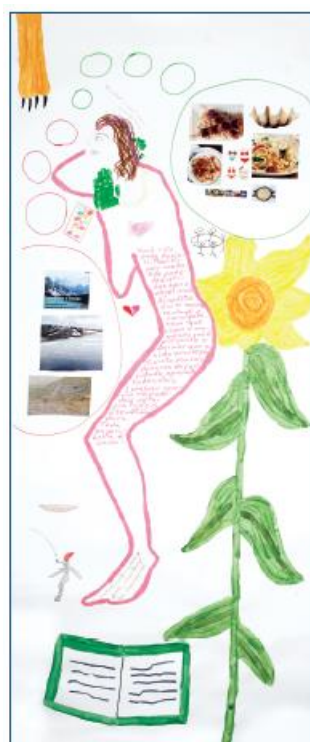


Figura 4: *Mapa corporal*

Fonte: (Gastaldo et. al, 2012, p.24)

Trata-se de uma forma de contar histórias, na qual os corpos desenhados funcionam como totens que contém símbolos com diferentes significados, e cuja significação só pode ser compreendida em relação ao criador da história que vivencia a

experiência (Gastaldo et. al, 2012). Mais especificamente, os autores definem a técnica como

Primarily a data generating research method used to tell a story that visually reflects social, political and economic processes, as well as individuals' embodied experiences and meanings attributed to their life circumstances that shape who they have become. Body-map storytelling has the potential to connect times and spaces in people's lives that are otherwise seen as separate and distal in more traditional, linear accounts (Gastaldo et al., 2012, p.10).

O uso desta técnica traz, como subprodutos, a elaboração de um testemunho (narrativa feita em primeira pessoa pelo participante, na qual o mesmo descreve, após a construção do mapa, sua identidade e os contextos nos quais está inserido), o mapa corporal, em tamanho real, e a legenda, estabelecida previamente para descrever cada elemento visual de aspectos que o pesquisador propõe que sejam representados no mapa.

Os autores afirmam que o mapa corporal serve, dentro desta estratégia metodológica, ao propósito de engajar os participantes no exame crítico dos seus significados e experiências, os quais não poderiam ser alcançados apenas através da fala. Deste modo, enquanto um método criativo, a construção dos mapas fornece, para os participantes, outros meios para comunicar suas ideias, experiências, significados e sentimentos, ao passo em que compreende a necessidade da reflexividade na produção de dados qualitativos (Gastaldo et. al, 2012).

Ao trazer o corpo para o centro do espaço representacional, o método possibilita que os participantes se engajem numa conversa sobre experiências e percepções tal como são vividas corporalmente, mais do que de forma espacial ou temporal, como, normalmente, se solicita através das narrativas mais normativas. Como os autores afirmam: Drawing symbols and selecting images helped them tell a story and at the same time challenged them to search for meanings that represented who they had become (Gastaldo et. al, 2012, p.8)²⁰.

²⁰ Desenhar símbolos e selecionar imagens os ajuda a contar uma história e, ao mesmo tempo, os desafiam a encontrar significados para representar quem eles se tornaram. (Tradução livre)

Tratando mais especificamente do processo de análise do material gerado, os autores salientam que as histórias mapeadas devem ser analisadas de maneira integral, o que inclui, simultaneamente, a experiência do processo de criação dos mapas, os mapas em si, suas legendas e as narrativas que os acompanha. Salientam ainda que o objetivo da técnica proposta não é avaliar psicologicamente os participantes pela sua arte, nem avaliar suas capacidades artísticas, mas sim alcançar uma visão, ainda que transitória, da experiência vivida - dado que o mapa reflete um momento específico - tanto sobre aspectos complexos e mais gerais da vida da pessoa, como sobre questões pontuais do seu cotidiano.

Deste modo, considerando a concepção da arte estabelecida pela Psicologia Histórico-Cultural, e a visão do self e da natureza afetiva da experiência humana proposta pela Psicologia Cultural do Desenvolvimento, argumenta-se que este método seja sim apropriado às investigações que se fundamentam no conceito do self dialógico e que se dedicam à análise das experiências humanas singulares, de maneira idiográfica e holística.

Numa análise mais semiótica do processo, propõe-se, neste sentido, que os mapas corporais podem se configurar como recursos simbólicos passíveis de serem usados pelos participantes, no momento em que precisam superar a ruptura posta por uma demanda externa de definição do seu próprio self, ou tradução de alguma experiência pessoal para outrem e para si mesmo (a solicitação do pesquisador). A sugestão de uma criação artística, tal como o mapa corporal, é feita no intuito de oferecer um operador semiótico, que “pode funcionar como um signo promotor, orientando a amplitude e a variabilidade na construção de significado possível no futuro” (Valsiner, 2012, p.53).

Num nível mais micro-genético de análise, propõe-se que a técnica das narrativas baseadas em mapas corporais possa se configurar como uma ferramenta capaz, através dos seus três subprodutos (o mapa corporal, a legenda e a narrativa), de fornecer diferentes tipos de signos (índice, ícone schemata e pleromata, e símbolos) de maneira integrada, criando um campo no qual se permite a construção de significados por parte do participante. Além disso, permite um acesso mais próximo do pesquisador aos processos de composição e desenvolvimento do self e das experiências pessoais dos sujeitos investigados. Isto porque, de acordo com Valsiner (2012), os diferentes signos

combinados ativam a produção de significados, por parte dos sujeitos, os quais são capazes de orientar a ação humana sem que o nível verbal seja envolvido imediatamente.

O desenho do mapa corporal, incluindo as cores, as imagens e as palavras escolhidas pelo sujeito para compô-lo, assume, na fronteira entre o participante e o pesquisador, o caráter de signos icônicos. Para Valsiner (2012), um signo icônico configura-se como uma espécie de significante ou representante de um objeto que guarda, como poder, a sua semelhança com relação ao objeto que representa (o mapa como signo do próprio corpo). O autor também afirma que tais signos podem emergir de fenômenos ligados aos estímulos provenientes dos órgãos sensoriais (uma imagem, um som, por exemplo) e servir como o lugar para a emergência da abstração. Neste caso, assume-se o mapa corporal como ponto de partida para a construção de uma narrativa sobre o próprio self.

Esta abstração se dá, possivelmente, através de mecanismos ligados à pleromatização do signo, nos quais os signos icônicos transformam-se em representações hipergeneralizadas da realidade, um campo sígnico capaz de representar a própria experiência do sujeito que se autorretrata e fala de si através das imagens. Tal como Valsiner (2012) afirma: “os signos icônicos pleromatizados apresentam um conceito generalizado daquilo que é figurado, pela possibilidade de transcender o objeto particular que é retratado como signo” (p.40). Deste modo, o signo icônico, assume a estrutura de um campo - regular ou irregular - compatível com a representação da vida intrapsicológica, definida por Valsiner (2012, p.43) como “borrosa, sempre flutuante”. Esta hipótese encontra fundamento na afirmação do autor de que os signos que se configuram como campos permitem considerar a complexidade da vida real, e na assertiva de que “o suscitar de uma narrativa conduz a uma codificação de signos tipo campo” (Valsiner, 2012, p.43). A legenda do mapa, por sua vez, por fazer referência direta ao objeto (signos contidos no mapa), pode ser compreendida como uma espécie de signo do tipo índice, definido por Valsiner (2012) como aquele que “obriga a nossa atenção a se dirigir para o objeto”, “que perde seu caráter se o objeto for removido” (p.40).

Embora a análise da adequação do método à teoria tenha sido feita, vale ressaltar que também é necessário verificar a adequação do método aos participantes, considerando que “é da pessoa a liberdade quanto a qual nível de simbolização adotar” (Valsiner, 2012, p.51). Assim, é possível que nem todos os sujeitos se sintam à vontade com os recursos

artísticos visuais, ou que nem todos se sintam à vontade para extrapolar o nível dos signos icônicos representados pelas imagens. Desse modo, torna-se fundamental esclarecer, ao participante, a proposta da pesquisa, adequando o método no que for possível, e respeitando o seu direito à livre participação e à desistência em qualquer momento.

4.2.4.5 Procedimentos de construção dos dados com as mães

Maria, a primeira participante, foi contatada por telefone após a indicação por parte da equipe do Centro de Atenção Psicossocial, em fevereiro de 2017. O primeiro encontro foi agendado no próprio CAPS, no qual foi realizada uma entrevista a fim de apresentar a proposta da pesquisa e de convidá-la para participar do estudo. Neste encontro, que durou aproximadamente 50 minutos, o termo de consentimento ético livre e esclarecido foi lido e assinado, a autorização para que a sua filha de 12 anos participasse da pesquisa foi consentida, e também foram feitas algumas questões para que fosse possível configurar, inicialmente, o caso e a pertinência de sua participação, tendo em vista os propósitos do estudo. Após este primeiro momento, agendamos os três próximos encontros para a construção do mapa corporal e um encontro para que eu pudesse conhecer a sua filha e apresentar a proposta da pesquisa para ela. Todos os momentos foram audiogravados e transcritos por mim. As sessões para a construção do mapa corporal foram realizadas com privacidade em uma sala ampla oferecida pela equipe de profissionais do CAPS. Em setembro de 2018, foi realizado, com ela, um novo encontro com o objetivo de convidar sua filha mais velha e seu companheiro para participarem do estudo. Entretanto, apenas o seu companheiro consentiu a participação. Na ocasião da entrevista semiestruturada, realizada com André, foi realizada uma breve entrevista também com Maria, a fim de verificar, especialmente, as esferas de experiência que ela atribuía à filialidade.

Rosa, por sua vez, foi contatada a partir de minha própria rede de contatos, por estarmos inseridas nos movimentos sociais que militam em favor da reforma psiquiátrica antimanicomial no município de Salvador. Esta escolha se deu em função de Rosa ser uma mulher, mãe, que se reconhece “louca” e que, ao contrário de Maria, passou por repetidas internações psiquiátricas até ser matriculada e acompanhada no primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Salvador. Inicialmente, entrei em contato por telefone e agendei um encontro para lhe falar pessoalmente sobre a proposta da pesquisa. Neste, Rosa consentiu a sua participação e também me autorizou a entrar em contato com sua

filha mais nova. Após este encontro, agendamos outros três encontros para a construção do mapa corporal. Estes encontros foram realizados em uma sala ampla e climatizada, na sede de uma rede de economia solidária em saúde mental de Salvador. No período em que os encontros foram agendados, Rosa seguia em acompanhamento regular no Centro de Atenção Psicossocial em que está atualmente matriculada. Embora mantenhemos contato para além do âmbito desta pesquisa, só será considerado, para análise, o material produzido através da construção de seu mapa corporal.

A primeira sessão destinada à elaboração do mapa corporal foi iniciada, com cada uma, retomando os propósitos da pesquisa e explicando o que seria o mapa corporal. Foi ressaltado que o interesse do estudo era o de compreender as suas experiências de maternidade e que não estavam sendo avaliadas as suas habilidades artísticas ou, moralmente, os seus sentimentos e atitudes. Um mapa corporal construído pela própria pesquisadora sobre a sua experiência acadêmica foi mostrado à Maria para que ela tivesse um exemplo mais próximo do que seria feito. Para Rosa, isto não foi necessário pois, talvez pela sua proximidade com os campos artístico e acadêmico, ela conseguiu compreender com muita facilidade a proposta.

Em seguida, foi solicitado, a cada participante, que buscasse se conectar com a sua experiência de maternidade e que se colocasse sobre o papel estendido no chão, em uma posição que fosse capaz de representá-la. Maria apresentou certa inibição inicial, natural para uma atividade pouco convencional como a que foi proposta, considerando-se, especialmente, o vínculo recente estabelecido com a pesquisadora. Mas, assim que ela se deitou, o traçado do seu corpo foi cuidadosamente feito com lápis. Rosa, por sua vez, desde o início, transpareceu estar muito à vontade com a situação.

Foi sugerido, então, para cada uma, que escolhesse uma cor para fazer o contorno do corpo e uma cor específica para pintar as mãos ou qualquer outra parte do corpo na qual tivesse interesse. Após esse momento, indagou-se sobre como elas se viam antes e após a experiência da maternidade e como se descreveriam no contexto atual. Foi solicitado, também, que buscassem imagens ou palavras que pudessem representar esses momentos de sua vida. “Que imagens vêm à sua mente quando você se lembra de como você era antes de ser mãe? E depois? ”. As imagens selecionadas nas revistas disponibilizadas foram recortadas e coladas no mapa enquanto as participantes explicavam os motivos de sua escolha. Encerrando a sessão, foi sugerido que elas

pensassem, em casa, sobre uma música, frase, poema ou imagem que pudesse descrever a sua vida e que trouxesse para o segundo encontro.

No segundo encontro, no caso de Maria, havia a expectativa de que eu pudesse começar perguntando sobre o material trazido e sobre um lugar do mapa que ela escolheria para colocá-lo. Entretanto, como a participante não trouxe, a sessão anterior foi retomada e, em seguida, passou-se para o próximo tópico, que era o de explorar as facilidades e dificuldades de sua experiência como mãe, e se existiriam marcas corporais que ela gostaria de representar no mapa. Rosa, por sua vez, havia me pedido, desde a sessão anterior que trouxesse para ela a letra de uma música. Esta música foi ouvida ao longo do encontro e a letra, por demanda dela, foi colocada no centro de seu mapa corporal.

Com relação às marcas corporais, Maria e Rosa relataram a questão das estrias na pele do abdome, mas apenas Rosa optou por representá-las. Segui, então, indagando, a cada uma, sobre os fatores que as auxiliavam a manterem a sua saúde, sobre as suas percepções e os seus sentimentos em relação a como as pessoas a viam e como representariam os seus rostos, suas expressões. Inicialmente Maria afirmou que se sentia insegura por não saber desenhar, mas, aos poucos, e com o meu auxílio, fez o desenho dos olhos, nariz e boca. Rosa desenhou a sua expressão com mais autonomia. Pedi para ambas que, em casa, pensassem em uma mensagem que gostariam de dizer para as pessoas, considerando os seus contextos atuais, e que as trouxessem para o próximo encontro. Rosa optou por já escrever essas mensagens ainda no segundo encontro, mas deixamos para falar sobre elas no encontro final.

No terceiro encontro, Maria chegou novamente sem o material solicitado e referiu dificuldade com a memória. Rosa, por sua vez, seguiu falando sobre as mensagens escolhidas no encontro anterior, articulando-as com imagens que me solicitou trazer.

Após resgatar a sequência das atividades realizadas, solicitei o relato de suas experiências com os serviços de saúde e se reconheciam alguma outra instituição como parte das suas redes de suporte. Com o meu auxílio para os desenhos, Maria foi representando as instituições no mapa. Rosa, por sua vez, apenas falou sobre elas.

Como Maria trouxe a sua família como algo extremamente relevante no seu cuidado, sugeri que a representássemos no mapa, seguindo o local indicado por ela, as pessoas elencadas e as expressões de cada integrante. Como Rosa já havia representado sua família no primeiro encontro, ao falar de si como mãe, esta retomada, com ela, não foi necessária.

A sessão final, então, foi continuada com a indagação sobre as suas expectativas e desejos para o futuro. Após o mapa estar construído, foi solicitado que elas o apreciassem e construíssem um testemunho sobre o mesmo, mas, tanto Maria quanto Rosa me responderam, em seus respectivos encontros, que já haviam dito tudo o que gostariam de falar. Prosseguiram-se os agradecimentos pela participação de ambas e, assim, encerramos os nossos contatos de pesquisa.

Segue abaixo uma figura esquemática das sessões destinadas à construção do mapa corporal.

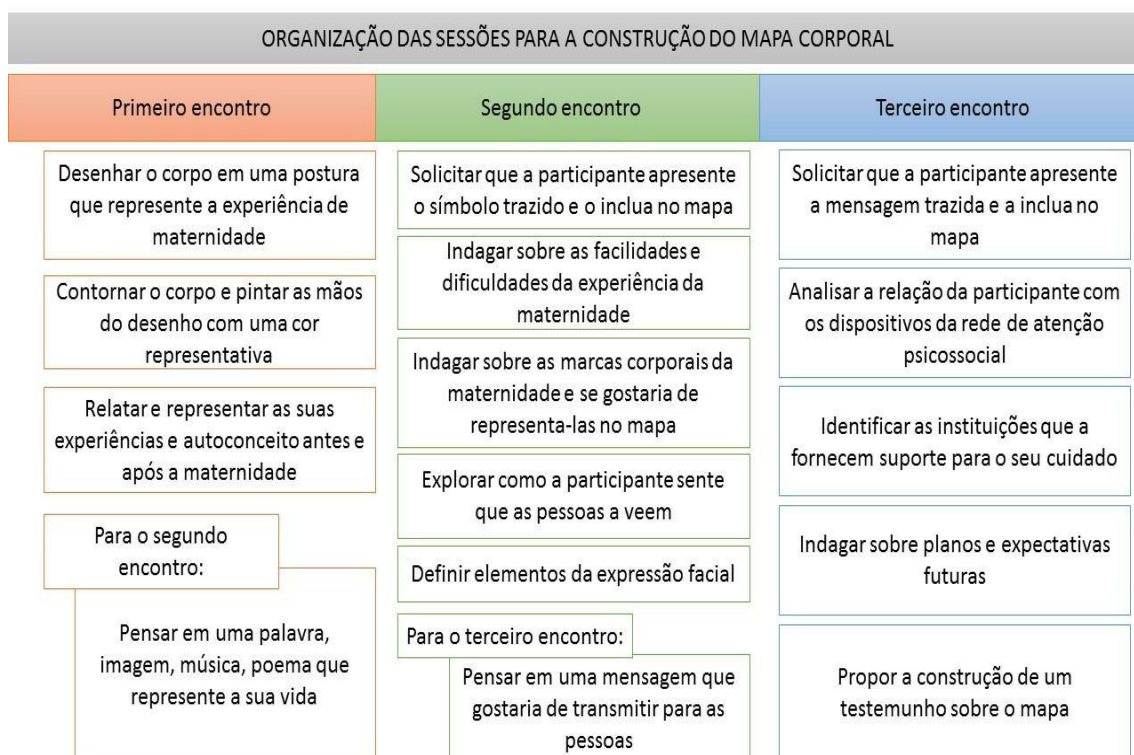


Figura 5: Organização das sessões para construção do mapa corporal

Os materiais disponibilizados para a construção do mapa incluíram: papel metro branco, giz de cera (12 cores), tesoura, cola, tinta guache (6 cores), pincel, hidrocor,

recortes de revista, lápis, borracha e lápis de cor. Foram considerados como produtos para análise a primeira entrevista, o mapa corporal e as conversações que acompanharam a produção do mesmo ao longo das três sessões.

Importante destacar que houve, ao longo dos encontros, um cuidado especial de minha parte no sentido de favorecer um contexto que fosse agradável para a realização dos encontros. Mais do que uma sequência de atividades, perguntas e respostas, os encontros seguiram um formato que se aproxima ao de uma conversação mais fluida e intimista. A própria configuração do espaço, uma vez que o mapa corporal foi produzido no chão, e de forma conjunta, parece ter favorecido o estabelecimento de uma relação que buscou ser mais horizontal e empática.

4.2.2. Com as mulheres filhas: entrevistas narrativas baseadas na autofotografia

Para a realização da construção dos dados junto a Luzia, a única filha de Maria que ainda ocupa a faixa etária infantil (12 anos), e Lua, a filha mais nova de Rosa (18 anos) foram utilizados, como recursos, entrevistas narrativas baseadas em autofotografias. Neiva-Silva e Koller (2002) referem quatro funções principais que a fotografia pode ocupar nos estudos em psicologia: (1) função de registro, (2) função de modelo, (3) função de feedback para os participantes e (4) função de autofotografia. Na primeira, a fotografia seria utilizada como um recurso para documentar uma experiência, servindo, posteriormente, como uma fonte de dados para o pesquisador. Na segunda, as fotografias serviriam como modelos de determinados temas a serem apresentados para os participantes, no intuito de analisar as sensações e percepções dos mesmos com relação às imagens observadas. Na terceira função, as fotografias, tendo como foco principal o próprio participante, mas sendo retratadas por terceiros, cumpririam o papel de fornecer um *feedback* ao participante com relação a aspectos do seu próprio comportamento. Por fim, na função de autofotografia, os participantes receberiam máquinas fotográficas, instruções sobre como manuseá-las adequadamente, sendo orientados a tirar fotos capazes de responder à questão posta pelo pesquisador. Desse modo, passam a interessar tanto o conteúdo, quanto o autor da foto e as significações que o mesmo atribui às imagens retratadas.

Pensando sobre as possibilidades do uso das fotografias no enquadre clínico, Gosciewski (1975, citado por Neiva-Silva & Koller, 2002) refere que estas são um recurso

capaz de fornecer uma série de dados sobre a vida do indivíduo – tanto em relação aos seus aspectos ambientais, quanto aos aspectos relacionais – permitindo, ao observador, o reconhecimento dos diversos contextos e acontecimentos a que, de outro modo, dificilmente teria acesso. Melleiro e Gualda (2005), no mesmo sentido, relatam que

O estudo da imagem é fundamental para o entendimento dos múltiplos pontos de vista que os homens constroem a respeito de si mesmos e dos outros, de seus comportamentos, seus pensamentos, seus sentimentos e suas emoções em diferentes experiências de tempo e espaço (p.192).

As fotografias, enquanto recurso de coleta de dados, podem ser especialmente funcionais quando utilizadas com crianças e adolescentes, uma vez que estes podem apresentar dificuldades para representar verbalmente os diferentes contextos de suas vidas e relações sociais. Desse modo, as imagens passam a servir como um estímulo criativo capaz de despertar, nestes sujeitos, a curiosidade e o interesse para relatar eventos ocorridos, cabendo, ao pesquisador, o aprofundamento da percepção infantil sobre os aspectos relevantes que podem ou não estar representados nas fotos (Gosciewski, 1975, citado por Neiva-Silva & Koller, 2002). Outras vantagens citadas com relação ao uso das fotografias incluem as possibilidades:

1. Do estabelecimento de um vínculo entre o pesquisador e o participante que seja pautado na abertura à comunicação e na confiança;
2. De uma menor indução do olhar do participante para determinada categoria de respostas, uma vez que permite, aos participantes, de maneira menos direcionada, a seleção dos estímulos que serão retratados;
3. De não necessitar de grandes habilidades motoras e gráficas que o uso de desenhos, por exemplo, exigiria, sendo, ainda assim, capaz de manter o interesse das crianças pelo produto do seu próprio trabalho (fotos).
4. Da superação das barreiras sociais e culturais que, muitas vezes, se impõem no uso da linguagem verbal. Neste quesito, as fotografias se colocam como metáforas capazes de representar elementos que não poderiam ser expressos verbalmente ou cujos significados precisariam ser construídos (Ortony & Reynolds, 1978, citados por Neiva-Silva & Koller, 2002)

Com Luzia, foram realizados dois encontros. No primeiro, foi apresentada a proposta da pesquisa, assinado o termo de assentimento e entregue a ela a máquina

fotográfica (máquina analógica descartável com filme de 25 poses). Após a explicação sobre como utilizar a máquina, foi solicitado, à participante, que tirasse, ao longo de uma semana, fotos de elementos que fossem, para ela, significativos do seu cotidiano (pessoas, objetos, lugares). Após a realização da tarefa, a participante entregou a máquina à secretária do CAPS que entrou em contato comigo para que eu fosse buscá-la. Reveladas as fotos, agendei o segundo encontro com Luzia. Neste, solicitei que ela fosse me mostrando as fotos tiradas na sequência que preferisse e me falando sobre as razões pelas quais pensou em retratar as situações e pessoas selecionadas. Enquanto descrevia as fotos, foram realizadas algumas perguntas com o objetivo de esclarecer o relato e de aproximar sua fala dos objetivos do estudo. As entrevistas, por sugestão de Maria, foram realizadas em um restaurante que fica próximo à sua residência, num horário em que costuma ficar bastante vazio.

Com Lua, foram realizados, pessoalmente, dois encontros. No primeiro, apresentei a proposta da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido. Ainda neste encontro, ao saber dos objetivos do estudo, Lua deu início à construção livre de uma narrativa sobre sua história pessoal e relação com sua mãe. Com a autorização da participante, esta foi audiogravada. Uma vez que Lua tinha acesso a um celular com máquina fotográfica, foi sugerido que as fotos fossem tiradas e enviadas virtualmente para mim para que a impressão fosse realizada. Quatorze fotos foram enviadas. No segundo encontro, realizado em um intervalo de tempo mais restrito, Lua falou apenas de cinco fotos. Considerando a pequena disponibilidade da participante para encontros presenciais e a minha mudança para outro município, seguimos as narrativas por ligação telefônica. Estas foram finalizadas no dia 13 de fevereiro de 2019.

4.2.3. Com o companheiro: entrevista semiestruturada

Com André, companheiro de Maria, foi realizada apenas uma entrevista semiestruturada. Esta ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial em que Maria faz tratamento e seguiu uma sequência de perguntas que buscava compreender os modos como ele significa a experiência de maternidade e de filialidade de sua companheira, bem como as formas pelas quais se insere e se percebe nas dinâmicas de sua família. A entrevista durou 30 minutos e seguiu, assim como todas as demais, os protocolos éticos.

4.2.4. Com os profissionais: grupos focais

Os grupos focais podem ser definidos como grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate por parte do pesquisador (Ressel, Beck, Gualda, Hoffmann, Silva & Sehnem, 2008). Uma vez que se reconhece que este recurso pode possibilitar a compreensão do processo de “construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos acerca de um tema específico” (Veiga & Gondim, 2001, p.8), o grupo focal se mostra como uma estratégia relevante para alcançar os objetivos deste trabalho, especialmente no que se refere à análise das compreensões dos profissionais de saúde mental sobre a experiência de maternidade de mulheres, usuárias de saúde mental, diagnosticadas com sintomas psicóticos. O que esses profissionais pensam sobre o assunto? O que sentem diante da necessidade de atuação perante esses casos? Que estratégias utilizam? Com que instituições costumam dialogar?

Os grupos focais têm como unidade de análise o próprio grupo e centram o seu foco sobre a interdependência na produção das respostas dos participantes - mais do que sobre a exclusividade na produção das respostas individuais (Gondim, 2003). Desse modo, supõe-se que o grupo focal possa fornecer informações relevantes sobre os modos de atuação da equipe, tal como se presume que ela possa operar, ou seja, de maneira dialogada e interdisciplinar.

A modalidade do grupo focal que será proposto neste estudo oscila, portanto, entre as do grupo focal clínico e vivencial (Fern, 2001, citado por Gondim, 2003). Clínico por buscar a compreensão das crenças, dos sentimentos e dos comportamentos dos participantes por via do aprofundamento dos aspectos intra-subjetivos do grupo; vivencial por centrar sua atenção também sobre “o entendimento específico da linguagem do grupo, nas suas formas de comunicação e preferências compartilhadas” (Gondim, 2003, p.152).

O primeiro grupo focal foi realizado no próprio serviço e teve a duração aproximada de uma hora e dez minutos. Foi mediado pela própria pesquisadora, a qual contou com o auxílio de uma integrante do seu grupo de pesquisa e de uma aluna do oitavo semestre do curso de psicologia para observação e áudio gravação da atividade. O roteiro utilizado para a realização do grupo focal pode ser encontrado na íntegra no Apêndice 01 e incluiu questões relativas aos modos como os profissionais concebem a

possibilidade e lidam com a realidade da maternidade para mulheres com sintomas psicóticos. Em setembro de 2019, foi realizado um segundo encontro com os profissionais que durou aproximadamente sessenta minutos. Neste, participaram apenas João (técnico de enfermagem), Pedro (psicólogo), Cláudia (educadora física) e Liz (assistente social). Bia havia sido transferida para outra unidade e Rita estava de férias. Inicialmente foram apresentadas as análises parciais do primeiro encontro e, em seguida, foram esclarecidos alguns pontos que ficaram pouco claros ao findar do primeiro encontro. Neste momento, os participantes concordaram com e elogiaram as análises preliminares e se colocaram extremamente disponíveis para contribuir com o estudo.

4.3 Análise dos dados

A análise dos dados deste estudo foi realizada em quatro instâncias. Na primeira, foram analisadas as trajetórias de Maria e de Rosa sendo que, na análise da trajetória de Maria, foram agrupadas as entrevistas realizadas com André e com Luzia, e, na de Rosa, a entrevista realizada com Lua.

As histórias das mulheres mães foram primeiramente descritas seguindo, como inspiração, a proposta do Modelo de Equifinalidade de Trajetórias. Este traz, dentre os seus pressupostos principais, assim como a psicologia cultural, a concepção dos seres humanos como sistemas abertos e, também, a necessidade de incluir o tempo como uma dimensão relevante e irreversível da experiência humana. O olhar, assim, passa a ser direcionado para a dinamicidade dos processos desenvolvimentais situados contextualmente no curso de vida das pessoas, incluindo, desse modo, as relações que elas estabelecem com as instituições e as estruturas sociais. Interessa, portanto, aspectos como a análise dos agenciamentos humanos, dos limites e das oportunidades desenvolvimentais, dos eventos de vida significativos, das relações que são formadas e que são dissolvidas e das dinâmicas que se dão em direção ao futuro. O princípio da equifinalidade aparece, aqui, como o pressuposto de que um dado ponto na trajetória desenvolvimental pode ser alcançado através de diferentes percursos humanos sendo, justamente, a variabilidade destes percursos o alvo de interesse dos estudos (Sato, Hidaka & Fukuda, 2009).

Nesta pesquisa, as experiências de “tornar-se mãe”, situadas temporalmente a partir das gravidezes, e a de iniciar um tratamento psicossocial foram consideradas como

pontos de equifinalidade na trajetória das mulheres. Ressalta-se que, na descrição dessas trajetórias, foi realizado um esforço no sentido de compô-las utilizando, além das narrativas, os signos imagéticos produzidos através do processo de elaboração dos mapas corporais. Os processos de ruptura e de transição, ao longo destas trajetórias foram especialmente valorizados.

Estando as trajetórias das mulheres mães descritas, foram analisadas as narrativas e as fotos produzidas pelas filhas e a entrevista realizada com André, companheiro de Maria. Estas foram primeiramente lidas repetidamente a fim de que fosse possível codificar as falas a partir dos eixos temáticos relacionados aos objetivos específicos deste estudo, quais sejam: as significações de maternidade, de filialidade, do sofrimento psíquico e a descrição do itinerário terapêutico. Em seguida, essas narrativas foram contrapostas aos discursos das mães para que fosse possível identificar, no *sistema narrativo familiar*, as dinâmicas de produção destas significações.

Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998) afirmam que não há uma forma única, absoluta e correta de interpretação de um texto narrativo. Entretanto, os mesmos apontam a necessidade de o pesquisador fornecer um raciocínio sistemático e coerente acerca dos métodos utilizados para produzir os resultados encontrados. Assim, os autores sugerem a existência de duas dimensões interdependentes sobre as possibilidades de análise das narrativas. Na primeira dimensão, contrapõem-se os estudos que têm o foco sobre o texto completo produzido pelo participante (holística) e aqueles que se debruçam sobre seções específicas do texto (categorial). Já na segunda dimensão, a ênfase recai na contraposição entre estudos que investigam o conteúdo das narrativas (conteúdo) e os que se centram sobre sua forma (forma). Tendo em vista o objetivo desse estudo, cujo interesse recai sobre os níveis micro e mesogenéticos da experiência (Valsiner, 2012), é possível dizer que a análise dos dados foi feita de modo a congregar as dimensões holística e de conteúdo, uma vez esta inclui a análise da história completa do indivíduo e a inter-relação entre significados específicos e o contexto inteiro da narrativa.

A terceira instância de análise dos dados, então, consistiu na análise dos grupos focais realizados com os profissionais de um centro de atenção psicossocial. Seguindo as orientações fornecidas por Gondim (2003), os dados, após terem sido devidamente transcritos foram (1) codificados a partir dos conteúdos emergentes da conversação e (2) organizados em categorias e em núcleos temáticos capazes de dar suporte às linhas de

argumentação que revelem os modos através dos quais os profissionais se posicionam frente à problemática em questão. A tentativa, neste caso, foi a de compreender o contexto específico a partir do qual falam esses profissionais, mirando-se na possibilidade da realização de um salto interpretativo capaz de inferir as razões e os motivos que possam dar sentido ao que o grupo de participantes produziu, uma vez que se compreende que tais sentidos são construídos socialmente, na relação dialética estabelecida entre cada pessoa e a cultura (Gondim, 2003).

Por fim, foi realizado um esforço para tentar integrar os dados produzidos junto às famílias e aos profissionais, buscando o referencial teórico e conceitual para mediar a articulação dos níveis de análise micro e mesogenéticos. Nesta etapa, buscou-se oferecer uma síntese teórica capaz de prover uma compreensão que possa alcançar um nível maior de generalidade.

5. “Tua pessoa Maria, mesmo que doa, Maria. ”: o exercício cotidiano da continuidade frente a uma trajetória de desamparo

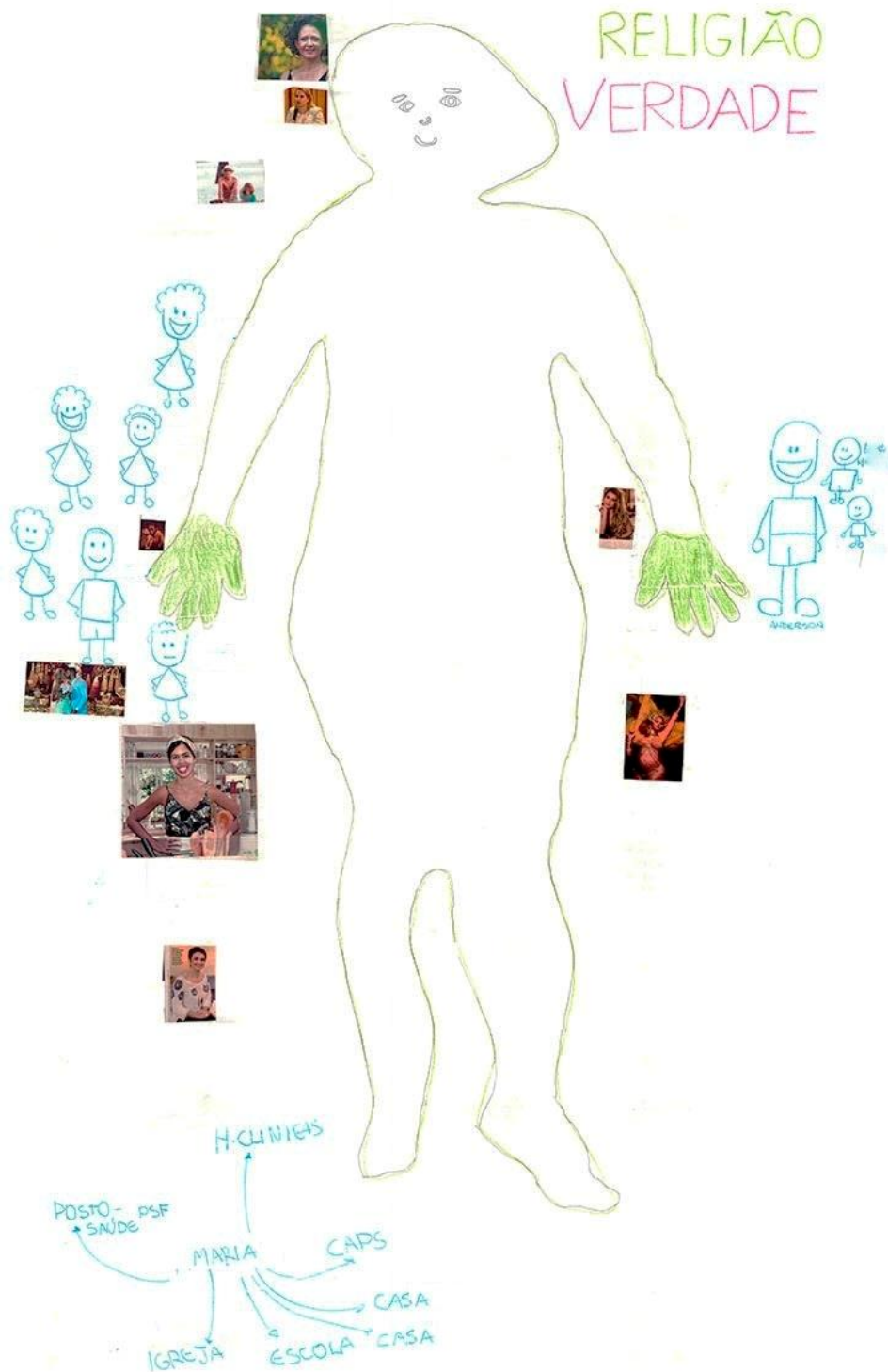


Figura 6: Mapa corporal de Maria

“Talvez seja um desafio porque ela tem uma postura muito melancólica, fala muito pouco”. Foi sob essa recomendação, vinda do profissional que assume o cuidado de Maria como técnico de referência que dei início ao meu trabalho com ela. Nos primeiros encontros, de fato, Maria assumiu uma postura mais recolhida, caracterizada pelo olhar rebaixado e pela escolha por respostas mais curtas. Entretanto, no decorrer das sessões destinadas à construção do mapa corporal, aos poucos a sua participação foi aumentando e as possibilidades de vínculo se estabelecendo. Entretanto, ainda assim, as entrevistas foram bastante marcadas por intervenções minhas no sentido de interrogá-la sobre sua trajetória e experiências as quais me esforçarei para descrever e analisar a seguir.

Maria nasceu em um pequeno município da Bahia, em 1963, e vive, atualmente, em Salvador. Ela está matriculada no mesmo CAPS II desde 2009, onde foi diagnosticada com transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos e modificação duradoura de personalidade após doença psiquiátrica. Seus pais já são falecidos, três de suas irmãs residem em São Paulo e, segundo a participante, no momento das primeiras entrevistas, ela mantinha apenas um vínculo frágil com o seu irmão que residia em outro bairro da capital baiana.

Em sua narrativa, Maria refere que, por ocasião do nascimento do seu primeiro filho, ela estava com 16 anos e que, naquele período, sem contar com ajuda de sua própria mãe, preferiu entregar a criança aos cuidados do genitor, pois não tinha condições econômicas para criá-lo, tampouco o desejo de prosseguir o relacionamento amoroso por considerá-lo abusivo. Maria relembra que, um ano depois, seu filho veio a falecer, segundo ela, por conta de o pai não haver exercido o necessário cuidado adequadamente.

Eu só tinha mãe, só!... Ela reagiu mal, minha mãe não queria que eu me separasse, mesmo ele me maltratando; ela queria que eu ficasse lá, por causa que eu não tinha pai, não tinha ninguém por mim, nem tinha um trabalho, entendeu? (...), mas, aí eu não ia ficar bem, aí eu me separei. (...). Depois que o bebê morreu eu vim logo me embora. (Maria)

Após a morte da criança, Maria emigrou do interior para a capital baiana. Chama atenção o fato de que, além deste episódio, Maria não fez mais qualquer referência ao relacionamento estabelecido com os seus pais.

O envolvimento com um rapaz abusivo, a ocorrência da morte de seu filho e a mudança de cidade parecem ter se configurado como importantes rupturas em sua trajetória pois, a partir de então, Maria precisou se adaptar a um novo contexto, constituir novas esferas de experiências, sem contar com qualquer tipo de suporte familiar ou institucional.

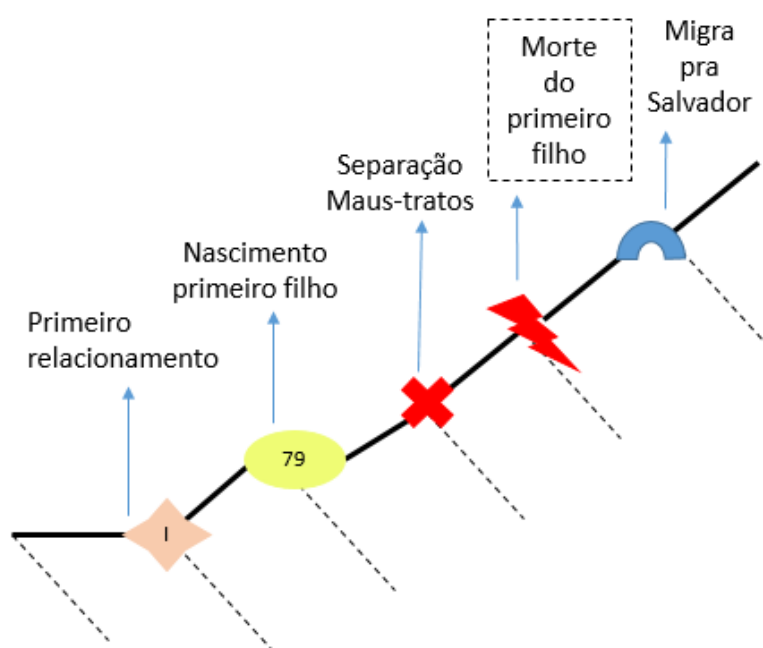


Figura 7: *Trajétória inicial de Maria como mãe*

Chama atenção, no entanto, as decisões não normativas tomadas por ela – contrariar a própria mãe, entregar o próprio filho aos cuidados do pai e migrar para outra cidade. Destaco tais decisões como não normativas em função da forte orientação cultural que recai sobre a constituição identitária das mulheres. Estas foram descritas por Zanello (2018) a partir dos conceitos de dispositivos amoroso e materno. De acordo com a autora, o dispositivo amoroso foi configurado nos últimos dois séculos e meio e, através dele, o amor - sobretudo o que advém das relações heterossexuais marcadas por uma assimetria de investimento afetivo (maior investimento das mulheres) - se tornou um ponto central para o processo de subjetivação feminino. Pensando sobre isso, ela cunhou a metáfora da

“prateleira do amor” para dizer deste lugar, ocupado pelas mulheres, e que as vulnerabiliza por depositar, na possibilidade de serem escolhidas por um homem, um ponto de forte ancoragem identitária. Assim, as mulheres perdem tanto pela rivalidade criada em relação às outras mulheres, quanto por conta das possibilidades de submissão feminina ao poder masculino em função do profundo receio que sentem de serem abandonadas.

O dispositivo materno, por sua vez, configurado a partir do século XVIII, faz menção à ideologia da maternidade intensiva e à naturalização, nas mulheres, de sua capacidade para cuidar dos seus filhos e das demandas domésticas. Juntos, os dispositivos amoroso e materno assentam, sobre as mulheres um processo de subjetivação marcado pelo heterocentrismo e pela ameaça de, em se fugindo à regra, terem as suas identidades, como mulheres, desafiadas (Zanello, 2018).

Maria relata que, ao chegar em Salvador, começou a trabalhar como empregada doméstica na casa de uma família, e que, quando tinha 22 anos, engravidou de Rita, sua segunda filha. O momento da descoberta da gravidez foi significado, por ela, como outra importante ruptura, um “*choque*” (sic) - uma vez que ela não havia feito qualquer planejamento. Como não tinha nenhum imóvel próprio onde morar e, já que residia na casa dos seus patrões, Maria acabou aceitando a oferta do seu companheiro e pai da criança para alugar uma casa para eles. Vale ressaltar que, neste momento, Maria não pôde contar com nenhuma lei trabalhista protetiva que lhe garantisse, por exemplo, a licença maternidade, dado que o seu vínculo empregatício não era legalizado e os seus recursos materiais e simbólicos para recorrer à justiça eram poucos.

Entretanto, ainda que contasse com algum suporte paterno, Maria refere que teve muitas dificuldades de se adaptar à maternidade e que o seu companheiro reclamava bastante, afirmando que ela não cuidava corretamente do bebê, deixando-o com fome.

Eu ficava sem saber o que fazer direito, ele disse que ia botar uma pessoa pra olhar porque eu deixava o bebê sempre com fome. O negócio é que eu queria muito ir pra praia, essas coisas, sabe? Ele falava “você não pode ir pra praia, porque você tem que cuidar do bebê”. Era assim, aí eu ficava sempre sofrendo (Maria).

A maternidade, neste contexto, configurou-se, para Maria, como uma experiência extremamente disruptiva, estando relacionada à renúncia das atividades que lhe davam prazer e à cobrança pelos cuidados básicos ao bebê. Diante das vozes culturais que ainda hoje lhe dizem que uma mãe ideal deveria abdicar totalmente de si em prol dos seus filhos, Maria relembra essa experiência com uma avaliação negativa de si mesma, permeada por sentimentos como culpa e baixa autoconfiança - Sinais de que os dispositivos amorosos e maternos foram “*corretamente*” introjetados, refere Zanello (2018).

Aos 28 anos, Maria engravidou novamente sem planejamento e, desta vez, deu o nome de Júnior ao filho. Ela admite que, num primeiro momento, pensou em abortar, mas que seu companheiro e também o seu irmão a desencorajaram, alertando-a sobre os riscos de vida que ela poderia correr. Após o nascimento deste filho, Maria optou por utilizar um dispositivo intrauterino a que teve acesso em um hospital universitário de Salvador.

O terceiro foi um susto, sim.... Porque eu não queria de jeito nenhum mais.... Eu não queria nem no segundo.... Aí eu fiquei nervosa, eu fiquei querendo tirar.... Aí ele: “Não tire, não! ...que você não precisa arriscar sua vida...” Aí meu irmão chegou lá também conversando.... Aí eu peguei e tive e meu filho está hoje aí com 25 anos. (...). Depois eu botei o DIU, botei o DIU no hospital... (Maria)

Interessante notar que, apesar de ser considerado como um crime pela legislação brasileira, o incentivo para o não abortamento da criança veio em relação às preocupações dos familiares com a integridade física de Maria. Tampouco transpareceu a ideia de um limite religioso e a consideração desta opção como um pecado grave, ou algo do tipo. Uma vez que esta prática não é legalizada e não tem o amparo institucional dos serviços de saúde pública brasileiros, muitas mulheres acabam se sujeitando a uma série de procedimentos invasivos realizados em clínicas clandestinas, ou mesmo a práticas domiciliares igualmente perigosas. Tais riscos, conforme o relato de Maria, parecem estar mais presentes no imaginário de sua família do que os ditames religiosos ou jurídicos. A maternidade, neste momento, parece ter se configurado, então, como uma escolha que não lhe é própria, que pode ser arbitrada por terceiros.

Dois anos depois, Maria resolveu separar-se do companheiro, ao descobrir o envolvimento dele com outra mulher - momento que, para ela, foi vivido com intenso sofrimento. Sem o apoio dele, Maria refere que permaneceu, inicialmente, na casa em que

moravam e que deixava os seus filhos sozinhos ao longo do dia enquanto ia trabalhar “na casa da moça”,

Eu deixava meus três filhos dentro de casa e ia trabalhar...(...). Eu arrumava a casa da moça. Limpava...(...). Eles ficavam só. (...) eu já deixava a comida pronta, deixava tudo arrumado, já. (Maria)

Entretanto, pouco tempo depois, Maria preferiu ir residir com o seu irmão e deixar os seus filhos, novamente, sob os cuidados do pai:

Porque quando eu me separei eu fiquei sozinha, sem lugar pra onde ir, aí eu peguei e entreguei (os filhos), depois eu peguei de volta, porque eu não queria ficar na casa que ele alugou, eu peguei e não queria ficar lá só... Eu já tava muito acostumada com ele, aí não sei o que foi que eu fiquei na cabeça... Eu fiquei muito nervosa, aí eu preferi ficar sozinha na casa do meu irmão. (Maria)

A figura a seguir descreve o sequenciamento de sua trajetória e de suas rupturas:

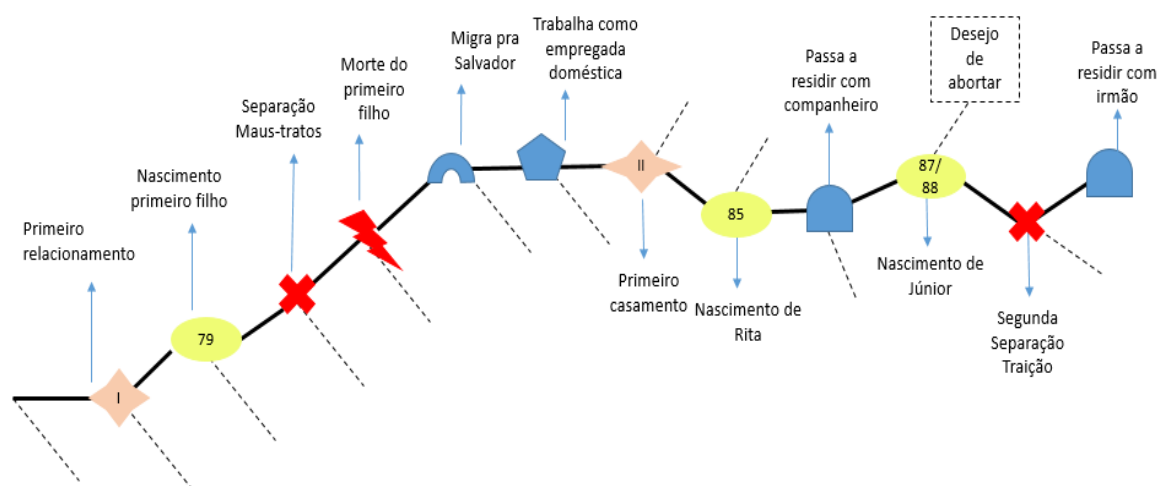


Figura 8: Trajetória de Maria como mãe

Neste momento de intenso sofrimento, Maria contou apenas com o suporte financeiro de sua irmã mais velha que reside em São Paulo, embora esta irmã sempre a censurasse, ressaltando que Maria não deveria ter tido tantos filhos.

Eu fiquei, assim, tendo filho e não pensei nas consequências, né? (...). Minha irmã ligava pra mim, dizia: “Use o remédio! ”; não sei o quê, minha irmã falava bastante...; “Você não pode ficar tendo bastante filho porque você não tem recurso, você não tem um trabalho! ” (Maria).

Este momento de separação e de intensa censura e responsabilização foi configurado, no discurso de Maria, como um novo momento disruptivo, visto que ela precisou reorganizar todo o seu cotidiano, sendo agora mãe de duas crianças pequenas. É difícil perceber, a partir do discurso de Maria, os recursos semióticos utilizados nestes momentos, pois as rupturas de sua vida foram narradas sob uma perspectiva de um profundo desamparo. Mesmo a religião que ela costuma frequentar há aproximadamente 30 anos foi colocada como um frágil dispositivo nesses momentos, dada a censura moral, por exemplo, do envolvimento feminino com múltiplos parceiros.

Mas sempre eu saia sabe? Começava a fazer um bocado de besteira, entrava..., mas sempre saia (...). Às vezes ficava trocando de parceiro... coisas que eu não, que o meu salão não admite né, fazer essas condutas assim, errado, ficar me associando com pessoas que não deve, pessoas que não deve se associar.... Esse tipo de coisa assim... Ficar falando também certas coisas que não pode... palavrão, esse tipo de coisa, que lá não aprova... (Maria)

Logo que se envolveu com uma nova pessoa, um rapaz que ela já conhecia por trabalhar na mesma oficina em que o pai dos seus primeiros filhos trabalhava, Maria passou a residir em sua casa. Ela diz que, neste momento, buscou os seus filhos de volta, por estar sentindo muito a falta dos mesmos e porque, na casa da família paterna, acreditava que eles estariam sofrendo e sendo maltratados pela madrasta.

Eu já tinha um lugar e eu também sentia muita saudade deles e eles também era muito maltratado lá pela madrasta.... Aí eu peguei... (Maria)

Quando estava com 31 anos, Maria engravidou novamente, agora de Lívia, a despeito do uso do dispositivo intrauterino. Ela pontua que, dessa vez, não ficou tão preocupada porque acreditava que o seu novo companheiro seria um bom pai. O suporte parece ter representado para ela, neste momento, um importante recurso para uma experiência menos disruptiva de uma nova maternidade. Dois anos depois, Maria

engravidou de Daniela. Após onze anos de relacionamento, Maria resolveu se separar, referindo apenas que o relacionamento “*não deu certo*” e que resolvera deixar as duas filhas mais novas com a família paterna, lugar em que permaneceram até terem conquistado alguma autonomia. Ainda que deixadas sob a guarda da família paterna, chama atenção o fato de o cuidado de suas filhas ser reconhecido como responsabilidade de uma figura feminina, a avó, e não do pai, propriamente dito.

Aí, eu peguei e saí... Aí, eu peguei e entreguei as duas filhas a ele. Esse daí já teve mais responsabilidade. (...). Aí ficou com a avó. (...). Continuou com a avó sendo cuidada... (Maria)

Entretanto, Maria narra que buscava sempre visitar suas filhas para checar como elas estavam sendo tratadas - mais uma vez por não confiar que a família paterna cuidaria bem das crianças – um trauma, talvez, em relação à perda do primeiro filho. Em sua fala, refere acreditar que este foi um período muito difícil para as suas filhas.

Eu tinha que vir cá pra olhar elas, pra ver como elas estavam, porque elas eram pequenas, a avó não gostava muito delas, não fazia comida pra elas... Essas coisas assim... Elas sofreram também bastante, sabe? (Maria)

Em 2001, já no seu terceiro casamento, Maria engravidou de Mariana. Após essa gravidez, teve um aborto espontâneo narrado de forma muito breve e, então, engravidou de Luzia em 2005. Maria afirmou que Luzia é filha de um rapaz com quem teve um relacionamento rápido, mas que ele não quis reconhecê-la como filha. Diante dessa condição, Maria conta que o pai de Mariana resolveu, por fim, registrá-la.

Só o pai de Luzia não registrou, porque quando eu saí dele, eu já saí grávida, aí ele disse que não era filho dele, aí outra pessoa registrou ela. Ele não quis registrar. Aí não obriguei, não, eu falei: “Ah, tá! ”, aí, fui morar com outra pessoa... que era o pai de Mariana, aí ele registrou Mariana e registrou Luzia. Aí, deixei para lá, até hoje Luzia não gosta dele... Aí ela disse que nunca quer que ele registre ela... (Maria)

Interessante notar que o não reconhecimento da paternidade por parte do pai de Luzia não foi descrito como uma ruptura significativa em sua vida, uma vez que ela pôde

contar com o suporte do pai de Mariana. Mesmo Luzia, quando entrevistada, não trouxe nenhum relato a respeito deste fato.

Do nascimento de sua filha caçula, a gravidez e o parto foram configurados como as experiências mais difíceis por conta de sua idade mais avançada e da violência obstétrica sofrida. Contando com o suporte de uma maternidade pública e tendo parido todos os seus filhos por via natural, Maria afirmou que optou, então, pela laqueadura, visto que a sua obstetra se queixou bastante dizendo que, se ela engravidasse novamente, poderia morrer.

Foi um parto perigoso... a médica reclamou como o quê... A médica falou que, se eu fosse ter outro filho, que eu ia morrer. (...). Eu fiquei muito triste. Aí ela perguntou se eu estava maluca. (Maria)

Maria permaneceu por seis anos com o seu terceiro companheiro e, então, separou-se. Mariana ficou com a família do pai e Luzia sob os seus cuidados. Entretanto, embora residam em lugares relativamente distantes um do outro, costuma ser usual a ida de Luzia à casa da família paterna. Atualmente, com o nascimento recente do filho de Lívia, Mariana se mudou para a casa da irmã para auxiliá-la nos cuidados da criança.

5.1 Significações sobre o sofrimento psíquico

Ao falar sobre a sua entrada no serviço de saúde mental, Maria conta que ela ocorreu em um período muito difícil, marcado pela turbulenta separação entre ela e seu quarto companheiro, pai de Mariana e Luzia. Ela disse que, naquele momento, sentiu muita tristeza e uma série de sensações corporais que, embora sentidas como perturbadoras, não podiam ser traduzidas para o campo generalizado da linguagem.

Ah, eu sentia muita tristeza, eu ficava, meu coração disparava, ficava com o corpo gelado, parecendo que eu ia, sensação de desmaio, um bocado de coisa, um bocado de coisa ao mesmo tempo. Dava dor de barriga, um bocado de coisa, um bocado de sensação (Maria)

Maria afirma que já tinha visitado a unidade básica de saúde algumas vezes, quando o médico a referenciou para uma unidade especializada de psiquiatria. De acordo

com ela, ele a recomendou que procurasse um profissional especializado depois de ter perguntado se ela havia passado por alguma separação recente.

... Porque eu estava muito perturbada com essa doença. Eu ia muito pra centro de saúde, direto e ninguém descobria o que era. Foi um médico clínico que descobriu. Porque todo dia eu ia para o centro me medicar e não sabia o que era que eu sentia, aí um médico clínico, eu conversando com ele, aí ele pegou e falou assim: “Venha cá, você está passando por alguma separação? ”, eu falei estou, não sei se pela minha conversa né, deu pra ele entender assim, a minha tristeza, sei lá o que foi, mas deve ter sido isso, aí ele pegou e falou “Está passando por alguma separação? ”, eu falei: “estou”. Ele... “Ah... deve ser isso, procure um psiquiatra.”. Eu disse “Tá”. (Maria)

Embora Maria não apresente uma compreensão precisa das razões que levaram o médico a propor a consulta psiquiátrica, sua experiência pré-semiótica, através dessa sugestão, passou a ser significada, esquematicamente, sob o rótulo de um problema psiquiátrico e concebida enquanto alterações cognitivas, emocionais e psicomotoras. Entre as alterações emocionais, Maria enfatiza um sentimento de tristeza profunda e anedonia. Já entre as alterações psicomotoras, encontram-se as queixas por sentir o corpo congelando, falta de ar, sensação de desmaio, dor de barriga e insônia. Por fim, entre as mudanças cognitivas, ela refere que, quando está em crise, seus pensamentos não ficam os mesmos e que ela tem sonhos horríveis. A imagem a seguir foi escolhida, por Maria, para representar o seu estado anterior à procura do tratamento psiquiátrico.

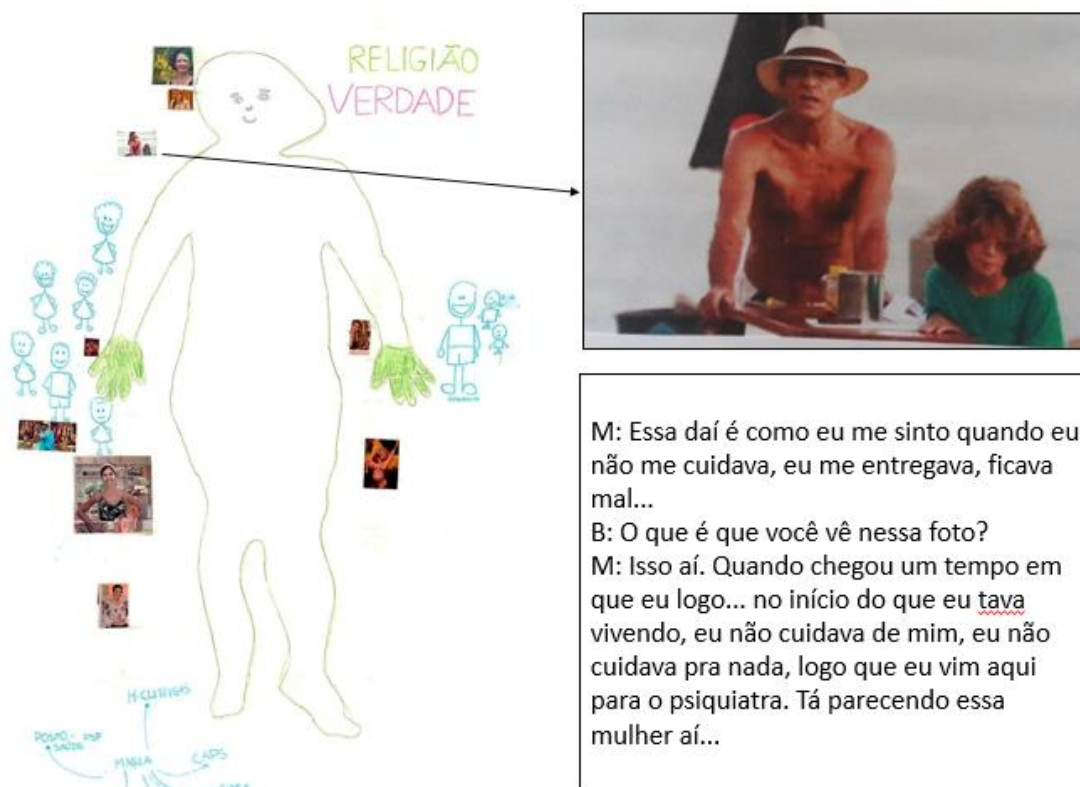


Figura 9: Representação de Maria antes do tratamento psicossocial

Os diagnósticos de transtornos mentais, como símbolos, foram arbitrariamente estabelecidos pela comunidade médica para representar, através de uma classificação sindrômica, uma coleção de comportamentos sob a suposição de que haveria uma base etiológica comum, um prognóstico e uma indicação específica de tratamento. Eles foram criados, assim, no sentido de identificar unidades funcionais anormais do comportamento. Apesar de suas fronteiras imprecisas e princípios obscuros de classificação (mesmo para os profissionais), e do fato de já terem sido reconhecidos como falhos em relação à especificidade do critério classificatório e da indicação de tratamentos específicos (Hayes & Follete, 2002), esses signos parecem ter sido tomados, pela população inserida em uma cultura diagnóstica (Brinkmann, 2016), como uma visão generalizada do sofrimento psíquico, o qual, ao se propor a totalizar a experiência humana, adquire um enorme poder regulador.

No caso de Maria, é possível inferir que, face à situação de ambivalência, a sugestão social dada pelo médico, e posteriormente decifrada como um transtorno afetivo bipolar, foi assumida como signo rígido capaz de explicar, embora de forma circular (Brinkmann, 2016), uma grande parte de sua experiência inquietante, atenuando sua

angústia. Essa configuração parece ter permitido que outros elementos fossem incluídos, sob a égide do diagnóstico, como fatores causais, a exemplo da sua separação, indicada pelo médico. Esse processo parece estar relacionado ao que Brinkmann (2016) denomina como função de autoafirmação do diagnóstico psiquiátrico.

Entretanto, dado o seu escopo e rigidez, este signo parece agir, na trajetória de Maria, como um signo regulador inibidor, constringendo outras possibilidades criativas de novas construções e sínteses pessoais, o que a comunidade psiquiátrica parece ter rotulado através do diagnóstico “mudança duradoura de personalidade após doença psiquiátrica”. De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), essa classificação se refere à mudança persistente de personalidade pelo período de, no mínimo, dois anos, atribuída à experiência traumática de uma doença psiquiátrica severa. De acordo com o manual, esse diagnóstico é caracterizado por sintomas como

Dependência e uma atitude de demanda excessiva em relação aos outros; convicção de ter sido transformado ou estigmatizado pela doença a ponto de ser incapaz de estabelecer ou manter relações interpessoais estreitas e confiáveis e de se isolar socialmente; passividade, perda de interesses e menor engajamento em atividades de lazer em que o sujeito se absorvia anteriormente; queixas persistentes de estar doente, às vezes associadas a queixas hipocondríacas e a um comportamento doentio; humor disfórico ou lábil não devido a um transtorno mental atual nem a sintomas afetivos residuais de um transtorno mental anterior; e uma alteração significativa do funcionamento social e profissional.

Essa inibição, por sua vez, parece estar fortemente associada ao uso continuado dos neurolépticos (risperidona) e estabilizadores de humor (ácido valpróico). Em sua narrativa, o uso dessas medicações é trazido com muita ambivalência. Isto porque, se por um lado eles são utilizados para reduzir os efeitos negativos de seus “*sintomas*”, estando associados, na cultura coletiva, com os signos hipergeneralizados da loucura, eles legitimam a existência de uma desordem e adicionam, à experiência de sofrimento, seus próprios efeitos colaterais (sonolência, ganho de peso e perda da memória).

Eu acho ruim, eu queria parar com esses remédios (...). Eu acho horrível! (...). Tem umas pessoas que têm preconceito... (...). Porque toma remédio, chama que é remédio de maluco, essas coisas... (Maria)

Em relação a esse aspecto, Maria refere que tem medo de tensionar a sua relação com a equipe de profissionais com o seu desejo de exercer maior autonomia e

flexibilidade na condução de seu tratamento medicamentoso. Assim, algumas vezes ela interrompe, por conta própria, o uso a partir de estratégias pessoais, quase “clandestinas”, que não estão baseadas nos princípios farmacodinâmicos das medicações. No episódio descrito abaixo, por exemplo, Maria afirma que suspendeu as medicações para que fosse possível cuidar de sua filha, Daniela, após o nascimento de seu neto.

Eu dormi uma noite lá, sem tomar remédio! Mas eu fiquei sem dormir a noite toda, não preguei o olho assim, sentada! De 10 horas às 5 da manhã, sentada, mas pra mim foi uma felicidade! Eu ia tomar remédio, mas Lívia falou, não tome não, porque se você for tomar, Daniela está acordando de 10 em 10, 15 minutos, pra trocar fralda, pra dar peito, pra beber água... Aí alguém tinha levantar né, pra pegar... Aí eu fiquei lá... (Maria)

Ao longo de sua narrativa, foi possível perceber que a fronteira entre o signo do transtorno e o campo hipergeneralizado e temido da loucura aparecem mantidos, especialmente por sua microcultura familiar atual.

Em 2011, Maria começou um relacionamento estável com André e, atualmente, vive com ele e com Luzia em uma residência próxima às de seus filhos Júnior, Daniela e Lívia. Rita está casada e tem três filhos; os dois mais velhos foram morar com ela em São Paulo e o mais novo reside com o pai, em Salvador. Júnior ainda é solteiro e trabalha como motorista em um aplicativo de mobilidade urbana. Daniela é dona de casa, está casada e tem dois filhos, já Lívia está solteira e pariu, em 2018, o seu primeiro filho. Maria, por sua vez, tem se dedicado também aos cuidados dos netos, como avó, e, em nosso último encontro, afirmou que avança a possibilidade de voltar a trabalhar.

A figura a seguir traduz o esforço de representar, imagetivamente, a trajetória de Maria

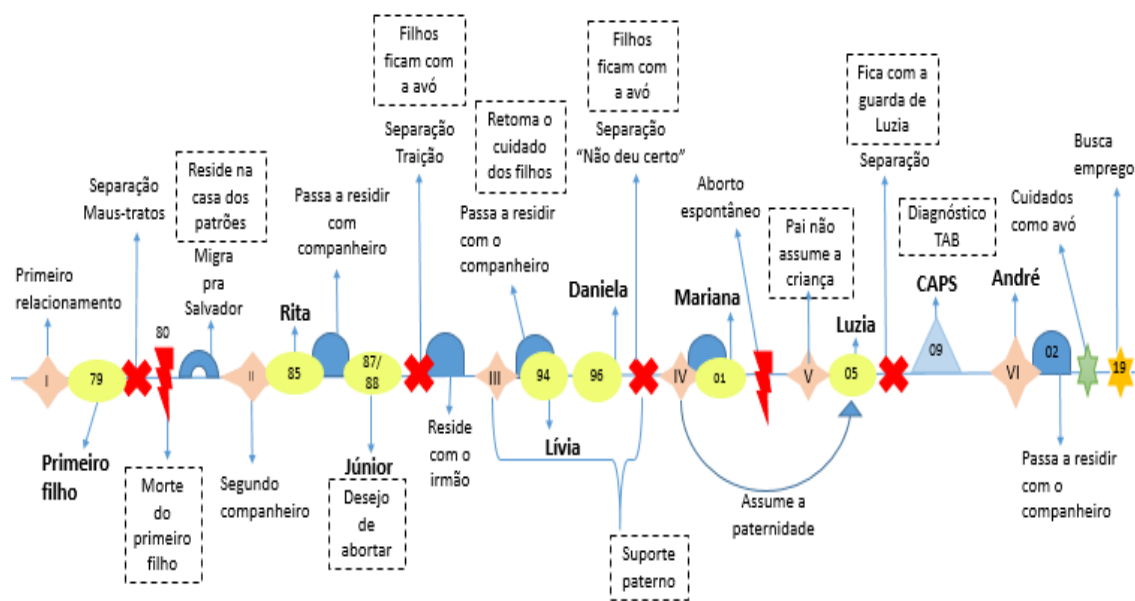


Figura 10: Trajetória de Maria

Conforme o relato de Maria, seus filhos e seu companheiro, André, a reconhecem como uma pessoa que apresenta um “transtorno”, mas que é uma pessoa normal, capaz de arbitrar sobre a sua própria vida, tendo assegurada, assim, sua legitimidade como mulher e esposa.

Eu não acho que eu sou maluca não. Lá em casa eu não sou, eu não sou vista assim não. Lá os meus filhos não me acham assim não. (Maria)

Esta perspectiva encontra respaldo nas falas de Luzia e de André. Ao ser questionada sobre a sua percepção em relação ao centro de atenção psicossocial em que sua mãe faz tratamento, Luzia responde sem qualquer sinal de constrangimento, dizendo que acha que se trata de “*um lugar pra tratar as pessoas, que têm, que têm dificuldade assim, têm problemas, eu não digo nem maluco*”. Ela completa: “*Eu não digo nem maluco, que eu não acho que mainha tem.... Antigamente que ela tinha crise, essas coisas, mas agora ela melhorou muito. Não tem mais esse negócio...*”. Já em relação à crise, ela afirma: “*é assim, quando fica assim, querendo se jogar de alguma coisa, se matar, alguma coisa assim... Aí ela nunca mais teve esses negócios, não, ela é normal...*”. Luzia tinha apenas 3 anos quando sua mãe iniciou o tratamento, já em liberdade, em um serviço territorializado, e, desde então, tem convivido, apesar das restrições de acesso impostas

pelo serviço, com o cotidiano de cuidado em saúde mental. Infere-se que, talvez por isso, e pelo bom relacionamento que afirma ter com sua mãe, as suas significações sobre o sofrimento psíquico sejam tratadas com tamanha naturalidade. Não há, em seu discurso, ao contrário do que Cid, Matsukura e Silva (2012) observaram em sua pesquisa, qualquer sinal que denote uma preocupação ou hiperresponsabilização em relação à sua mãe, ou, ainda, elementos que possam ser caracterizados como sinais de retraimento e tristeza. Mesmo quando questionada sobre os acontecimentos ou situações que são para ela mais difíceis, Luzia responde da seguinte forma:

“Ah... Que eu saiba, nada, eu não fico triste assim, coisa não... Com nada que acontece... não... Sempre eu tou legal, tou feliz, tou dançando. ” (Luzia)

André, por sua vez, reconhece o “*transtorno*” de Maria como algo episódico, mas atrela, à sua possibilidade de normalidade, a adesão fiel ao tratamento medicamentoso e às atividades ofertadas pelo Centro de Atenção Psicossocial. Assim, ele se esforça para custear as passagens do transporte público para que Maria não deixe de frequentar as oficinas, descritas, por ele, como opções de “*lazer*”.

Problema, quis deixar de vir para o CAPS, uma vez ela ficou sem tomar remédio, ficou sem vir, deu crise.... Aí eu vim aqui, me chamaram, conversaram comigo... (...). Deu crise! Deu crise.... Não ficou falando coisa com coisa.... (...). Dando crise, andando toda desajeitada, fora de si.... Para o que era antes, hoje está tudo perfeito. (...). Eu sempre mando ela vir. (André)

Entretanto, André se queixa pelo fato de, sob o seu ponto de vista, os filhos de Maria não reconhecerem o seu “*problema*” e não lhe ofertarem mais apoio, “*porque às vezes pensa que vê ela assim, toda bonita, forte, pensa que não tem problema, mas na verdade tem, a pessoa tem que ver que tem*” (sic). Maria, entretanto, não traz essa queixa em seu discurso, e reconhece os seus filhos como pessoas capazes de lhe ofertar outras estratégias terapêuticas, além das medicações, também efetivas e que a estabilizam em situações em que alguma descompensação ocorre:

Ele ficou mandando eu tomar água... eu fiquei nua... ele “calma, mainha”, e eu querendo sair, ele “calma, mainha, vá tomar banho vá, vá beber água”, pegou uma garrafa de água gelada pra mim tomar... Eu tomando água, aí deu dor de

barriga, deu tudo no mesmo instante... Aí ele “vá, mainha, eu entro no banheiro”, e ele sem querer deixar eu sair... oxe, ele sofreu nesse dia que eu tive essa crise. Ele “Amanhã você vai, eu vou levar você no CAPS, fica aí”. Aí eu peguei e tomei a água, ele “depois eu te dou remédio, tome a água gelada que vai passar, fique quieta aí”. Depois eu vesti a roupa, aí ele mandou eu deitar, eu peguei e deitar, aí foi indo, foi indo e passou, eu tomei remédio e aí passou. Oxe, ele sofreu nesse dia, viu? (Maria)

Assim, é possível dizer que a maternidade e a conjugalidade figuram como elementos importantes na síntese pessoal de Maria, pois fornecem, a ela, alguma segurança ontológica - este anseio vital de uma experiência do mundo e da própria existência, dotados de ordem, justificação e sentido (Peters, 2014, p.21). Essa afirmação está de acordo com os resultados dos estudos feitos por Carteado (2008); Blegen et al. (2014); Perera et al. (2015); and Carvalho et al. (2007). Esses autores afirmam que, para mulheres com diagnósticos psiquiátricos, a maternidade aparece como uma conquista normalizadora da vida adulta, tornando possível, para os sujeitos, que eles se descolem das restrições impostas pelo estigma da loucura. Embora Maria afirme dificuldades em ser mãe de tantas crianças em uma situação de intensa vulnerabilidade psicossocial, ela reconhece, ao final da construção de seu mapa corporal, seus filhos como privilégios de Deus e como recursos de felicidade. Dessa forma, o diagnóstico psiquiátrico, o tratamento continuado e a maternidade aparecem como elementos que integram a sua síntese pessoal, conforme pode ser visto no trecho a seguir:

B: Se você fosse se apresentar... e dizer, suas características pessoais...

M: Eu sou Maria, faço tratamento no CAPS, tenho meus filhos e vou dizer quantos filhos tenho, de quanto tempo faço tratamento aqui, já tou bem melhor aqui, graças a Deus. Só isso.

A figura a seguir ilustra a tentativa de representar graficamente os elementos ressaltados na análise acerca dos modos como Maria integra o sofrimento psíquico em sua síntese pessoal de si mesma. No nível primário de experiência de ativação fisiológica, a estranheza das sensações de Maria, codificadas como sintomas através do viés psiquiátrico, passam a ser compreendidas como elementos que confirmam um diagnóstico, o qual aparece culturalmente imbricado com o campo hipergeneralizado da loucura. Ao mesmo tempo, sua experiência de maternidade e conjugalidade, e a

legitimidade social dada por sua família, marcam uma borda entre o transtorno mental e a loucura, alocando Maria em um campo de normalidade que preserva sua autonomia e possibilidade de autoadministração de seu tratamento, incluindo a possibilidade de eventualmente, arbitrar pelo não uso dos remédios. O uso das medicações psiquiátricas, dessa forma, parece ocupar um lugar ambíguo em sua trajetória. Se, por um lado, confirmam o diagnóstico e promovem uma série de efeitos não desejáveis, por outro, ajudam o seu processo de regulação emocional e a atenuação de sua ambivalência.

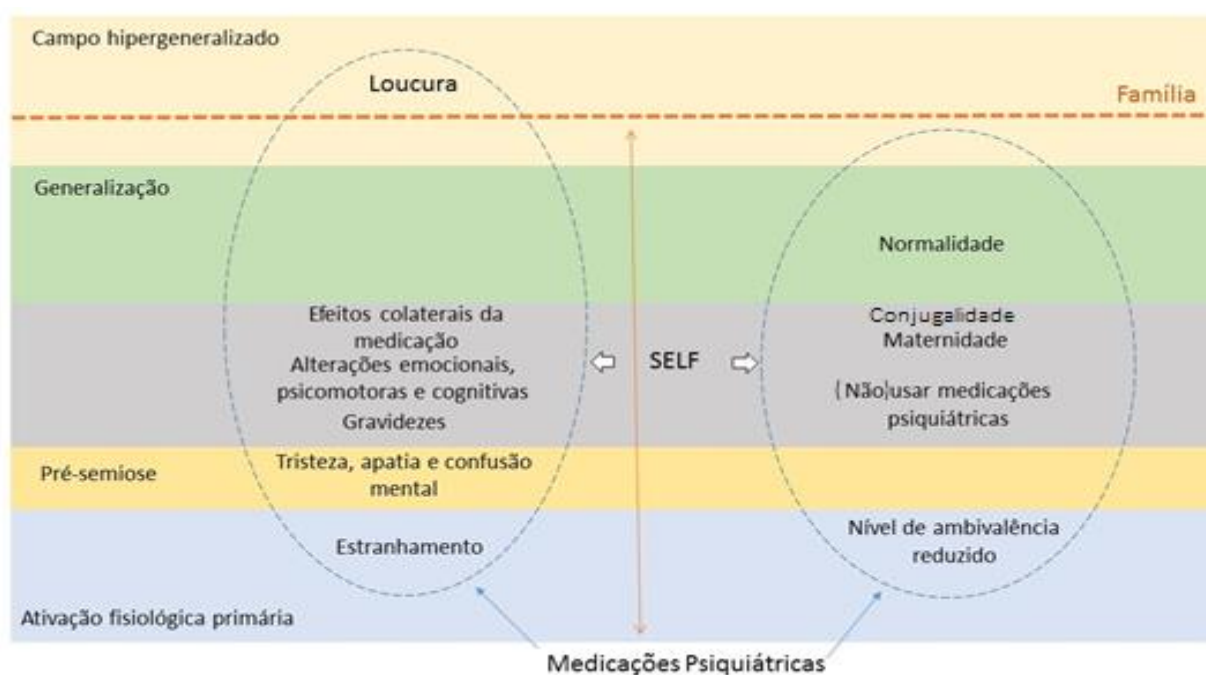


Figura 11: Significações do sofrimento psíquico para Maria

5.2 Significações sobre a maternidade

A experiência da maternidade, para Maria, como pôde ser visto ao longo da descrição de sua trajetória, aparece como um forte signo afetivo cujos contornos se colocam extremamente sensíveis às suas condições contextuais. Em suas falas iniciais, como foi visto, a maternidade pareceu estar intensamente marcada pela questão de falta de amparo familiar e pela sua exposição a uma situação de violência conjugal, culminando, assim, com a opção não normativa de entrega da guarda de seu filho ao pai. Já em Salvador, e diante das gravidezes de Rita e Júnior, a experiência de ser mãe passou, então, a assumir as conotações de falta de planejamento pessoal financeiro e de habilidade para cuidar dos seus filhos. Diante da separação e da sua necessidade de voltar a trabalhar, esta situação se tornou ainda mais complexa e desafiadora.

As fronteiras entre o que se concebe como mãe e como não-mãe pareciam estar bastante rígidas e demarcando um espaço muito restrito de performances aceitáveis em função do que se concebe como o ideal da maternidade. Mesmo que ainda não estivesse sob o rótulo de um transtorno psiquiátrico, por ser pobre e não contar com qualquer tipo de amparo familiar e institucional, a experiência de maternidade parecia-lhe uma experiência negada, muito censurada e sofrida.

Assim, ao discorrer sobre as suas lembranças anteriores à maternidade e para compor o seu mapa corporal, Maria escolheu imagens de mulheres sorridentes afirmando, enfaticamente, que, nesse período, sentia-se mais feliz. A cor verde, escolhida para cobrir o contorno de seu corpo no mapa, foi simbolizada como “a cor da alegria”. Além das fotos das mulheres sorridentes, Maria escolheu também a foto de um casamento e referiu que se sentiu muito feliz no momento em que se casou com o pai de Rita e Júnior.

B: Se eu te perguntar assim, como você se descreveria antes de ser mãe, quando você lembra das suas experiências antes de ser mãe, como você acha que você era?

M: Eu acho que eu era mais alegre.

B : Mais alegre? (em tom de curiosidade)

M: Sim, porque sempre que a gente tem os filhos e que a gente os vê passando certas situações, a gente fica triste.... Antes, quando eu não tinha filho nenhum, eu tinha mais alegria.

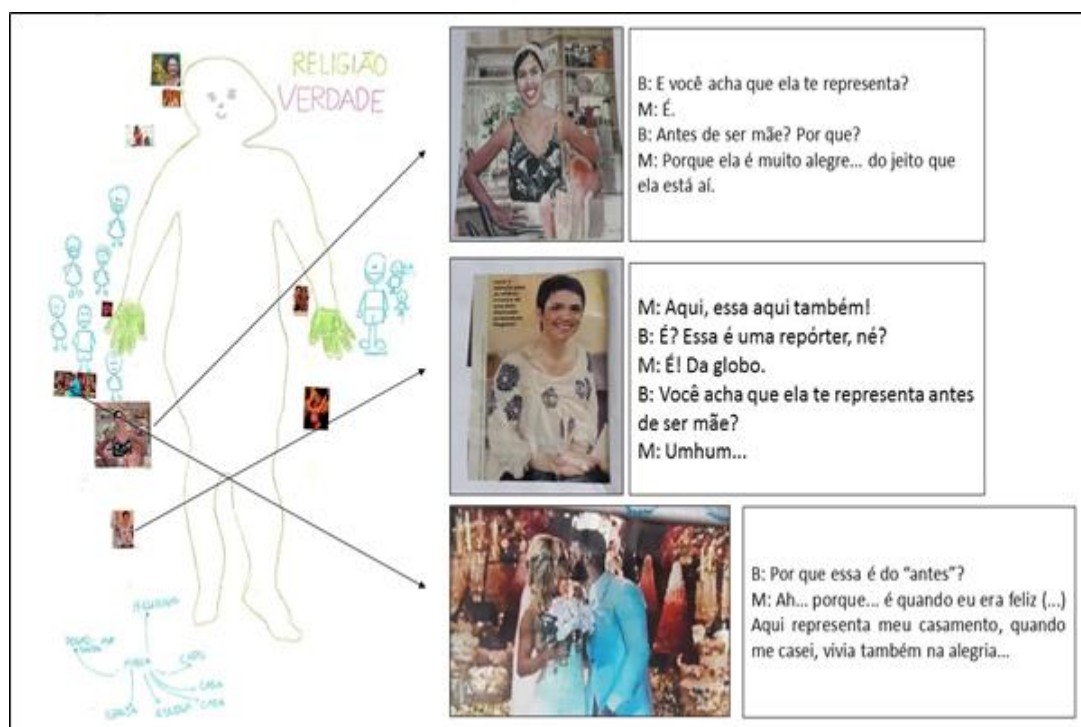


Figura 12: Imagens relacionadas ao período anterior à maternidade para Maria

Com o nascimento de Daniela e Lívia e a possibilidade de poder contar com o suporte da família paterna, Maria relatou uma vivência materna menos disruptiva. Mesmo no período em que se separou (após 11 anos de relacionamento), ela pôde deixar suas filhas sob responsabilidade do pai, já que não teria recursos próprios para se manter junto às crianças. Entretanto, seguiu zelando por suas filhas e se esforçou para que o vínculo fosse mantido. O seu quarto relacionamento e o nascimento de Mariana também seguiram uma trajetória de continuidade e, mesmo a experiência de aborto espontâneo e o fato de o pai de Luzia não a ter reconhecido como filha não foram narrados como eventos disruptivos. A existência de uma fonte de amparo masculina, viabilizada pelo pai de Mariana, mais uma vez, serviu como um recurso importante.

A ruptura em sua experiência como mãe, nesta fase de sua vida, se coloca em função da violência obstétrica sofrida frente a um discurso médico que a julga, ainda no delicado momento do parto, por conta da ocorrência de uma gravidez de risco em função de sua idade avançada.

Com a sua última separação e a categorização de seu sofrimento psíquico sob o rótulo de um transtorno psiquiátrico, Maria passou a analisar sua história materna

retrospectivamente e a cogitar a hipótese de suas gravidezes terem se dado em função de seu “transtorno”. Interessante notar que mesmo o relatório médico de Maria estende o seu escopo patologizante ao período em que Maria estava iniciando sua vida reprodutiva.

Acho que quase meus filhos tudo não foi planejado. Acho que eu já tava já na doença, acho que a partir dos vinte anos eu já tinha essa doença, já... já tava já com transtorno. Aí começava a fazer um bocado de coisa errada. Engravidava, tinha os filhos, ia tendo.... Engravidava... ia tendo... (Maria)

O diagnóstico, nesse sentido, parece atuar, neste ponto da narrativa de Maria, a partir do que Brinkmann (2014) denomina como “função de negação”. Isto porque parece isentá-la de suas responsabilidades maternas frente às orientações culturais tão rígidas, seja dos seus próprios familiares, seja da equipe de profissionais, que a penalizam por, em sendo pobre e diagnosticada com um transtorno mental severo e persistente, ter optado por ter tido seis filhos. Conforme Krumm e Becker (2006) apontam, frente ao estigma relacionado ao sofrimento psíquico, as mulheres passam a ser hiperresponsabilizadas pelo seu comportamento reprodutivo e, sem o necessário apoio, sentem-se oprimidas.

Entretanto, no decorrer do processo de realização do mapa corporal, talvez pela oferta de uma escuta mais acolhedora, também foi possível verificar significações mais positivas desta experiência. Nestas, Maria localiza seus filhos como suas principais fontes de suporte social e como grandes realizações de sua vida, especialmente pelo fato de todos terem nascido saudáveis.

Eu me sinto alegre pelo privilégio de ter um bocado de filho que não tem problema, né? A minha alegria é essa... de Deus ter me dado, sem nenhuma deficiência deles... (Maria)

A figura a seguir ilustra a rede de significações acerca da maternidade que Maria foi constituindo ao longo de sua trajetória:

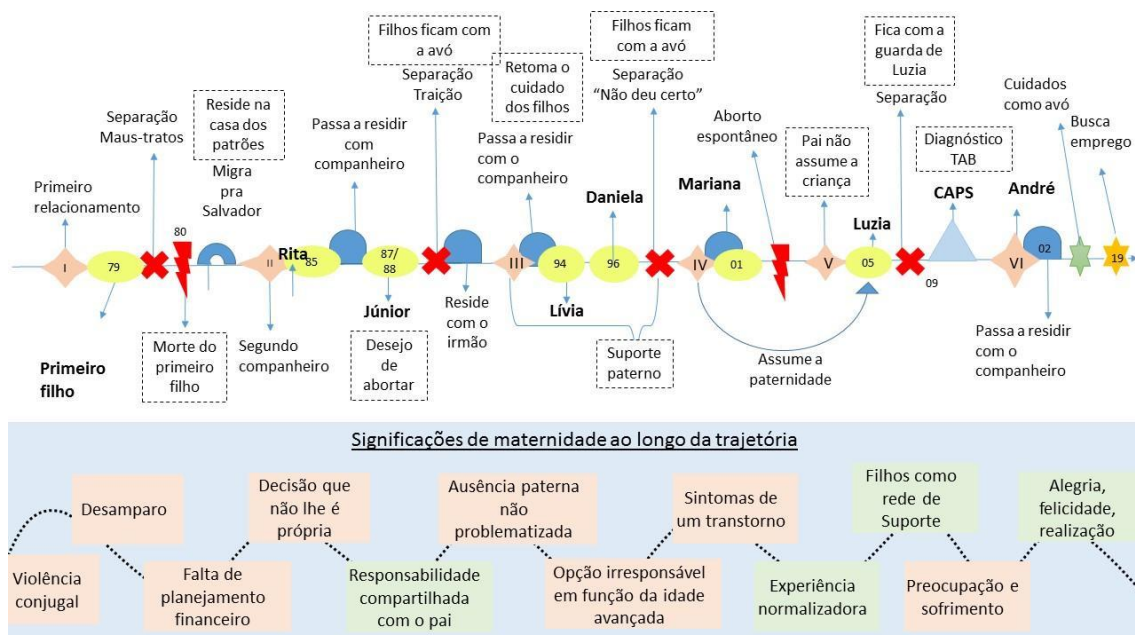


Figura 13: Significações de maternidade ao longo da trajetória de Maria

Para representar a sua experiência como mãe, em seu mapa corporal, Maria escolheu as imagens destacadas na Figura 14, a seguir:



Figura 14: Imagens relacionadas ao período posterior à maternidade para Maria

Interessante notar que, embora suas gravidezes não tenham sido planejadas e tenham sido percebidas corporalmente com certo estranhamento, Maria também faz referência, através das imagens, a sentimentos positivos. A palavra “verdade” foi

escolhida, por ela, como uma palavra importante para representar a sua condição como mãe, e a “religião” como algo que lhe propiciou chegar até a verdade.

1

B: Quem a gente vai desenhar agora primeiro?
M: Luzia.
B: Luzia vai ficar aonde?
M: Aqui, aí.
B: Como é a expressão dela?
M: Sorridente!

2

B: E agora?
M: Daniela?
M: É... Daniela é ainda mais sorridente do que Luana!
B: É? Então vou colocar aqui um sorriso!
M: Ela é gaiatona!

3

Quem a gente vai desenhar agora?
M: Lívia, bote aí
B: Longe de Luana?
M: É...
B: Por quê?
M: Sei lá... Ela cisma muito.
B: E a expressão dela? Como seria?
M: Mais fechada.
B: Assim tá bom?
M: Está.

4

Agora é Júnior.
B: Aonde ele fica?
M: Aqui?
B: Como ele é?
M: Ele é sorridente também, não é muito fechado não.

5 e 6

B: E agora?
M: Tá bom...
B: E os outros filhos?!\nM: Ah! Mariana (6) e Rita (5).

7

B: Os pais das meninas?
M: Não.
B: O André?
M: O André... É.

B: Então ficaria aqui... André de um lado... os filhos do outro, e você no meio! Balanceando aí...
M: É o que acontece, né?! Na realidade!

8 e 9

B: E seus netos? Não entrariam no desenho não?
M: Claro!
B: Então vamos desenhar!
M: Matheus e... bote só Matheus e Felipe, só esses dois, que nasceram...
B: De que cor? Azul também?
M: É, bota aí junto com André... Já que André é... porque cá também botou um homem né... Bota Matheus e Felipe aí...

B: E olhando pra isso, pra o desenho, o que é que você sente olhando pra sua família?
M: Ah! Eu fico feliz! Eu me sinto muito feliz, porque eu sei que eu tenho eles! Meus filhos pra mim tudo é uma felicidade.

Figura 15: Descrição do desenho da família de Maria

Suas preocupações relacionadas à maternidade circunscritas ao contexto atual são representadas 1) por sua não aprovação em relação a alguns dos comportamentos dos filhos (por exemplo, ingerir bebida alcoólica) e, 2) no caso das filhas, se envolver com homens, 3) também por sua apreensão em vê-los desempregados, sem poder ajudá-los financeiramente, e 4) por sua empatia em relação aos momentos em que os mesmos passam por situações de sofrimento.

Só é ruim porque elas aprontam muito, não têm juízo ainda, fazem um bocado de besteira ainda (...). Fica bebendo, esses negócios assim... Bebe.... Ficam aprontando, pegando homem, essas coisas que não é pra fazer... Aí fica... ficam me dando dor de cabeça... (Maria)

Daniela e... Lívia também, está grávida. São duas. E tudo é sofrimento pra mim, né? Porque eu já sei como é e sei o que elas vão passar, aí.... Fico pensando, poxa! ...não era nem para elas estarem assim. Daniela disse que nem aguenta mais, que não vê a hora... com dor. (Maria)

Foram percebidas, como **esferas da experiência de maternidade**, para Maria, além da realização dos cuidados domésticos, (1) os cuidados básicos relacionados à alimentação, embora não se sentisse inicialmente capaz de provê-los; (2) o suporte financeiro e incentivo às experiências de aprendizagem, já que gostaria de poder viabilizar mais recursos para as suas filhas; (3) o acolhimento emocional; (4) a mediação da relação dos filhos com o seu atual companheiro; (5) o suporte, como **avó**, às próprias filhas e (6) o compartilhamento das tarefas de supervisão dos filhos mais novos pelos filhos mais velhos.

Esferas da Experiência de Maternidade	Falas
(1) Cuidados básicos	<i>Só que eu era tão jovem, que eu nem sabia cuidar do bebê, deixava o bebê com fome, não sabia cuidar não...</i>

<p>(2) Suporte financeiro e incentivo às experiências de aprendizagem</p>	<p><i>Eu queria receber um dinheiro do INSS pra melhorar a vida das meninas, de Luzia, só que eu não consegui... (...) Porque é o futuro dela, né? Pra pagar um curso... pra ajudar.</i></p>
<p>(3) Acolhimento Emocional</p>	<p><i>Minha filha (Luzia) também não está chorando por causa que ficou grávida? (...). Chorando... não dorme... a médica falou pra ela não ficar assim não... Porque ela não planejou, né?... Então, é uma coisa que não foi planejada, então é difícil... (...) E o pai tá pior ainda, (...), triste deixando ela mais abatida ainda... Hoje ela estava me contando um bocado de coisa, depois... “Não fique assim não, minha filha”...</i></p>
<p>(4) Mediação da relação dos filhos com o parceiro</p>	<p><i>André não gosta delas. André só gosta, gosta não, é mais ou menos com meu filho, porque eu só tenho um filho só (...) Ele diz que as meninas não respeitam ele. (Silêncio). Ele diz que elas não ligam pra mim, que não sei o quê, aí fica implicando com elas... É porque ele diz que elas não me dão dinheiro, que não se preocupa com a minha saúde, essas coisas assim... Aí eu digo a ele, “Se elas não estão trabalhando ainda?” (...) Até com Luzia ele implica! Eu que não dou muita ousadia a ele, sabe? Se Luzia conversa com uma menina na rua, ele: “Já está conversando com a menina!” (...). Quer que Luzia seja prisioneira! (...), mas ela tem que conversar, sim, com as meninas da idade dela! Aí ele fica falando...</i></p>
<p>(5) Suporte às filhas como avó</p>	<p><i>Daniela está acordando de 10 em 10, 15 minutos, pra trocar fralda, pra dar peito, pra beber água... Aí alguém tinha levantar né, pra pegar... Aí eu fiquei lá...</i></p>

(6) Compartilhamento do cuidado com filhos mais velhos	<i>Às vezes porque eu tinha uma e a outra já tava grande, né? Aí minha filha mesmo olhava e me ajudava. Eu tinha uma filha de 12 e outra de 13 anos, que é a mais velha, ela me ajudava com as outras.</i>
---	--

Figura 16: Falas associadas às esferas de experiência de maternidade de Maria

O reconhecimento dessas esferas de experiência denota o quanto Maria, assim como as participantes do estudo de Browen e Davina (2007), reconhece as normas do que se concebe como “ser uma boa mãe”. Maria, tal como as prescrições indicadas no trabalho de Brockington et al (2011), preocupa-se em assegurar, aos filhos, cuidados básicos, segurança, acolhimento e os processos de aprendizagem e orientações consistentes. Entretanto, é evidente que, face às dificuldades contextuais e à falta de proteção social, a maternidade pode ser vivida com muito sofrimento ou, conforme aponta Jesus, Jucá e Barbosa (2014), em uma linha tênue. Considerando esses aspectos, Seeman (2012) enfatiza que a maioria dos riscos associados ao fato de ser filho de uma mãe com diagnóstico que envolve o sofrimento psíquico está relacionada com fatores como a pobreza, o isolamento social e a convivência em moradias precárias. A autora também afirma que essas mulheres precisam lidar cotidianamente com os desafios colocados pela maternidade e pelo transtorno, estando inseridas em um contexto que comumente oferta pouco suporte e uma ameaça constante da perda da custódia de seus filhos.

5.3 Significações de filialidade

A mediação que Maria faz da relação entre seu atual companheiro e seus filhos foi bastante evidenciada ao longo das entrevistas realizadas com ela e com ele. Estas se dão especialmente em torno das perspectivas de filialidade que cada um sustenta. Enquanto André assume uma visão de que cabe aos filhos uma abnegação completa de si mesmo em função das necessidades maternas, Maria não faz qualquer tipo de exigência aos filhos, ressentindo-se, inclusive, por fazê-los sofrer nos momentos em que necessita de apoio.

Esta visão, trazida por André, foi sustentada a partir da sua própria experiência na relação de cuidado que constituiu, ainda na infância, com sua mãe. André conta que a sua ela foi diagnosticada com um problema renal grave quando ele ainda cursava a

alfabetização e que, por conta disso, precisou sair da escola para poder trabalhar e custear o seu tratamento.

O colégio que eu estava, alfabetização, mas só que eu tinha que parar de estudar.... Quando ela caiu doente... (...). Eu tive que largar de estudar, para trabalhar pra dar, a ela, comida e.... comprar remédio. Entendeu? (...). É isso aí. Eu fiquei 18 anos com ela. (André)

Assim, a “boa filialidade”, em seu ponto de vista, aparece caracterizada como uma espécie de signo hipergeneralizado, carregado afetivamente a partir de uma expectativa de auto sacrifício dos filhos. André chega a dar um valor religioso a essa entrega, uma espécie de cuidado que seria reconhecido e recompensado por Deus, e refere não sentir desejo de estabelecer vínculo e de apoiar os filhos mais velhos de Maria por conta do que avalia como negligência.

Eu acho o seguinte, que o filho tem que dar apoio à mãe, aconteça o que acontecer, mas é mãe, entendeu? (...) Só isso. Fora disso eu não dou apoio. Entendeu? (André)

Além disso, ele também se queixa em função dos cuidados que Maria ainda tem com os filhos, o que, no seu ponto de vista, leva-a a ter ainda mais sofrimento, prejudicando o seu tratamento

Esqueça filho! É primeiro você, segundo você e terceiro você! Esqueça filho! Filho você bota no mundo, mas não cria natureza, entendeu? Depois que está grande cria asas e vai voar! (...) Se preocupe com você, que na hora “h”, quando você precisar, eu duvido que vão largar tudo pra lhe dar apoio. É muito mais fácil botar você no Juliano Moreira! (André)

Maria, por sua vez, ao falar sobre os seus filhos e sobre as possibilidades da filialidade, parece circunscrevê-las sob vários aspectos, são eles: (1) a contínua necessidade de cuidado, já que se preocupa e busca apoiar os filhos cotidianamente; (2) a tomada dos filhos como fonte de suporte para o seu tratamento, uma vez que seus filhos a acompanham em suas consultas e zelam pela sua saúde; (3) a demanda para que eles se comportem “bem” e (3) como já dito, a legitimação social, em função das situações em

que seus filhos validam suas atitudes, sem restringi-la ao estigma da loucura, compondo, assim, parte extremamente importante de seu *self*.

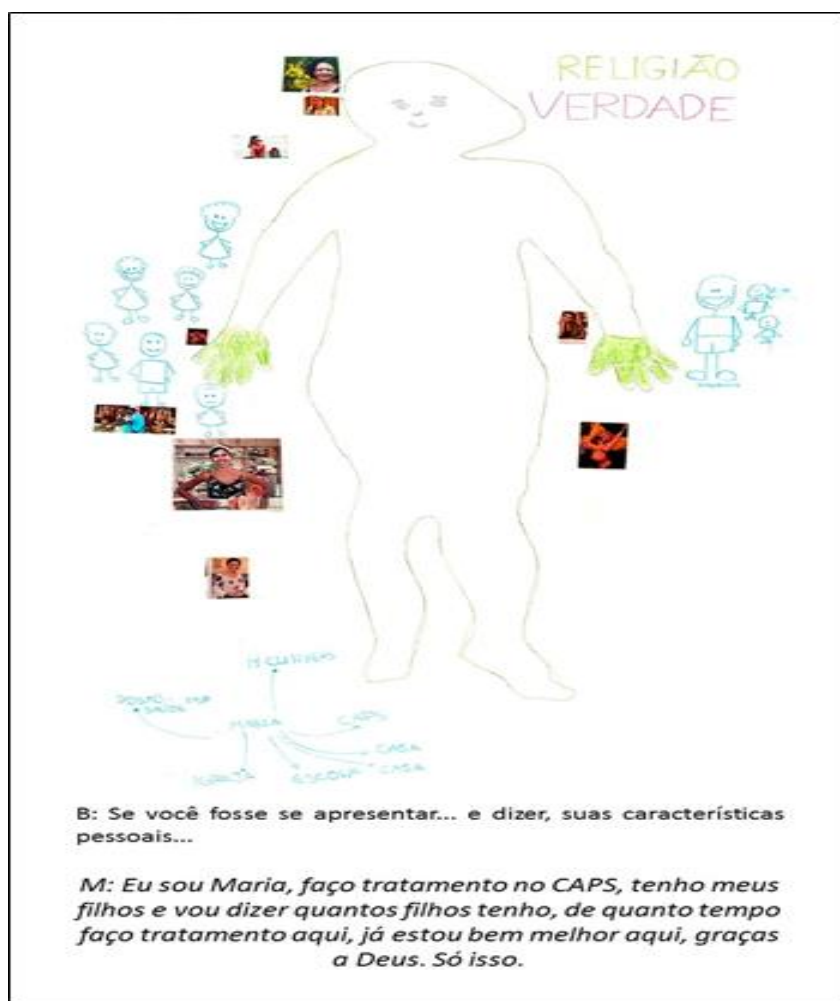


Figura 17: Apresentação pessoal elaborada por Maria

Importante notar que, apesar de valer-se dos cuidados que são dispensados a ela pelos seus filhos, Maria reconhece que o seu sofrimento psíquico trouxe e traz sofrimento a eles. Sobre esse aspecto, ela ressalta os períodos em que precisou deixar suas filhas aos cuidados dos pais, os momentos de crise que acabaram sendo mediados por eles e, a despeito das críticas de André, a preocupação que os mesmos têm continuamente com o seu estado de saúde.

André se descreve como uma pessoa que evita conflitos e que prefere ficar “em seu canto, quieto”. Também afirma ter, com Maria, uma relação bastante tranquila. Em

seu discurso, Luzia é tomada como a única filha de Maria que está, de algum modo, sob sua responsabilidade, embora não se coloque como “pai”. Por conta da dedicação de Luzia aos estudos, André tem se esforçado para presenteá-la com roupas e com um celular mais moderno, este financiado em longas prestações, para que ela possa ter acesso à internet e realizar os seus trabalhos escolares. Ele se coloca, assim, como provedor da casa e assume essa responsabilidade “enquanto homem”. Entretanto, no momento em que fizemos a entrevista, André estava desempregado, segundo ele, por não tolerar mais as condições de um trabalho escravo:

Eu tava empregado mas não deu certo, a pessoa queria pisar demais, então não deu certo. O tempo de escravidão acabou, então eu não estou pronto pra ser pisado. Então vi que não ia dar certo e pedi pra sair, às vezes é um mal que vem pra bem, então é isso aí. (André)

A relação conjugal, por conta do seu desemprego, parece ter adquirido uma configuração mais conflituosa, dado que Maria, frequentemente, lhe exige mais resiliência no processo de tolerar as dores e o adoecimento físico e de se submeter às condições dos trabalhos que lhe são oferecidos. Além desta questão, Maria também refere que os conflitos também têm aumentado em função da entrada de Luzia na adolescência.

Ela fica discutindo com André. Aí eu tenho minha religião, a moça que faz o meu estudo... Eu peço a ela pra conversar com ela, pra conversar com ela, porque ela está fora do limite, fica discutindo em casa... André: olhe, se ela continuar assim, me desobedecendo, eu não vou querer mais vocês aqui dentro de casa, vocês vão embora e podem me deixar ficar aqui só”, ele chegou a falar isso. (...) Por besteira! Bobagem! André é muito ignorante, aí ele pega e fica falando isso, porque por besteira assim ele toma raiva das pessoas, por bobagem assim, ele não fala com nenhuma das minhas filhas, agora com Luzia ele está fazendo isso já. (Maria)

É interessante notar, neste sentido, o apoio que Maria recebe da igreja no processo de educação de sua filha. Especialmente neste momento de entrada de Luzia no período da adolescência, a orientação moral religiosa aparece como um recurso bastante relevante e como um elemento que a ajuda a mediar os conflitos familiares.

Aí eu tenho minha religião, a moça que faz o meu estudo.... Eu peço a ela pra conversar com ela, pra conversar com ela, porque ela está fora do limite, fica discutindo em casa...Luzia só não me dá muito trabalho porque ela está lá dentro, se Luzia não estivesse, ela me daria muito trabalho (...) Com as outras (filhas) era pior! Porque eu não estava bem.... Elas não iam no salão comigo. Elas só queriam saber de namorar e Luzia não faz isso. Luzia vai fazer 14 anos e não namora, não faz nada... (Maria)

As fotos feitas por Luzia se restringiram apenas ao seu ambiente doméstico e ao Centro de Atenção Psicossocial em que Maria faz tratamento. Ao todo, Luzia tirou 23 fotos, sendo 6 fotos pessoais, 4 fotos de Maria, 3 fotos com sua mãe; 3 fotos dos seus gatos, 1 foto de André, 1 foto de André com sua mãe, 1 foto dela com André e sua mãe, 1 foto com sua irmã Mariana, 1 foto de um quadro de sua casa, 1 foto do seu conjunto de DVDs e 1 foto dos adesivos de seu caderno.



Figura 18: Fotos pessoais de Luzia



Figura 19: Fotos de Luzia tiradas com Maria



Figura 20: Fotos tiradas por Luzia com Maria e André

Ao comentar as fotos, Luzia afirmou estabelecer uma relação de muita confiança com sua mãe. Destacou que busca ajudá-la nas atividades domésticas (lava roupas e arruma a casa) e que, juntas, administram os recursos que recebem do programa Bolsa Família. “Falar a verdade” apareceu como um valor muito importante para Luzia, assim como o fato de não ser agredida fisicamente por sua mãe.

Mainha não bate, ela nunca acostumou me bater. Quando eu faço as coisas, não, porque eu não costumo mentir pra ela... Tudo que eu faço na escola, por exemplo, se eu fui pra alguma casa da minha amiga, eu conto, eu não costumo mentir pra ela, não... Eu não me sinto bem mentindo, não... Eu não gosto. (Luzia)

Luzia referiu estabelecer uma boa relação também com André. Relatou que, embora não tenha se afeiçoado logo de início à sua presença, depois se adaptou e ambos passaram a conviver tranquilamente. Sobre André, comenta:

Bem legal! Logo no começo eu fiquei meio assim, parecendo que não gostava dele, mas depois me acostumei. (Luzia)

A foto com sua irmã (Mariana) foi feita no momento em que se encontraram para resgatar o benefício que recebem do Programa Bolsa Família. Luzia refere que, apesar de sua irmã residir em um local mais distante, mensalmente elas se encontram para que possam comprar o que precisam. Sobre os demais irmãos ela afirma que não mantém contato com Rita, que mora em São Paulo, e que vê esporadicamente o seu irmão Júnior, por conta de ele estar sempre trabalhando. Daniela e Lívia foram descritas como suas irmãs mais próximas por residirem geograficamente mais perto. Entretanto, elas não foram retratadas.



Figura 21: Foto de Luzia com sua irmã Mariana

As fotos relacionadas aos seus gatos foram descritas com muito carinho. Eles se configuram, para Luzia, como uma importante fonte de lazer, assim como os DVDs que gosta de assistir. Embora os tenha representado em foto, verbalmente ela não atribuiu uma significação especial a eles. Luzia refere que não costuma sair muito com sua família e que tem poucos amigos no seu bairro, por acreditar que as pessoas de sua idade não seriam “boas associações” para ela.



Figura 22: Os gatos de Luzia

Embora não tenha tirado nenhuma foto de sua escola, Luzia se refere a ela com muito afeto, especialmente quando menciona a sua relação com os professores e com as disciplinas.

Ontem mesmo, terça-feira mesmo, quando ela chegou lá na sala, ela: “Todo dia eu lembro de você”... Porque eu gosto dela. Aí no outro dia eu elogiei ela, terça-feira ela ficou tão feliz, eu falei: professora, eu já te disse isso, mas eu vou te dizer de novo, seu sorriso é tão bonito! ”. Ela ficou tão feliz, aí peguei e abracei ela. Ela gosta de mim. Eu gosto das aulas, são legais. (Luzia)

Luzia é a filha mais nova de Maria. Desse modo, quando Maria começou o seu tratamento, já em um dispositivo territorializado, Luzia tinha entre 3 e 4 anos. Não houve, na trajetória de ambas, nenhum momento de afastamento em função de internações psiquiátricas de Maria, tampouco o envolvimento de Luzia com movimentos sociais da luta antimanicomial ou algo do tipo. Suas narrativas sobre as fotos, ainda que bastante pontuais, dizem, assim, de uma relação familiar estável, cujo crivo do diagnóstico médico

e do perigo dão lugar à confiança de que o sofrimento psíquico mais grave não voltará a ocorrer.

5.4 Itinerário Terapêutico

Como pôde ser visto ao longo da descrição de sua trajetória, o itinerário terapêutico de Maria teve início relativamente tardio em sua vida. Tendo procurado primeiro um centro de saúde, logo Maria foi encaminhada para um serviço territorial de atenção psicossocial.

Maria participa, com uma frequência irregular, das oficinas oferecidas pelo CAPS e é assídua em suas consultas psiquiátricas. Ao falar sobre o serviço, afirma gostar bastante “do espaço” e “das conversas”. Cita, com especial atenção, a oportunidade que teve de ter atendimentos clínicos individuais com o psicólogo logo que chegou à instituição. Entretanto refere que, com a saída do profissional da instituição, estes encontros foram encerrados.

Sua filha Daniela e seu atual companheiro se configuram como seus principais acompanhantes. Logo no início do tratamento, período em que relata ter se sentido “muito mal”, Maria conta que costumava levar as filhas mais novas com ela, mas que acabava sendo punida pela equipe por conta dos supostos riscos que elas correriam em virtude dos usuários que poderiam estar em crise no local.

Logo quando eu tava mal elas que me acompanhavam... Eu trazia Mariana e Luzia, tanto é que o médico disse que era pra mim não trazer porque tinha muita gente aqui que tava em crise... pra não acontecer um acidente com elas, entendeu? E ela era muito pequena.

Percebe-se, desta forma, o quanto o estigma da periculosidade continua presente no imaginário social, mesmo dos profissionais.

Além do CAPS II, Maria diz contar com o acompanhamento de uma equipe de saúde da família e com serviços oferecidos por um hospital docente assistencial do município. Já os seus vínculos sociais se restringem, segundo ela mesma, às pessoas da religião da qual é adepta (Testemunhas de Jeová), mas, especialmente, às suas filhas. Maria cita a casa de Lívia e a de Daniela como lugares que costuma frequentar.

Não, não tenho muitas amizades não. Minhas amigas só é minhas filhas!

Percebe-se, desse modo, que o serviço de saúde mental ocupa uma posição importante em seu cotidiano. Entretanto, frente à sua restrita rede de suporte social formal e informal, cabe nos perguntar sobre as suas possibilidades de maior inserção social. Esta questão se torna ainda mais central quando Maria pensa sobre o seu futuro. As suas expectativas de vida e de tratamento, conforme relata, incluem a possibilidade de ser vista com menos preconceito, voltar a trabalhar e descontinuar o uso de tantos psicotrópicos; como uma pessoa “normal”, ela diz.

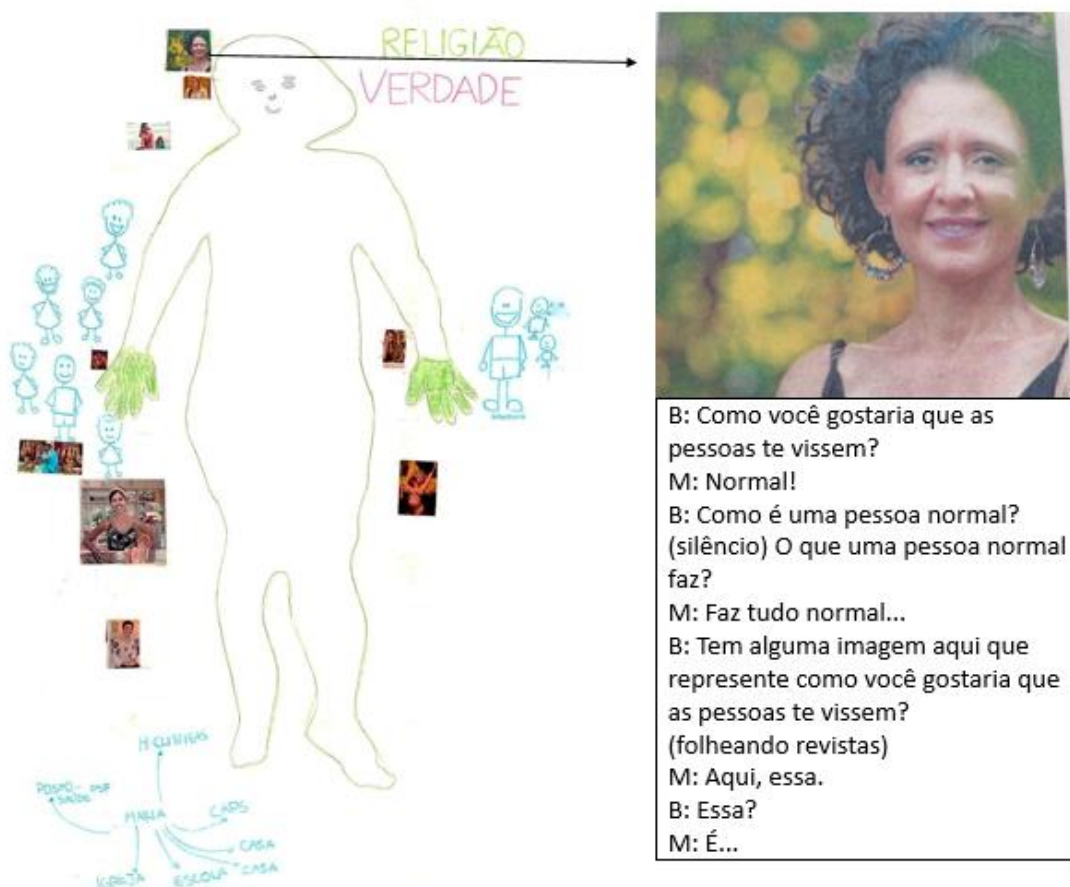


Figura 23: Como Maria gostaria de ser vista

Na pesquisa realizada por Miter (2011), a autora apresenta como objetivo geral a análise das atividades de inclusão social propostas pelos projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de dois municípios do estado de Mato Grosso. Após entrevistar os gerentes das instituições, os profissionais e usuários, a autora coloca, como resultado do estudo, que as ações de inclusão social não estão apresentadas de forma clara e objetiva

nos projetos terapêuticos, e que ainda há uma grande ênfase dada aos tratamentos baseados na doença.

A pesquisadora aponta também para a carência de ações intersetoriais e para o conseqüente isolamento do serviço em relação à rede de atenção mais ampla. Miter (2011) afirma que a percepção dos profissionais é a de que as ações realizadas nos CAPS trabalham a inclusão social - significada como o exercício da cidadania e pela possibilidade de ser aceito pela sociedade - não obstante relatem dificuldades para realizá-las. Sobre a visão dos usuários, a autora indica que estes percebem que os serviços contribuem para a melhora da sua qualidade de vida, para o aumento da prática de um maior número de atividades sociais e de lazer, embora reconheçam que ainda sofrem preconceitos e que os laços sociais, muitas vezes, restringem-se à família. Fica evidenciada, dessa forma, a necessidade de que os serviços, ao invés de totalizarem a vida das pessoas (Mângia & Yasutaki, 2008), trabalhem com uma perspectiva mais intersetorial, contemplando, por exemplo, a questão da necessidade de renda e emprego das usuárias (Carpenter-Song et al, 2014).

Quando questionada em relação ao seu itinerário jurídico, Maria refere que nunca houve a tentativa formal de lhe tirarem a guarda dos seus filhos. As decisões de deixar os filhos sobre os cuidados da família paterna, quando ocorreram, se deram com base no intimismo e no familiarismo, de forma extraoficial, sem que fossem acessadas as instâncias jurídicas ou de proteção da criança. Ela conta, sem saber dar muitos detalhes, que, em um momento, com o apoio de um “advogado”, chegou a pensar em exigir algum tipo de pensão do pai de Rita e Júnior, mas que a tentativa “*não deu em nada*” porque “*ele não compareceu*”.

Ele falou, sua audiência é tal dia, eu peguei e fiquei sem querer ir, aí chegou, “vá menina, que é pra você receber um dinheiro, pra poder pegar a pensão dos seus filhos...” (...) Eu fui, mas só que ele não me deu nada, ele não compareceu, meu ex...

Ao longo de toda a narrativa, Maria não fez qualquer referência direta à noção de cidadania e direitos humanos. Há, em suas falas, de um lado, certa apatia e resignação. Maria não está envolvida em nenhum grupo que lhe propicie um maior engajamento político, como coletivos feministas ou da luta antimanicomial. Falta, em seu contexto e

repertório pessoal, o acesso a recursos simbólicos relacionados aos mecanismos de proteção social e da exigência dos mesmos. Por outro lado, há, em sua construção de si mesma, um sentido forte de resiliência e de continuidade. Este parece ser tecido nas pequenas lutas cotidianas pelas quais, Maria atualiza, na linha geracional feminina de sua família, a possibilidade de ser uma mulher que assume decisões não normativas e que, ainda assim, fornece amparo e suporte aos seus filhos e netos, mesmo que sob a condição de um contínuo e intenso processo de sofrimento psíquico, agora silenciado pelo uso crônico de psicotrópicos.

6. De como a Lua se encantou com a Rosa: reflexos intergeracionais de uma trajetória de enfrentamento das desigualdades



Figura 24: Mapa corporal de Rosa

Os meus contatos iniciais, referentes à produção desta pesquisa, com Rosa, foram permeados por uma série de sentimentos. Por um lado, uma profunda admiração por sua trajetória de militância e pelos espaços que, como usuária dos serviços de saúde mental e mulher, ela consegue ocupar. Por outro lado, uma enorme cobrança pessoal em relação ao meu desempenho na condução do processo de produção e análise dos dados. Rosa é uma pessoa extremamente sensível e reativa à indelicadeza. Conhecendo brevemente, já antes da pesquisa, alguns pontos extremamente disruptivos de sua trajetória (ter sido vítima de uma série de violências, dentre as quais destaco a perda brutal de um filho), sabia que eu precisaria sustentar uma postura impecavelmente amorosa, acolhedora e empática ao longo do processo de construção do mapa corporal. Seria preciso acolher o luto e legitimar a revolta. Os limites entre a pesquisa e um contexto clínico ficaram, assim, bastante tênues, mas creio que a proposta metodológica não permitiria que isto se desse de modo diferente. Essas questões serão retomadas nas considerações finais deste trabalho.

Além disto, surgiu, como uma questão importante, a garantia do sigilo referente a Rosa e sua família nesta pesquisa. Rosa tem uma trajetória singular que é muito conhecida pelas pessoas, especialmente, pelas que militam no campo das lutas antimanicomiais, de modo que se torna fácil o seu reconhecimento nos textos acadêmicos. Por outro lado, saber que ela mesma diz de sua história para as pessoas, em espaços públicos, como uma forma de posicionamento político, e ter ouvido o seu pedido pessoal para ser identificada neste trabalho e para que o seu mapa corporal fosse exposto para outras mulheres que possam, futuramente, tomá-la como exemplo, tornaram esta questão um tanto mais leve para mim. Entretanto, ainda assim, todos os nomes foram mantidos em sigilo, mesmo os das instituições que ela cita, bem como foram seguidos todos os protocolos éticos para a realização de pesquisas com seres humanos. Adianto que Rosa segue regularmente amparada por um Centro de Atenção Psicossocial e que poder falar de sua experiência é algo posto, por ela, como terapêutico. Seguimos.

Rosa nasceu em uma família de ciganos do interior da Bahia e, atualmente, tem 46 anos. É a filha mais velha entre seus nove irmãos (seis homens e duas mulheres). Segundo conta, foi uma criança que se mantinha mais isolada e que gostava muito de brincar com bonecas e com as ovelhas criadas por sua família. Por ser defensora dos seus

irmãos mais novos nas relações que eles estabeleciam entre os seus pares, Rosa conta que acabava se envolvendo em muitos conflitos e apanhando bastante de sua mãe nessas ocasiões. Suas primeiras lembranças maternas guardam, assim, as marcas da agressão física frequente e de uma possível “doença” sua não reconhecida por ela:

Minha mãe me batia demais. Ela me batia pra eu chorar, eu não chorava, ela me batia mais ainda. Ela nunca, ela nunca, não sei se por falta de cultura, de educação, ela nunca... viu que eu era doente. Então eu apanhava muito, também eu era um capeta, eu batia nos meninos, saia na mão com menino de rua, se alguém batesse no meu irmão, eu batia e descontava. Então eu apanhava muito, muito, muito. De mangueira. (Rosa)

Tendo, enquanto mulher, conquistado, junto aos seus pais, o direito de estudar, Rosa acabou se envolvendo com Jacinto, um rapaz que ia visitá-la na escola. Entretanto, por ter perdido a virgindade, seu pai a obrigou a se casar ainda aos 13 anos de idade.

Passou um rapaz, todo dia, na porta da minha escola; convenci meu pai a eu estudar e aí, eu conheci Jacinto. Na porta do MB, minha escola, ele falava: “Menina linda, eu vou casar com você”. (...) Fugi com Jacinto. E... quando apareci, perdi a virgindade e eu tinha que casar, né?! Casei. (Rosa)

Porém, ainda assim Rosa seguiu os seus estudos e concluiu o ensino médio. Em 1987, aos 14 anos, Rosa foi mãe de sua primeira filha, Camila. Sua passagem à experiência, como mãe, foi narrada com muita naturalidade. Ao pensar em uma imagem que pudesse representá-la, antes do nascimento de sua primeira filha, Rosa desenhou uma boneca e pontuou, conforme pode ser visto na próxima figura que, ao ser mãe, apenas continuava a brincar. Não há, nesse sentido, a representação da maternidade como algo que desafiou, inicialmente, a integridade da sua narrativa sobre si mesma.

De acordo com Zanello (2018), as mulheres são compelidas a exercerem as funções de cuidado, desde a infância, por meio dos brinquedos que lhe são ofertados. Através do oferecimento de bonecas, por exemplo, elas são interpeladas, desde cedo, a desenvolverem a empatia e os sentidos de responsabilidade e de disponibilidade para o outro.

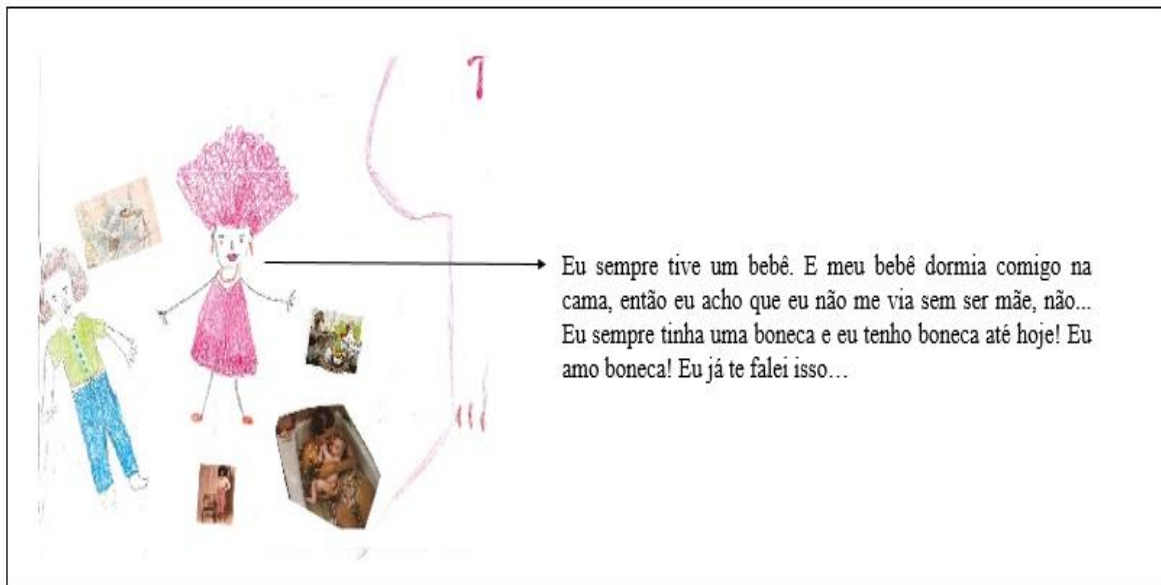


Figura 25: Imagem de Rosa relacionada ao período anterior à maternidade

O fato de estar em um relacionamento estável, e com um companheiro que lhe dava bastante amparo financeiro, parece ter contribuído para que Rosa experienciasse este momento com mais tranquilidade. Assim, ela se descreve como uma mãe que foi, inicialmente, bastante zelosa. O zelo, aqui, aparece caracterizado através da disponibilidade para exercer, com exclusividade, os cuidados da filha e as atividades domésticas.

Com Camila eu fui uma mãe mais cuidadosa ainda, porque era minha primeira filha, lavava, passava roupa e tal, e tal. Eu tinha tempo de ser mãe! (...). Porque eu tinha o pai deles do meu lado.

Entretanto, foi ainda ao longo do relacionamento com Jacinto que o percurso de tratamento psiquiátrico de Rosa se iniciou. Ao descobrir a traição de seu marido, ela agrediu grave e publicamente a sua amante, tendo sido, por isso, internada em um hospital geral particular de Salvador. Neste período, Rosa contava com o suporte de um plano de saúde custeado por ele.

Eu comecei a fazer tratamento psiquiátrico quando eu casei com Jacinto. Eu dei uma crise, quebrei todas as portas lá e ele, eu acho que ele pensou “ela é doente” (...) O que me levou à crise foi quando eu descobri que meu marido estava com uma amante. (...). Aí eu saí nua na Sete Portas, tirei a roupa e sai

correndo porque eu vi ele saindo de um hotel, aí, resultado, peguei essa mulher, lasquei a cara dela toda de navalha, quase matava ela, e aí eu fui parar no sanatório...

O adultério masculino, ao contrário do adultério feminino (que recebe as insígnias de um crime escandaloso), é considerado, socialmente, como uma questão natural para os homens e como um problema de foro íntimo familiar. Enquanto, para as mulheres, a monogamia e a dedicação exclusiva ao marido são colocadas como um dever, dos homens, espera-se, culturalmente, a poligamia e o baixo investimento no relacionamento amoroso (Zanello, 2018). Desse modo, dizer do sofrimento face a uma traição, para as mulheres, pode, facilmente, ser lido como um sintoma de “desrazão” e de um possível transtorno psiquiátrico, especialmente, quando a fala é transpassada pela agressividade e pela violência. O “normal” e o “esperado”, nestes casos, seria o silenciamento feminino mantido sob a esperança de preservação do matrimônio a qualquer custo. No entanto, mesmo após este acontecimento, Rosa manteve o seu relacionamento, engravidando dois anos depois, em 1989, quando tinha 16 anos, de Victor.

Após cerca de 7 anos de relacionamento, Rosa se separou de Jacinto. Ainda que a separação tenha sido consensual e que ele tenha sido considerado, por ela, como um importante companheiro em sua vida, este momento parece ter se configurado como uma ruptura significativa em sua trajetória pois, a partir de então, mesmo recebendo uma pensão para a criação dos seus filhos, Rosa precisou trabalhar para complementar a sua renda, passando a exercer o que ela denomina como “*função de pai e de mãe*”.

Mas, depois que eu me separei - Victor ainda era pequenininho, Camila também - aí eu fui ser mãe solteira, era mais difícil, não tinha como eu ser tão mãe para os meus filhos. Porque eu ocupava os dois papel, de mãe e de pai. Aquele que de ter que correr atrás do sustento, cuidar da minha loucura (!) que eu não sabia tratar ainda e cuidar dos meus filhos. Mas, eu era assim, uma... uma leoa.

Também marca profundamente este momento de sua vida o fato de Rosa passar a ser internada consecutivamente²¹, por cerca de três anos e por iniciativa de sua mãe, em um hospital psiquiátrico público da cidade de Salvador, já que ela não contava mais com

²¹ Rosa não soube mencionar exatamente quantas internações

o suporte do plano de saúde custeado por Jacinto. Neste hospital, Rosa afirma ter sido violentada de diversas formas, dentre as quais ela destaca a imposição, pela equipe de profissionais, de um tratamento feito com eletrochoques e o estupro perpetrado por um médico psiquiatra que trabalhava na instituição. Além, obviamente, das sequelas deixadas pela própria violência, Rosa se ressentia bastante pelo fato de não ter sido protegida pelas pessoas que eram cúmplices da violação e refere que, após as internações, o seu relacionamento com sua mãe passou a ser significado de forma ainda mais negativa.

Minha mãe quando me pegava me internava. Eu acho que eu tenho certa raiva de minha mãe, eu não consigo perdoar, ela me internava e me deixava lá internada e eu fui muito abusada sexualmente dentro do sanatório por um psiquiatra. (...). Eu ficava numa salinha, um quartinho, fechado, ninguém me tocava, todo mundo sabia lá que eu era abusada sexualmente, mas ninguém dizia, dizia que era mentira. E o médico não deixava eu sair pra ver outras pessoas, não, eu ficava trancada porque ele não queria que ninguém tocasse em mim. E aí ele também me dava remédio, por isso que eu não pari dele, né? Se não, tinha filho dele também. E Deus sabe o que faz porque eu podia ser uma mãe muito ruim para o meu filho e meu filho não tinha culpa de nada.

Situações envolvendo assédio e abuso sexual em hospitais e enfermarias psiquiátricas, infelizmente, seguem ocorrendo não apenas no Brasil, mas internacionalmente. Com o propósito de compreender a visão que pacientes internadas em hospitais psiquiátricos tinham em relação à sua segurança e que melhorias elas poderiam recomendar, Barlow e Wolfson (1997) entrevistaram 50 mulheres, sendo a média de idade de 43 anos. Entre elas, 34 estavam internadas em enfermarias para quadros agudos, e 16 em enfermarias para reabilitação. Os autores referem que 56% (n=28) das mulheres relataram ter sido importunadas por homens de alguma forma, 8% (n=4) afirmaram ter realizado atividades sexuais contra a sua vontade, 12% (n=6) relataram ter sido convidadas a fazer sexo em troca de favores (como obter cigarro, por exemplo), e 39% (n=15) afirmaram ter denunciado a experiência de assédio para profissionais da equipe. Entretanto, há, entre elas, o receio de que, ao reportarem tais situações, possam vir a sofrer represálias, como outras situações de assédio e a possibilidade de que respondam legalmente pelas acusações.

Em 2013, entretanto, o Victorian Mental Illness Awareness Council ²² realizou uma nova pesquisa com 50 mulheres que estavam internadas nas enfermarias psiquiátricas do estado de Vitória/Austrália. O projeto durou um ano e envolveu a realização de surveys, grupos focais e entrevistas individuais. Dentre os resultados, os pesquisadores apontam que 85% das mulheres afirmaram se sentir inseguras ao longo da hospitalização, 67% relataram ter sofrido assédio, e 45% afirmaram ter vivenciado agressão enquanto estavam internadas. A maioria das mulheres relataram ter denunciado a agressão para a equipe de enfermeiras mas indicaram que elas foram pouco ou nada prestativas. Dentre as sugestões de enfrentamento deste quadro, são sugeridas ações como a contratação de profissionais de segurança para as mulheres, a realização de auditorias sobre as práticas de segurança.

Cabe, neste ponto, questionarmos o direito que as mulheres têm ao seu próprio corpo enquanto um território que não deve ser explorado pelos homens e pelo sistema médico, à sua revelia. Vieira (2002) afirma que o processo de medicalização fez, do corpo feminino, um objeto de saber e de prática e subordinado ao saber médico. Isto porque, ao focalizar o processo reprodutivo e a necessidade de controle populacional sobre o corpo das mulheres, a questão demográfica passou a ser considerada como uma questão ginecológica e obstétrica, instaurando, sobre as mulheres, um discurso higienista e disciplinador. Assim, em um sistema cultural ocidental que também é atravessado pelo machismo, a hospitalização, que provavelmente foi vista, pela mãe, como uma possibilidade de cuidado e tratamento para a sua filha, ganha os contornos de sua gravíssima e repugnante exposição ao risco jamais imaginada e difícil de ser legitimada frente à denúncia feita por uma mulher que também é atravessada sofrimento psíquico. Incidem, neste momentos, sobre Rosa, múltiplos níveis de vulnerabilidade: ser mulher, ser pobre, estar hospitalizada em uma grave situação de sofrimento psíquico.

Ao longo das internações neste hospital, contudo, Rosa referiu ter conhecido Eduardo Araújo, importante personagem da luta antimanicomial baiana, a quem ela atribui, com muito carinho, a conquista de tê-la inserido nos movimentos sociais. Foi a partir do contato com ele que se abriu, para ela, a possibilidade de iniciar o seu percurso

²² https://www.abc.net.au/reslib/201305/r1115028_13591277.pdf

em uma associação de familiares e usuários dos serviços de saúde mental de Salvador e de ser cuidada, em liberdade, no primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Salvador.

Eu já conhecia Eduardo Araújo nos sanatórios da vida, internada, a minha história é muito ligada a Eduardo. Eu e ele era assim muito ligado (...) E... a gente tinha uma ligação muito boa e Eduardo foi lá falar comigo que a gente tinha que virar militante, que tinha que ir pra o CAPS e tal, e aí a gente já reunia (...) criando o movimento antimanicomial e aí veio a proposta do CAPS ser aberto... E aí abriu o CAPS e eu fui. (...). Aí a gente passou a usar o CAPS (...). É uma história diferente de vida já, né, eu sabia que eu não ia mais ser internada... (...) E aí a gente começou a...a trilhar a história do CAPS, né?

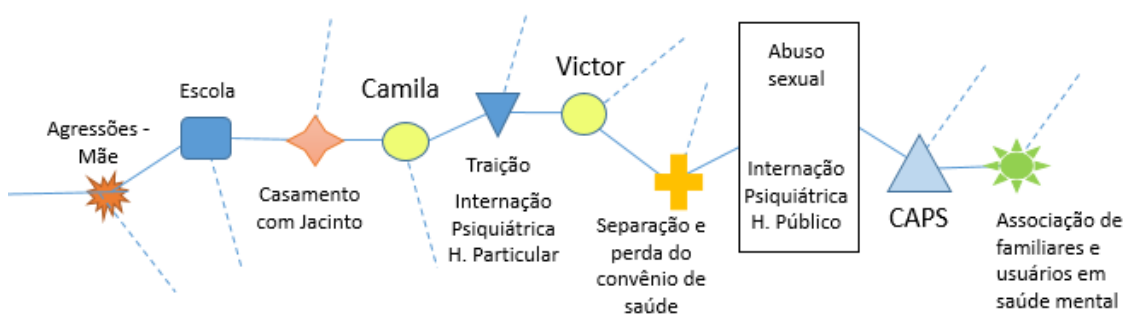


Figura 26: Trajetória inicial de Rosa

Rosa conta que, com o apoio de uma professora que era assistente social e também militante, conseguiu uma bolsa de estudos em uma universidade particular da cidade de Salvador, para cursar “Serviço Social”. Ela refere que contava com o auxílio dos professores universitários, em função de suas necessidades especiais (a exemplo de suas provas, que eram feitas com questões objetivas por conta das suas dificuldades com a escrita). Porém, não quis prosseguir, por não aceitar se ver “trabalhando” e servindo ao que ela denomina de “*sistema*”.

E larguei! Porque eu não queria trabalhar no sistema e não tinha consultório de rua, não tinha essas coisas de rua, não. Aí eu não quis mais e não quero, não. (...). Eu gosto de fazer o que eu faço, pintar, bordar, sair por aí aprontando as artes do teatro...

Além de cursar os cinco semestres de serviço social, Rosa também fez uma formação em moda, em outra faculdade particular de Salvador, e se orgulha por ter conseguido pleitear novas vagas e vincular ao curso outras oito usuárias.

Eu consegui uma bolsa, depois eu fiz moda, eu fiz moda (...) eu passei pra, a primeira usuária numa faculdade de moda de saúde mental. (...). Eu consegui colocar... Sabe quantas usuárias lá, pra o curso de moda? Para pequenos cursos.... Umas oito! Eu convenci a galera a botar elas pra fazer.

Em 1992, Rosa envolveu-se com João, com quem teve o seu terceiro filho, Roberto, em um relacionamento que durou cerca de três ou quatro anos. Ao contrário de Jacinto, João foi considerado por ela como um companheiro extremamente agressivo. De acordo com Rosa, ele chegou a quebrar sua clavícula, situação em que ela optou pela denúncia e pela separação. Entretanto, Rosa alega que ele nunca foi punido, pois podia contar com advogados eficientes, custeados pela empresa na qual trabalhava.

Aí depois larguei João porque João me violentou, quebrou minha clavícula, quase ele ia para a detenção (...). Primeira violência que um homem me bateu, que me deu pesada, quebrou minha clavícula.... Eu fiquei toda enfaixada seis meses.... Então, quando eu dei queixa dele... que ele tentou me matar, ele não foi para a cadeia porque eles colocaram advogado caríssimo para ele não ir, para ele não ir pra detenção. (Rosa)

A despeito destes conflitos, Rosa afirma manter uma relação extremamente amigável com a mãe de João. Ela foi considerada, ao longo de toda a narrativa como uma verdadeira “mãe” para Rosa, já que, até hoje pode contar com seu apoio emocional e financeiro.

E assim, eu digo: Nega, compra aí uma carne pra mim no cartão e tal e tal, às vezes eu não tenho nem o dinheiro, mas ela compra porque ela sabe que quando chegar o dia 10 eu vou me virar e vou pagar. É uma pessoa incrível, é outra mãe. (Rosa)

Roberto, o único filho de Rosa com João, nasceu com um sério problema cardíaco (“sopro no coração”) que acabou implicando no desenvolvimento de problemas neurológicos importantes (“células de seu cérebro mortas”) que lhe traziam, conforme

afirma Rosa, dificuldades cognitivas relacionadas ao reconhecimento das cores, à leitura e à escrita. Por esse motivo, Roberto necessitou de um grande investimento em cuidados, ao longo dos seus primeiros quinze anos de vida. Sem receber qualquer tipo de benefício social e contando apenas com a pensão e o plano de saúde que João custeava para o filho, Rosa acompanhou, como cuidadora principal, todo o seu tratamento em um importante centro soteropolitano de reabilitação, trabalho e psicopedagogia para crianças e adolescentes portadores de deficiência mental e distúrbios do comportamento.

Esse período foi significado por Rosa como extremamente disruptivo e desafiador, pois ela precisava dar conta de múltiplas demandas: cuidar dos seus filhos, prover seus próprios recursos financeiros, cuidar de sua “loucura” e encaminhar o tratamento de Roberto. A ajuda de Camila - no cuidado da casa e dos irmãos mais novos - e de Victor - na venda dos seus produtos pelas ruas - foram consideradas como essenciais. Entretanto, Rosa se ressentia pelo fato de ter lhes tirado a “infância”.

E aí minha bichinha ficava como minha ajudante. Como a mãe dos meninos. Não teve vida, não teve infância... Victor saía pela rua vendendo e eu ficava ali vendendo o dia todo e... era complicado. Victor e Camila não teve juventude! Meus filhos aprenderam duramente o que era ser adulto e trabalhar. Minha filha com 10 anos trazia comida pra mim da lapa, pegava o ônibus, ela e Victor, fritava um pedaço de carne, um arroz, ela fazia tudo isso, lavava as roupas dos irmãos, e vinha trazer pra mim, na lapa, e voltava... Às vezes ela ficava trabalhando até de tarde comigo e a gente voltava pra casa e começava tudo de novo no outro dia.

Três anos após o nascimento de Roberto, Rosa envolveu-se por cerca de três anos com Joaquim, um rapaz considerado, pontualmente, em sua narrativa, apenas como um homem preguiçoso cuja vida foi encerrada muito cedo. Rosa não cita maiores detalhes sobre seu relacionamento com ele, tampouco sobre a sua morte. Apenas diz que, com ele, “de uma aventura bem doida”, nasceu sua quarta filha, Joana (24 anos). O nascimento de Joana foi marcado por outro conflito importante com sua mãe. De acordo com Rosa, ela quis entregar a guarda de Joana para uma profissional de saúde.

Eu pari Joana que era minha quarta filha e minha tentou pegar minha filha e dar a uma psicóloga (...). Meu bebê era lindo, cabelo preto, toda linda, minha mãe tentou pegar minha filha e dar a essa mulher. Eu virei uma cobra e fui em

cima de minha mãe. (...). Eu disse, que se alguém tentasse pegar meu filho, eu podia ser o maior bicho do mundo! Eu ia em cima.

Quando tinha 27 anos, Rosa engravidou de sua quinta filha, Lua. Em sua narrativa, Rosa considera Paulo como o pai de Lua e afirma que, apesar de ele manter, com ela, uma relação conturbada, com Lua ele se comportava como um excelente pai. Rosa refere que o nascimento desta filha lhe trouxe uma série de desafios em função de sua atresia do esôfago²³. Logo que nasceu, Lua precisou passar por uma série de cirurgias e, para custear todo o seu tratamento, Rosa, que já tinha conseguido alcançar alguma estabilidade financeira, acabou se endividando.

E nesse tempo eu tinha uma vida estruturada, porque eu já era promotora (de uma empresa de cosméticos), eu tinha uma vida melhor financeira, eu tinha talão de cheque, eu tinha tudo, mas eu sujei meu nome na praça com tudo porque eu estava parindo uma menina doente, eu precisava dar comida aos outros que estavam em casa e... pegar, e... ter o suporte pra eles, sempre levar e trazer... Porque Luazinha passou três meses no hospital, com todas essas cirurgias, e aí eu sujei meu nome, era o que eu tinha pra dar comida aos meus filhos. E quando não tinha pra dar comida aos meus filhos, a minha sogra (mãe de Roberto) dava, Nega dava. A Nega cuidava dos meus filhos. (Rosa)

O nascimento de Lua foi caracterizado, assim, como um momento muito delicado para Rosa e marcado ainda, pelo fim de sua trajetória reprodutiva em função do pedido de Camila, feito aos profissionais de saúde, para que fosse realizada a ligadura de suas tubas uterinas. De acordo com Rosa, Camila já estava exausta de assumir os cuidados dos seus irmãos mais novos.

Camila, ela tinha acho que 13 anos, não, ela tinha mais idade, não me lembro bem, agora ela tem 35, minha filha mais velha... E daí ela foi lá e disse pra o médico que ela precisava que eu ligasse porque ela não aguentava mais ter que

²³ A atresia de esôfago é uma afecção congênita que se caracteriza pela ausência de um segmento do esôfago, associado ou não à comunicação com a traqueia. Clinicamente, apresenta-se com salivação abundante e aerada, pela impossibilidade de deglutição, e falha na sondagem gástrica. (Romagna, Oliveira, & Ballardin, 2010, p.70).

tomar conta de tanto menino junto comigo. Então ela implorou lá, disse que era cuidadora de todos (...) eu já era paciente de CAPS.

Em seu mapa corporal, Camila foi representada, com a imagem de uma galinha pondo ovos em referência ao cuidado que ela manteve e mantém até hoje em relação aos seus irmãos.

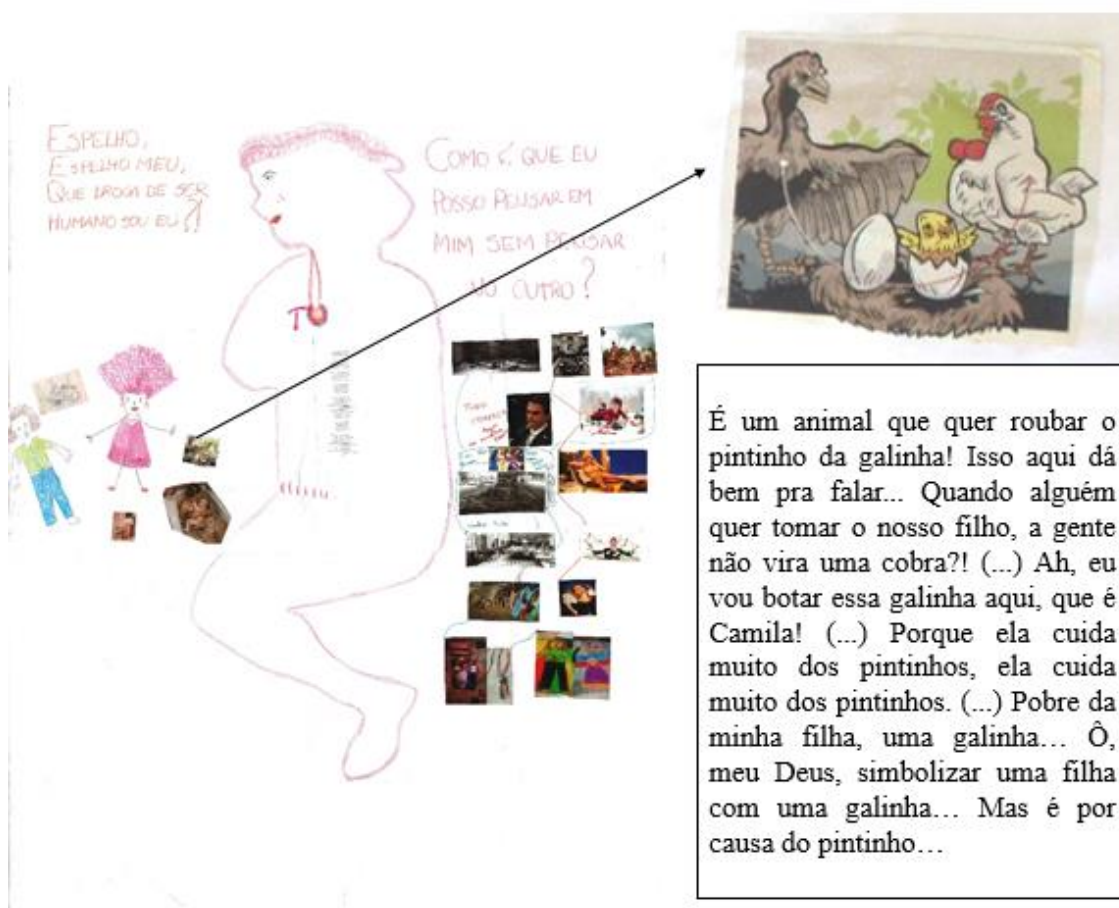


Figura 27: Camila representada no mapa corporal de Rosa

Lua, ao longo de sua entrevista, também faz referência ao seu nascimento como um momento que “desestabilizou” sua mãe em função das suas cirurgias e, também, por ela ter podido contar apenas com o suporte de Jacinto para cuidar dos demais filhos. Paulo, o seu pai de criação, conforme aponta, embora participasse dos seus cuidados, mantinha uma relação abusiva com sua mãe.

Ela tem todos os problemas dela, de uma certa forma, eu que desequilibrei.... Ela tinha uma estabilidade antes de eu nascer, e aí... ela trabalhava, tinha mais recursos (...) E aí quando eu nasci, ela teve um problema porque eu nasci de dez

meses, porque eu nasci com atresia de esôfago, porque eu tenho refluxo até hoje, porque eu fiz quatro cirurgias, acho que foi quatro (...). Todos esses problemas levaram ela a ter crise. (...) E aí também pelas condições de minha mãe, por ter cinco filhos, o pai apenas de um, de dois no caso, que é Camila e Victor, que é Jacinto, ele se fazia, ele era o único que se fazia presente... (...) Meu pai de criação (...) ele se fazia presente comigo, na casa dele eu tinha tudo (...) mas com minha mãe, ele amarrava cachorro na frente da casa pra mainha não sair, ele ficava chateado quando mainha estava tendo uma amizade com outro homem, então ela já passou por diversas coisas assim que me fizeram ela se tornar forte.
(Lua)

Após longos anos de tratamento no primeiro CAPS em que foi matriculada, Rosa refere ter sido convocada, pela direção da instituição, a escolher ou pelo tratamento no centro ou por sua inserção nos movimentos antimanicomiais. Esta situação foi narrada, por Rosa, como um momento de muito sofrimento pois, de acordo com ela, foi nesta instituição em que ela conheceu o seu inalienável direito humano à liberdade, tendo sido a questão colocada como um gatilho para a sua primeira tentativa de suicídio.

Eu já era militante! (...), mas por isso também eu paguei por ser militante! (...) A minha médica que eu respeitava (...) e uma psicóloga e uma coordenadora do CAPS, uma espécie de coordenadora, eu não sei se tinha esse papel lá. (...). Me chamou e me disse que eu tinha que escolher ou o CAPS ou o...o...o... a associação de familiares e usuários de saúde mental, e eu muito triste, chorava muito, aí eu tentei suicídio pela primeira vez. (Rosa)

Rosa refere que foi uma amiga sua quem lhe forneceu amparo e suporte para que esta tentativa não se consumasse e que, dois ou três meses depois, ela se matriculou em um segundo Centro de Atenção Psicossocial.

E aí eu saí correndo, peguei um ônibus e fui para a praia da Pituba, tentei me jogar no mar (...). Eu liguei pra Iris (...). Eu disse “Eu vou me matar, Iris, e tal e tal” e ela fez uma coisa comigo... que marcou pra o resto da minha vida, ela dizia “Não, não se mate agora não, é porque a gente ainda tem muita coisa pra fazer! Dá para você vir pra cá?” (...) Eu disse onde estava. Ela saiu do gabinete e veio

de carro já atrás de mim e aí ela veio me convencendo que eu não fizesse e eu ia dizendo o que eu ia fazer, e aí ela chegou e aí eu fiquei três meses sem CAPS.

No segundo CAPS em que Rosa foi matriculada, ela participou da construção de um coletivo feminista antimanicomial formado por mulheres em sofrimento mental e estabeleceu importantes vínculos sociais. Este espaço funciona, para Rosa, até hoje como uma importante rede de proteção social tanto por conta dos espaços discursivos que lhe é possível ocupar, por exemplo, nos momentos em que é convidada para representar a associação em eventos políticos e acadêmicos, quanto pelo acolhimento afetivo e pelo suporte financeiro que encontra junto a outras mulheres. Juntas elas organizam um bazar solidário com roupas que são doadas - especialmente por profissionais e pessoas sensíveis à luta feminista e antimanicomial - para a associação.

Em 2011, quando Lua já tinha 11 anos, *Roberto* foi brutalmente assassinado por policiais em função do uso que fazia de substâncias psicoativas ilícitas. Sua morte foi trazida de forma recorrente em todos os encontros. Especialmente por termos realizado a construção do mapa corporal no mês de dezembro, mês em que ele foi morto, todos os afetos envolvidos pareciam estar muito mobilizados. Rosa referiu que sente como se tivesse perdido uma parte de si mesma e, isentando-se do sentimento de culpa, atribui as causas do assassinato (1) ao pai de *Roberto*; (2) à desigualdade social e ao (3) “*sistema bandido que sai atirando nas pessoas*” (*sic*) - O pai foi acusado por ter retirado o apoio financeiro que dava ao filho quando ele completou 18 anos, conforme pode ser visto no trecho a seguir:

E no dia que Roberto foi buscar o dinheiro, quando ele fez 18 anos, ele falou “Olhe, não venha mais aqui pegar nenhuma pensão porque agora eu mando é matar você! ”. Roberto ficou tão revoltado que o menino usou droga aquele dia. O dinheiro que era pra ele levar pra casa, pra gente comprar comida, Roberto usou tudo de droga e se revoltou. E eu não perdoo ele disso. Meu filho teve encontro com a droga ali... Ele podia até fazer alguma coisa, mas ele não era assim.... Aí eu perdi um pedaço de mim por causa dele.

As questões da desigualdade social e do “*sistema corrupto*”, por sua vez, foram narradas especialmente no momento em que Rosa discorreu sobre a frase escolhida para representar a mensagem que gostaria de passar para o mundo em seu mapa corporal:

“*Como é que eu posso pensar em mim sem pensar no outro?* ”. Ao contrapor imagens de pessoas ricas e pessoas pobres, Rosa escancara os efeitos das raízes das desigualdades de nossa sociedade e culpabiliza os políticos, representados no mapa pelo presidente eleito Jair Bolsonaro, pela perda do seu filho e pelo genocídio das pessoas negras e pobres em nosso país.

É porque eu perdi meu filho para a burguesia. É que eu perdi meu filho por causa das drogas. Eu faço disso uma luta. Eu apanhei e eu vi algumas mulheres que sofrem esse sofrimento, e a burguesia nada faz por isso. (...). Por causa disso tudo aqui eu perco o meu filho! Então.... Isso é, isso liga tudo isso a você não ter o direito de ser mãe, porque quando eu tive o direito de ser mãe, o sistema corrompeu meu filho.... Meu filho usou droga, não roubou ninguém, mas foi assassinado pelo homem que eu pago, eu pago o salário dele, porque eu compro comida apesar de ser uma viada fudida. E aí, eu enlouqueço, fico doida, não tenho nada mais a fazer na minha vida a não ser chorar e andar desenhando em tudo quanto é canto o meu retrato e o retrato do meu filho, mesmo sendo egoísta com os outros! E esse homem pega e ainda me traz só militar agora, só os militares, só bota militar no governo dele pra matar mais menino como o meu, pra matar mais menino como o meu, pra matar mais menino como o meu, e mais menino vai morrer inocente! Inocente! Porque o meu menino era preto e da favela e o menino dele, a menina dele é rica.

Roberto foi único filho desenhado à mão no mapa e descrito como um filho pelo qual Rosa nutria muito amor e que tinha, com ela e com os amigos, uma relação afetiva muito brincalhona e calorosa.



Figura 28: Representação de Roberto no mapa corporal de Rosa

Os dias que precederam o assassinato de seu filho e o seu enterro foram descritos com muita emoção. Entre lágrimas e silêncios engasgados, Rosa contou que, na semana que antecedeu a sua morte, presenteou o filho por ser seu aniversário e deixou que ele fizesse uma festa em sua casa com seus amigos.

Então ele calçou a sandália naquele exato dia, dia 19 de dezembro. Dia que ele nasceu, era aniversário dele, e eu nunca deixo ele fazer festa lá em casa e usar droga na minha casa, nunca, nesse dia eu deixei. (...). Estava lá se despedindo. No dia de natal, tinha um amigo secreto lá; uma festa linda na casa de uma amiga, e a gente ficou lá, na festa, nunca foi tão bom! Dia 26 pra 27 mataram meu filho (Rosa).

Do velório, Rosa destaca o diálogo que estabeleceu com o corpo de seu filho, a sua dificuldade de acompanhar todo o ritual e a presença de alguns profissionais de saúde que lhe foram dar suporte.

Quando eu vi, eu tava lá sentada, conversando "Por que, Beto? Eu te falei tanto pra você não se misturar com droga, com gente ruim... por que, Beto? Por que? Tá vendo meu filho, agora eu você está aí dentro do caixão morto e eu sozinha... O que eu vou fazer da minha vida?!" (...). Ai consegui ver ele, consegui ficar perto

dele, falando com ele, mas não consigo ver botar ninguém no buraco, não...
(Rosa)

A morte de um filho pode ser considerada como um evento extremamente disruptivo e uma das perdas potencialmente mais traumáticas para uma mãe – tanto pelo próprio sofrimento em relação à perda de um objeto em que se investia emocionalmente, quanto pelo fato de a morte ser tratada como um tabu em nossa sociedade. Assim, embora se considere o luto como uma reação normal à perda e a possibilidade de construir sentidos sobre essa experiência como um dos recursos mais importantes para a manutenção do senso de integridade pessoal, comumente, mesmo nos núcleos de relacionamento mais proximais, as falas de dor e sofrimento das pessoas enlutadas são silenciadas (Bastos, Carvalho & Medrado, 2015). Sobre este aspecto, Rosa lamenta e reivindica:

Eu não desejo pra ninguém, quando Helena (amiga) ficava apertando a minha mente, dizendo “Você fica chorando, chorando, chorando, fica doente, você tem que seguir em frente...”. Eu falei: “Venha cá”, no dia eu mexi na ferida dela bem profunda, falei: “Venha cá, eu quero perguntar pra você agora, se seu filho for passando lá pela calçada, e alguém meter uma bala nele”. Ela: “Ah!” (Em tom de susto), nunca mais ela ficou cobrando, porque ela gosta muito de cobrar dos outros, e aí? Me diga aí... Aí ela: “Não me coloque no seu lugar”, aí: “Então você não pode me julgar, deixe eu jogar fora as minhas lágrimas”. (Rosa)

Bastos, Carvalho e Medrado (2015) referem que a causa atribuída à morte de um filho, enquanto um signo, atua como um importante catalisador no processo de elaboração semiótica do luto, uma vez que estabelece um contexto que pode favorecer ou dificultar a ação de reguladores afetivos semióticos no processo de criação de sentidos sobre esta experiência. No caso de Rosa, a perda do seu filho em função da violência policial se, por um lado, dá vazão a um sentimento profundo de revolta e crítica social, por outro, a coloca diante da triste e socialmente banalizada situação de extermínio dos jovens pobres e negros, com baixa escolaridade no Brasil (Lemos, Aquime, Franco & Piani, 2017). Assim, em seus relatos, somam-se os casos de outras mulheres que resignadamente perderam os seus filhos do mesmo modo.

A morte de Roberto ocorreu no mesmo ano em que Paulo, o pai de Lua, faleceu por conta de uma infecção aguda (leptospirose). Embora Rosa não tenha mencionado a morte de Paulo, Lua, que tinha apenas 11 anos na época, descreve esse período como extremamente delicado pois precisou amadurecer, “*aflorar*” de uma forma que considera muito precoce e abrupta. Ela conta que foi um momento em que se isolou dos amigos e passou a compreender melhor os “*problemas de sua mãe*”. Assim, o assombro diante do sofrimento psíquico foi dando lugar à preocupação por não estar presente em um momento em que ela possa precisar do seu apoio. O seu fortalecimento pessoal, deste modo, surge como um horizonte diante a possibilidade de sucumbir ao sofrimento.

*Foi mais em 2011, porque assim eu perdi meu pai em janeiro, em dezembro eu perdi Beto, meu irmão. E aí... Eu fui amadurecendo bastante pra uma “criança” de 11 anos, sabe? Eu fui criando muitas coisas na cabeça, é... Deixando de ter certas inseguranças que eram de criança mesmo, buscando.... Enfim, eu fui assim... Aflorando antes da hora. E nisso que eu fui aflorando, me trouxe coisas ruins, mas também me trouxe coisas boas. Uma dessas coisas boas foi eu entender o que é que minha mãe **sentia**, o que é que minha mãe **tinha**, o que é que minha mãe **era**, sabe? (...). Até o momento que eu não sabia do que se tratava, pra mim, era estranho. Mas quando eu tomei ciência do que de fato era, é, se tornou um medo, uma preocupação de minha mãe se sentir mal dessa maneira e eu não estar perto. Mas deixou de ser estranho, eu compreendi que era um problema da saúde dela, sabe? Da saúde mental, da saúde física dela... (Lua)*

Há cerca de quatro anos, Rosa se envolveu em um grave conflito no CAPS em que fazia o seu tratamento, o que acabou culminando em sua saída da instituição. Rosa conta que, com a mudança da coordenação do serviço, as relações passaram a se configurar de modos bastante aversivos – os usuários não eram mais convidados a participar das decisões e a violência policial passou a ser frequente. Assim, por ser uma pessoa extremamente questionadora, combativa e empática com os demais usuários, Rosa acabou se envolvendo em um conflito com uma psicóloga da instituição, conforme pode ser visto no relato a seguir:

Um belo dia chegou uma coordenação e começa a me maltratar. Sempre é por você ser militante! E me maltratar muito e um dia ele falou bem assim: “você é uma miséria nesse CAPS”, o coordenador, “você tem que ir embora desse CAPS”

(...), mas lá eu já tinha sofrido pressão, violência dos guardas municipais, que colocavam metralhadora no meu ouvido, que tentavam me bater... Uma professora de psicologia (...), chegou a ocorrência da secretaria municipal dizendo que eu tentei matar ela, mas ela me bateu! Ela me pegou pelo braço, me beliscou, ficou marca e eu fui em cima dela e apertei o pescoço dela, tentei “engarguelar” ela, em cima de um armário, e aí eu joguei tudo para cima e acabei quebrando as coisas lá. Mas ela me irritou a fazer isso. Ela é a doutora, eu sou a louca! E... Eu saí de lá correndo, e dei queixa dela em um bocado de lugar e ela me disse que não fez nada e que era mentira. E... outra decepção na minha vida! (Rosa)

Como pode ser visto, este momento foi vivido com intenso sofrimento e significado como um acontecimento extremamente traumático e disruptivo por Rosa, especialmente pelos vínculos fraternos que ela já tinha estabelecido com alguns profissionais e com os demais usuários que estão matriculados na instituição, esses tidos como sua “família”.

Era a minha família. Aí eu perdi meu vínculo, perdi meus amigos, porque eu não estava mais lá. (Rosa)

Três meses depois, Rosa foi matriculada em um terceiro Centro de Atenção de Atenção Psicossocial, no qual ela segue até os dias atuais. Neste, apesar de ter sofrido uma recusa inicial por parte da instituição, Rosa afirma se sentir extremamente acolhida. O serviço é tido, por ela, como um lugar que oferece um tratamento “diferenciado”. Rosa afirma que a coordenação é bastante democrática e cita, com muito carinho, os profissionais que estão mais próximos do seu cuidado.

O pessoal não me queria, aí um dia eu cheguei lá e disse “eu vou ficar aqui, é nesse CAPS que eu quero ficar”. E hoje eu estou lá (...) já tenho acho que uns dois ou três anos... (...) E assim, eu amo a equipe (...). Acho assim um CAPS muito diferenciado para cuidar das pessoas. E hoje tem uma coordenação maravilhosa! Que discute tudo com a gente direitinho. É isso aí. Louco não pode ficar sem CAPS, né? Ainda mais mulher porque recebe as violências, né? (Rosa)

Chama atenção, na fala acima, a ênfase que é dada, por Rosa, à necessidade feminina de cuidado em função das violências. Especialmente por estar, até hoje, vinculada ao coletivo feminista que reúne um grupo de mulheres em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial, Rosa convive cotidianamente com inúmeras denúncias de violência contra a mulher e com o sofrimento psíquico decorrente delas. Agressões físicas, psicológicas e sexuais, recusas no que se refere ao reconhecimento da paternidade, além dos casos das mulheres mães que, assim como Rosa, perderam seus filhos brutalmente assassinados, como já dito, somam-se nos seus relatos.

Mais recentemente, Rosa se envolveu em um projeto de economia solidária em saúde mental de Salvador. Este espaço é narrado, por ela, como um espaço também muito importante de cuidado. As relações que estabelece com os profissionais são descritas como muito acolhedoras. A profissional responsável pelas oficinas de pintura e o fotógrafo da instituição foram especialmente citados pelo carisma e pela simplicidade:

Ela é um denço... “Rosinha, eu trouxe um bocado de presente pra você”, “Estou levando um montão de trem pra você”. Risos, ela fala assim (...). Ai ela disse, “Um bocado de bagaceira, Rosinha...”, eu digo, “Ó, miséria!” Ai eles se acabam de dar risada. Casal que combinou, viu? Eu conhecia Toni antes. Eles são simplicidade, viu? Parece um casal de doido pela rua. Ninguém diz que é uma doutora e um doutor. (Rosa)

Rosa está, atualmente, em um relacionamento amoroso com Thiago. Este se configura de modo bastante turbulento, sendo marcado por muitos conflitos. Durante o período de coleta de dados, por exemplo, Rosa o descreveu, ainda nos primeiros encontros, como um parceiro muito importante, como um excelente companheiro e como uma fonte de suporte emocional, especialmente considerando o período de final de ano e a tristeza em função das lembranças da morte de seu filho.

Eu não sei nem o que Thiago é meu. Meu amigo? Meu companheiro? Agora mesmo, esses dias que eu não estou bem ele tem se mostrado muito companheiro, eu saio, faço o que me dá na telha, vou pra rua e quando volto ele está lá pra me abraçar, me dar banho... (Rosa)

Entretanto, no intervalo entre o segundo e o terceiro encontro, Rosa relatou que eles se separaram por conta de um conflito grande que tiveram. Segundo ela, Thiago usou todo o recurso financeiro que ela tinha conseguido com a venda de suas bijuterias na compra de drogas, o que ela significou como um caso de violência patrimonial contra a mulher.

Isso é uma agressão! Ele pega.... Me tira meu direito, eu boto as coisas pra vender... A gente precisa desse dinheiro... Aí quando eu chego em casa não tenho nada (...) E aí? Vai ser sempre assim? Aí vou ficar com a mesma conversa todo dia com vocês “Ah, Thiago usou droga e gastou tudo e eu não tenho dinheiro pra comprar comida e não sei o que lá...”, isso não é justo, porque todo dia eu trabalho! Todo dia eu vendo alguma coisinha.

A partir desse evento, Rosa passou a considerá-lo de forma bastante negativa, revelando o desejo de seguir solteira, sem estabelecer novos relacionamentos estáveis:

Eu quero viver a mulher que há dentro de mim! Sair sem hora de voltar.... Voltar na hora que me der na telha, fazer o que me der na telha... (...). Eu quero viver! Eu quero voltar a ser a Rosa que eu era, que ia pra o reggae, que dançava, que ia pra o Pelourinho, que pegava e não ficava... Que não dava número de telefone, eu quero voltar a ser a piriguete que eu era... Quero viver! (Rosa)

A frase inicial de sua fala acima dialoga com a música que Rosa escolheu para representar a sua vida “A mulher em mim” de Roberta Miranda. Esta foi colada no centro de seu mapa corporal. Entretanto, nos trechos em que a letra faz referência ao homem, Rosa riscou e colocou o nome de seu filho, Roberto, que foi assassinado.

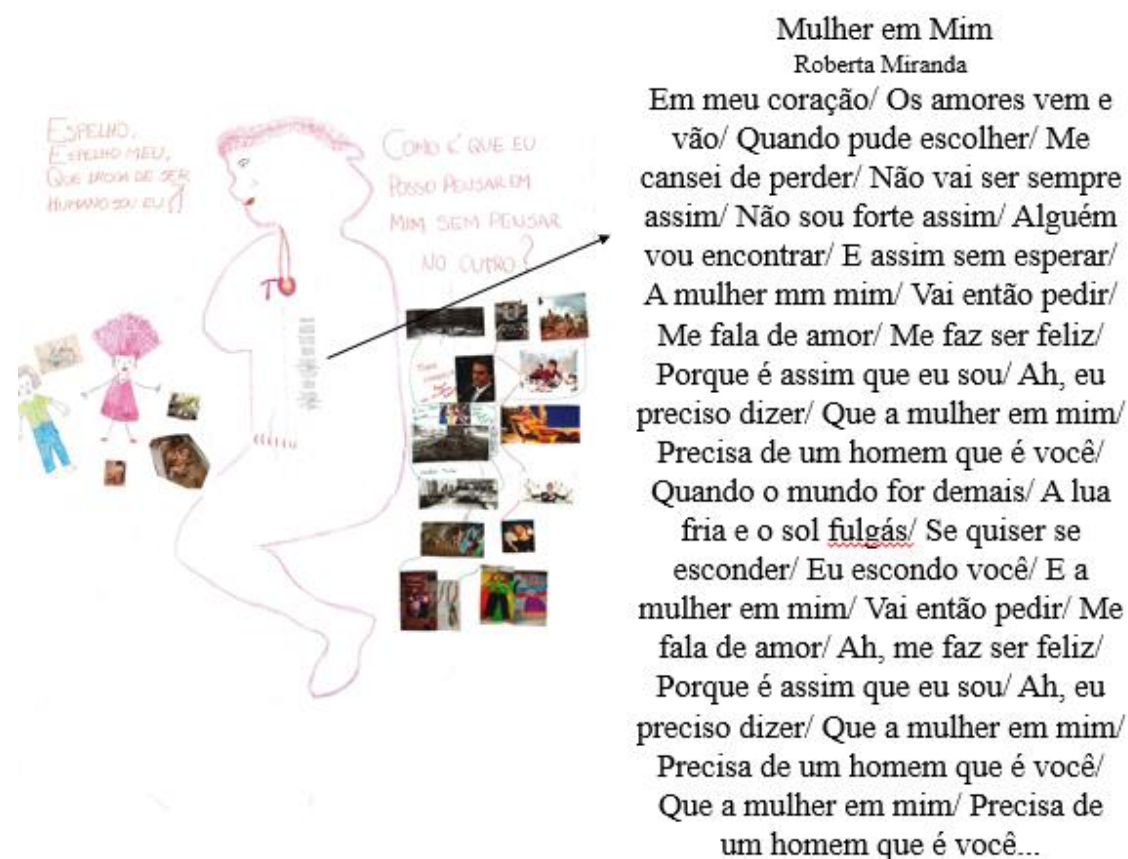


Figura 29: Música escolhida por Rosa para representar a si mesma

Apesar de assumir posturas feministas bastante libertárias, a música escolhida por Rosa ilustra bem o que Zanello (2018) denomina como heterocentrismo do processo de subjetivação feminina. Em uma ligação telefônica realizada posteriormente ao encerramento da coleta de dados, Rosa menciona que voltou a se relacionar com Thiago. Em sua fala refere que é “*preciso ter alguém*”, já que os seus filhos estão “*grandes*” e “*vivendo a vida deles*”. Ao falar sobre o dispositivo amoroso, Zanello (2018) afirma que a experiência de não estar em um relacionamento estável pode ser vivida com muito sofrimento pelas mulheres e que o envelhecimento pode agudizar ainda mais esta experiência por se acreditar, socialmente, que as chances de uma mulher velha ser escolhida por um homem são menores. A autora refere que, diante destas circunstâncias, muitas mulheres acabam se submetendo a relações conturbadas em função do medo que sentem da solidão e de terem as suas identidades femininas questionadas.

A figura a seguir ilustra a trajetória narrada por Rosa.

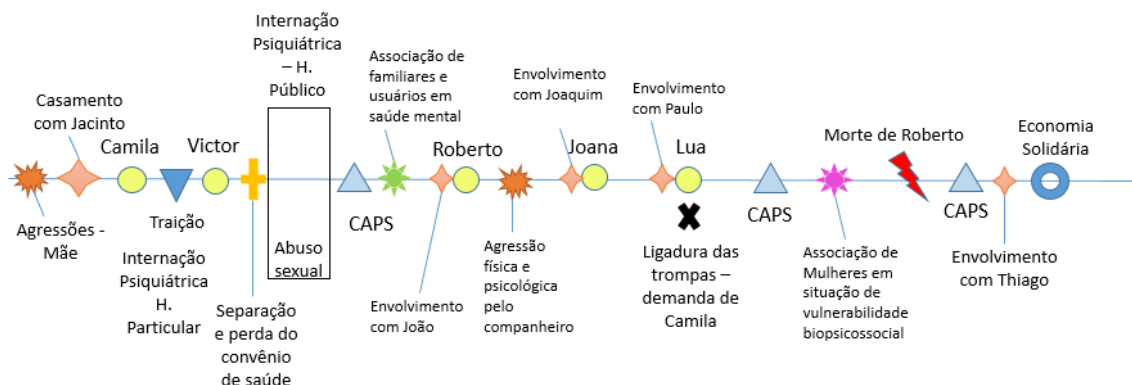


Figura 30: Trajetória de Rosa

Hoje em dia, todos os filhos residem na casa que Rosa herdou de seu casamento com *Jacinto* e que foi dividida em quatro apartamentos independentes. *Camila e Victor* moram no primeiro andar, ao passo que *Joana, Lua* e Rosa moram no andar térreo.

E eu fico no pior, fico lá na casa do cachorro (brinca Rosa), eu gosto de ficar ali no cantinho, no meu espaço, bem metamorfose ambulante.... Do meu jeito, eu gosto de ficar naquele espaço, eu quero dar uma melhorada, mas não quero nada de luxo não... (Rosa)

Camila reside com seu filho Ian, de 14 anos; Víctor reside com sua esposa e filha recém-nascida, Anna, razão pela qual foi simbolizado, em seu mapa corporal, através de uma cegonha; Joana, que estava grávida no momento da produção dos dados, tendo sido representada por uma mulher e um bebê, por sua vez, reside com seu filho Maurício, de três anos, seu filho Guilherme, recém-nascido e com seu atual companheiro; Lua e Rosa residem sozinhas. Ademais, nos períodos de férias, Rosa acolhe seus dois netos - filhos de Roberto, os quais residem atualmente com a mãe.

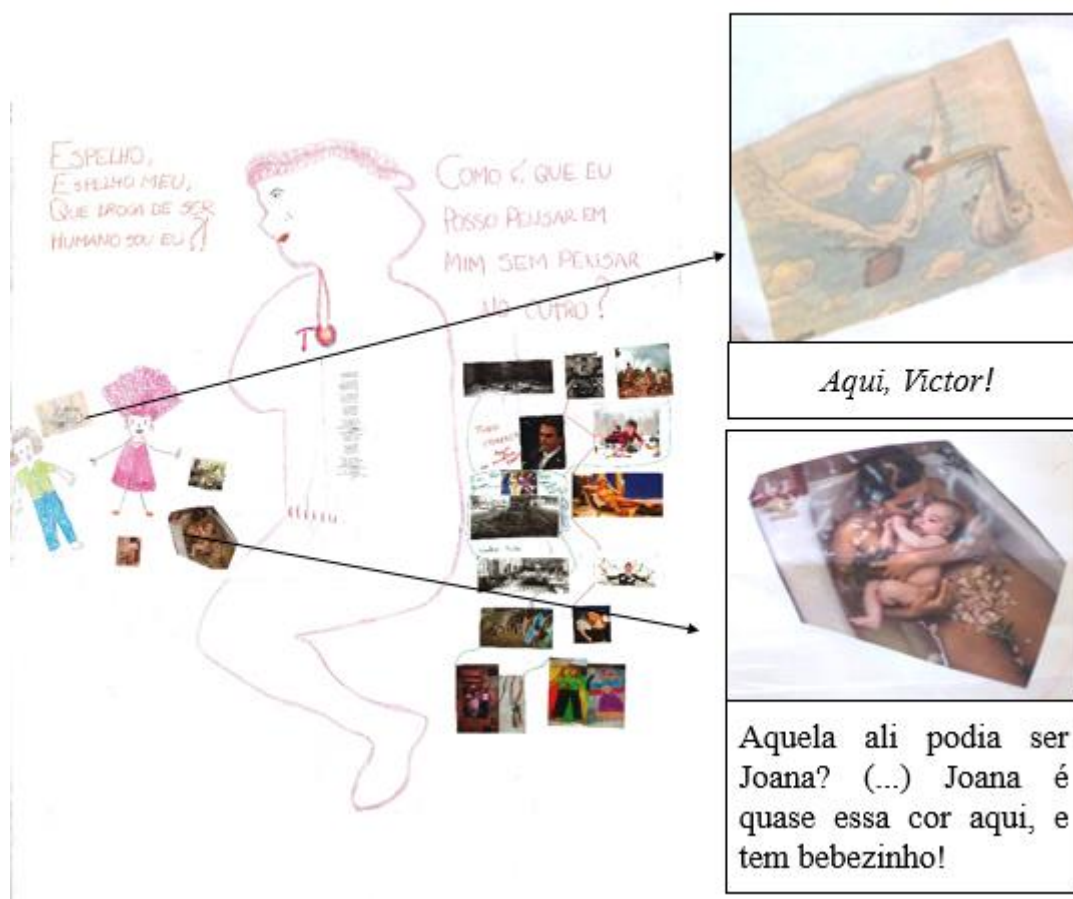


Figura 31: Representação de Victor e de Joana no mapa corporal de Rosa

A relação que Rosa estabelece com os seus cinco netos é valorada de forma predominantemente positiva por ela. Eles, que se referem a ela como “mainha”, são descritos como fonte de muito carinho e cuidado. Em alguns momentos, Rosa chega, inclusive, a se autorizar como mãe.

Esse menino, você sabe que eu já sumi dois dias com ele, né? Eu peguei ele e fui pra rua, sumi. Todo mundo ficou doido em casa, eu desliguei o celular.... Ai eu (...) levei ele pra o reggae, levei ele pra o Olodum, quando eu voltei, no outro dia, ele já veio de calça de capoeira, com camiseta, tudo do olodum! Todo mundo: “Meu Deus, mainha, você e Maurício sumiram! Você é irresponsável!” E tal e tal... (...). Ah..., mas eu sou mãe dele, então eu posso! Risos...

Entretanto, tal apropriação não se dá incondicionalmente. Ao relatar a decisão de sua filha Joana em retirar o seu neto Maurício da escola, Rosa indica certos limites de sua

capacidade de intervenção, assim como o faz ao falar de sua neta mais nova, Anna, e do respeito aos valores cristãos do seu filho e de sua nora.

Só Maurício que Joana tirou da escola esse ano.... Que ela disse que a escola estava isso e aquilo outro, aquilo outro, pra perturbar a vida do menino, porque ela é uma perturbada, né? (...), mas eu vou fazer o quê? Eu já falei a ela que a escola era a única coisa que tinha... “Para o ano, bota”, eu digo tá certo...”

Então assim, a razão da minha existência, porque eu quero viver, é meus netos. Eu sou apaixonada por Anna, mas Anna não é minha. Mas eu tenho que desapegar que Anna não é minha. (...) O pai é católico e a mãe é cristã, então não tem nada a ver comigo. (...) É..... Que eu vou dar as coisas escondido, que eu vou fazer vontade escondido, que eu vou estragar todinha...

Profissionalmente, nos dias atuais, Rosa segue como atriz, militante da luta antimanicomial e das causas feministas, além de ser artesã. Sua pequena produção, devido lamentavelmente à falta de recursos financeiros para investimentos, é vendida nas ruas, e através de sua participação em bazares solidários. Além disso, Rosa recebe uma bolsa de 400 reais, por sua participação no projeto de economia solidária. Ainda assim, ela vive, evidentemente, numa situação de séria vulnerabilidade econômica e se ressentia bastante por nunca ter conseguido um benefício social de prestação continuada. Há, em seu discurso, a hipótese de que “ser militante” é um fator que dificulta o seu acesso a esse recurso... Somam-se, segundo a mesma, mais de dez perícias realizadas, não apenas em Salvador, mas também em cidades do interior do Estado. Em seu relatório médico mais recente, constam os diagnósticos de transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade borderline.

Porque eu nunca tive emprego, nem renda e nunca consegui o benefício por estar no movimento, né? Ser mulher do movimento... Toda vez que eu vou o perito me diz “Tudo bom? Como vai o movimento, dona Rosa?” e não dá o meu direito de ter o benefício e diz que eu estou apta ao trabalho mas o trabalho não está apto para mim. Então eu não consigo esse trabalho, por ser louca também. (Rosa)

As expectativas de futuro mencionadas por ela giram bastante em torno da possibilidade de alcançar este recurso e poder ter mais autonomia financeira.

6.1 Significações sobre o sofrimento psíquico

A trajetória de cuidados psiquiátricos de Rosa começou muito cedo, tendo ocorrido, como foi visto, ainda no período de transição entre sua adolescência e adultez, e em um momento histórico em que, ao sofrimento psíquico, eram destinadas quase exclusivamente práticas de cuidado asilares e manicomialistas. Assim, ao seu sofrimento inicial vivido em função da traição de seu marido e à expressão de sua agressividade, seguiu-se, para Rosa, uma série de internamentos que a expuseram, covardemente, a situações grotescas como a prática de eletrochoques e o abuso sexual perpetrado por um médico psiquiatra.

De acordo com Costa-Rosa (2000) o modelo asilar tem, no hospital psiquiátrico, seu principal dispositivo de cuidado. Neste, a ênfase dada à linguagem diagnóstica e à possível determinação orgânica dos transtornos mentais fundamenta o uso excessivo da terapêutica psicofarmacológica tendo, como objetivo principal de cura, a normatização dos sujeitos. O trabalho assim, centrado no médico, exclui as possibilidades de outros manejos comunitários e familiares, implicando, desta forma, na promoção de um maior nível de preconceito e estigma para as pessoas diagnosticadas, e obviamente, na não garantia dos seus direitos humanos, dentre os quais destaco a liberdade. Birman (2002) refere que, por meio da tradição psiquiátrica dos séculos XIX e XX, a loucura foi negativizada e emudecida sob o projeto de imposição de um determinado tipo de sociabilidade, a qual ele denomina como “ortopedia moral”.

Entretanto, ainda neste espaço, e por meio de sua convivência com Eduardo Araújo, Rosa pôde entrar em contato com uma linguagem mais política acerca do sofrimento psíquico (Brinkmann, 2014). Este encontro foi retratado com bastante esmero por Nunes (2018)²⁴. Guiada pelo interesse de analisar, a partir das narrativas de Rosa, a sua trajetória de desinstitucionalização e a sua constituição enquanto sujeito político, a autora (Nunes, 2018) lançou mão dos aportes teóricos oferecidos por autores como Paul Ricoeur, Michel Foucault e Antônio Gramsci para compreender, também, as dinâmicas

²⁴ Como mencionei ainda no começo desta análise, Rosa tem uma trajetória muito singular e conhecida publicamente, o que torna possível o reconhecimento de sua história nos trabalhos acadêmicos. Entretanto, enquanto no trabalho de Nunes (2018), a escolha pelo nome “Rosa” foi feita no intuito de dar conta da dimensão ficcional de sua vida, nesta pesquisa, esta escolha se deu em função de essa ser a sua cor preferida, a cor escolhida para contornar o seu mapa corporal, a cor que representa, para ela, as mulheres e que preenche as lentes pelas quais refere enxergar o mundo.

de produção da subjetividade sob uma perspectiva histórica, contextual e relacional. Há, assim, como pressupostos, a ideia de que as relações de poder presentes na sociedade podem engendrar formas de sofrimento que são vividas corporalmente e agenciadas sob a forma tanto de resistências, como de subjugações. No caso de Rosa, mais especificamente, Nunes (2018) destaca a sua consciência em relação (1) às situações de opressão a que são expostas as mulheres e as pessoas em sofrimento psíquico e (2) aos modos como a desigualdade social está imbricada nas diversas manifestações destes sofrimentos. Esta consciência, descrita pela autora, fica bastante clara na narrativa textual e imagética que Rosa construiu em seu mapa corporal no momento em que foi indagada sobre a mensagem que gostaria de dizer para o mundo. Dada a sua criatividade, clareza e coerência analítica, optei por reproduzir a fala aqui integralmente:

ter, não tem a sabedoria... E vai roubar! E depois do roubo ele vai pra uma cadeia e ele não tem mais nenhuma oportunidade e ele vem pra cá. (Imagem de pessoas em situação de rua). Ele vem pra cá porque ele foge, porque ele não tem mais estabilidade financeira, e vem pra rua e vira morador de rua. E depois que ele vira morador de rua ele vai usar álcool e droga e ele vem pra cá (imagem do manicômio). E depois a família dele tem que morar aqui (lugar pobre) porque esse cara que podia fazer tudo pra mudar (imagem de Jair Bolsonaro) não faz! Aonde é que vai morar? No lixo. Aí essa criança pode ter todas as coisas, mas essa tem que comer lixo. Né? Essa dondoca, que hoje eu digo, como uma Michelle agora, ou Aline, a primeira dama de Rui Costa, ela pode... Tomar champanhe em um divã né? Aqui é um divã onde a gente deita pra fazer uma terapia... Mas se ela adoecer ela vai ter esse divã pra ela fazer a terapia e esse hipócrita tem tanto dinheiro que joga pra cima. Tá entendendo? Enquanto essa pessoa aqui está em cima de uma cama e não tem nem direito à saúde. E essa chega se abana com dinheiro.... Dinheiro roubado da gente, dos nossos impostos. Então o bandido não é, não é esse, não é esse, não é esse, nem é esse (referindo-se à imagem de pessoas pobres). Esses são vítimas do sistema! Por causa da sandália bonita, por causa da roupa bonita... (Rosa)

Por conta de sua convivência em movimentos sociais antimanicomial e, mais recentemente, feministas, Rosa pôde se colocar diante de outras narrativas sobre as pessoas que apresentam sofrimento psíquico e sobre as mulheres. A esse respeito, ela relembra a fala de Marcus Vinicius de Oliveira Silva - um querido defensor dos direitos humanos, professor e militante da luta antimanicomial que foi brutalmente assassinado em 2016, no município de Jaguaripe - sobre si mesma:

O finado Marcus, ele dizia muito pra mim... “ Você é uma mulher incrível! Você é uma louca extraordinária! Queria que muitas loucas fossem como você. ”
(Rosa)

Silva (s/d)²⁵ refere que os movimentos antimanicomial brasileiros trouxeram em seu bojo uma novidade técnica, política e ética que implicou em mudanças objetivas

²⁵ SILVA, Marcus. Vinicius O. Deslocamentos no campo das terapêuticas: ética e política. Texto apresentado no Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios – NESM. Salvador: BA, (s/d, b).

nas formas de organizar as instituições e de cuidar das pessoas. De acordo com o autor, mesmo a psicologia estava tradicionalmente atrelada a uma concepção clínica preconceituosa que desconsiderava as condições concretas de vida das pessoas e que atribuía, aos sujeitos em sofrimento psíquico, os estereótipos relacionados ao impedimento e à limitação. Assim, o autor afirma ter sido “em um determinado momento, necessário desautorizar e desacredenciar as linhas teóricas em suas pretensões de verdade sobre o objeto do transtorno mental” a fim de fosse possível configurar, em torno do sofrimento psíquico, um outro paradigma técnico e ético. Este posicionamento encontra ressonâncias na proposta da psiquiatria democrática basagliana que fundamenta a reforma psiquiátrica brasileira. Segundo Amarante (2007), esta perspectiva tinha como objetivo a formulação de um

Pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (Amarante, 2007, p.56)

Inserida, então, em dispositivos que têm (ou deveriam ter) o modo psicossocial de cuidado (Costa-Rosa, 2000) como um horizonte, Rosa pôde contar com fontes diversas de suporte que tinham, entre as suas premissas, a consideração dos fatores biopsicossociais na determinação da experiência da loucura e a integração desta enquanto parte constitutiva do sujeito, a ênfase nas práticas interdisciplinares e intersetoriais relacionadas às possibilidades de reinserção social e a necessidade de propiciar, aos sujeitos, diferentes recursos terapêuticos, a exemplo da constituição de um coletivo feminista.

Supõe-se, deste modo, a partir da narrativa de Rosa, que a organização destas esferas de experiência, em um nível mesogenético, tensionam, no âmbito ontogenético, as representações hipergeneralizadas mais negativas sobre a experiência da loucura, questionando as fronteiras historicamente colocadas nos limites entre a normalidade e a doença.

É interessante notar, neste sentido, os modos como a experiência e os posicionamentos de Rosa conformam, para os seus filhos, a compreensão deles em relação sofrimento psíquico. Os filhos mais velhos e que foram expostos às práticas mais

manicomiais relacionadas ao seu cuidado, segundo Rosa, não reconhecem a sua loucura, entre outros motivos, por acreditarem que ela é muito lúcida e inteligente.

Eles falam que eu não sou maluca, que eu sou muito inteligente, que maluco é burro. Maluco não é burro, todo maluco que eu conheci lá (referindo-se ao movimento social) era inteligente! (Rosa)

Orientados por uma concepção da loucura mais negativa e relacionada à desrazão e ao não saber, eles questionam, segundo Rosa, o seu diagnóstico e mesmo o uso das medicações psiquiátricas prescritas.

Eles odeiam que eu tome remédio controlado. Porque eu era um robô na verdade, né? (...). Eu era um robô controlado pela medicação, e quando eles me viam assim, sem medicação e eles me veem com medicação, eles dizem que “É bom você sem medicação. Você fica muito bem! Vá fazer suas coisas todas aí, vá trabalhar, fazer suas coisas”. (Rosa)

Lua, por sua vez, a filha caçula, apresenta uma concepção mais refinada e plural sobre o sofrimento psíquico. Quando indagada sobre o que seria, para ela, a loucura, ela responde dizendo que seria muito difícil encontrar uma definição, uma vez que, conforme compreende, a loucura se configura como uma questão muito complexa e que envolve vários âmbitos das vidas das pessoas. Sendo assim, ela refere ser difícil localizar as fronteiras entre a loucura e a normalidade e cita personagens públicos reconhecidos como extremamente inteligentes e que foram diagnosticados com transtornos mentais.

Eu acho que nem existe uma classificação pra loucura porque a loucura é uma coisa muito complexa, é uma coisa muito que atinge vários âmbitos, de várias pessoas em vários momentos da vida, sabe? Quando mainha fala assim, que eu também levo para mim, os “ditos normais” é porque não existe ninguém totalmente normal. Não existe ninguém totalmente certo.... Se as pessoas parassem pra olhar e prestar atenção, as pessoas mais inteligentes que existiram, principalmente aqui no Brasil, são as que eram tidas como loucas! (...). Então acho assim, que loucura é uma coisa muito complexa e que ninguém é são. (Lua)

As fronteiras, neste caso, que contrapõem a normalidade e a loucura, como foi dito, parecem se tornar mais esgarçadas e permeadas por uma linguagem mais política do

sofrimento psíquico. Ao fazer referência especificamente à trajetória de sua mãe, por exemplo, Lua localiza uma série de momentos de tensão e vulnerabilidade social e econômica vividos por ela, as quais, segundo afirma, seriam ainda mais desestabilizadores para pessoas tidas como “sãs”.

E das coisas que ela já passou, sabe, Brena? É... Teve momentos que mainha passou que... Eu acho que nenhuma pessoa dita “sã” iria conseguir passar por esses momentos como ela passou... Sabe? De criar todos os filhos dela da maneira que pôde, trabalhando todos os dias, dividindo dois ou três ovos pra cinco crianças... Indo trabalhar e com a preocupação de deixar seus filhos em casa, com a tristeza de saber que um de oito anos ia ter que olhar o outro de cinco, sabe? Foi muita, muita pauleira mesmo que mainha já passou... (Lua)

Em alguns momentos, identificando a “bipolaridade” de Rosa com a sua autenticidade, Lua chega a afirmar que esta seria uma qualidade positiva de sua mãe

Eu não acho que... é um problema minha mãe ter o problema, eu acho que... que... é muitas vezes é irrelevante e às vezes é até legal ela ter o problema dela, porque eu vejo muitas mães que reprimem o que quer falar pra o filho, reprime o amor que quer dar ao filho, e minha mãe não, quando ela acorda chateada ela diz tudo que ela tem pra dizer e no dia que ela acorda feliz ela diz, ela fala comigo tudo que ela quer dizer. Então assim, eu acho que é uma coisa boa.... Eu acho.... Às vezes eu acho legal ela ter a bipolaridade dela porque ela é muito verdadeira e acho que é por isso que ela consegue manter as pessoas perto dela. As pessoas querer estar com ela, ajudar ela, sabe? (Lua)

No seu discurso, Rosa também refere que a loucura fornece, para ela, existencialmente, a possibilidade de ser real e questionadora, concebendo-a, inclusive, como um propósito em sua vida.

Eu nasci louca porque eu tinha o propósito da loucura, sabe? (...) a minha loucura me dá direito de ser real, de viver, de falar a verdade a certas pessoas que merecem escutar (Rosa)

Entretanto, é possível perceber que, nas esferas mais microgenéticas de sua experiência, Rosa também resvala no uso de uma linguagem mais sintomatológica. Há,

em seu discurso, a ideia de uma doença (1) como as outras que também tem (diabetes e hipertensão), (2) não reconhecida por seus familiares, (3) que a acompanha desde a infância e (4) que se configura através da manifestação de crises epiléticas, sintomas psicóticos (ouvir vozes que lhe recomendam o suicídio), sintomas relacionados à euforia (deitar-se com vários homens) e à agressividade. Suas crises, segundo diz, ganham os contornos às vezes do isolamento social, às vezes dos excessos de raiva que ela dirige, em alguns momentos, para pessoas com quem ela mantém fortes laços afetivos. Quando isso ocorre, Rosa relata sentimentos de muita frustração e o desejo de conseguir desenvolver posturas mais assertivas.

Eu acho que eu queria ser meiga como a rosa, eu queria ser menos braba... tem hora que eu sou muito bruta com os outros! Eu sou bruta com qualquer pessoa às vezes. (Rosa)

De acordo com a literatura (Bolsoni-Silva, Carrara, 2010), é comum, para as pessoas que se comportam de formas mais agressivas, que elas se envolvam em conflitos interpessoais, apresentem uma imagem mais pobre de si mesmas, sintam-se mais tensas, enfadadas, inadequadas e solitárias. Entretanto, ao contextualizar esta forma de expressão de sofrimento, Rosa retorna a uma leitura política e diz: “*Eu acho que foi a forma que eu arranjei de me defender do mundo cruel*”. Ainda assim, a possibilidade de identificar os sinais prodrômicos do que denomina como suas *crises* tem possibilitado, a Rosa, que ela sinalize preventivamente, às pessoas mais próximas, quando está em uma situação de sofrimento psíquico mais intenso.

É, eu aviso, mas quando eu fico despirocada eu sumo.... Acho que minha maluquice agora está melhor! Risos.... Eu aviso! Vou ali fazer isso... (Rosa)

Atualmente, a receita médica prescrita para Rosa contempla o uso de um antipsicótico atípico, um anticonvulsivante e estabilizador do humor e um ansiolítico. Os primeiros, Rosa refere tomar conforme a sua própria vontade, o que demonstra que eles não ocupam um lugar central em seu tratamento. Rosa questiona bastante os seus efeitos colaterais, especialmente os que se referem às perdas cognitivas e da libido. Entretanto, já em relação ao ansiolítico, ela afirma estar em profunda dependência:

Quando eu quero eu tomo, quando eu não quero, eu não tomo. Agora o de dormir, eu tomo, se eu não tomar o de dormir, eu morro. (Rosa)

Whitaker (2017), ao falar sobre as benzodiazepinas, refere que, desde o seu surgimento, os estudos clínicos já colocavam o risco referente ao seu uso continuado, os quais incluem alterações significativas no funcionamento motor e cognitivo, amnésia e ampliação dos sintomas depressivos. Por outro lado, somam-se, nos processos de abstinência, relatos de efeitos como insônia, ansiedade aguda, além de sintomas físicos como tremores, dor e irritação. Trata-se, como o autor pontua, de uma perversa armadilha científica e da indústria farmacêutica, especialmente nos contextos em que não se provém as condições necessárias para a realização de um desmame adequado para os pacientes.

O quadro a seguir ilustra a possibilidade de uma compreensão sintética sobre as significações relacionadas ao sofrimento psíquico delineadas através das narrativas de Rosa. As suas esferas de experiências de cuidado, vividas em nível mesogenético - contexto de atividades repetitivas e situadas (Sato, Yasuda, Mankazi & Valsiner, 2014) - estiveram relacionadas tanto a uma lógica mais patologizante, medicalizante e asilar, quanto à de um modelo psicossocial. Estas estão relacionadas a práticas distintas de cuidado e que reforçam, em nível ontogenético - estruturas de significados mais estáveis relacionados aos sistemas de valores das pessoas (Sato, Yasuda, Mankazi & Valsiner, 2014) - concepções também distintas sobre a loucura. Enquanto a primeira supõe haver fronteiras claras entre o que se concebe como o normal e o patológico, a razão e a desrazão, a partir de uma compreensão a-histórica dos sujeitos, a segunda posição parte de uma linguagem política que contesta frontalmente os limites nosológicos. Em um nível microgenético e imediato da experiência, a exposição a essas duas lógicas e aos seus tensionamentos repercute, para Rosa, na compreensão de suas próprias vivências por meio de uma linguagem psiquiátrica, mas também nas possibilidades de uma leitura crítica sociológica e de seu empoderamento. Sobre o empoderamento, Berth (2018) afirma:

Quando assumimos que estamos dando poder, em verdade, estamos falando da condução articulada de indivíduos e grupos por diversos estágios de autoafirmação, autovalorização, autorreconhecimento e autoconhecimento de si mesmo e de suas mais variadas habilidades humanas, de sua história, principalmente, um entendimento sobre a sua condição social e política e, por sua vez, um estado perceptivo do que se passa ao seu redor. Seria estimular, em algum nível, a autoaceitação de suas características culturais e estéticas herdadas pela

ancestralidade que lhe é inerente para que possa, devidamente munido de informações e novas percepções críticas sobre si mesmo e sobre o mundo que o cerca, e ainda, de suas habilidades e características próprias, criar ou descobrir em si mesmo ferramentas ou poderes de atuação no meio em que vive em prol de uma coletividade (Berth, 2018, p.14).

Entretanto, percebe-se que há, também, no processo de empoderamento, ambivalências relacionadas à perda dos ganhos secundários relacionados à tutela – a exemplo da demanda de amor e cuidado que é feita aos filhos, e à dificuldade de acesso aos benefícios sociais em função de sua atestada “capacidade para o trabalho”.

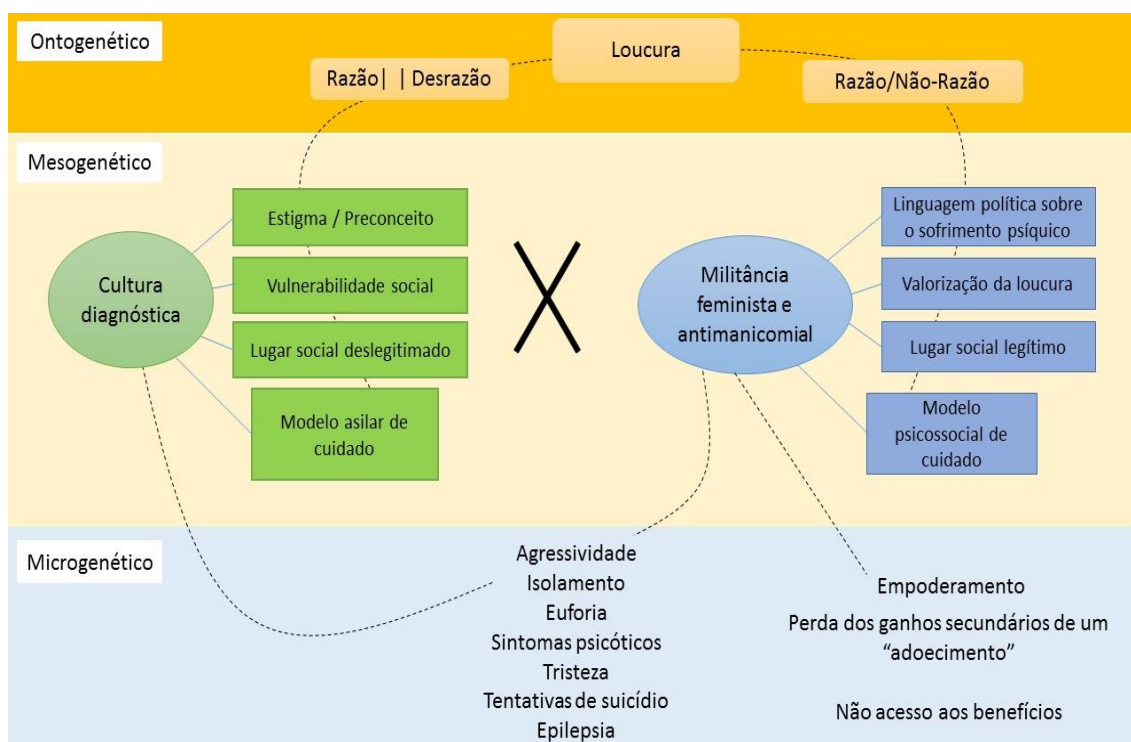


Figura 33: Significações de Rosa sobre o sofrimento psíquico

6.2 Significações de maternidade

Ao dizer sobre as suas experiências maternas, foi frequente, na narrativa de Rosa, o estabelecimento de uma espécie de contraponto entre as suas próprias vivências e a relação constituída com a sua mãe. Apesar das suas tentativas afetivas e discursivas de, ao longo da construção de seu mapa corporal, se colocar projetiva e empaticamente no lugar de sua mãe, as possibilidades de compreensão das razões pelas quais ela agia com tamanha violência não lhe pareceram compreensíveis e/ou perdoáveis.

Eu acho que eu tenho certa raiva de minha mãe, eu não consigo perdoar. (...). Em eu não conseguindo ainda acertar minha relação com ela, eu não sei se eu vou conseguir nessa vida ou na outra, eu não quero me sentir culpada por isso, mas eu sei que eu lutei pra ser a mãe dos meninos e eu cumpri a minha missão... (Rosa)

O ideal cultural de maternidade, significado como a experiência amorosa de abdicação total da mulher em função de seus filhos e das atividades domésticas, aparece, assim, como um valor importante em seu discurso e que marca o começo de sua história como mãe. Contando com o suporte financeiro paterno, Rosa pôde se dedicar, neste período, integralmente às suas crias. No entanto, é importante sinalizar que, embora perceba a presença paterna como uma questão importante, Rosa indica que sempre reconheceu os seus filhos como responsabilidade sua.

Breninha, eu sempre pensei que filho, é filho meu. Não é filho de ninguém. (Rosa)

Com a separação e a necessidade de assumir outras atividades laborativas e de seu autocuidado, este ideal inalcançável passou a tomar a conotação do que poderíamos denominar de uma “maternidade possível”. Responsabilizando-se, deste modo, pelo que denomina como função de mãe e de pai, Rosa precisou contar, ainda, com o suporte dos filhos no cuidado dos irmãos e na provisão dos recursos financeiros da família. Embora ressinta o fato de ter “roubado” a infância dos seus filhos, tanto em função da cobrança que eles lhe fazem, quanto do direcionamento social e normativo que criminaliza o trabalho infantil, Rosa se orgulha pelo fato de ter prevenido, desse modo, que eles se inserissem em uma trajetória infracional

E eles ainda me cobra! Victor já teve a capacidade de me dizer que eu fiz ele de escravo! Porque eu tinha uma guia de artesanato na esquina e ele saía vendendo! Falei: Eu fiz tu virar homem pra tu não virar ladrão porque todos da sua idade virou ladrão!

A perda de seu filho Roberto de forma tão brutal e violenta transformou significativa e afetivamente a sua vivência enquanto mãe. A partir deste acontecimento, esta passou a assumir os contornos de uma experiência incompleta e de um vazio existencial profundo, socialmente não reconhecido e marcado pelos sentimentos de revolta e de injustiça. Ainda que haja, em seu processo de luto, as possibilidades de novas

construções de sentido por meio da arte (desenhar, com frequência, a imagem de seu filho), da atribuição da responsabilidade ao pai de Roberto e de uma linguagem política e questionadora de seu sofrimento, percebe-se que a dor é um elemento constante em sua vida e que apenas cede espaço para possibilidades de reparação equilíbrio tensional do self (Tateo & Marsico, 2017), em função da preocupação que guarda em relação aos seus outros filhos.

E eu tenho melhorado, deixado de ser mais egoísta com mim mesma, porque parece que eu só tinha ele, entendeu? E aí eu fico dando a impressão para os irmãos dele que eu não amo os outros. É por isso que eu estou me corrigindo todos os dias. (Rosa)

A relação que estabelece, atualmente, com Camila, Víctor, Joana e Lua é permeada por sentimentos bastante ambivalentes. Há, de um lado, uma grande demanda de amor e de amparo não realizada e, por outro, o desejo de ser reconhecida como uma mãe autônoma e independente, privando-se das iniciativas de censura e tutela dos mesmos. Estes afetos serão melhor explorados no tópico a respeito da filialidade. A figura, a seguir, ilustra o fluxo de significações acerca da maternidade, delineadas a partir da narrativa de Rosa.

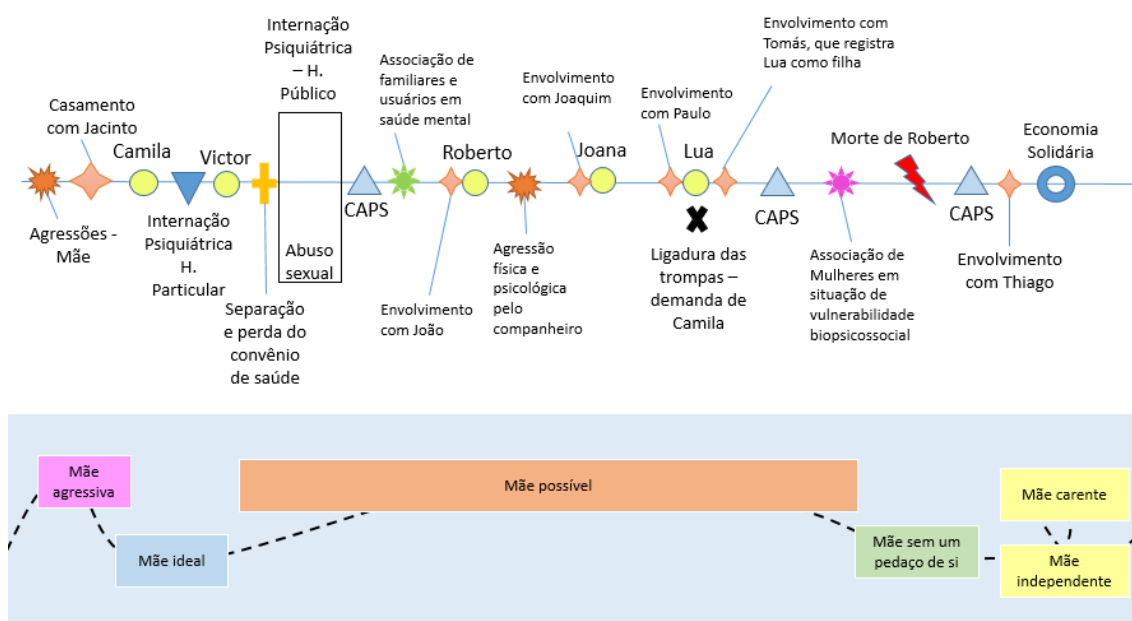


Figura 34: Significações de maternidade para Rosa

Embora a relação de Rosa com os seus filhos tenha apresentado trajetórias tortuosas relacionadas, entre outras, às dificuldades financeiras, à falta de amparo institucional, à sua própria condição de saúde e à dos filhos, e à violência policial, Rosa apresenta um autoconceito muito positivo de si mesma como mãe. Para representar a si mesma, ela optou por desenhar, em seu coração, a inicial do nome de uma assistente social que é muito admirada por ela.



B: Como você representaria nesse desenho essa fortaleza que você disse que teve com a maternidade?

R: Com a maternidade? Eu botaria uma mulher bem forte, uma mulher que eu admire, bem forte, bem forte...

B: A gente pode procurar uma figura...

R: Uma mulher bem forte, bem forte! Como uma mãezona que eu tenho, Tatiana. Eu acho ela uma mulher muito forte. (...) Uma mulher mais forte que eu e tudo no mundo é Tatiana, aí eu vou botar aqui pertinho do meu coração. Por ser mãe, por ser mulher, por representar uma causa tão grande e quando eu crescer na vida eu quero ser igual a ela! Pela humanidade, pelo caráter, pelo amor às pessoas. (...) Pela mulher preta que ela é, sabe? E que ela lutou e que ela não é rica, nobre, e ela é capaz de tirar do dela pra ajudar qualquer outro. Isso, não é todo mundo que tem essa nobreza. Então por isso que Tatiana significa tanto em minha vida...

Figura 35: Representação de Rosa enquanto mãe

O suporte financeiro, os cuidados básicos com a higiene e com a alimentação, o acolhimento emocional e o suporte como avó também são reconhecidos como esferas importantes da experiência de maternidade para Rosa. Além dessas, é possível identificar as esferas relacionadas **(1)** ao luto pela perda de Roberto e também **(2)** à educação sexual, e **(3)** ao incentivo às experiências profissionais e de aprendizagem, conforme pode ser visto nas duas falas a seguir. Na primeira, Rosa faz referência ao fato de estabelecer com os filhos uma relação muito aberta; na segunda, à conclusão do ensino médio por Lua.

O povo não dizia que a cegonha trazia o bebê? (...) Idiotas. Pega as crianças e deixa as crianças idiotinhas, de otárias, aí a criança não entende o que é sexo, não entende o que é nada, aí fica com a maluquice, aí vem lá o aproveitador e molesta a criança. (...). Meus filhos têm um relacionamento bem aberto comigo.

A gente fala de tudo, de sexo, de tudo. A minha cabeça é bem aberta, né? Para eu ter relacionamento fechado.

Eu quero muito mais. “Meu problema com você é UFBA. ” Mas ela tá nova, eu sei. Eu disse: “Lua, me desculpe, eu estou feliz, neguinha, mas meu problema com você é muito mais do que isso!!”

As esferas de experiência da maternidade trazidas por Lua, por sua vez, estão predominantemente relacionadas às dimensões **(1)** do relacionamento interpessoal, **(2)** de sua identificação política e empoderamento enquanto mulher negra e da periferia e **(3)** do desenvolvimento de sua autonomia. Estas serão exploradas a seguir:

6.2.1. Um modelo de relacionamento interpessoal

Ao trazer as fotos de sua mãe, Lua enfatiza o quanto percebe, nela, um modelo para o desenvolvimento de relações empáticas e duradouras. Tais relações aparecem bastante marcadas por uma ética do cuidado em que uma abordagem mais contextual e a ênfase na conexão humana, nos relacionamentos comunitários e nas emoções são tidas como mais relevantes (Zaboli, 2004). Conforme Lua coloca, Rosa se relaciona de uma forma muito autêntica, assertiva e amorosa, trazendo a preservação dos laços de amizade como um importante valor para a sua vida.

Eu quero cultivar como mainha cultiva assim, de estar sempre conversando, tá sempre... apoiando o outro, mesmo de longe. Mainha tem amigas de 20, 30 anos, que veio antes de mim, que veio antes de Joana e até hoje se mantém forte.

A amizade, assim, foi um tema recorrente em sua narrativa. Seus amigos mais significativos, representados nas fotos a seguir, foram conquistados na escola em que estudou no ensino médio. Lua os descreve como uma fonte de suporte extremamente importante para a sua vida, tanto nos momentos tristes quanto nos momentos felizes. Ela aponta que, após a perda do seu pai e do seu irmão, deixou de sair e de se divertir com as demais crianças de sua idade e que essa esfera de sua vida foi sendo reconquistada a partir de sua interação com seus pares na escola e, mais especificamente, no grêmio estudantil.



Figura 36: Fotos dos amigos de Lua

Desde quando eu perdi Beto e meu pai (...) eu me tornei uma pessoa muito fechada, eu parei de brincar de boneca... parei de correr na rua, parei de andar de bicicleta, parei de fazer um bocado de coisa (...) Esse foi um dos fatos pelo qual eu amadureci demais, assim, rápido, em certos aspectos (...) Eu tinha poucos contatos em questão de amizade, e aí eu encontrei Denis, encontrei Livia, e esse ano... Eu... me envolvi mais nas questões do grêmio estudantil daqui da escola, foi o que me trouxe alegria, me trouxe motivo assim pra... Pra dizer eu quero fazer isso, eu posso, isso vai influenciar nos meus outros âmbitos da vida. (Lua)

A partir de seu envolvimento no grêmio estudantil, Lua liderou importantes movimentos em sua escola, a exemplo de uma ocupação realizada com os demais colegas e que se encerrou vitoriosa em relação ao que pretendiam: a escolha democrática da direção. Esta conquista do grêmio estudantil foi trazida, na narrativa de Rosa, como uma razão de muito orgulho, mas também de muita preocupação.

Oxe, ela estava dormindo na escola! Se queriam tirar o diretor delas, elas brigaram na tora pelo diretor que elas queriam. Aquela menina é o cão, eu não gosto nem de imaginar o que essa menina vai passar na vida! Eu digo pra ela

toda hora que é complicado, eu tenho medo de alguém maltratar de minha filha. Porque o mundo é cruel né? (Rosa)

Em seu mapa corporal, Rosa a representou como uma “*nega muito bonita, atrevida*”, “*muito pra frente*”, “*bem à vontade*”, “*bem descolada*”, “*bem pé no chão*”, “*bem na dela*”, “*uma menina bem resolvida*”, “*guerreira como a mãe*”.

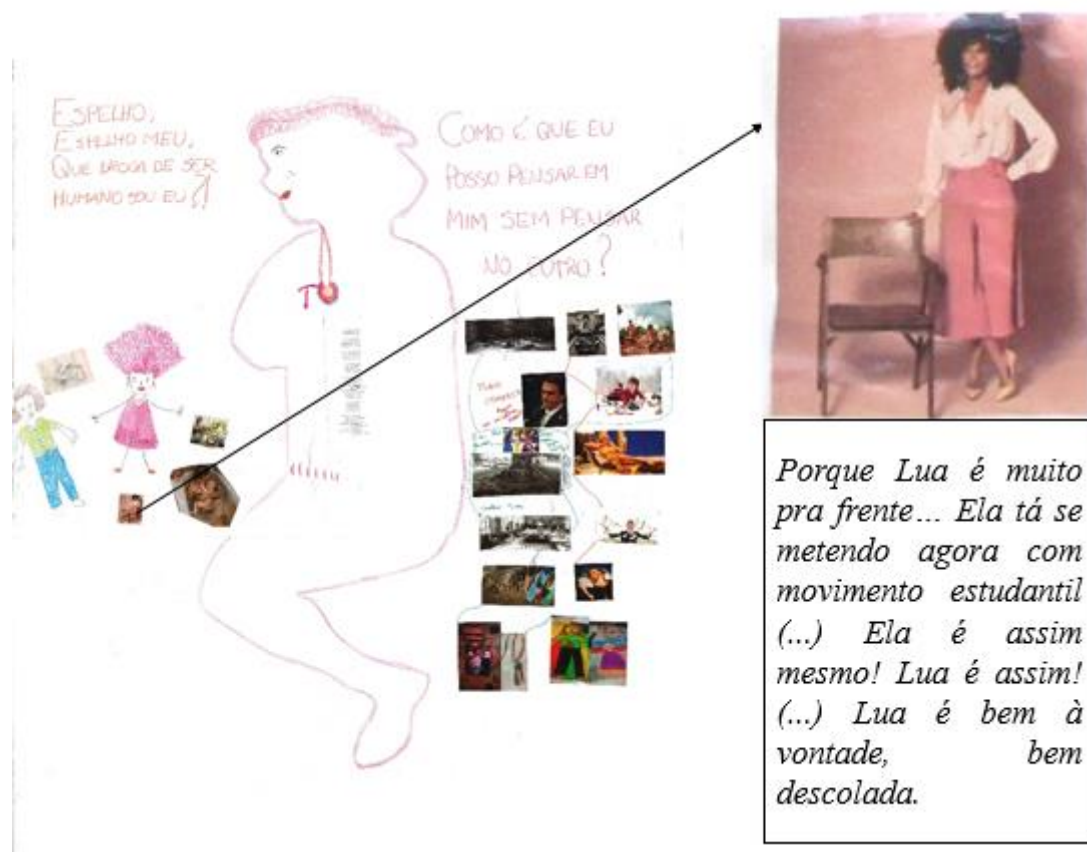


Figura 37: Representação de Lua no mapa corporal de Rosa

Além de ser um modelo para o desenvolvimento das suas relações de amizade, Rosa também atua como uma importante mediadora no relacionamento que Lua estabelece com seu namorado, Wagner. Juntos há dois anos, de acordo com Lua, eles estabeleceram um relacionamento bastante amoroso e respeitoso, o que ela credita muito aos objetivos de vida que têm em comum e às lições aprendidas com Rosa. “*Não se ver toda hora*”, “*Não se jogar de cabeça*” apresentam-se, por exemplo, como regras essenciais para um bom relacionamento.

6.2.2. Um modelo de ação política e empoderamento

A defesa que Rosa faz, em ambientes socialmente reconhecidos, de valores como a igualdade e a justiça, e de uma compreensão mais positiva e humanista sobre o sofrimento psíquico foi marcada com muita admiração por Lua. Para representar estes afetos, Lua trouxe uma foto de Rosa em que ela aparece como responsável por um *stand* em um congresso nacional. Ouvir as histórias de sua mãe e todas as dificuldades pelas quais ela já passou ao longo de sua vida e todo o seu itinerário terapêutico configuram-se, assim, como razões para que Lua a admire ainda mais como mulher e como mãe.



Figura 38: Rosa em um stand de um congresso nacional

Mainha sempre gostou disso sabe? De defender com unhas e garras e dentes e tudo que ela tiver, o que ela acha que é certo, que é o necessário, que é o que vale a pena, sabe? E eu aprendi muito, muito, muito, muito dessa questão de cuidar, de querer o bem, de querer igualdade, de querer é... de... de... desejar que a impunidade não vença pra sempre (...) Então assim, ver ela viajar... ela palestrar... ela ensinar outras pessoas como ela disse “que são ditas as normais”, que... a loucura ela tem que ser compreendida e ela tem que ser cuidada! Então assim, me dá muito, muito orgulho e inspiração ver minha mãe ocupando esses

lugares, sabe? (...) E ver que ela tem o reconhecimento, que ela tem o empoderamento que ela tanto me pede pra... eu... preservar em mim, sabe? De dizer, afirmar, se afirmar mulher, sabe? Então me alegra bastante, me inspira (...) ver minha mãe sendo a mulher que ela é hoje, sabe? (...). De ensinar às pessoas que todos nós temos que olhar pra toda e qualquer pessoa com... com afeto, sabe? Com um olhar humano e isso me alegra bastante (...). Eu me sinto muito, muito, muito lisonjeada de.... Ser filha dessa mulher tão interessante!
(Lua)

É interessante notar, neste sentido, a identificação que Lua estabelece com sua mãe ao reconhecer que ambas estão em uma situação de maior vulnerabilidade social: a mãe, por ter um diagnóstico psiquiátrico; ela por ser negra e ambas por serem pobres. Assim, a militância que Rosa exerce dentro dos movimentos antimanicomiais serve a Lua como inspiração para o desenvolvimento de seu empoderamento enquanto mulher negra, estando este representado, dentre as imagens que escolheu, pela que retrata o seu cabelo trançado. A interseccionalidade, por assim dizer, referente às diferentes condições a que estão submetidas enquanto mulheres, cruzam-se na conformação de lugares de maior vulnerabilidade, mas, também, de maior enfrentamento.

Mesmo com as nossas condições financeiras, mesmo a gente morando na periferia, mesmo eu tendo os meus problemas que eu enfrento diariamente por ser negra e ela por ser bipolar, é... eu acho que isso não... nunca vai diminuir o potencial que ela tem sabe? Porque ela não se deixa abater mesmo. (Lua)



Figura 39: Lua e as tranças

Lua descreve que, ao longo de sua adolescência, tornou-se mais consciente em relação ao preconceito que sofria por conta de sua cor e que fazia com que chegasse a evitar andar entre pessoas “claras”. Admoestada pelos próprios irmãos por ter o cabelo crespo e castanho claro, Lua pintou o cabelo de preto e passou a deixá-lo mais solto ou com tranças, evitando o uso exagerado de cremes. Estas ações foram significadas como um processo de intensa autovalorização cuja inspiração e incentivo foram propiciados por sua mãe, seja a partir das suas falas em militância e o próprio exemplo de vida, seja pelos elogios carinhosos que recorrentemente faz a ela.

Aonde ela vai comigo, que ela chega no lugar e me apresenta, ela fala “Essa é minha neguinha! Minha nêga linda do cabelo lindo!!”, ela fala assim. Então, é uma coisa que super valoriza em mim. Ela fala “Afe, Lua”, tem dia que eu não estou afim de arrumar o cabelo, ela “Arruma esse cabelo, menina, esse cabelo tem que ficar pra cima, lindo, queria tanto ter o cabelo igual ao seu!” E não sei o que lá.... Ela fala assim, tem uma coisa que a autoestima da gente é uma coisa que nada paga, sabe? Quando uma pessoa, principalmente uma pessoa que vem da sua família, uma pessoa que te gerou, que te teve, sabe? Apoiar tanto uma

causa que você acha importante, não só pra você, mas... pelo contexto (...) É uma coisa que eu acho muito legal de minha mãe, sabe?

Além de sua mãe, o professor de filosofia de Lua foi retratado, por ela, como alguém a quem dedica bastante afeto e que também a ajudou neste processo. Tido como uma figura que é temida por boa parte dos alunos em função do seu alto nível de exigência, Ramiro foi referido como alguém que a conquistou, inicialmente, por adotar, em sua disciplina, textos de matrizes africanas, e por acreditar no potencial dos seus alunos.



Figura 40: Ramiro, professor de filosofia de Lua

Aí na primeira unidade a gente desenvolveu um trabalho maravilhoso.... Sabe? Com leituras de textos sobre nossas histórias, só que direto das matrizes africanas mesmo, que... normalmente, as histórias são contadas mais pelo lado europeu. (...) E aí eu me apaixonei! Sabe? (Lua)

Além da foto do seu professor, Lua trouxe também a foto de uma vereadora soteropolitana que ela admira muito. Esta foi descrita como uma pessoa extremamente significativa para sua mãe e cujos ideais se alinham com os seus: a luta feminista e pelos direitos humanos, dentre os quais destaca a luta do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros. Para Lua, ser militante é atualmente uma espécie de *hobby*, e uma atividade que traz muito sentido para a sua vida.



Figura 41: Foto de uma vereadora da cidade de Salvador

6.2.3. Um modelo de autonomia e independência

Além de ser uma referência para o estabelecimento de suas relações interpessoais e para a sua inserção nos movimentos sociais, Lua destaca bastante o quanto sua mãe a incentiva no desenvolvimento de sua autonomia. Para representar esta esfera de sua experiência, Lua trouxe uma foto que tirou na praia que fica próxima ao Solar do Unhão e ao Museu de Arte Moderna de Salvador. Somam-se, nesse sentido, orientações sobre como se orientar geograficamente pelos bairros de Salvador e os alertas sobre as regiões que poderiam ser perigosas por conta do tráfico de drogas e da violência.



Figura 42: Praia que Lua gosta de frequentar

Quando eu vim estudar aqui no centro, eu sentia um pouco de medo ainda de andar lá no centro... e... de quem eu poderia, com quem eu poderia tombar na frente, no caminho, com quem eu deveria andar ou olhar, eu ficava com medo, insegura, só que aí mainha, bonita como ela é, né, gaiata, falou (...) “Você está

estudando no centro agora, então vou começar a te trazer pra o centro pra você conhecer os lugares”. Aí tudo bem, aí ela me levou lá no elevador, o elevador eu já conhecia um pouco, aí depois ela começou a me levar naquelas ruas que têm ali no elevador, na cruz caída, que eu nunca tinha ido, nas igrejas que tinham por ali, e aí ela começava a me dizer “olhe onde você entra e olhe com quem você tá e quando alguém te disser pra ir pra tal lugar, você já sabe, o lugar que eu disser pra você não ir você não pode ir porque é perigoso”, risos, e aí eu levei isso, guardei isso...

Há ainda, descritas na narrativa de Lua e, em uma dimensão mais sutil, as possibilidades que Rosa trouxe indiretamente para que ela passasse a ocupar outros espaços da cidade. Sobre este aspecto, Lua conta que, após ter assistido as apresentações teatrais de sua mãe, ela passou a circular por novos espaços culturais de Salvador, a exemplo do *Espaço Itaú de Cinema - Glauber Rocha* e do *Teatro Gregório de Mattos*, ressignificando, assim, o seu sentimento de pertencimento à cidade. Esses lugares são descritos, por Lua, como lugares que a deixam extremamente feliz e que lhe propiciam acesso a conhecimentos sobre a história de Salvador e a filmes brasileiros que falam de nossas raízes brasileiras com mais propriedade.



Figura 43: Lua no Teatro Gregório de Mattos

Mainha, ela fez até uma peça lá... E até então eu não conhecia aquele lugar, era estranho pra mim, e até quando eu passava na frente, aí sentia até uma coisa assim, eu falava “Vixe, isso é muito burguês”, “Isso é muito diferente do que eu convivo”, sabe? Do meu meio... E aí quando mainha fez a peça nesse teatro (...) vi o prestígio, vi a simplicidade, não só de quem trabalhava lá, mas de várias pessoas que foram assistir mainha, sabe? E aí depois que passou essa peça de mainha, eu fui novamente lá no Gregório, pra ver as histórias, até as histórias do próprio Gregório de Mattos, e achei lindo, me encantei (...) Até o dia que eu conheci de fato, mesmo, de subir... Ir lá em cima, ver o mar, sentir aquela coisa boa assim da Bahia de todos os santos, foi... foi muito legal, foi encantado. (Lua)

6.3 Significações de filialidade

As relações que Rosa estabelece com os seus filhos os colocam, em muitos momentos, no papel de serem eles mesmos também os seus cuidadores. Enquanto tais, atuam, em assuntos bastante íntimos de sua vida. Estes incluem (1) suas decisões reprodutivas, a exemplo da situação em que Camila solicitou a sua laqueadura; (2) a defesa para que seu cuidado psicossocial seja feito em liberdade e não em instituições asilares; (3) a ênfase em um tratamento que seja realizado sem a prescrição abusiva de medicações psiquiátricas; (4) a supervisão que fazem em relação ao seu consumo de álcool; (5) o acolhimento emocional; (6) o incentivo para que desenvolva suas atividades profissionais e (7) também, as atividades políticas relacionadas à sua participação em movimentos sociais feministas e antimanicomiais. As *falas*, a seguir, exemplificam algumas dessas funções:

Quando eles se tornaram adultos, eles não deixavam ninguém me internar. Se eu tivesse doente e alguém dissesse que ia me internar, eles se escondiam debaixo da cama, junto comigo. (...). Eu tive meus filhos pra cuidar de mim. (Rosa)

E aí, eu bebia “muuuito”, eu me retava, tomava o remédio, tomava todas. E eles cuidavam de mim. Eu bebia era quase todo dia... Hoje, eu tomo uma cerveja quando me dá na telha... Bebo minha cerveja... “Mainha, você falou ao médico que está tomando cerveja?” ... Falo: “sim!” ... Que eu não vou mentir pra eles!... “Você toma remédio e tá bebendo? Você já falou ao médico que você bebe? Que você enche a cara final de semana?” ... Eu digo: “Oh, meu Deus!”. (Rosa)

Eles odeiam que eu tome remédio controlado. Porque eu era um robô na verdade, né? (...). Eu era um robô controlado pela medicação e, quando eles me viam assim sem medicação, e eles me veem com medicação, eles dizem que “É bom você sem medicação. Você fica muito bem! Vá fazer suas coisas todas aí, vá trabalhar, fazer suas coisas”. (Rosa)

Entretanto, este “não reconhecimento” do seu sofrimento psíquico enquanto uma condição de maior vulnerabilidade, como foi antecipado no tópico anterior, é ponderado, por Rosa, como algo que pode implicar em consequências boas e ruins para si mesma. As consequências positivas parecem estar atreladas à manutenção de sua privacidade, independência e autonomia, ao passo que as negativas parecem relacionadas à atenção maior que ela gostaria de receber de seus filhos. Deste modo, pode-se inferir que a esfera da experiência de cuidado se configura como uma zona de fronteira entre ela e seus filhos sendo composta por sentimentos que trazem muita ambivalência e que parecem variar conforme as suas flutuações de humor.

Nos primeiros encontros, que foram dedicados à construção de seu mapa corporal, por exemplo, Rosa trouxe o caso de uma amiga que morreu em seu próprio domicílio, recentemente, como uma ocorrência que fez com que ela significasse de forma positiva a interferência de seus filhos em sua vida:

E antigamente, antes da morte de Sueli, que morreu e foi encontrada três dias podre dentro de casa, meus filhos pegavam minha chave, copiavam meu cadeado (...) E eu dizia pra minha filha, que meus filhos invadem a minha privacidade. Hoje eu já não penso assim. Precisou minha amiga morrer pra ela me mostrar que meus filhos cuida de mim. (Rosa)

Contudo, por ocasião do nosso último encontro, Rosa estava bastante mobilizada pelo conflito que teve com seu ex-namorado e ressentida por não ter recebido o apoio que gostaria dos filhos. Estes estavam com as atenções voltadas para *Anna*, filha de *Victor*, que acabara de nascer com a suspeita de uma doença infecciosa grave:

R: Por que? Camila perguntou: “Olhe, mainha, Victor precisa de cuidados. ” Eu botei... “Ó, Camila, eu tenho dois dias de febre e nem na minha porta você pisou, você só sabe cobrar de mim, agora cuidar de mim, nada, que espécie de

enfermeira você é? Uma hora dessas você mata qualquer paciente. Você não cuida da sua mãe louca, vai cuidar mais de quem? ” Falei alguma coisa demais?

B: O que é que você acha?

R: Eu não falei nada demais, porque eu não sei, eu não sei, por nosso Senhor! como é que ela cuida de todo mundo e todo mundo ama ela. Assim, ela é boa pra todo mundo na rua, menos pra mim.

Além do conflito que teve com Camila, Rosa também narrou um episódio em que se chateou com Lua. Apesar da inicial demanda por mais privacidade, Rosa se pergunta, em seguida e espontaneamente, se não estaria, na verdade, com ciúmes da filha por conta da atenção que ela dá ao namorado.

Eu falei um bocado de desaforo a Lua, porque ela tem que comprar o gás dela, tem que cuidar da vida dela, ela tem namorado, ela tem que ter vida própria e que minha casa... eu estou querendo privacidade na minha casa, no meu canto. Eu gosto de andar nua, eu gosto de ficar no meu canto. (...). Será que eu estou com ciúme dela? (...). Acho que eu estou. Eu estou com ciúme. É que Lua fica muito comigo e quando está com o namorado não fica. Entendeu? (Rosa)

O sentimento de ciúme colocado como uma hipótese por Rosa, foi apontado também na fala de Lua. Ao falar sobre a foto de seu namorado e de sua importância em sua vida, ela refere que sua mãe costuma questionar a atenção dada a ele, mas indica deixar bem claro, para os dois, que o cuidado de sua mãe é uma prioridade em sua vida



Figura 44: Lua e Wagner, o namorado

Ela fica com ciúmes às vezes né? “Ah, porque você faz demais, faz tudo pensando em Wagner, se programa pensando em Wagner!”. Mas ela sabe que... E eu já deixei claro pra ela, pra ele, e até os dois mesmo de frente um pra o outro que nada vai abalar o relacionamento que eu tenho com a minha mãe... Nada nem ninguém, em hipótese nenhuma (...) Mas assim, ele é muito compreensivo, muito carinhoso... (Lua)

Além das demandas de atenção, outras queixas trazidas por Rosa dizem respeito a: (1) sua demanda por apoio financeiro - o que ela contrapõe ao seu desejo de ser mais independente e não necessitar deste tipo de suporte; e (2) sua necessidade de liberdade sexual e amorosa - mais uma vez significadas como sintomas de sua “doença”.

Breninha, não é preciso uma mãe dizer: “Ó, Victor, me dê um pacote de leite!”, não precisa. Deles fazer um mercado e dizer assim: “vou mandar isso pra Mainha”, não precisa... eles me acham tão autossuficiente que eles... Não sei se fui eu que errei na criação, que eles não me procuram nem um dia, só se eu quiser... E eu não quero ser essa mãe dependente de filho! Por isso que eu quero ter meu benefício, pra eu mandar eles tomar no sul, no norte, no Maranhão... mandar eles se fuderem, não se meterem em minha vida... Por que meus filhos? ...só dizendo assim mesmo. (Rosa)

Eu sempre fui uma mulher de muitos homens! E eles não aceitam... E você sabe que isso é da doença também.

Lua, por sua vez, ao falar de si mesma enquanto filha, coloca-se, diante de sua mãe, como uma observadora atenta. Ao acompanhá-la em outros lugares, a exemplo dos bazares e dos grupos de militância, ela busca analisar os modos como as demais pessoas interagem com Rosa. Este olhar “de curiosidade”, entretanto, aparece como uma possibilidade de maior valorização de sua mãe e não como uma forma de questionamento e deslegitimação social, conforme foi apontado por Fox (2004).

De acordo com Lua, sua mãe parece ficar mais feliz e à vontade quando está próxima aos seus amigos e colegas do que quando está cercada por seus filhos, o que ela atribui ao fato de ser mais valorizada e menos censurada nestes espaços.



Figura 45: Rosa envolvida na realização de um bazar solidário

Logo quando eu fui... tendo entendimento, discernimento sobre as coisas e as pessoas, eu já passava a conviver no mesmo, nos mesmos locais que mainha tem um convívio de estar, é.... No CAPS, no teatro, é... nos bazares que ela monta e na festa de colegas e de amigos. É... E sempre eu pensava, ficava observando, e tem até uma coisa que ela fala mesmo, que às vezes tem alguns amigos dela que compreende melhor, no caso, minha mãe, tem alguns amigos que compreendem ela melhor do que os próprios filhos, e aí a partir disso eu comecei a perceber as formas com que os amigos tratavam ela, o que fazia ela se sentir importante, se sentir... necessária, se sentir bem, autossuficiente, por todos os lugares que eu ia

com ela, sempre tinha uma pessoa pra dizer “Nossa, sua mãe é bacana demais, você sabe disso?” (Lua)

O suporte afetivo, assim, aparece como uma importante esfera de sua experiência como filha. Considerando este aspecto, Lua narra o seu empenho em passar mais tempo ao lado de sua mãe, comportamento que foi incentivado, também, pelo seu professor de filosofia. Além disso, a presença e o reconhecimento dos filhos nos momentos em que Rosa se apresenta artisticamente também foram colocados como elementos importantes.

Esse ano foi o ano que eu mais aprendi a amar o próximo, e nisso que ele me ensinou. Na aula passada até ele chorou, porque ele falou dos pais e ele zela muito pelos pais, e aí eu me dei conta, que eu falei “Poxa, ele falou isso em um momento que minha está numa fase ruim, porque, pelo falecimento do meu irmão, tem o aniversário dele que também é esse mês” e aí eu comecei a pensar. Eu falei “Poxa, eu vou valorizar ainda mais a minha mãe, porque eu acho que a gente sempre pensa que valoriza muito, mas às vezes não é tanto. Vou passar a valorizar ainda mais minha mãe e conversar mais com ela, principalmente esse mês”. E aí foi que eu tomei a atitude de passar o final de semana todo em casa conversando com ela pra aumentar ainda mais, assim, a aproximação. (Lua)

Entretanto, embora afirme este empenho, Lua também revela sentimentos de confiança, segurança e estabilidade emocional, enquanto filha, por conta de sua mãe saber manejar, com certa autonomia, as suas questões afetivas e a ocorrência de suas crises epiléticas. Para falar sobre este tema, Lua trouxe uma foto em que Rosa aparece em um momento festivo, junto a outros amigos. De acordo com Lua, buscar a sua rede de apoio social é uma estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada por Rosa para lidar com o seu sofrimento.



Figura 46: Rosa em um momento festivo

Essa segurança que ela me passa, sabe? De ela sair, voltar, trabalhar, se virar, é.... Curtir, dançar, namorar.... É.... Sabe? Me dá uma segurança, me passa uma, uma, uma.... Uma estabilidade emocional. (Lua)

Estabelecendo certo paralelo entre as estratégias de sua mãe e as suas próprias, Lua afirma, ao falar sobre a foto em que aparece sentada na praia da barra, que este é um lugar que se tornou, para ela, uma espécie de refúgio e ambiente de autorreflexão, tal como o *reggae* o é para sua mãe. Além disso, enfatiza que este lugar também se tornou especial por conta das vezes em que o seu pai de criação, Paulo, a levou para lá na infância.



Figura 47: Lua e a praia

É uma coisa que eu aprendi com minha mãe também, porque quando ela tá triste, tá feliz, ou só quer se distrair, ela vai pra o reggae, ela gosta de ir pra o pelourinho, ir no bar do reggae, curtir, dançar, encontrar com os amigos dela e pra mim esse lugar de distração, de equilíbrio, é a barra, só que diferente dela que ela vai com os amigos, pra mim é uma questão de ficar só, de pensar, de agradecer ou de pedir, e conversar apenas com Deus. (Lua)

Apesar desta confiança, há os momentos mais tristes e depressivos de Rosa que, entretanto, foram citados como raras exceções às suas possibilidades de autocuidado. Estes são os momentos em que, segundo Lua, Rosa se isola em casa e faz uso mais intenso de medicações psiquiátricas. Nestas situações, Lua refere um sentimento de gratidão por saber que Rosa está inserida virtualmente em vários grupos profissionais que lhe ofertam muito acolhimento e carinho.

Todo dia eu vejo ela no zap brincando, conversando com as funcionárias de lá, com as psicólogas dela, com todas elas, e.... (...). Ela tem muitas amizades com psicólogas e é o que me deixa mais assim, alegre em saber que ela vai estar de fato, ter um apoio quando ela precisar de pessoas que querem ajudar ela. Ela tem... ela tem tantas!! Eu chega esqueço o nome... (Lua)

Lua refere um desejo intenso de orgulhar sua mãe com suas atividades profissionais e de atendê-la em relação ao seu pedido para ela deixe de fumar cigarro. Ela concluiu o ensino médio no período em que fizemos as entrevistas. Acompanhar o seu resultado ruim no Exame Nacional do Ensino Médio, a despeito de seu interesse e

envolvimento com a vida escolar, e o seu desejo de cursar uma universidade sem ter os recursos financeiros necessários para tal foi, para mim, motivo de grande angústia. Sem suporte institucional para planejar o seu futuro, Lua tem oscilado entre as iniciativas de conseguir um emprego formal em uma empresa de telemarketing e vender geladinho produzidos por ela mesma com os recursos que recebe como babá do filho de uma vizinha. Esporadicamente, Lua também consegue algum recurso trabalhando em uma loja de estamperia.

Embora não tenha representado os seus irmãos nas fotos, Lua fez, ao longo de sua narrativa, várias referências aos mesmos. Victor e Camila, especialmente, aparecem como fonte de inspiração por terem enfrentado diversos obstáculos em suas trajetórias e estarem, atualmente, vivendo com certa estabilidade.

Camila (...) foi mãe... com 17 anos, ela com 12 anos tomava conta da casa, cozinhava enquanto que mainha ia trabalhar (...) Ela sempre se deixou ser uma adulta sem ser. E aí com 17 anos ela teve Ian (...). E... ela... conseguiu dar uma reviravolta, sabe? Ela conseguiu trabalhar...(...): É... ela conseguiu trabalhar em um restaurante, ela quando ela estava fazendo a casa dela, ela até lata ela pegava (...) tudo para manter o filho dela, que ela sempre manteve ele sozinha (...). Ela hoje tem a casa dela, conseguiu fazer o curso dela, enfermagem, ela mantém Ian de tudo até hoje, ela se mantém, então tipo, é um exemplo pra mim como uma pessoa que luta da periferia, que é negra, que tem o cabelo cacheado, entendeu? (Lua)



Figura 48: A sobrinha mais nova de Lua

A foto de Anna, sua mais nova sobrinha, foi trazida por Lua como um símbolo de muita esperança e de possibilidade de ressignificação do mês de dezembro para toda sua família já que, desde a morte de seu irmão, este tem sido um mês de muita tristeza para todos. Lua destaca, também, que a sua cunhada teve uma gravidez de risco e que o nascimento de Anna se deu em um contexto de muita tensão, já que a bebê precisou ficar internada alguns dias esperando os resultados de uns exames diante da suspeita de uma grave doença infecciosa. Felizmente os exames foram negativos e Anna pôde ir pra casa dias depois. Lua refere que, além de cumprir suas funções como filha, tem se empenhado, junto às suas irmãs, Camila e Joana, para dar apoio à sua cunhada. Juntas, elas buscam lhe fazer companhia, já que ela passa grande parte do dia sozinha em casa, e também auxiliar no cuidado com a criança a fim de que a cunhada possa também cuidar de si mesma.

6.4. Itinerário terapêutico

O itinerário terapêutico de Rosa, como foi visto, foi marcado, inicialmente, pelas internações psiquiátricas que, aos poucos foram cedendo espaço para estratégias mais inclusivas. Percebe-se, neste sentido, que o seu envolvimento com os movimentos sociais antimanicomiais abriram caminhos para outros pertencimentos. Dentre estes, merecem destaque a sua inserção nos CAPS, na universidade, em uma associação de familiares e

usuários de saúde mental, em uma companhia de teatro e em um coletivo feminista de mulheres em sofrimento psíquico e em vulnerabilidade psicossocial.

Sobre a inserção de Rosa na companhia de teatro, Lua comenta:

Aí depois veio “Os Insênicos”, que foi uma fase que ajudou bastante a minha mãe, que fez ela... Se redescobrir, sabe? De ver coisas que antes ela não via, que ela achava até que tinha perdido algumas essências... E aí me fez bem ver que tinha mais pessoas ainda, é.... Ajudando, influenciando minha mãe a... a enxergar o que ela era, o... como é que eu posso dizer? O valor dela. (Lua)

É importante enfatizar, no entanto, que a sua inserção e saída dos Centros de Atenção Psicossocial não se deu sem sofrimento. Tal como afirmam Carneiro, Aquino e Jucá (2014), embora o engajamento político sirva, às mulheres em sofrimento psíquico, como um recurso para a construção de novos sentidos sobre suas vidas, o desenvolvimento de uma maior autonomia, de uma linguagem que fala em favor da garantia dos direitos humanos e a recusa à hipermedicação acabam, muitas vezes, tensionando as relações que elas estabelecem com os dispositivos de saúde que se encontram mais arraigados às práticas tradicionais e asilares. Como já relatei, Rosa é uma pessoa extremamente sensível às indelicadezas e apresenta reações bastante enérgicas quando sente que o seu, ou o direito de qualquer outro ser humano, não estão sendo assegurados. Esta sensibilidade torna a sua presença em grupos sociais bastante sinuosa, uma vez que costuma ser perpassada por inúmeros conflitos.

Entretanto, apesar das situações dramáticas em que se deram as saídas de Rosa do primeiro e do segundo Centro de Atenção Psicossocial em que esteve matriculada, é notória, em seu discurso, a importância que atribui aos mesmos, especialmente quando cita a relação que estabelece individualmente com alguns profissionais. São inusitadas, nesse sentido, as características que Rosa valoriza em alguns. Estas parecem dizer das possibilidades de relacionamentos mais horizontais, flexíveis, acolhedores e empáticos:

Minha técnica de referência, fui eu que escolhi, o nome dela é Gal. Mas ela é eu toda, gosta de falar putaria, ela é maluquete, assim, igual a mim, ela é toda pra frente! (...). Eu sou apaixonada por essa mulher. Então, eu falo sempre pra ela, “Eu não estou bem, se eu te maltratar...” E a Marisa também, a gerente do CAPS.

E elas sabem, elas dizem que se eu não estiver gritando e pegando ar, que não sou eu. (Rosa)

Cabe, no entanto, ressaltar que, embora esta dimensão de valorização das relações interpessoais esteja presente em seu discurso, assim como esteve no estudo desenvolvido por Banerjee, Desai e Chandra (2017), Rosa também é sensível aos modos como a gestão do serviço se organiza para todos, uma vez que valoriza tomadas de decisão mais democráticas.

Considerando os seus poucos recursos econômicos, Rosa afirma que, se tivesse melhores condições financeiras, gostaria de ter acesso a mais recursos terapêuticos formais, dentre os quais lista a Yoga, além de fazer a sugestão de uso do próprio mapa corporal.

Ah, se eu tivesse grana eu fazia tanta coisa! Sabia disso, de terapia? Eu fazia Yoga, eu fazia um bocadinho de coisa...(...). Você já pensou em fazer terapia com esse trabalho? (...). Você sabe que você vai trazer muita coisa boa para as pessoas?! Lembrar do passado? (...). É, muito legal esse trabalho seu, viu? (...)
(Rosa)

Além do seu tratamento psicossocial, Rosa se queixa bastante da dificuldade que tem para ter acesso às demais especialidades médicas e às medicações de uso continuado, referentes ao controle de sua diabetes e hipertensão. Ela refere estar, atualmente, tentando matricular-se em um posto de saúde para que possa ter um acompanhamento. Em uma cidade como Salvador, em que a cobertura de atenção básica é extremamente precária e insuficiente, esse direito, por lei assegurado, ganha as nuances de um verdadeiro e desumano desafio.

Já para além das estratégias formais de cuidado e do apoio que decorre de seu engajamento político, as relações que Rosa mantém com os seus familiares parecem se conformar de maneira frágil. Embora sua mãe ainda esteja viva, encontra-se acamada em função de adoecimento orgânico, mas Rosa relata que não tem interesse em se aproximar por conta das recordações ruins que guarda como filha. Seus irmãos, da mesma forma, também não aparecem, em seus relatos, como fontes de suporte afetivo e material. O seu dia a dia, desse modo, parece se organizar em torno de seu companheiro, dos seus filhos

e netos – ainda que sob o recorte do conflito e da demanda por mais atenção - e, especialmente, da sua ampla rede de relacionamento interpessoal. Como Lua aponta, Rosa é uma pessoa muito solidária e querida por seus amigos.

7. “Quem quer pegar galinha não diz xô...”: Entre a censura e o cuidado das mulheres mães em sofrimento psíquico e dos seus filhos.

Apesar das tensões relacionadas ao encontro inicial com o psiquiatra coordenador da instituição (mencionadas na apresentação deste trabalho), a minha chegada ao Centro de Atenção Psicossocial, para a realização dos grupos focais, deu-se de forma muito tranquila. Talvez por ter me apresentado como alguém que já trabalhou em um Centro de Atenção Psicossocial, ou pela minha proximidade com uma psicóloga muito querida que trabalhava por lá, o meu acesso foi bastante facilitado. Os profissionais, de um modo geral, foram extremamente acolhedores, solícitos, e transpareceram estar bastante à vontade com a minha presença. Diante de uma rotina de trabalho tão densa e demandante, era possível ver o esforço que faziam para estarem no grupo focal em horários próximos ao do almoço e após terem participado das exaustivas reuniões técnicas do serviço.

Chamou-me muito a atenção, também, o empenho que tinham em buscar situar as discussões propostas em torno dos casos concretos que acompanham cotidianamente na instituição, uma vez que isto me fez vislumbrar as potencialidades desta tese. Longe da pretensão de fornecer algum saber definitivo sobre experiências tão complexas, pensei: Às vezes, basta que se lance alguma luz, ou que se reflita, como espelho, o saber construído por eles próprios. Tentarei, neste sentido, apresentar e analisar os dados produzidos pelo grupo seguindo os núcleos temáticos de análise propostos: quais sejam: significações sobre a maternidade, a sua interseção com o sofrimento psíquico e sobre a filialidade.

Significações gerais sobre maternidade

De uma maneira geral, as significações de maternidade apresentadas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial a configuram (1) como um vínculo eterno e terno que se estabelece entre a mãe e o bebê desde o período gestacional, (2) como uma decisão importante que requer um planejamento responsável para que possa se realizar e (3) como uma situação permeada por sentimentos ambivalentes e que incluem, ao mesmo tempo, a alegria, a realização, o cansaço, o estresse e a diminuição acentuada do humor. Os trechos narrativos a seguir representam, sequencialmente, essas possibilidades. Como pode ser visto,

Rita centralizou as falas sobre essa temática. Isto se deu, possivelmente, em função de ela ter feito um curso de psicomotricidade em um período próximo ao da realização dos grupos focais. Entretanto, cabe informar que ela contou com a concordância dos demais participantes.

1. *“Maternidade, já pega, já fala de uma mãe terna, né, de uma ternura, de um cuidado, de uma relação de um vínculo muito importante...”* (Rita, Terapeuta Ocupacional)
2. *Para qualquer mulher, pensar em ter um filho, para além do desejo, é pensar em você minimamente ter uma estrutura. Para poder um filho nesse, nesse mundo, você não tem ideia...* (Rita, Terapeuta Ocupacional)
3. *Algumas têm feito mais esse manifesto atualmente né, pra dizer que ter filho não é um comercial de margarina, tem horas que você quer abandonar esse filho, você quer fazer outras coisas, você não quer estar direcionada, ter que estar obrigada a fazer determinadas coisas para esse outro que é esse filho.”* (Rita, Terapeuta Ocupacional)

Torna-se necessário, nesse sentido, indagar qual seria a “mínima estrutura” necessária para a decisão de ter um filho e quais são os atores que compartilham a necessidade de provê-la. De outro modo, embora aparentemente denote preocupação com a exequibilidade concreta de uma tarefa tão complexa como a maternidade, esse discurso pode assumir a função de uma censura vivida com muito sofrimento por mulheres pobres e em sofrimento psíquico.

Em sua tese de doutorado, dedicada a analisar a autonomia reprodutiva entre as *nkento* angolanas, Telo (2019) problematiza as propostas internacionais de planejamento familiar e traz, como questão, a ideia de que, desvirtuadas de sua função referente à garantia de direitos humanos, tais estratégias podem acabar se configurando como formas eugenistas de controle populacional. Isto porque, ao estarem direcionadas apenas ao controle dos corpos femininos, especialmente de mulheres latinas, negras e pobres, através, por exemplo, do incentivo ao consumo de pílulas anticoncepcionais e da realização de histerectomias, outros problemas relevantes como o desenvolvimento econômico dos países mais pobres e de condições melhores para as famílias podem ficar esquecidos. A autora, questiona, ainda, o fato de as propostas relacionadas ao planejamento familiar estarem comumente fundamentadas no sistema de gênero europeu

e, assim, no modelo burguês nuclear e patriarcal de família, além de partirem da ideia de que autonomia poderia ser considerada como um valor universal para todos os seres humanos – o que não se aplica, por exemplo, em contextos que sejam mais comunitários.

Ressalta-se, ainda, na fala dos profissionais desta pesquisa, a ausência de um discurso que responsabilize igualmente os pais pela tarefa.

Ao falar sobre o processo de construção cultural do ideal de maternidade, Badinter (1985) aponta a necessidade de que se reconheça que os pais foram, historicamente, despojados de seus deveres paternos. Esses deveres, segundo a autora, foram pouco a pouco assumidos por outras figuras do Estado, a exemplo dos professores e juízes, restando, aos homens, tão somente a função econômica e o distanciamento literal e figurado de seus filhos. Isso implica, de acordo com a autora que, ainda hoje, no inconsciente coletivo, permaneça a ideia de que a responsabilidade pela criança seja atribuída às mulheres e a de que o pai se constitui como um colaborador, mais do que como um associado, sendo sua participação secundária, ou até mesmo acessória.

Entretanto, foi interessante observar que, no discurso dos profissionais, a ausência paterna foi justificada em função de eles estarem supostamente em uma situação maior de vulnerabilidade social, seja pelo uso abusivo de substâncias psicoativas como o crack e o álcool, seja pelo envolvimento com o tráfico de drogas, ou por já terem sido vítimas da violência.

Como esferas da experiência materna, os profissionais localizam a (1) oferta de cuidados básicos como o provimento de alimentos e condições de higiene, (2) a existência de uma relação de cordialidade e acolhimento emocional e (3) uma dimensão mais sutil e “refinada” que denominam como “convocação subjetiva” em contraponto a uma “relação objetal”. A última encontra-se representada na fala a seguir:

Essa mãe que cuida do filho de uma forma objetal, então ela cuida, ela faz tudo por esse filho, ela alimenta, ela troca a fralda desse filho, mas há um outro lugar que é essa relação entre essa mãe que faz uma convocatória (...). No sentido de convocar, no sentido de significar as coisas para ele e dizer olha, você é ele, eu sou eu. (...) porque passa pela questão do cuidado nesse sentido de convocar esse sujeito, né, de colocar uma linguagem para esse sujeito; não é só assim: “Ah, fiz

tudo, ele está bonitinho, botei talquinho. (...). É justamente essa questão que passa pelo toque que não é, né, esse toque superficial, é um toque de, de cuidado, de sustentação, o olhar, né, é esse olhar que faz diferença no contato da relação com o outro né (Rita, Terapeuta Ocupacional).

Zanello (2018) afirma que a identificação do corpo da mulher com a função de procriação e com as tarefas da maternagem foi um elemento fundamental para a configuração do seu lugar social de subordinação e de seu processo de subjetivação a partir de uma perspectiva heterocentrada. A autora denuncia, ainda, que o processo de convencimento das mulheres para que elas passassem, enquanto mães, a assumirem os papéis de dona de casa *“veio não tanto pela “obrigação”, mas pela fabricação e exaltação do “amor materno”, e da boa, primorosa, “dona de casa”, como verdadeira prova de “feminilidade”* (p.145).

Considerando-se este aspecto, é interessante notar, na fala de Rita (Terapeuta Ocupacional), como, além dos cuidados práticos do cotidiano, ela centraliza sobre a mulher também a responsabilidade em relação aos processos iniciais de subjetivação de seus filhos. Sobre essa sucessão de demandas, Zanello (2018) ressalta a necessidade da diferenciação entre as funções de cuidar, amar e procriar para que seja possível analisar criticamente o ideal de maternidade assumido pelas sociedades ocidentais. A partir deste tipo de posicionamento mais crítico, coloca a autora, abrem-se novas possibilidades de compreensão mais acolhedoras e menos patologizantes no que se refere às outras formas de ser mãe (inclusive as que se fazem de modos mais partilhados) e, ainda, espaços nos quais seja possível falar sobre a culpa e o sofrimento feminino relacionado ao acúmulo de funções. Esta culpa relacionada ao não cumprimento de todas as funções que são demandadas à mulher é colocada, por Zanello (2018), como um importante instrumento de controle e, até mesmo, como um sinal de que o ideal da maternidade foi internalizado. Quando este mecanismo não se faz suficiente, surgem então, de acordo com ela, outras formas de controle, a exemplo da psiquiatria, do sistema sócio assistencial e jurídico. (Zanello, 2018).

Interseções entre o sofrimento psíquico e a maternidade

Ao falarem espontaneamente sobre a experiência do sofrimento psíquico, os profissionais trouxeram signos que vinculam as suas compreensões a distintas linguagens.

Assim, fazem referência tanto a concepções mais biologicistas e psiquiátricas - a exemplo dos momentos em que pensam sobre as possibilidades de transmissão genética dos “transtornos mentais”, ou citam diagnósticos específicos como “transtorno afetivo bipolar, depressão” – quanto a concepções mais psicodinâmicas – a exemplo de quando, pontualmente, falam sobre questões como “cisão psíquica”, “sintomas histéricos” e “sustentação de relações de alteridade”.

Entretanto, no segundo grupo focal, ao serem indagados mais diretamente sobre o assunto, as compreensões psicossociais sobre o sofrimento apareceram com maior evidência. Assim, ora questionando frontalmente o diagnóstico psiquiátrico, ora mencionando apenas a sua incompletude, os profissionais salientam a necessidade da compreensão dos fatores contextuais que conformam as trajetórias dos indivíduos e suas experiências de sofrimento.

Às vezes o CID hoje se caracteriza de uma forma, amanhã se caracteriza de outra, então acredito que essas relações não são fixas, são relações muito supérfluas. Então hoje está assim, amanhã pode estar diferente, então eu acho que vai muito do contexto onde essa mãe está inserida. (...). Os contextos, as avaliações, as moradias, né, as situações familiares, o suporte ou o não suporte, eu acho que isso está bem ligado a isso, e isso vai para além do transtorno psiquiátrico (Cláudia, educadora física).

Por este ser um CAPS que costuma atender, com frequência, uma série de estudantes de medicina que optam pela residência em psiquiatria, os embates em torno desta questão parecem se colocar de maneira frequente no cotidiano do serviço. Parece haver, nesse sentido, uma tentativa de defender, no enfrentamento das compressões mais biomédicas, as compreensões mais situadas em relação ao sofrimento psíquico (Brinkmann, 2016).

Às vezes a gente fala aqui para os estudantes, que vêm para estudar, risos, os estudantes de medicina, que vêm para aqui com as caixinhas prontas, basicamente para olhar os sintomas, como se fosse um palco armado para eles verem os sintomas, os CIDs, um monte de CID passando para tudo quanto é lado... E aí a gente chama atenção, um pouco, pra não se ocupar disso no primeiro momento né, mas se ocupar com o outro, a se ocupar da pessoa, quem é

essa pessoa? Como se construiu essa vida? Com uma flexibilidade em relação a isso... (...). Nesse sentido também de poder ver que se reúne ali uma complexidade subjetiva, um modo de vida, como muitas coisas, tem um território... né, por isso que fala de ação territorial, você conhece o território em que a pessoa vive? A comunidade em que ela está inserida? A história de vida dela? Então nunca pode ser somente uma questão do transtorno.... Eu acho até que o transtorno aí é secundário (...). É porque é sempre reducionista né, você pensa: “Ah, tem transtorno bipolar! ”. Pronto, resolveu a questão? Não. Transtorno bipolar... como assim? O que é o transtorno bipolar no caso dessa vida, dessa existência aí, como é que funciona para essa existência aí? (Pedro, psicólogo)

Ao pensarem sobre a interseção entre o sofrimento psíquico e a maternidade, os profissionais se referiram especialmente às condições de “crise”, configurando-as como situações disruptivas para a experiência e que podem implicar na superproteção ou no estranhamento dos filhos, na negligência no que se refere aos cuidados maternos relacionados ao âmbito doméstico (alimentação, higiene), e na exposição das crianças a situações de risco.

Então, é, às vezes, dentro do processo de adoecimento ela não vê o filho como um filho, ela vê um estranho que ela está tendo de lidar, de conhecer. (Liz, Assistente social)

Existe uma delicadeza, principalmente no sentido dessa relação construída entre mãe e filho, (...), a gente vê, por exemplo, quando surta que essa relação, ela fica bem complicada, né, porque não tem condições de manter ali um cuidado né, dos filhos ou da casa e aí existe o sofrimento, né, tanto por parte do paciente, da paciente nesse caso, como por parte também do filho. (Cláudia, Educadora Física)

Ela saía para a rua, para a noite, de madrugada, e aí carregava a criança é, no colo, e às vezes não cobria, não cuidava adequadamente, então ela se expunha a possíveis e eventuais situações de violência, mas também o filho para essas mesmas situações eventuais e possíveis de violência (Pedro, psicólogo).

Estas expectativas estão de acordo com o trabalho de Seeman (2012a), em que a autora pontua que é comum a equiparação, pelos profissionais, do sofrimento psíquico

com a incompetência parental e com a possibilidade de que as mães possam vir a negligenciar ou violentar seus filhos. É importante ressaltar o fato de os profissionais terem considerado que, além das implicações relacionadas intrinsecamente aos sintomas das situações de crise, existiriam, para as mães e para as crianças, os efeitos iatrogênicos dos tratamentos asilares ofertados - dentre os quais elencam as consequências do estigma e do preconceito social em relação à loucura - bem como os efeitos da precariedade econômica e da falta de suporte familiar:

Há uma marca qualquer, né, nessa relação. E aí a gente está falando mais do que de sintomas, porque aí já é de outra ordem, porque é o sintoma e o desdobramento disso, a crise e o desdobramento disso, que aí já é a internação, é a ambulância chegando, é confusão na porta de casa, o movimento na rua, os familiares que chegam, toda perturbação, toda cena, e depois é como se todo mundo soubesse o que a mãe tem: “Sua mãe é doida, sua mãe é isso”. Entendeu? (Pedro, Psicólogo)

Percebe-se, nesse sentido, tal como a literatura aponta (Dolma, Jones & Howard, 2013), que o estigma relacionado aos transtornos mentais e a imposição de tratamentos mais asilares repercutem de maneira extremamente negativa na experiência dessas mulheres e de suas famílias.

Entretanto, “ser mãe”, nas situações em que há o sofrimento psíquico, foi concebido, pelos profissionais, em conformidade com o que mostra a literatura (Blegen, Eriksson & Bondas, 2014; Perera, Short & Fernbacher, 2015; Carvalho et al., 2007), como algo que pode ser tanto um fator que ajuda as mulheres a organizarem as suas rotinas diárias e a aderirem ao tratamento, quanto uma experiência que implica em mais sofrimento, conforme pode ser visto na fala abaixo. Nela, a maternidade aparece, assim como pontuam Jesus, Jucá e Barbosa (2014), como um ponto de ancoragem para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

É uma relação assim muito complicada e que às vezes, ao mesmo tempo que pode ser um ponto para ajudar a ela no tratamento, como também pode ser um ponto de adoecimento (...), ajudar em ela se tratar para poder dar uma melhor assistência a esses filhos, certo? (Liz, Assistente Social)

Entretanto, é importante reconhecer as questões relativas ao gênero que estão implicadas neste tipo de avaliação. Referindo-se à condição de uma usuária específica que está sob sua referência, por exemplo, Pedro afirma:

Era uma condição que ajudava a organizar ela, por um lado, então a exigência dos cuidados maternos, não só os maternos apenas, mas também os cuidados domésticos (...) Nos momentos de crise, mesmo ela em franca mania, mas ela estava lá lavando a roupa do filho, arrumando a casa, a gente visitando e ela arrumando as coisas do filho, botando a comida aqui, amamentando, querendo ou não oferecendo ainda algum cuidado, e era, de alguma forma, era a coordenada de tempo e espaço para ela poder lidar com isso (Pedro, Psicólogo).

Nestes casos, é comum que o exercício do cuidado da casa e dos filhos, tal como colocam Zanello, Fiuza e Costa (2015), apareça como um critério frequente para atestar as supostas “boas condições” de saúde psíquica feminina. Já no caso dos homens, são as questões relacionadas à virilidade e à produtividade as que são predominantemente avaliadas.

A necessidade das discussões relativas ao gendramento das funções parentais e, também, da conformação do sofrimento psíquico, foi colocada, por Rita, ainda no começo no primeiro grupo focal. Entretanto, apesar de ressaltar a necessidade, ela mesma reconhece que este viés não é sistematicamente considerado nas práticas do serviço.

Esse tema, quando você traz esse tema pra cá, eu fico pensando muito nessa discussão que tenha uma pauta de gênero, né... Às vezes a gente não faz o cuidado aqui, assim, com esse enfoque, né, com esse viés (Rita – Terapeuta Ocupacional)

Ao falarem sobre as repercussões do sofrimento das mães para os seus filhos, os profissionais elencaram elementos como a instabilidade afetiva e o retraimento social.

Em determinados momentos a criança pode até ter a agitação, depende de como essa mãe está, em que processo ela está. Se é uma mãe que não está bem, a criança sente esse “não estar bem”... e às vezes é uma criança mais chorosa, é uma criança que fica muito agitada, é uma criança que às vezes acontece de estar mais lentinha... (Liz, assistente social).

A usuária disse “meu filho é assim!”, o filho dela que mora com ela, “Meu filho é assim, ele não gosta de se relacionar com outra pessoa, com outro ser humano, ele é desse jeito. (...) Ela falou: “desde criança que ele é assim” (Bia, oficinaira).

Apesar de considerarem essas supostas implicações para os filhos, ao conceituarem o sofrimento psíquico materno como condições que se apresentam de maneira oscilatória e que podem se manter razoavelmente estáveis com a adesão ao tratamento, a equipe considera a maternidade, de um modo geral, como uma condição possível para essas mulheres, desde que elas possam exercer o que denominam como autocuidado e que haja uma rede familiar e/ou comunitária de amparo.

A depender de como ela esteja, se ela estiver estável, tomando medicação, mesmo que ela more sozinha, mas tenha algum familiar próximo, alguém que ela tenha vínculo... porque às vezes não é família, mas uma amiga... (Liz, Assistente Social).

Percebe-se, entretanto, que ao se colocarem diante destas questões, os profissionais têm o seu trabalho perpassado por uma série de dilemas éticos e morais, a exemplo dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Assim, embora considerem a autonomia das usuárias como um valor fundamental para a clínica psicossocial, e a decisão pelo uso dos métodos contraceptivos como uma questão ética delicada, os profissionais elencam a vulnerabilidade econômica, a sobrecarga dos familiares, especialmente das avós, e as condições concretas de cuidado como elementos que devem ser considerados no planejamento familiar.

É um problema ético gravíssimo (...) E já que tem a questão da autonomia e cuidar seria nessa perspectiva né... como é que fica, onde é que entra aí? (...). Com quem é que fica, em resumo, a escolha? É uma sinuca de bico, eu acho que a gente tem sempre que considerar, em primeiro lugar, a questão da opção do próprio indivíduo, né? Do próprio usuário, mas depende de se observar também a relação, porque tem que se observar também o comprometimento dessa pessoa, né... ela consegue dar curso ao cuidado, não consegue? Como é que é isso? (...). Não é uma coisa tão simples, é que a família tem alguma razão assim, porque veja, se alguém que já tem um transtorno significativo já exige cuidados dessa família, é... O nascimento de um filho dessa pessoa pode exigir ainda mais

cuidados, seriam duas pessoas precisando de cuidados, então tem alguma razão de ser, então, como equacionar essa, se esse for o sentido que a família der, de sobrecarga de trabalho, de cuidados etc., e o desejo da pessoa que, na perspectiva de ter uma autonomia, poder querer também ter direito a ter um filho. Entendeu? (Pedro, Psicólogo).

Chama a atenção, nessa discussão, o fato de que, mesmo os direitos sexuais e não necessariamente reprodutivos podem se configurar, para algumas famílias, como uma questão social importante. Considerando esse aspecto, os profissionais mencionaram o caso de uma usuária em que a família a impede de se envolver em relações sexuais:

Mas pra ela é uma coisa macro, não é só a questão de ter filho, é um problema da sexualidade mesmo... ela não pode... ela não pode... quer dizer, ela é virgem, né? Pelo menos até onde eu sei... (Pedro, psicólogo).

Ao tratar sobre o cuidado em saúde e as questões referentes à autonomia dos pacientes nos processos decisórios sobre si mesmos, Mol (2008) contrapôs duas lógicas: a que denomina como “lógica da escolha” e a “lógica do cuidado”. De acordo com a autora, a lógica da escolha estaria pautada numa compreensão dos pacientes, ora como indivíduos consumidores, ora como cidadãos que, compondo um coletivo, deveriam ser capazes de aderir individualmente aos contratos sociais. Nesta, a doença aparece como uma exceção estranha à vida e que deve ser neutralizada, cabendo, aos profissionais, o oferecimento de informações adequadas para que os pacientes possam tomar decisões com autonomia. As consequências das decisões, nestes casos, recaem apenas sobre os pacientes já que, supõe-se, estes estariam em uma situação de igualdade diante dos profissionais. No campo da saúde mental, essa lógica poderia ser traduzida como a oferta do uso de contraceptivos por parte dos profissionais, cabendo às mulheres e às famílias optarem ou não pelo uso.

Em uma lógica do cuidado, por sua vez, há a concepção de que os pacientes sejam sujeitos ativos no tratamento e não apenas sujeitos de escolha. Os profissionais, ao invés de oferecerem sugestões generalizadas, passam a se interessar pelos problemas específicos de sujeitos específicos em condições igualmente específicas, concebendo o sofrimento como uma condição inerente de nossa fragilidade humana. O cuidado assim, aparece caracterizado como um esforço calmo e persistente, direcionado para a melhora

das condições de vida do paciente, em uma interação que busca adequar as exigências do sofrimento aos hábitos cotidianos, sendo a saúde concebida como produto de um trabalho interativo, realizado em conjunto. A responsabilidade pela saúde, neste sentido, passa a ser compartilhada entre profissionais e pacientes, estando todos orientados não apenas pelo que as pessoas desejam, mas também pelas questões práticas referentes à efetivação desses desejos. A consulta passa, então, a ser vista não como um debate, mas como uma conversação contínua que seguiria mais o estilo narrativo do que o argumentativo. Não se trata, portanto, de dar ênfase à autonomia e ao direito de decidir, mas de construir, nas práticas cotidianas, formas de vida mais “vivíveis”. A falha, nesta perspectiva, traduz pelas situações em que o paciente é negligenciado ou não é ouvido, quando não são consideradas suas questões contextuais e quando os protocolos de atendimento não são adaptados às suas realidades.

Ao narrarem as suas práticas cotidianas, os profissionais parecem se posicionar mais próximos à lógica do cuidado. O exemplo dado em relação a uma usuária que faz uso abusivo de substâncias psicoativas e que, próximo ao dia em que realizamos o grupo focal, foi encontrada, junto ao seu filho, em estado delirante e em situação de rua, diz do empenho que a equipe teve para, junto a ela, construir possibilidades de vínculo e de cuidado. Pedro (o psicólogo) conta que foi necessário articular ações intersetoriais no sentido de garantir que a força policial não se interpusesse, pautando a retirada da guarda da criança e que fosse possível, assim, encaminhar o cuidado de forma responsável e menos sofrida. Entretanto, ele reconhece que estas ações ficam mais restritas às situações que se colocam de formas mais dramáticas e que, embora houvesse a preocupação em assegurar a vida da criança, as ações foram direcionadas à mãe.

Em situação de rua, situação delirante, dificuldade para ser abordada, situação delicada... (...) E o filho é um valor MUITO grande pra ela. Então como é que a gente vai preservar o filho já que há uma relativa negligência, porque ela está delirante, mas cuida em alguma medida. (...) A gente precisa ver como é que vai cuidar dela e como é que vai cuidar dele... Envolve a secretaria de assistência social do município, o conselho tutelar (...). Então são vários atores atuando aí, preocupados também em...(...). Não é nem de filialidade, propriamente dita, mas de maternidade em relação a ela, porque se esse filho é retirado aí, como é que ela vai ficar? Pode gerar mais sofrimento ainda, mais instabilidade... (...). A

polícia, pela polícia, já teria retirado logo. “Porque se a gente quiser a gente vai lá e tira”. Mas aí a gente precisa entender que o nosso papel aqui não é tirar ninguém de lugar nenhum. O nosso papel é cuidar! Cuidar dela e cuidar do filho em alguma medida e, por extensão, do filho. Mas, é assim, nesse sentido do cuidado (Pedro, psicólogo).

Entretanto, ao assumirem esta postura menos protocolar e mais dialógica e narrativa, torna-se importante garantir que os profissionais estejam vigilantes em relação aos valores morais que orientam as suas ações. Isto porque, colocando-se deste modo, com frequência, eles lidarão, na construção dos seus fazeres clínicos, com dilemas morais relacionados às interseções, por exemplo, entre a garantia de direitos das mulheres, das crianças, das famílias e das normativas éticas que orientam seus campos profissionais.

Significações sobre a filialidade

Os profissionais tomaram a filialidade a partir de três perspectivas complementares. Nelas, os filhos aparecem, de maneira mais predominante, considerados (1) como uma fonte de incentivo para o tratamento dado o forte vínculo que suas mães estabelecem com os mesmos; (2) como acentuadores do sofrimento psíquico, pela demanda de cuidados em situações de crise; (3) como pessoas que podem estar em situação de vulnerabilidade por conta do sofrimento psíquico de suas mães e, mais eventualmente, (4) como sujeitos que, surpreendentemente amadurecidos, podem ser capazes de oferecer algum suporte para as suas mães.

É interessante notar o fato de, raramente, os filhos serem considerados em seus papéis mais ativos dentro das dinâmicas familiares. Sobre este aspecto, Cláudia (educadora física) e Pedro (psicólogo) retomam a história da infância para dizer que, culturalmente, consideramos a infância e a adolescência como períodos de moratória em que os sujeitos seriam apenas demandantes de cuidado:

Talvez isso aconteça porque, historicamente, a gente percebe que a criança tem um lugar na sociedade que não é esse. E aí quando o pai ou a mãe tem um transtorno mental, aí é que a gente vai pensar sobre isso... né, a gente nunca pensa a criança como alguém que possa estar envolvido em uma situação dessa e principalmente enquanto cuidador. A gente pensa a criança que é cuidada, a

história da infância nos diz isso, que a criança precisa ser cuidada (Cláudia – Educadora Física).

Entretanto, apesar do reconhecimento desta demanda de cuidado por parte das crianças, a atenção a elas, enquanto familiares, parece ser pensada principalmente em termos dos aspectos mais orgânicos de sua saúde e atribuída a outros dispositivos da rede, a exemplo das unidades básicas e dos núcleos de apoio à saúde da família.

Então, assim, quando as equipes iam, então o CAPS focava nela e no familiar, e a equipe do PSF que era a enfermeira e agente comunitária focavam no filho, aí pra ver, fazer pesagem... e aí ver, né, fazer... como é que se fala? Fazer a leitura clínica né, da situação da criança em relação, pra ver as demandas que ele tinha, as necessidades que ele tinha em relação a isso, muito, ainda assim, eu nunca, a gente nunca problematizou exatamente se essa eventual relação dela e do filho poderia ter como desdobramento algum tipo de adoecimento dessa ordem pra o filho, adoecimento psíquico... (Pedro, Psicólogo).

Quando indagados sobre a possibilidade de passarem a assumir o amparo psicossocial também aos filhos, os profissionais referem a importância de incluí-los nos diagramas familiares, mas que esta é uma questão que precisaria ser pensada com mais cautela, inclusive juridicamente – haja vista que o serviço tem se colocado apenas para o atendimento de adultos.

Ainda tem a questão de sermos um serviço pra adultos, então a gente não admite a possibilidade de a criança poder funcionar nesse lugar... (Pedro).

O reconhecimento desta lacuna ficou ainda mais evidente, para mim, a partir da possibilidade que tive de conhecer, na Dinamarca, mais especificamente, na cidade de Aalborg, um centro destinado aos familiares de pessoas com transtornos psiquiátricos²⁶. Inicialmente este centro foi pensado para atender apenas as crianças cujos pais tivessem

²⁶ Center for Pårørende - Psykiatri i Region Nordjylland - Em 2017, cinco profissionais trabalhavam no local, sendo dois destinados para o cuidado dos adultos e três para o cuidado das crianças. Com essa equipe, desde 2003 até o ano de 2017, este centro foi capaz de atender aproximadamente 500 crianças e 1500 famílias.

algum diagnóstico psiquiátrico, mas em, 2014, em função dos seus importantes resultados, teve, a pedido do governo, os seus serviços expandidos também para adultos. Conforme a apresentação de Ditte Sennicksen, psicóloga que atua no local, este serviço pode ser compreendido como um lugar para o diálogo sobre os transtornos mentais cujos objetivos incluem o fortalecimento das relações entre as pessoas com transtornos mentais e os seus familiares, uma vez que se acredita que relações saudáveis, estáveis, próximas, acolhedoras e de confiança são um fator central para o bem-estar.

Ditte Sennicksen (comunicação pessoal) refere que é possível perceber que as pessoas que apresentam transtornos mentais se sentem mais seguras quando os seus familiares recebem informações e constroem juntos uma linguagem para falar sobre o sofrimento. Além disso, este elemento possibilita, às crianças que convivem nesses contextos, serem mais resilientes. As rotinas típicas de trabalho com as crianças e adolescentes, neste centro, envolvem a realização de sessões iniciais de atendimento deles com as suas famílias, sessões grupais com outras crianças e adolescentes que estejam na mesma situação, sessões finais de atendimento com a família e oferta de supervisão e treinamento para os profissionais.

Os encontros iniciais com os familiares têm, entre os seus objetivos, a compreensão dos modos como o sofrimento é expressado em cada família. As sessões grupais realizadas com as crianças e adolescentes, por sua vez, são consideradas como o coração da oferta de cuidado, pois os profissionais acreditam que, quanto mais precisas forem as informações que as crianças têm sobre o sofrimento, melhor eles lidarão com essa experiência ao longo do seu desenvolvimento. Há um direcionamento, neste sentido, de partir das significações que as próprias crianças trazem para o grupo e das relações que estabelecem com suas famílias.

Considerando os dados preliminares obtidos a partir de grupos focais realizados com as pessoas atendidas no local, a psicóloga pontuou que *os pais* relatavam se sentirem aliviados após as sessões, por poderem falar mais abertamente sobre os seus sintomas, uma vez que, comumente, o transtorno mental é tido como um tabu nas relações familiares. A aposta técnica, nesse sentido, vai em direção ao reconhecimento de que as experiências relacionadas ao sofrimento mental são únicas, particulares e que não existe apenas uma forma de compreensão sobre as mesmas. Assim, através da conversação, e considerando a família como um todo, os profissionais buscam alinhar as perspectivas e

os signos usados por cada membro, com o intuito de que seja possível criar uma nova compreensão compartilhada sobre esta experiência.

Já os filhos, conforme a psicóloga coloca, afirmam que se sentem hiperresponsabilizadas por assumirem tarefas que acreditam ser de adultos. Eles precisam tomar conta de si mesmos enquanto se adaptam aos sintomas de seus pais. Referem, ainda, um grande gasto de energia para compreender o que acontece ao seu redor, somando-se a isto o receio de serem abandonados em função da hospitalização ou morte de seus pais, ou de ficarem eles próprios doentes. Entre os efeitos positivos relacionados ao serviço oferecido, eles apontam a identificação com outras crianças que passam pelos mesmo problemas diminuindo a sensação de estarem socialmente isolados, o aprimoramento de suas capacidades para o diálogo, o ganho de informações qualificadas sobre os transtornos mentais e sobre fatores que podem prevenir a ocorrência dos mesmos. Embora a proposta seja bastante inovadora pelo fato de estar atenta à experiência da criança, percebe-se que ela se encontra extremamente centrada na experiência do núcleo familiar. A lacuna, desse modo, parece estar na não consideração das possibilidades de práticas comunitárias e do estabelecimento de outros vínculos sociais que possam dar suporte a essas famílias.

A figura a seguir sintetiza os dados produzidos pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Salvador. A maternidade, tomada como uma decisão que implica responsabilidade, vínculo e sentimentos ambivalentes, aparece idealmente associada a uma decisão responsável, aos cuidados domésticos e ao estabelecimento de uma relação mais amorosa e que possibilite a subjetivação das crianças. As compreensões sobre o sofrimento psíquico, por sua vez, descritas através dos vieses tradicionais e psicodinâmicos, mas, principalmente, a partir das leituras mais psicossociais, dão um destaque maior às condições de vulnerabilidade socioeconômica das famílias. Em sua interseção com a maternidade, o sofrimento é tomado a partir da noção de surto e de crise e como uma condição que pode implicar em risco para os filhos. Entretanto, nas situações em que a mãe se encontra capaz de gerenciar o seu autocuidado, o sofrimento se torna uma condição manejável.

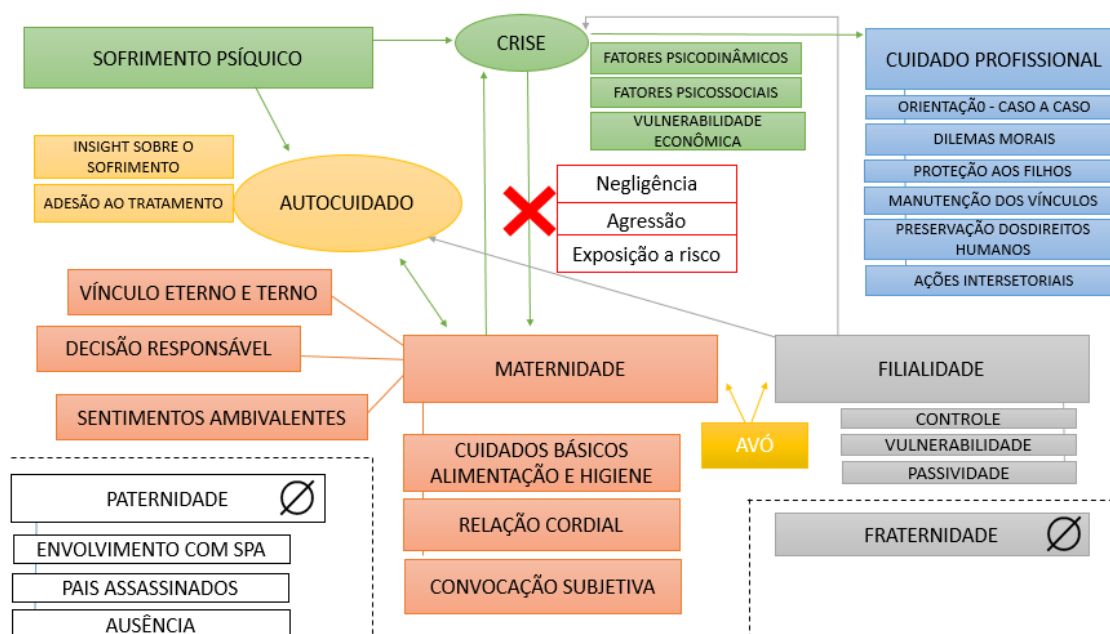


Figura 49: Síntese dos dados produzidos nos grupos focais

Apesar de terem assumido uma lacuna no que se refere a uma rotina preventiva de cuidados em saúde mental, e uma atenção especial dirigida ao recorte da maternidade, ao relatarem as suas atuações cotidianas, os profissionais evidenciam uma ação que considera a singularidade dos casos, que toma a proteção dos filhos como um forte valor, que se preocupa com a manutenção dos vínculos e com a garantia dos direitos humanos e que tem buscado a construção de estratégias intersetoriais. Entretanto, é evidente a carência de perspectivas que incluam preventiva e sistemicamente as famílias e, especialmente os filhos. Estes, por sua vez, são tomados predominantemente a partir de um lugar de vulnerabilidade e passividade e como pessoas que podem favorecer tanto o surgimento de crises quanto o estabelecimento de rotinas de autocuidado das mães.

Chama a atenção, neste caso, a ausência paterna não questionada, uma vez que os pais foram tidos como pessoas que estariam, ainda, em situação de maior vulnerabilidade, bem como a não consideração dos papéis que os irmãos estabelecem nas famílias. A avó, entretanto, foi considerada como um personagem importante, uma vez que exerce as funções de cuidar de suas filhas em sofrimento e de seus netos, embora haja o risco de ficarem sobrecarregadas.

8. Em busca de uma síntese

O delineamento do objeto deste estudo previa o interesse em compreender como as esferas da cultura pessoal e da cultura coletiva referentes à experiência da maternidade, da filialidade e do sofrimento psíquico materno estão semioticamente configuradas e como elas estão relacionadas entre si. Uma vez já tendo sido descritas as trajetórias singulares das famílias que participaram deste estudo e os modos como os profissionais significam e orientam suas práticas, será feito, então, um esforço integrativo no sentido de compreender as lógicas semióticas que entrelaçam as experiências micro, meso e ontogenéticas destas experiências.

Começar pela compreensão das implicações referentes à assunção de uma linguagem diagnóstica ou de uma linguagem política acerca do sofrimento psíquico (Brinkmann, 2016) se configurou, frente a esta tarefa, como um gatilho inspirador. Isto porque, entre os participantes desta pesquisa, como foi possível observar, estas foram as linguagens predominantemente utilizadas. Entretanto, o predomínio de uma ou de outra parece apresentar repercussões importantes em relação tanto aos modos como se pode conceber e ofertar cuidado para as mulheres em sofrimento psíquico e seus filhos, quanto às formas com que as mulheres em sofrimento psíquico e os seus filhos, eles mesmos, dialógica e culturalmente, se subjetivam.

Propõe-se, desse modo, que, em uma linguagem diagnóstica, o sofrimento psíquico, associado a uma nosologia psiquiátrica, configura-se, potencial e esquematicamente, como um signo tipo ponto, forte, rígido e inibidor. Por ter as suas causas supostamente atribuídas às disfunções orgânicas, sobressaem as propostas terapêuticas mais medicalizantes e baseadas em modelos mais tutelares e asilares de cuidado. As relações entre os profissionais e as usuárias, nestes contextos, realizam-se em fronteiras bastante rígidas e pautadas por *scripts* consideravelmente inflexíveis dos papéis que devem ser exercidos pelos médicos (basicamente o seguimento de anamneses previamente estruturadas e o fornecimento de prescrições psicofarmacológicas) e pelos usuários (passividade e anuência).

O exercício da maternidade, neste contexto, é visto com bastante censura e como uma condição de risco, uma vez que a “doença psiquiátrica” é concebida no bojo dos estigmas relacionados à desrazão e à periculosidade. Pauta-se, neste sentido, o uso

compulsório de anticoncepcionais e, quando a gravidez se efetiva, o distanciamento entre as mulheres mães e os seus filhos, seja pelo internamento em hospitais psiquiátricos, pelas formas mais sutis relacionadas à contenção química ou pela indicação de que a guarda das crianças seja assumida por outras pessoas. A filialidade, assim, passa a ser concebida dentro das possibilidades do sequestro prescrito, direcionando, culturalmente, as crianças a viverem um profundo sentimento de insegurança relativo tanto à possibilidade de perda de suas mães, quanto à possibilidade de conviverem, sem qualquer suporte, com o próprio sofrimento, sobre o qual, junto a elas, não se pode falar.

A linguagem política, por sua vez, por possibilitar, em nível mesogenético, leituras mais contextuais e que consideram as trajetórias singulares de vida das pessoas, abre possibilidades para que os signos relacionados ao sofrimento assumam contornos mais pleromatizados. Assim, eles passam a regular e tensionar, enquanto campos e em um sistema hierárquico de valores, os limites entre a razão e a desrazão, tornando-os tênues e menos precisos. As relações entre os profissionais e as usuárias assumem, dessa maneira, contornos mais horizontais, uma vez que se direcionam para o estabelecimento do vínculo e para possibilidades mais concretas, relacionais e territoriais de cuidado e que consideram, entre outros elementos, as experiências de vulnerabilidade psicossocial dessas famílias.

Cabe, no entanto, ressaltar que a linguagem política é perpassada, também, por outros direcionamentos culturais. Aqui destacamos os discursos machistas sobre a mulher, a exemplo dos dispositivos amoroso e materno e os que colocam as crianças em um lugar de passividade e subserviência, invisibilizando os papéis mais ativos que os filhos podem assumir nas dinâmicas familiares. Entretanto, mesmo desafiada por esses atravessamentos, é possível perceber que há, nos limites desta linguagem, zonas performativas (Tateo & Marsico, 2017) para que estas concepções sejam tensionadas em prol de condutas que estejam fundamentadas em princípios mais democráticos e solidários.

A maternidade assim, menos censurada, pode ser integrada e concebida dentro esferas de cuidado mais plurais – a exemplo dos modos de maternidade compartilhada, ou mesmo das que se realizam com a maior participação dos pais. As crianças, por sua vez, podem passar a ser tidas tanto como elementos que podem desestabilizar suas mães, quanto como pessoas que, nas dinâmicas familiares, podem ofertar, entre outras coisas, o

questionamento das estratégias terapêuticas hipermedicalizantes ou mesmo o suporte emocional.

No campo mais relacionado às experiências cotidianas das mulheres mães e dos seus filhos, vimos que, diante da abertura dessas possibilidades linguísticas, o sofrimento psíquico pode ser localizado tanto em um contexto permeado por preconceito e estigma, quanto em um que seja mais solidário e que o compreenda como uma experiência existencial que pode, ainda, ser reconhecida e valorizada através, por exemplo, das vias relacionadas aos movimentos sociais e que se direcionam ao empoderamento.

A maternidade, por sua vez, embora seja predominantemente exercida em cenários que ainda enfatizam as concepções relacionadas à ideologia da maternidade intensiva, encontra, também, espaços para se mostrar como uma experiência mais real e perpassada por sentimentos mais ambivalentes. As versões de interpretação mais genradas sobre o sofrimento psíquico permitem, neste contexto, considerar, com mais riqueza crítica e histórica, as facetas relacionadas a estas ambivalências.

A filialidade, por fim, aparece como uma experiência e um papel social esquecido, mas cujas significações podem estar vinculadas tanto à expectativa de uma dedicação exclusiva aos pais, quanto à necessidade de serem passivamente atendidos. É importante ressaltar, porém, que, embora as práticas profissionais no campo da saúde mental tenham, numa linguagem política, a proteção das crianças e a preservação dos laços familiares como valores importantes, os filhos seguem apartados dos contextos institucionais de cuidado. Apesar deste distanciamento, ressalta-se que a “*mera*” possibilidade de terem as suas mães inseridas em serviços territoriais antimanicômias já foi ponderada, aqui, como um fator importante, no sentido de propiciar as condições para que os filhos vivam com um maior sentimento de segurança e que desenvolvam, no cotidiano, habilidades para lidarem com o sofrimento psíquico de suas mães de maneiras mais resolutivas. A figura, a seguir, ilustra a síntese dessas possibilidades.

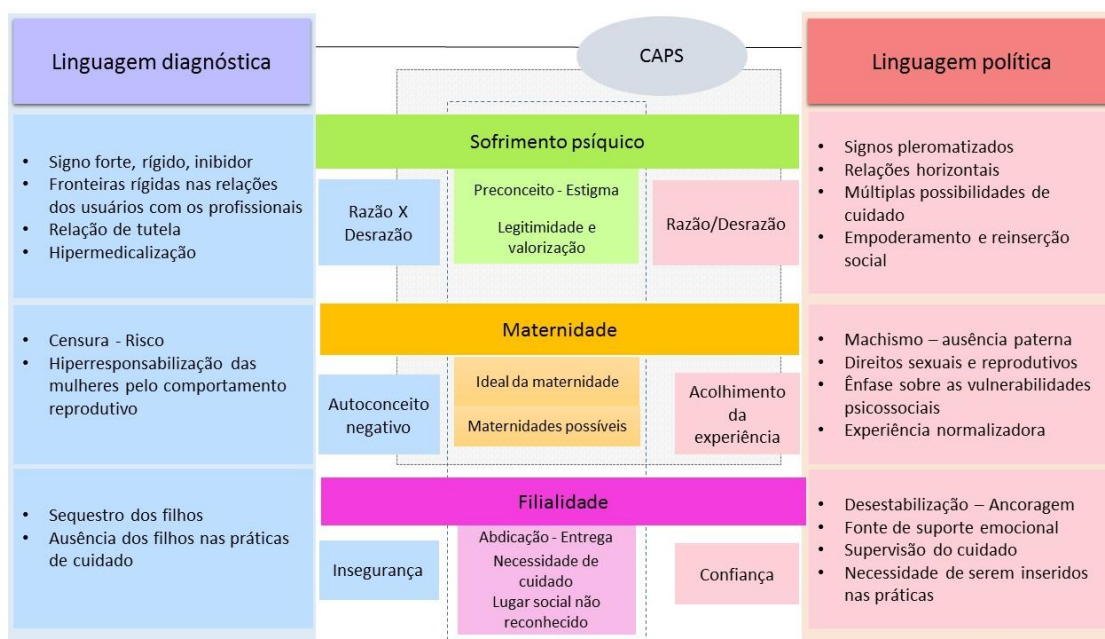


Figura 50: Síntese compreensiva

Embora as duas visões tenham sido apresentadas didaticamente como polos diametralmente opostos de compreensão acerca do sofrimento humano, é importante salientar que elas não se situam em um mesmo *continuum* de compreensão posto que estão assentadas em bases epistemológicas distintas. Entretanto, é importante enfatizar que ambas as linguagens estão, em maior ou menor grau, presentes no cotidiano tanto dos serviços asilares quanto dos serviços da rede de atenção psicossocial. Há, nos Centros de Atenção Psicossocial, como vimos, psiquiatras que compreenderão a esquizofrenia como um transtorno mental orgânico e relacionado a processos demenciais irreversíveis, profissionais que atrelarão as noções de risco e periculosidade à ocorrência dos transtornos mentais e usuárias que, como Maria, apresentarão queixas relativas ao uso exagerado e crônico de neurolépticos. Entretanto, face à proposta da reinserção social, é especialmente nesses centros e em uma rede de atenção psicossocial que contemple outros dispositivos (como as unidades básicas de saúde e as propostas de economia solidária) em que se localizam as possibilidades para que sejam incluídas, nos projetos terapêuticos singulares, as questões referentes à relação que os sujeitos, em liberdade, estabelecem historicamente com os seus contextos psicossociais. Ao invés de se guiarem apenas pelo horizonte da cura e das proposições de uma sociedade “normo-neurótica” que pressupõe que todos os sujeitos têm autonomia e capacidade para gerar vínculos (Vidal, Braga & Sodré, 2007), estes serviços têm, entre as suas diretrizes, as possibilidades de abrirem as portas para a constru o de rela oes de cuidado mais horizontais e que estejam centradas

nas perspectivas do empoderamento (Vasconcelos, 2000) e dos projetos de felicidade dos sujeitos (Ayres, 2004).

Cabe enfatizar ainda que, no campo das políticas públicas, essas linguagens representam campos ideológicos, políticos e econômicos que estão atualmente em disputa, a exemplo da ação civil pública que foi protocolada, no dia 4 de abril de 2019, pela Defensoria Regional de Direitos Humanos (DRDH/DF), da Defensoria Pública da União, em face da União, para suspender as últimas normativas manicomiais concernentes à Política de Saúde Mental. Isto porque, ainda em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 32 e a Portaria nº 3588/2017 que *“preveem a suspensão do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento no valor pago pelo governo por diária de internação nesse tipo de serviço*. Estas medidas vão de encontro à Lei 10.216/2001 que, pautada por uma compreensão mais política do sofrimento, prevê o redirecionamento do cuidado para os serviços substitutivos e de base comunitária e territorial. Indo além, a ação civil pública questiona também a ênfase, dos últimos decretos, no financiamento de Comunidades Terapêuticas que, frequentemente, vêm sendo denunciadas por serem, em sua maioria, serviços *“ligados a grupos religiosos, onde as pessoas são submetidas a tratamento moral e reclusão com internação compulsória forçada”*. Conforme os defensores colocam, estes atos normativos *“encontram-se eivados de nulidade por afrontarem o disposto no art. 198, II, da Constituição Federal e por não terem sido submetidos a prévia aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina o art. 14-A da Lei n. 8.080/90”²⁷*.

9. Considerações finais

Este estudo trouxe, como interesse principal, a compreensão das experiências de maternidade e filialidade para mulheres em sofrimento psíquico e suas filhas, considerando os seus ambientes culturais e as formas como elas se relacionam com eles e os transformam. Estando baseado na psicologia cultural e em uma perspectiva mais idiográfica de pesquisa, centrou-se, como Zittoun (2016) propõe, sobre os aspectos singulares das trajetórias das participantes, buscando integrar a natureza temporal, histórica e dinâmica das suas experiências e, ainda, os seus níveis micro, meso e

²⁷ <https://www.dpu.def.br/noticias-distrito-federal/49925-drdh-df-pede-suspensao-de-normativos-que-alteram-a-politica-de-saude-mental>

ontogenéticos. Propôs-se, também, a compreender como os profissionais de um centro de atenção psicossocial significam e assistem a essa experiência, uma vez que este dispositivo é tido como central para a proposta de um cuidado que se efetive em uma rede de atenção psicossocial.

Para cumprir este intento, foram formulados quatro objetivos específicos, os quais, resumidamente, previam a compreensão, dos participantes, a respeito (1) das significações sobre a maternidade e a filialidade; (2) do sofrimento psíquico, além do interesse em verificar (3) a existência de protocolos específicos de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial para mulheres mães e seus filhos e em analisar (4) os itinerários terapêutico e jurídico percorridos pelas mesmas.

Em relação ao primeiro interesse, foi possível perceber que as significações sobre a maternidade apresentadas pelas mulheres mães foram atravessadas por uma série de rupturas que estão, de modo geral, mais ligadas à vulnerabilidade social e econômica, à violência doméstica e conjugal, à falta de amparo dos pais, à violência policial e à hipermedicalização. Entretanto, embora reconheçam as inúmeras dificuldades, “ser mãe” foi considerado, por elas, como algo central e estruturante e como uma vivência que pode ser menos disruptiva quando há a presença e o apoio paternos. De modo comum, elas incluíram, como esferas desta experiência, o compartilhamento, com os filhos mais velhos, das responsabilidades relacionadas aos filhos mais novos, o provimento dos cuidados básicos relacionados à higiene e a alimentação, o suporte financeiro, o incentivo às atividades de aprendizagem, o acolhimento emocional e o suporte aos filhos, como avós. De modo mais singular, entretanto, Maria acrescentou a mediação que ela faz das relações conflituosas entre os seus filhos e o seu companheiro; Rosa acrescentou as esferas relativas à educação sexual e, de forma mais proeminente, o luto e o sofrimento por conta da perda de seu filho Roberto. Além dessas, as filhas acrescentaram as esferas que fazem referência ao estabelecimento de relações de confiança e, no caso de Rosa, ao provimento de um modelo de relacionamento interpessoal, de ação política, de empoderamento, de autonomia e de independência.

Entre os profissionais, embora a ideologia da maternidade intensiva tenha aparecido como um forte viés, especialmente no que se refere à atribuição às mulheres das funções referentes à procriação, ao cuidado e ao amor (e da utilização da negação destas funções como um parâmetro patológico para avaliar a sua saúde mental), também

foi possível perceber a presença de uma compreensão mais flexível e empática da vivência em que se reconhece, por exemplo, a presença legítima de sentimentos ambivalentes. Desse modo, em sua interseção com o sofrimento psíquico, a maternidade foi assumida tanto como uma condição que pode favorecer a descompensação psíquica, como algo que pode fornecer importantes pontos de ancoragem identitária e incentivo para a adesão ao tratamento psicossocial. Ter algum nível de consciência sobre o próprio sofrimento psíquico e condições para exercer o autocuidado foram colocados como pontos importantes de avaliação para validar a competência materna.

A filialidade, por sua vez, concebida como uma esfera da experiência que se estabelece, intergeracionalmente, de modo relacional e vivencial, foi significada, pelas mães, através das inúmeras funções que seus filhos assumem em suas famílias. Estas incluem, entre outras, a influência nas decisões reprodutivas das mães, o acolhimento emocional, a defesa de um cuidado que possa ser feito em liberdade e o monitoramento da adesão ao tratamento e do consumo de bebida alcoólica. Já as filhas reconheceram, entre as suas funções, o auxílio na realização das atividades domésticas (Luzia) e o fornecimento de suporte emocional (Lua). Os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, entretanto, embora tenham mencionado raras exceções em que as crianças e adolescentes acabaram desempenhando algum papel mais ativo no cuidado de suas mães, atribuíram, a eles, um lugar mais passivo nas dinâmicas familiares.

Em relação ao segundo objetivo e às leituras possíveis acerca do sofrimento psíquico, foi possível perceber que, enquanto um signo, ele pode ser teoricamente configurado a partir de sua natureza, poder, estrutura representacional e função semiótica. Na trajetória de Maria, o sofrimento, colocado principalmente a partir de um rótulo diagnóstico, parece ter se configurado, em sua trajetória, como um forte e inibitório signo regulador, implicando em possibilidades futuras muito restritas de significação sobre si mesma. A imposição do tratamento médico continuado, assim como a oferta insignificante de outras linguagens para lidar com o sofrimento parecem ter contribuído para a monologização de sua experiência. A sua família, enquanto uma microcultura, entretanto, pareceu agir como um importante recurso no sentido de promover a construção de uma síntese pessoal que, se por um lado reconhece uma “doença”, por outro, estabelece uma fronteira relativamente precisa entre o que é concebido como um

transtorno mental e o campo hipergeneralizado da loucura, garantindo certa integridade pessoal e legitimidade de sua função social como mãe.

Já no caso de Rosa, a sua exposição a práticas de cuidado asilares, mas também psicossociais e, especialmente, a sua participação e engajamento nos movimentos sociais antimanicomiais e feministas foram tomadas como práticas mesogenéticas que parecem conferir, aos signos relacionados ao sofrimento psíquico, contornos mais pleromatizados. Assim, tais práticas permitem tensionar, no campo ontogenético, as tradicionais e negativas significações atribuídas à experiência do sofrimento psíquico e da loucura, esgarçando as fronteiras entre o que se concebe como normal e como patológico, ou, dito de outra forma, entre a razão e a desrazão.

As filhas, por sua vez, surpreendentemente se colocaram, diante do reconhecimento do sofrimento psíquico de suas mães, de uma forma extremamente natural. A confiança atribuída ao tratamento, no caso de Luzia, e além disso, o desenvolvimento de uma compreensão mais plural sobre o sofrimento psíquico, no caso de Lua, parecem ter possibilitado, a elas, expectativas menos pessimistas em relação à ocorrência de novas crises e, ainda, a valorização destas experiências.

Já os profissionais, embora tenham referido a utilização de uma linguagem relacionada tanto ao campo biomédico, quando aos aspectos mais psicodinâmicos do sofrimento psíquico, enfatizaram, especialmente, as condições psicossociais que estão imbricadas com a possibilidade das vivências maternas mais sofridas.

Em relação ao terceiro objetivo específico, não se identificou a existência de protocolos de cuidados específicos para as mães e para os seus filhos no Centro de Atenção Psicossocial. Entretanto, foi possível perceber que esta questão atravessa o cotidiano de atendimento às mulheres, especialmente nas situações em que elas se encontram em crise e buscam, por conta própria, os serviços. Nestas situações, os profissionais narraram estratégias que estão orientadas por valores relacionados à proteção das crianças, ao resgate e reconstrução dos vínculos familiares e por formas de cuidado que extrapolam o modelo biomédico. Chama a atenção, no entanto, que, embora a proteção às crianças seja um valor importante, há uma lacuna em relação ao planejamento de ações que abarquem os sistemas familiares de forma mais ampla e que possam estar direcionadas para as mesmas. O fato de o serviço ser pensado para atender

usuários adultos parece invisibilizar as crianças e o papel dos filhos nas dinâmicas familiares. Em se tratando de um papel social que parece não ser reconhecido socialmente, estando culturalmente atrelado tanto à expectativa de abdicação total em favor dos pais, quanto a um lugar passivo e demandante de cuidado, é importante destacar a potência terapêutica relacionada à inclusão da filialidade, nos projetos terapêuticos, como uma esfera de experiência relevante a ser contemplada. Em relação a este aspecto, gostaria de destacar aqui a fala de Lua que, reconhecendo, quase como um *insight*, a possibilidade de falar sobre a sua própria experiência como filha, refere sentir-se bastante grata pela experiência.

Eu falei a você assim, que não foi só pela questão de falar sobre a minha mãe.... Sabe? Foi a questão de falar como eu me sinto sobre a minha mãe, sobre a minha família, sobre mim, sabe? E eu.... É uma coisa muito legal, extravasa de uma maneira tão legal, você ter alguém tão legal pra conversar, ter alguém pra te entender, e pra falar com você sabe? Como é a melhor forma, de te dar a opção, mas não te dar... um.... Como é aquela palavra, não te ditar as escolhas e sim te sugerir... E.... É assim que eu me sinto quando eu converso com você.... Sabe? Eu fico mais leve e extravasada..." (Lua)

Ainda em relação às práticas profissionais de cuidado, em função de elas adotarem uma lógica de cuidado mais flexível e que busca dar conta das singularidades das situações, torna-se imprescindível, em função dos dilemas morais e das problemáticas médicas e sociais que atravessam esses fazeres, que os profissionais estejam engajados continuamente em um exercício reflexivo crítico sobre os valores que sustentam e que promovem. Fazem-se urgentes, por exemplo, as discussões sobre as questões sociais e políticas que perpassam os direitos sexuais e reprodutivos femininos e das referências patológicas criadas para as situações em que há, por parte das mulheres, a negação dos modelos atrelados à ideologia da maternidade intensiva (Vieira, 2002). Indo além, é também extremamente necessário que a ausência paterna seja mais problematizada.

Por fim, em relação ao último objetivo específico, é possível dizer que contemplamos a leitura tanto de um itinerário terapêutico que se centrou, desde o início, sobre os dispositivos comunitários e territoriais de cuidado, no caso de Maria, quanto de um que teve as marcas iniciais do asilamento e de toda a violência que costuma estar associada a essa proposta, mas também de um engajamento político através dos

movimentos sociais, no caso de Rosa. Entretanto, em ambos os casos, é notório o esgarçamento das redes de amparo e reinserção social. Embora, além do Centro de Atenção Psicossocial, Maria conte com o suporte de serviços de pronto-atendimento, equipes de saúde da família e com os serviços de um hospital docente assistencial, fica evidente, na descrição de sua trajetória, a ausência de políticas públicas mais integradas e intersetoriais que contemplem, por exemplo, a sua trajetória inteira de vulnerabilidade educacional, trabalhista e econômica. Sua rede social restrita, como vimos, restringe-se apenas à sua família nuclear mais próxima (companheiro e filhos) e poucas pessoas que frequentam a mesma religião (ainda que mesmo a religião tenha sido vista como um lugar de forte censura e que lhe faltou com o amparo quando ela não pôde seguir as suas regras).

Já na trajetória de Rosa, embora ela apresente um maior nível de empoderamento e consciência a respeito dos seus direitos sociais, as sinuosidades de seus pertencimentos aos serviços territoriais que, nem sempre, se alinham aos pressupostos antimanicomiais, destacam-se em seus relatos. Além da dificuldade para ter acesso a um benefício de prestação continuada, Rosa também denuncia as dificuldades que tem para acessar os dispositivos que possam cuidar das suas demais questões de saúde, como a hipertensão e a diabetes²⁸. Nos momentos de maior desamparo, é com a sua ampla rede de suporte social, em grande parte conquistada através de seu engajamento nos movimentos sociais, que Rosa conta, por exemplo, para conseguir acolhimento emocional, consultas médicas, remédios e suporte financeiro de uma forma geral. É por meio deste engajamento, também, que Rosa estabelece as possibilidades de ser incluída profissionalmente nas redes de economia solidária em saúde mental e em uma trupe de teatro.

Com relação aos itinerários jurídicos, no que se refere à guarda das crianças, foi possível ver, em ambos os casos, que as decisões e as ameaças foram sempre realizadas e tomadas de modo extraoficial, no âmbito da própria família, ficando à margem das instituições de proteção da infância. Já em relação à proteção que poderia ter sido garantida à mulher, fica explícita, na fala de Rosa, a fragilidade destes mecanismos. As suas denúncias em relação à perda violenta de um filho, ao abuso sexual perpetrado por um médico psiquiatra e à fratura de sua clavícula por um de seus ex-maridos parecem ressoar

²⁸ Embora Salvador tenha um centro de saúde especializado em endocrinologia e diabetes, este tem direcionado o atendimento apenas para pessoas que tenham doenças renais crônicas.

inertes no mundo social, posto que segue sem fornecer a ela qualquer tipo de reparação social ou jurídica.

Neste sentido, e considerando as diretrizes propostas pelo novo governo brasileiro, fazem-se cada vez mais atuais as considerações de Vasconcelos (1989, citado por Vasconcelos (2000), quando ele aponta que

Constituímos sociedades de capitalismo periférico, com políticas sociais pobres e segmentadas, com forte perfil de exploração e desigualdade entre classes e grupos sociais, e com exclusão da grande maioria da população ao acesso aos bens materiais e serviços sociais básicos. (Vasconcelos, 1989, citado por Vasconcelos, 2000, p. 174)

9.1 Notas sobre o uso dos mapas corporais

Dada a aposta pouco convencional deste trabalho no uso das narrativas baseadas em mapas corporais, cabe, agora que já foram vivenciadas as suas potencialidades, alguma palavra a mais sobre a sua pertinência. Conforme Gastaldo, Rivas-Guarneti e Magalhães (2018) afirmam, o uso deste método se alinha às perspectivas “descolonizantes” em saúde, as quais buscam dar voz às experiências humanas que costumam ser silenciadas. Ao adotar as lentes teóricas da solidariedade e possibilitar, aos participantes, que eles produzam colaborativamente os dados da pesquisa, este método constrói os arranjos para que sejam quebradas barreiras importantes de exclusão, uma vez que é possibilitado, ao outro, o seu reconhecimento enquanto um sujeito epistêmico legítimo.

Nestas fronteiras da pesquisa, a combinação entre dados imagéticos, textuais e orais serviu, como fora previsto, como um importante recurso no sentido de facilitar, para as participantes, a expressão autobiográfica (e corporalmente centrada) de experiências tão complexas como a maternidade e a filialidade, em sua interseção com o sofrimento psíquico e tantas outras vulnerabilidades psicossociais. Trata-se, por assim dizer, de um recurso artístico que (despretensiosamente) permite, às pessoas que passam por ele, a integração de aspectos afetivos e identitários acerca de suas vivências. Dito de outro modo, enquanto um recurso projetivo, a construção do mapa corporal possibilita o reconhecimento e a objetivação dos sentimentos, além da construção de novas reconfigurações subjetivas (Barroco e Superti, 2014)

Entretanto, é importante destacar que as questões colocadas pelo pesquisador e a possibilidade do estabelecimento de uma relação de confiança são essenciais e direcionam, na produção dos dados, a intensidade do processo artístico e narrativo proposto (Gastaldo, Rivas-Guarneti & Magalhães, 2018). Assim, é importante destacar as nuances clínicas do processo, as quais requisitam, por parte do pesquisador, a capacidade de prover contingências auxiliares à tarefa, as quais incluem respostas como o *feedback* atencioso, de acolhimento e de amparo e, também, quando se faz necessário, a sugestão de estratégias de ação mais salutares, de esclarecimentos, entre outras. Assim, talvez seja prudente afirmar que, em se optando por essa estratégia metodológica, é preciso ter consciência de que os papéis de pesquisador, de terapeuta e, ainda, de relator, fundir-se-ão e serão eticamente exigidos ao longo do processo. Considerando essas potencialidades terapêuticas, pode ser relevante dizer que, ao findar do processo de construção do mapa corporal, o técnico de referência de Maria me comunicou que optou por referenciá-la para uma profissional mulher por acreditar que o bom vínculo estabelecido comigo teria sido atravessado por uma identificação em relação ao gênero. Rosa, por sua vez, desde o primeiro encontro reconheceu a dimensão clínica da proposta sugerindo-me, inclusive, que a utilizasse profissionalmente após a realização da pesquisa.

Contudo, é fundamental o reconhecimento de que os limites e os contornos também são dados pelos participantes. É possível, nesse sentido, que experiências muito sofridas ou não canônicas de Maria e de Rosa não tenham sido representadas por conta da dificuldade de que elas sejam integradas publicamente em suas narrativas sobre si mesmas. De acordo com Bruner (2001), é comum, nesses contextos, que os sujeitos se empenhem para se apresentar como personagens típicos de nossa cultura. Ainda que haja algum esforço no sentido de evidenciar, narrativamente, os pontos de virada, os estados intencionais e os processos de individuação, os sujeitos buscam, por meio da construção narrativa, a justificativa para os desvios, de forma que a organização de suas trajetórias se torne compreensiva. Para ilustrar este aspecto, talvez as gravidezes sucessivas de diferentes parceiros, vividas pelas participantes, sirvam como um exemplo. Embora este tenha sido um elemento importante de individuação nas suas trajetórias, foi algo justificado, por ambas, como uma decorrência da “*doença mental*”. Estando as duas inseridas em uma cultura diagnóstica (Brinkmann, 2016), não surpreende que ambas tenham feito uso das funções de autoafirmação e de negação que o rótulo psiquiátrico

assume. Considerando estas questões, Bruner (2001) salienta que a estrutura social de nossa personalidade está atravessada pela interiorização das relações interpessoais.

Por fim, com relação à análise dos dados e à questão da possibilidade ou não de que as imagens superem a barreira de significação narrativa, penso que o mapa corporal, enquanto um signo pleromatizado (Valsiner, 2012), é, de fato, útil para condensar e transmitir histórias, e que a seleção e a disposição das imagens não se reduzem à palavra (Gastaldo, Rivas-Guarneti & Magalhães, 2018). Neste sentido, sugiro que mesmo a solicitação, às participantes, para que elas produzam um testemunho narrativo sobre o mapa, no final do processo, possa ser um recurso dispensável. As conversações ao longo do processo, a construção da legenda e o mapa corporal parecem ser, por si mesmos, recursos suficientes. Conforme Valsiner (2014) coloca, a narrativa, em sua forma verbal, nunca irá traduzir a totalidade de uma imagem.

9.2 Limites e sugestões para estudos futuros

Nem tudo que escrevo resulta numa realização. Resulta mais numa tentativa, o que também é um prazer, pois nem tudo quero pegar... Às vezes, quero apenas tocar...; depois, o que toco, às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos. (Clarice Lispector)

Embora tenha tido o intuito de pensar a família de forma sistêmica, e a maternidade e a filialidade como experiências complementares e relacionais que estão inseridas e conectadas a outras teias de relacionamento como a paternidade, a conjugalidade e a fraternidade, este estudo não foi capaz de incluir todos os membros da família no processo de produção de dados. Dada a delicadeza do tema e a pluralidade desejada de recursos metodológicos, o tempo e a minha capacidade analítica tornaram-se exíguos para dar conta de tamanho empenho em uma só tarefa. Assim, torna-se extremamente relevante que sejam construídas novas propostas de pesquisa que contemplem uma forma de produção de dados que, sistêmica, dinâmica e simultaneamente, envolvam todos os membros do grupo familiar.

Em virtude, ainda, do pequeno número de participantes envolvidos, foi difícil dar conta de outras condições que, histórica e socialmente, se colocam, interseccionalmente, na construção dessas experiências. Neste sentido, frente ao retorno das perspectivas mais conservadoras e manicomialistas a respeito do uso de substâncias psicoativas e do incentivo ideológico e financeiro crescente às comunidades terapêuticas, torna-se

extremamente relevante a inclusão, nos estudos futuros, da experiência de mulheres mães que apresentam algum tipo de dependência química. Isto porque, seguindo-se o retrógrado, mas atualmente defendido, direcionamento da abstinência e da reclusão compulsória dos sujeitos, há o risco de que recaiam sobre elas, de forma mais esmagadora, o preconceito e a censura de suas experiências femininas e maternas.

Outra limitação deste estudo se refere à ênfase nas primeiras experiências de filialidade, uma vez que foram entrevistadas apenas as filhas caçulas que estavam, em termos desenvolvimentais, na transição entre a infância e adolescência (no caso de Luzia), e entre a adolescência e a adultez (no caso de Lua). Torna-se, desse modo, fundamental a inclusão dos filhos mais velhos, em especial, das filhas, que, em função do envelhecimento de suas mães, acabam sendo reconhecidas mais legítima e ativamente como responsáveis pelas funções de cuidado. Também seria extremamente relevante incluir a experiência das mulheres mães que, por terem filhas que vivenciam o sofrimento psíquico e que engravidam, acabam assumindo duplamente o cuidado delas e dos netos. Destaco, ainda, a necessidade de estudos que sejam realizados com os filhos homens e sob a vertente da paternidade, uma vez que essa experiência aparece como uma lacuna na fala dos profissionais e como uma fonte potente tanto de vulnerabilidade como de suporte no discurso das mulheres mães e de suas filhas.

Considerando-se que o Centro de Atenção Psicossocial não esgota a proposta da construção de uma rede de assistência psicossocial, também seria relevante incluir outros dos seus dispositivos. Aqui, destaco, especialmente, aqueles que estão relacionados à estratégia de saúde da família, visto que, por definição, eles se encontram mais próximos ao cotidiano das comunidades e contemplam ações interessantes, dentre as quais sublinho as práticas de matriciamento.

Ainda em relação aos aspectos metodológicos, gostaria de enfatizar, mais uma vez, a potência da realização de estudos clínicos que contemplem, como objeto, o as narrativas baseadas em mapas corporais como estratégia terapêutica. A análise da interação entre os participantes e os pesquisadores/terapeutas pode servir, por exemplo, à definição operacional de importantes competências clínicas e dos modos como elas estão imbricadas com a produção de sínteses subjetivas semioticamente mais promotoras para os sujeitos.

Em relação à fundamentação teórica, embora acredite que os conceitos que foram utilizadas aqui tenham sido suficientes para o propósito desta pesquisa, penso que outras leituras referentes ao campo mais específico das políticas públicas direcionadas à saúde mental e, também, do feminismo interseccional podem ser incluídas de forma mais orgânica em estudos posteriores.

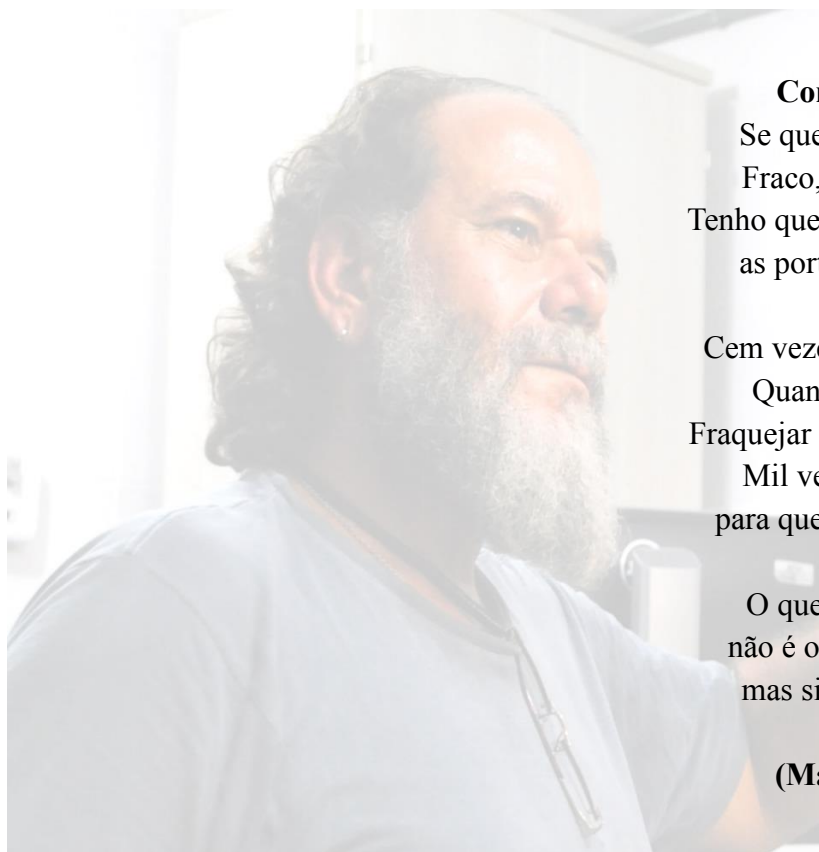
Por fim, tentando responder à pergunta que ocorre com frequência na vida universitária e que nos indaga sobre a serventia dos trabalhos acadêmicos, penso ser relevante reafirmar a minha expectativa de que este trabalho sirva para agregar, em alguma medida, novos significados e olhares às práticas profissionais de cuidado em saúde mental.

Conforme Passos e Pereira (2017) referem, embora a luta antimanicomial seja apenas um dos componentes de um projeto societário que visa superar outros tipos de opressão, a exemplo da exploração de classe, de gênero, de raça, de etnia e mesmo da propriedade privada, a condição das mulheres segue, ainda, relativamente invisibilizada nas lutas cotidianas.

Uma vez que este estudo buscou colocar o sofrimento psíquico das mulheres entre parênteses para que fosse possível situá-lo historicamente, a partir da análise de suas trajetórias, foram evidenciados pontos gritantes e sutis de fragilidade, mas também importantes recursos transitivos das suas experiências, os quais podem ser contemplados e promovidos com mais delicadeza pelas equipes de saúde. O olhar sobre a experiência da filialidade, por sua vez, também surge como uma potencialidade clínica. Talvez, mesmo a forma de compreensão dos casos através da utilização do modelo de equifinalidade de trajetórias possa servir como um recurso didático útil para a discussão e planejamento dos projetos terapêuticos singulares que se realizam nas reuniões de equipe e, conjuntamente, com os usuários e suas famílias.

Espera-se, por fim, que a possibilidade de compreender o sofrimento psíquico em suas dimensões semióticas mais plurais e, ainda, as repercussões para a experiência materna e filial, que estão imbricadas com a adoção de uma linguagem mais diagnóstica ou política do sofrimento psíquico, possam fornecer ferramentas teóricas que contribuam para o desenvolvimento de práticas menos sofridas e estigmatizantes para as mulheres mães e seus filhos.

Se o “comum”, neste sentido, aparece como uma referência importante para as vivências humanas, uma vez que, sem este lugar, o sujeito pode ficar “à deriva” nos processos de construção de si mesmo, espera-se que, em lugar das etiquetas médicas tão abstratas, a consideração das trajetórias históricas dos sujeitos e a possibilidade da convivência solidária, amorosa e pacífica com todas as condições humanas possam vir a se constituir como um importante valor “*comum*” no mundo.



Condição humana

Se quero o outro comigo,
Fraco, cansado ou louco,
Tenho que deixar sempre abertas,
as portas do meu coração

Cem vezes terei que ampará-lo
Quando repetidamente,
Fraquejar o ritmo de suas pernas.
Mil vezes terei que parar
para que ele possa descansar.

O que nos testa no amor
não é o grau de dificuldade
mas sim, a sua repetição.

(Marcus Matraga)

Figura 51: Marcus Vinicius, presente!

Referências

Abbey, E. (2011). Beyond “Women”, “Mothers”, and “Me”: Imagination, Poetics, and why surpassing social norms means surpassing the self. In : A.C. Bastos, K.Uriko & J. Valsiner. *Cultural Dynamics if Women’s Lives*. Charlotte, NC : Information Age Publishing.

Abramovay, M ; Castro, M.G. & Pinheiro, L.C. ; et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, 2002.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. São Paulo: Editora Fiocruz

Ayres, J.R.C.M. (2004) O cuidado; os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade [online]*, 13(3), pp.16-29.

Badinter, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985. [Tradução: Waltensir Dutra]

Banerjee, D & Desai, G & Chandra, Prabha S. (2017). “Hear me out”: Experiences of mothers suffering from severe mental illness with health care providers – A qualitative perspective. *European Psychiatry*. 41. S899.

Barlow, F. & Wolfson, P. (1997). Safety and security: a survey of female psychiatric patients. *Psychiatric Bulletin*, 2, 270-272.

Barroco, S. M. S & Superti, T (2014). Vigotski e o estudo da psicologia da arte: contribuições para o desenvolvimento humano. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 22-31.

Bastos, A.C.S.; Santos, A. K. ; Araujo, J. & Meneses, S. (2015). I-Mother the Caregiver: How a Strong Sign Persists Through Semiotic Self-Scaffolding Along Life Transitions. In: Kenneth Cabell; Giuseppina Marsico; Carlos Cornejo; Jaan Valsiner. (Org.). *Making Meaning, Making Motherhood* (pp.279-308). 1ed.Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Bell, S. E. (2006). Becoming a mother after DES: Intensive mothering in spite of it all. In A. De Fina, D. Schiffrin, & M. Bamberg (Eds.), *Discourse and identity* (pp. 233–252). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Benbow, S.; Forchuk,C. & Ray, S.L. (2011). Mothers with mental illness experiencing homelessness : a critical analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, 18(8), 687-689.

Benders-Hadi, N.; Barber, M. & Alexander, M.J.(2013). Motherhood in women with serious mental illness. *Psychiatr Q*, (84), 65-72.

Berth, J. (2018) O que é empoderamento ?. Belo Horizonte, Letramento.

Blegen, N.E. ; Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. (2012). Experiences of motherhood when suffering from mental illness : a hermeneutic study. *International Journal of Mental Health*. 5, 419-427.

Blegen, N.E; Eriksson, K. & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness :mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 856-860.

Bock, A.M.B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 11(1), 63-76.

Bournell, M. (2014) Assessing the capacity of parentes with mental illness: parentes with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), 92-108.

Bolsoni-Silva, A. T. & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, 16(2), 330-350. Recuperado em 01 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200007&lng=pt&tlng=pt.

Brinkmann, S. (2014). Languages of suffering. *Theory & Psychology*, 24(5), 630–648.

Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the Pathologization of modern life*. London:Routledge.

Bruner, J. (2001). Self-making and world making. In: J. Brockmeier & D. Carbaugh (Eds.). *Narrative and identity: studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Brockington, I.; Chandra, P.; Dubowitz, H.; Jones, D.; Moussa, S.; Nakku, J. & Quadros Ferre, I. (2011) WPQ guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, 10(2), 93-102

Bronwen, D. & Davina, A. (2007). Integrating mental illness and motherhood: the positive use of surveillance by health professionals : a qualitativa study. *International Journal of Nursing Studies*. 44(3), 365-376.

Bronwen, D. & Davina, A. (2007) Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 44 (3) , pp. 365-376.

Bruner, J. (1997). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brunette, M.F & Dean, W. (2002) Community Mental Health Care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal*, 38(2), 153-165.

Butler, H. ;Hare, D. ; Walker, S. ; Wieck, A. & Wittkowski, A. (2014) 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. *Archives Womens Mental Health*. 17(5), 455-463.

Cabell, K. (2010). Mediators, regulators, and catalyzers: a context-inclusive model of trajectory development. *Psychology & Society*, 3(1), 26–41.

Cabell, K. R., Cornejo, C., Marsico, G., & Valsiner, J. (Eds.). (2015). *Making meaning, making motherhood*. Annals of Cultural Psychology, Vol. 1. Charlotte: Information Age.

Cabral, A.L.L.V; Martinez-Hemáez, A.M.; Andrade, E.L.G. & Cherchiglia, M.L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4433-4442.

Carpenter-Song, E.A.; Holcombe, B.D.; Torrey, J ; Hipolito, M. M & Peterson, L.D. (2014). Revory in a family context : experiences of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 162-169.

Carteado, M. (2008). Ela não pode ser mãe: quando maternidade e loucura se cruzam. In: Silva, M.V.O; *IN-tensa /EX-tensa: A Clínica Psicossocial das Psicoses*. 1ª. ed. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares / UFBA.

Carter, B. & McGoldrick, M (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Carvalho, A.M.P.; Souza, J.; Farinha, M.G. & Corradi-Webster (2007). Mães com transtornos mentais: um estudo exploratório. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 3(1), 1-17.

Carvalho, L.C. (2015). *A (re)significação do cuidar: os itinerários terapêuticos da família na prática do cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico mental* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Chaves, S. S. (2011) Significados de maternidade para mulheres que não querem ter filhos. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Cid, M.F.B.; Matsukura, T.S. & Silva, M.D.P. (2012) Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. *O Mundo da Saúde*, 36, 265-275.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). (2006). *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à convivência familiar e comunitária*.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2ª. Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Dane, H.E.M & Rosen, J. (2016) view from the bench: parental mental health and child custody. *Family Court Review*, 54(1), 10–17

Dolman, C.; Jones, J & Howard, L. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature on motherhood for woman with severe mental illness. *Archives of Woman's Mental Health*, 16(13), 173-196.

Dória, A. L. P. (2015). *Etiquetas médicas no campo da saúde mental* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Fox, V. (2004) First Person Account: Schizophrenia and Motherhood. *Schizophrenia Bull.* 30(4):763-765.

Gastaldo, D., Magalhães, L., Carrasco, C., & Davy, C. (2012). *Body-Map Storytelling as Research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping*. Recuperado de <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>.

Gauntlett, D. & Holzwarth, P. (2006). Creative and visual methods for exploring identities. *Visual Studies*, 21(1), 82-91.

Gearing, R.; Alonzo, D. & Marinelli, C. (2012) Maternal Schizophrenia: Psychosocial Treatment for Mothers and their Children. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 27-33.

Gondim, S.M.G (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161.

Grunpeter, P. V.; Costa, T. C. R. & Mustafá, M. A. M. (2007). O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. In: *Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, p. 511-520.

Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the Family: social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 62, 243-269.

Guedes, T.G; Moura, E.R. & Almeida, P.C. (2009). Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(5), 1-7.

Jaspal, R.; Carriere, K.R. & Moghaddam, F.M. (2015). Bridging Micro, Meso and Macro Processes in Social Psychology. In: J. Valsiner et al (Eds). *Psychology as the Science of Human Being*, Annals of Theoretical Psychology, Switzerland, Sage International Publishing.

Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14, 345–365.

Jones, I. ; Chandra, P.S. ; Dazzan, P. & Howard (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384(9956), 1789-1799.

Kaztman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. México : BID-BIRF-CEPAL. Borrador para discusión. 5 Taller regional, la medición de la pobreza, métodos e aplicaciones. Recuperado de < www.cepal.org/deype/mecovi/docs/taller5/24.pdf>.

Klausen, R.K.; Karlsson, M.; Haugsgjerd, S.; Lorem, G.F. (2015). Motherhood and mental distress: Personal stories of mothers who have been admitted for mental health treatment. *Qualitative Social Work*, 0(00), 1-15.

Krumm, S. & Becker, T. (2006). Subjective views of motherhood in woman with mental illness: a sociological perspective. *Journal of Mental Health*, 15(4), 449-460.

Lemos, F.C.S; Aquime, R. H. S.; Franco, A. C. F. ; Piani, P. P. F. (2017) O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12 (1), 164-176.

Lieblich, Amia; Tuval - Mashiach, Rivka; Zilber, Tamar (1998). Narrative research: reading, analysis and interpretation. *Applied Social Research Methods Series*, 47. Sage Publications.

Lima, I. M. S. O. (2002) Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

Maciel, S.C. (2012). Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 4(8), 73-82.

Mângia, E.F. & Yasutaki, P.M. (2008). Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 19(1), 61-71.

Marsico, G. (2011). The “non-cuttable” space in between: contexto, boundaries and their natural fluidity. *Integrative Psychological and Behavior Science*. 45(2) 185-193

Marsico, G. (2015) Mind the Border! Introduction to the Special Issue. *Psychology & Society*, 7(2), 11-5.

Marsico, G., Cabell, K., Valsiner, J., & Kharlamov, N. (2013). Interobjectivity as a border: The fluid dynamics of "betweenness". In G. Sammut, P. Daanen, & F. Moghaddam (Eds.), *Understanding the self and others: Explorations in intersubjectivity and interobjectivity*. (pp. 51-65). Chapter 4. London: Routledge.

Marsico, G. & Tateo, L. (2017) Borders, Tensegrity, and Development in Dialogue. *Integr Psych Behav*. 51(4), 536-556

Mattos, E. de (2013). *Desenvolvimento do self na transição para a vida adulta: Um estudo longitudinal com jovens baianos* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Mattos, P. C. (2006) A mulher moderna numa sociedade desigual. In: Jessé Souza. (Org.). *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. 1ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 153-196.

Mccauley-Elson, K. & Kulkami, J. (2007). Managing psychosis in pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 31(3), 289-292.

Melleiro, M. M. & Gualda, D. M. R. (2005). Explorando a “fotovoz” em um estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 58 (2), 191-3.

Minayo, M.C. & Guerriero, I. C. (2013). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103-1112.

Ministério da Saúde (MS). (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília.

Miter, S. D. B. (2011) *Inclusão social e cidadania: uma análise das ações que os centros de atenção psicossocial desenvolvem no contexto da reforma psiquiátrica* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

Mol, A. (2008) *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge.

Mowbray, C.T.; Bybee, D.; Oyserman, D.; MacFarlane, P. & Bowersox, N. (2006) Psychosocial Outcomes for Adult Children of Parents with Severe Mental Illnesses: Demographic and Clinical History Predictors. *Health & Social Work Volume*, 31(2), 99-108.

Neiva-Silva, L. & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia na pesquisa em Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 237-250.

Nunes, M.O.; Jucá, V.J.; Pitta, A.M.F, & Torrenté, M. (2010). A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial: uma proposta metodológica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 204-220

Nunes, M. (2018) A emergência do sujeito político nas trajetórias de desinstitucionalização. In: M. Nunes & T. Marques. (Orgs.). *Legitimidades da Loucura. Sofrimento, luta, criatividade e pertença*. Salvador, EDUFBA.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Padovani, Andréa Sandoval (2013) Vozes aprisionadas: sentidos e significados da internação para adolescentes autores de ato infracional. *Dissertação de Mestrado*.

Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

Palmieri, M.W.A & Branco, A.U (2004), Cooperação, competição e individualismo em uma perspectiva sócio-cultural construtivista. *Psicologia: reflexão e crítica*, 17(2), 189-198.

Perera, D. ; Short, L. & Fernbacker, S.(2015). There is a lot to it: being a mother and living with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 12(3), 167-181.

Pereira, M.O. & Passos, R.G. (2017) *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe*. Rio de Janeiro, Editora Autografia.

Pergoraro, R.F. & Caldana, R.H.L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.

Peters, G. (2014). From sociological existentialism to insane epistemology: social order as a psychic problem. 364f. Tese (*Doutorado em Sociologia*) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Phillips, L. & Dona, T.(2015) The first antenatal appointment : an exploratory study of the experiences of woman with diagnosis of mental illness. *Midwifery*, 31(8), 756-764

Piccinini, C.A.; Gomes, A.G; Nardi, T. & Lopes, R.S. (2008). Gestaçao e a constituicao da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.

Póinhos, R.; Correia, F.; Faneca, M.; Ferreira, J; Gonçalves, S. & Medida, J.L. (2008). Desejabilidade social e barreiras ao cumprimento da terapêutica dialética em mulheres acima do peso. *Acta Med Port*, 21, 221-228.

Pontes, V. (2013). *Construindo continuidade frente a sucessivas rupturas: estratégias semióticas de reparação dinâmica do self* (Tese de Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, BA.

Reis, L.P.C. (2010). *Construção Cultural da Maternidade: a experiência de mães do Subúrbio Ferroviário de Salvador - BA* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Ressel, L.B. ; Beck, C.L.C. ; Gualda, D.M.R. ; Hoffmann, I.C. ; Silva, R.M. & Sehnem, G.D. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 779-86.

Ristum, M. (2001). *O Conceito de Violência de Professoras do Ensino Fundamental* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA.

Rodolpho, J.R.C ; Hoga, L.A.K ; Reis-queiroz, J. & Jamas, M.T. (2015). Experiences and Daily Life Attitudes of Women With Severe Mental Disorders: Integrative Review of Associated Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 223-235.

Sampaio, J; Souza, M.F & Silva, M.R.F. (2008) A representação social da maternidade em crianças em idade escolar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(1), 174-185.

Santos, J. E. (2014). Rupturas possíveis no contexto da pesquisa qualitativa. *No prelo*.

Sato, T.; Hidaka, M.; Fukuda, T. (2009) Depicting the dynamics of living the life: the trajectory equifinality model. In: J. Valsiner et al. (Orgs.) *Dynamics Process Methodology in the Social Developmental Sciences*. 20, pp. 79-92.

Sato, T., Yasuda, Y., Kanzaki, M., & Valsiner, J. (2014). From describing to reconstructing life trajectories: How the TEA (Trajectory Equifinality Approach) Explicates Context-Dependent Human Phenomena. In B. Wagoner, N. Chaudhary, & P. Hviid (Eds.), *Cultural psychology and its future: Complementarity in a new key* (pp. 93-105). Information Age Publishing. Niels Bohr Professorship Lectures in Cultural Psychology

Schmitt, F.; Lahti, I. & Piha, J. (2010) Motherhood and Early Interaction in a Schizoaffective Patient: The Story of a Long Term Psychotherapy. *American Journal Of Psychotherapy*, 64(1), 73-89.

Seeman, M. (2004). Schizophrenia and motherhood. In: Michael, G. ; Jeni, W. & Seeman, M. (Org). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. New York, Cabridge University Press.

Seeman, M. (2012) Women and psychosis. *Women's Health*, 8(2), 215–224

Seeman, M. (2012a) Intervention to Prevent Child Custody Loss in Mothers with Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-6.

Seeman, M.V. (2014). Substitute Consent in Women with Psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), 491-497.

Silva, M. S. (2017). Affective-semiotic processes in the integration of a child loss for violent death to the mother's sense of personal identity. *Tese de Doutorado*, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia

Tateo, L. & Marsico, G. (2013). The Self as tension of wholeness and emptiness. *Interações*. 24, 1-19.

Tateo, L. (2015), Gulliver's eggs: why methods are not an issue of qualitative research in cultural psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 49, 187-201.

Telo, F.C.A. (2019) Autonomia reprodutiva entre as *nkento* angolanas: narrativas e escolhas. Tese de Doutorado. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA.to

Tenório, F. (2001) Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Terzian, A.C ; Andreoli, S.B. ;Razzouk, D. ; Chaves, A.C. & Mari, J.J. (2006). Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophreia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 305-307.

Thomicroft, G.; Brahan, E.; Rose, D.; Sartorius, N. & Leese, M. (2009) Padrão de discriminação experimentada e antecipada contra pessoa com esquizofrenia : estudo transversal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 141-160.

Trad, L.A.B. (2013). A família no enfrentamento do problema do Crack: entrelaçando vulnerabilidade social, resiliência e proteção social. In: Jorge M.S.B. et al. (Org.). *Olhares plurais sobre o fenômeno do Crack*. Fortaleza: EDUECE

Trad, L.A.B. (2015). Itinerários Terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: M. Castellanos; L. Trad; M. Jorge & I. Arruda (Orgs) *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza, CE: EdUECE.

Valsiner, J. (2000). *Cultural and Human Development*. USA, Sage Publications Ltda.

Valsiner, J. (2009). Cultural Psychology Today: Innovations and Oversights. *Culture Psychology*, 15(4), 5-39.

Valsiner, J. (2010). Climbing the sacred mountain of knowledge. (Texto conferência para o XIV Congresso Colombiano de Psicologia em Abril de 2010).

Valsiner, J. (2012). *Fundamentos de uma psicologia cultura: mundos da mente, mundos da vida*. São Paulo: Artmed.

Valsiner, J. (2014). Why cultural psychology ? Making the human condition meaningful. In : Jaan Valsiner. *An invitation to cultural psychology*. USA, Sage Publications Ltda.

Vasconcelos, E.M. (2000) Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In : Paulo, Amarante (Org) *Ensaio : subjetividade, saúde mental, sociedade [online]*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 169-194

Veiga, Luciana, & Gondim, Sônia Maria Guedes. (2001). A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opinião Pública*, 7(1), 1-15.

Vidal, F.B.; Braga, A.C.S. & Sodré, A.R.O.M (2007) A abordagem da Crise na Psicose In: *A Clínica Psicossocial das Psicoses*.

Vieira, M.A.M, & Terzian, A.C.C (2005). O trabalho, a fertilidade e a esquizofrenia na cidade de São Paulo. *Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem*. 14, 1-9.

Vieira, E. M. (2002) *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Vigotski, L.S. (1999). *Psicologia da Arte*. São Paulo: Martins Fontes.

Vigotski, L.S. (2007) *A formação social da mente*. (José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche, Trad.). São Paulo: Martins Fontes

Vigotski, L.V. (1993). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes

Wertsh, J. V. (1995). Sociocultural Research in the Copyright Age. *Cultural Psychology*, 1(81), 81-102.

Zanello, V; Fiuza, G. & Costa, H.S. (2015) Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.

Zanello, V. (2018) Saúde Mental, gênero e dispositivos : cultura e processos de subjetivação. Curitiba, Editora Appris.

Zittoun, T. (2009). Dynamics of life-course transitions: a methodological reflection. In J. Valsiner, P. Molenaar, M. Lyra, & N. Chaudhary (Orgs.), *Dynamic process methodology and the social and developmental sciences* (pp. 405 - 429). New York: Springer.

Zittoun, T. (2011). Lifecourse. In J. Valsiner (Ed.), *Handbook of culture and psychology*. Oxford: Oxford University Press

Zittoun, T. (2012). Life-Course: A Socio-Cultural Perspective. In: *Handbook of Culture and Psychology*, 60 (23), 513-535.

Zittoun, T. (2015). Imagining one's life: imagination, transitions and developmental trajectories. In S. M. G. Gondim & I. D. Bichara (Orgs.) *A Psicologia e os Desafios do Mundo Contemporâneo: livro de conferências*. Salvador: EDUFBA.

Zittoun, T. (2015a) Trajectories of Motherhood. In : In: Kenneth Cabell; Giuseppina Marsico; Carlos Cornejo; Jaan Valsiner. (Org.). *Making Meaning, Making Motherhood*. 1ed.Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Zittoun, T. (2016) A socicultural psychology of the life-course. *Social Psychological Review*, 18(1), 6-17.

Zittoun, T; Duveen, G.; Gillespie, A.; Ivinson, G & Psaltis, C. (2003). The use of symbolic resources in developmental transitions [Versão eletrônica]. *Culture & Psychology*, 9(4), 415-448.

Zorning, S.M.A. (2010) Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470. Recuperado em 15 de mar• o de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&tlng=pt.

Apêndice 01

Roteiro Grupo Focal

1. O que vocês pensam sobre mulheres que apresentam sintomas psicóticos serem mães?
2. Para vocês, essa condição interfere de algum modo na relação que elas estabelecem com seus filhos? Como?
3. Como vocês acreditam que as crianças percebem e se sentem em relação às suas mães?
4. Como essas situações costumam chegar aqui no serviço?
5. Existe algum profissional no serviço para o qual essas demandas sejam frequentemente encaminhadas? Alguém que declare um interesse especial pela temática da maternidade?
6. Que estratégias de cuidado poderiam ser pensadas especificamente para atender essas situações?
7. Que estratégias costumam ser tomadas nessas situações?
8. Com quais serviços vocês costumam dialogar ou compartilhar o cuidado?
9. Quais são as principais dificuldades que vocês enfrentam nessas situações?
10. Qual papel vocês acreditam que as crianças desempenham no processo de cuidado das suas mães?
11. Como vocês acreditam que as crianças percebem os serviços?