

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS

SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE:
subsídios para as políticas de saúde mental no Paraná

ALINE PINTO GUEDES

MARINGÁ
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS

**SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE:
subsídios para as políticas de saúde mental no Paraná**

Dissertação apresentada por ALINE PINTO GUEDES, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: POLÍTICAS PÚBLICAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Orientadora: Prof^a. Dr^a. ROZILDA DAS NEVES ALVES

MARINGÁ
2012

G924 Guedes, Aline Pinto
Saúde mental e maternidade: subsídios para as políticas de saúde mental no Paraná. / Aline Pinto Guedes. Maringá, 2012.
185f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Maringá.

Orientadora: Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves.

1. Saúde mental. 2. Maternidade. 3. Sofrimento mental. 4. Políticas públicas. 5. Psicanálise. I. Alves, Rozilda das Neves. II. Universidade Estadual de Maringá. Mestrado em Ciências Sociais. III. T.

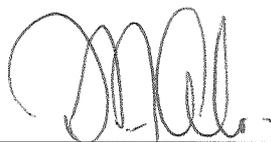
CDD: 305.4

ALINE PINTO GUEDES

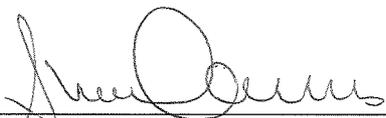
**SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE – SUBSÍDIOS PARA AS POLÍTICAS DE
SAÚDE MENTAL NO PARANÁ**

Aprovada em 26 de outubro de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves
Orientadora
UEM



Profa. Dra. Sheila Regina de Camargo Martins
Membro
UEM



Profa. Dra. Claudia Medeiros de Castro
Membro
USP

A todas as mães, com respeito e admiração, por cada uma que à sua forma, mais fácil ou mais difícil, vivencia essa aventura de gerar, criar, aprender a amar e sentir tantas outras emoções, agradáveis ou não, mas que se disponibiliza a grudar-se para depois separar-se, contribuindo para o desenvolvimento de um ser humano saudável, único e com autonomia.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a. Rozilda das Neves Alves pelas orientações, apoio e dedicação durante todo o processo de construção da pesquisa.

Ao Hospital Colônia Adauto Botelho pela concessão do espaço e dos materiais necessários para a realização da pesquisa.

Ao Diretor Administrativo Alceu Bosi pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À equipe da Unidade 2 Feminino pela compreensão e apoio para a realização da pesquisa.

À Joice Matsudo pela supervisão do Estágio Supervisionado e pela amizade.

Às mulheres, Débora, Sueli e Rosa que aceitaram compartilhar as suas histórias de vida, acreditando na proposta de pesquisa.

Às outras tantas mulheres que tive a oportunidade de atender no hospital psiquiátrico e que contribuíram para despertar meu interesse pelo tema da pesquisa.

À Giovana e Karla, pela força.

À minha mãe, amiga e companheira em todos os momentos.

Ao TPB pela acolhida e boas emoções.

A todos os amigos, pela compreensão e carinho.

Aquele dia o menino conversava comigo. Ele tinha o hálito carregado. Eu, sua mãe, não fui capaz de suportar a pequenina miséria de sua garganta inflamada, como qualquer boa mãe suporta. 'Que hálito ruim, que hálito ruim o seu'. De tal jeito falei que o menino apunhalado saiu de perto de mim. Foi pro quintal e ficou lá sentado, mudo como um homem grande. Um menino de sete anos! Sofri depois horrivelmente, querendo gerar ele de novo, pra nunca mais errar.

(“Cacos para um vitral” de Adélia Prado)

RESUMO

GUEDES, Aline P. **SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE: subsídios para as políticas de saúde mental no Paraná.** 2012. 185f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

Os processos de gestação, parto e puerpério são propícios a perturbações emocionais de diferentes graus. Nesta pesquisa buscou-se compreender sobre os significados que algumas mulheres dão à maternidade a partir da experiência de serem internadas num hospital psiquiátrico. O tratamento fez-se necessário devido ao intenso sofrimento psíquico, somado a sintomas psiquiátricos, que as impediram de exercerem as funções maternas em maior plenitude e a cuidarem de si mesmas. Há uma carência de políticas públicas e programas voltados para o atendimento dessas situações e os que existem não possuem uma especificidade e um preparo adequado para o atendimento voltado à saúde mental com enfoque de gênero. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo-transversal, na perspectiva da Epistemologia Qualitativa, utilizando como referencial teórico a psicanálise. Foram apresentados três casos clínicos de mulheres que foram internadas no hospital psiquiátrico após uma crise do tipo psicótica no período puerperal. Utilizou-se do procedimento da Pesquisa Clínica, tendo sido uma pesquisa com intervenção, ou seja, dos atendimentos psicoterapêuticos deram-se também as entrevistas, abertas e semi-estruturadas, com as pacientes e seus companheiros. Nos resultados fez-se uma discussão a partir de algumas categorias de análise, levantando as significações dessas mulheres quanto ao tornar-se mãe. Observou-se similaridades sobre as angústias, conflitos e ambivalências que sentiram. O desamparo materno, a preocupação com a divisão entre os dois filhos, o desejo de trabalhar, a dependência emocional e financeira do marido, foram alguns pontos em comum entre elas. Todas as mulheres revelaram, durante a experiência da gestação, parto e puerpério, conteúdos psicológicos inconscientes e conflitos ligados a fantasias infantis, trazendo um sofrimento significativo para elas. Apresentavam em suas histórias vivências de violência sexual e física e abortos anteriores, que contribuíram para o mal-estar nessa experiência da maternidade. Ao lançar um olhar para as questões psicossociais envolvidas na vivência da maternidade, foi possível desenvolver um conhecimento mais profundo sobre as realidades e subjetividades dessas mulheres, contribuindo para uma reflexão do aprimoramento de políticas públicas voltadas para a promoção à saúde, à prevenção e à intervenção precoce. Identificou-se a relevância de um espaço para que as mulheres tenham a oportunidade de falar de seus medos e angústias, de assumir imperfeições, desenvolver capacidades e autonomia e planejar o futuro. A distância de seus filhos, pelo tratamento, trouxe algumas consequências para o vínculo mãe-bebê. Devido a isso, constatou-se a importância de repensar as ações e serviços materno-infantis de forma a elaborar medidas que contemplem a saúde mental de mulheres, sendo necessária a aproximação entre essas duas áreas da saúde, com o estímulo à capacitação das equipes e informação da população sobre o tema saúde mental e gênero. É válido melhorar a qualificação dos serviços de Atenção Primária, com a elaboração de um protocolo de pré-natal e pós-natal diferenciado para os casos de mulheres com histórico de transtorno mental prévio, ou das mulheres que apresentam sinais e sintomas psíquicos na gestação. Ficou evidente a necessidade de priorizar o cuidado com o cuidador, fazendo a maternagem da mãe quando preciso.

Palavras chaves: saúde mental, maternidade, sofrimento mental, políticas públicas, psicanálise

ABSTRACT

GUEDES, Aline P. **MENTAL HEALTH AND MATERNITY: subsidies for mental health policies in Paraná**. 2012. 185f. Dissertation (Master's Degree in Social Science) – Maringá State University, Maringá, 2012.

The gestation process, childbirth and puerperium are propitious to develop emotional disorders in different levels. This research tries to comprehend the meanings that some women attribute to maternity based on the experience of being interned in a psychiatric hospital. The treatment was necessary due to the intense mental suffering, added to psychiatric symptoms that prevented them from executing motherhood fully as well as taking care of themselves. There's a lack of political policies and programs aiming the treatment of these women and the ones that exist are not specific and prepared for treating mental health with emphasis on gender. This dissertation is based on qualitative research of descriptive transverse kind, in Qualitative Epistemology prospect, using psychoanalysis theoretical reference. Three clinical cases of women who were interned in a psychiatric hospital after a crisis of psychosis in puerperium period were presented. The procedure of Clinical research was used and intervention was included; which means that the psychological assistance included interviews, opened and semi-structured, with the patients and their husbands. The results part involves a discussion based on some analysis categories, raising the meanings that these women attribute to maternity. We observed similarities on the anxieties, conflicts and ambivalence that they felt. The mother helplessness, the worries with division between two children, the desire to work and the economical and emotional dependence on their husbands were some of the things they had in common. All of these women revealed, during gestation process, childbirth and puerperium, unconscious psychological contents and conflicts connected to childish fantasies, bringing significant suffering to them. They mentioned that they went through experiences of sexual and physical abuse as well as previous abortion that contributed to disorders during motherhood experience. When focusing on psycho-social issues involving the experience of maternity it is possible to develop a deeper knowledge on the subjective reality of these women; which contributes to a reflection on how to improve political policies related to the promotion of health, prevention and precocious intervention. We identified the importance of having some space where women have the capacity and autonomy to plan their future. The distance from their children due to treatment, brings some consequences to the connection between mother and baby. Therefore, we could assume the importance of rethinking the actions and mother-children services in a way that enables creating measures that contemplate the mental health of women considering necessary the proximity between the two health areas including the stimulation to empower groups of work and informing the population about mental health issues. It's valid to improve the qualification of Primary Assistance services, with the creation of different prenatal and post-natal protocol for women who have had previous mental disorders or women who have psychological symptoms during gestation process. It's evident the necessity of prioritizing the care with the carer, making motherhood of the mom when needed.

Key-words: mental health, maternity, mental suffering, political policies, psychoanalysis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. As políticas públicas, a saúde da mulher e a saúde mental.....	11
1.2. A Rede de Saúde Mental – valorizando a saúde mental na Atenção Básica.....	19
1.3. Programas de Atenção Materno-Infantil.....	23
1.4. O mito da mãe sobre a mulher.....	29
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	37
2.1. Da importância da gestação, parto e puerpério (do normal ao patológico).....	37
2.1.1. Da importância da maternidade na estruturação da feminilidade.....	39
2.1.2. A pré-história da gravidez.....	44
2.1.3. O primeiro trimestre da gravidez.....	45
2.1.4. O segundo trimestre da gravidez.....	48
2.1.5. O terceiro trimestre da gravidez.....	49
2.1.6. O parto.....	52
2.1.7. O quarto trimestre da gravidez – Puerpério.....	58
2.2. O sofrimento psíquico e as psicoses.....	70
3. OBJETIVOS.....	80
4. MÉTODO.....	81
4.1. A pesquisa.....	81
4.2. A instituição.....	85

4.3. As colaboradoras.....	86
4.4. Instrumentos e Procedimentos.....	88
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	91
5.1. A maternidade e sua importância no desencadeamento do sofrimento psicótico – Casos Clínicos.....	91
5.1.1. O Primeiro Caso Clínico – “Caso Piloto”.....	91
5.1.2. O Segundo Caso Clínico.....	98
5.1.3. O Terceiro Caso Clínico.....	102
5.2. Das entrevistas com Débora, Sueli e Rosa – Categorias de Análise.....	107
Quem eram essas mulheres? – Dados de Identificação.....	107
Por que engravidaram?.....	108
As vivências em relação à gravidez.....	112
Fatores de risco para o transtorno mental.....	115
O puerpério e o surto propriamente dito.....	119
Sobre os serviços de saúde que utilizaram.....	122
As mulheres no hospital psiquiátrico.....	128
A relação com o marido e a rede social das mulheres.....	132
A relação com as mães – Do desamparo à maternidade.....	137
As mulheres e a relação com os filhos.....	143
As mulheres e o trabalho – Planos futuros.....	156
Em casa novamente.....	161

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICES.....	179
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	180
Apêndice 2 – Entrevista semi-estruturada.....	183
Parte I – Identificação e Dados Demográficos.....	183
Parte II – Condições de Saúde.....	183
Parte III – Roteiro Semi-Estruturado.....	184

1. INTRODUÇÃO

1.1. AS POLÍTICAS PÚBLICAS, A SAÚDE DA MULHER E A SAÚDE MENTAL

O tema desta pesquisa para a dissertação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas diz respeito à saúde mental de mulheres gestantes e puérperas. Apesar da preocupação deste trabalho estar em torno dessa particularidade feminina, a maternidade, desde o início coloca-se como importante pensar sobre como se desenvolveram as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher como um todo, ao considerar que as questões materno-infantis não são exclusivas da realidade de todas as mulheres. Desta forma, em toda a discussão deste estudo torna-se evidente uma posição crítica sobre a confusão que se faz entre as mulheres e as mães, como se ambas fossem a mesma coisa, naturalmente indissociáveis.

No Brasil, começou-se a pensar em “saúde da mulher” no final da década de 1970, a partir de políticas públicas de saúde voltadas para o acompanhamento das gestantes, tendo como maior preocupação o desenvolvimento saudável do feto. Consoante a esta época, as mulheres garantiam novas condições para a sua vida. Com o surgimento dos anticoncepcionais, na década de 1960, ocorreram algumas modificações contextuais que influenciaram no planejamento e elaboração das políticas de saúde, com uma mudança na consideração das prioridades. A década de 1980 foi a época de emergência da Aids e de transformações no padrão de procriação, devido ao uso generalizado de métodos contraceptivos. Desta forma, a preocupação de base deixou de ser os aspectos reprodutivos, envolvendo a concepção, a gestação e o parto, para aspectos da sexualidade e dos efeitos da contracepção na saúde da mulher.

Em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por meio das reivindicações dos movimentos feministas, unidos ao movimento sanitário. Diante deste, redefiniu-se a agenda relativa à saúde da mulher, que passou a não ser somente considerada pela perspectiva tradicional materno-infantil e nem se manteve reduzida a noções essencialistas de saúde, doença e reprodução. Buscou-se, de forma inédita no Brasil, pela integralidade e equidade da atenção à saúde da mulher, garantindo a assistência em todas as fases de sua vida, de

acordo com as características apresentadas em cada uma delas, assegurando o bem-estar e a cidadania.

Com o PAISM, a preocupação com a saúde da população feminina passou a abranger ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Foram oferecidos atendimentos à população de adolescentes, mulheres adultas e da terceira idade. Prestava-se atenção na clínica ginecológica; ao pré-natal, parto e puerpério; ao climatério; às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; às mulheres com problemas de saúde relacionados ao trabalho; às neoplasias (de mama e colo de útero); às DST, ao planejamento familiar, entre outras necessidades desse perfil populacional.

No final da década de 1990, a questão da violência e das doenças cardiovasculares, que até então eram consideradas exclusivas dos homens, mostraram a complexidade da saúde da população feminina. Novos problemas relativos à saúde da mulher foram sendo considerados e ao mesmo tempo foi-se fazendo cada vez mais necessário o princípio da intersetorialidade para o acompanhamento e tratamento dessas questões.

Na década de 2000, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que veio consolidar os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), respeitando as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No período de 2004 a 2007, o Ministério da Saúde a partir da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), elaborou o Plano Plurianual para o Governo Federal, que estabeleceu a importância de se desenvolver políticas públicas de saúde para a mulher de forma integrada nos diversos níveis do sistema. Visava-se a ampliação do acesso e a melhoria na qualidade das ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em toda a saúde pública do país.

De programa para política pública de Estado, pretendia-se que as ações relativas à saúde da mulher avançassem, devido ao maior planejamento e conseqüente melhoria nos resultados da execução, a partir de orçamentos garantidos e viáveis.

As políticas públicas estão relacionadas às diversas funções que o Estado assume para garantir a justiça social e, portanto, a diminuição das desigualdades sociais. O campo das políticas públicas é complexo devido à inter-relação entre as áreas técnico-administrativa e política. A dimensão política está relacionada ao processo decisório a que o Estado está submetido. Isso significa que é o Estado quem define em qual área social vai atuar, de que forma, quando e por qual razão. Junto a isso há as reivindicações de diversos grupos, com variadas expectativas sociais. Cabe ao Estado intermediar e negociar os diferentes interesses, de maneira a priorizar as maiores necessidades e as viabilidades, de acordo com a ideia de justiça social. Assim, a escolha feita e a decisão tomada pelo Estado será representativa dos interesses de um grande número de pessoas e, uma vez consolidada, representará uma conquista de direitos e garantias defendidos pela sociedade. Uma definição interessante sobre políticas públicas, segundo Marin Filho (2005)¹,

As políticas públicas devem ser a expressão pura e genuína do interesse geral da sociedade, o que, num processo legítimo, pressupõe seja a demanda social auscultada em instâncias democráticas, enfrentada de forma realística pela instituição formuladora e solucionada à luz do possível consenso entre os atores sociais a partir de eficaz fluxo de informações.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, a Constituição Cidadã, em seu artigo 196, tem-se a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Alguns anos depois, com a PNAISM, pretende-se que a saúde da mulher tenha suas demandas mais efetivamente atendidas. Desta forma, a PNAISM mantém as questões relativas à saúde da mulher presentes no PAISM, e deve incluir outras demandas, desconsideradas anteriormente.

Dentre os objetivos específicos da PNAISM está a ampliação das ações a grupos da população feminina historicamente preterida nas políticas públicas, como as mulheres com transtornos mentais e deficientes, as mulheres negras e indígenas, as trabalhadoras rurais, as presidiárias, entre outras. Os planos de ação envolvem variadas áreas do Ministério da Saúde, que têm interface com a saúde da mulher, como as áreas de Saúde Mental, Saúde da Criança, Atenção Básica, Direitos Humanos e Educação em

¹ Material de apoio à disciplina ministrada pelo Prof. Carlos José Marins Filho, em 27/10/2005, na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Angelo.

Saúde. Também tem por objetivo promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada.

Um objetivo da PNAISM que merece destaque em virtude da temática desta pesquisa envolve as áreas da saúde da mulher e da saúde mental. Pretende-se implantar um Modelo de Atenção à Saúde Mental de Mulheres sob o Enfoque de Gênero. Busca-se realizar ações como ampliar as pesquisas e as informações referentes às mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS, assim como qualificar a atenção à saúde mental das mulheres. Além disso, implantar, nos municípios e estados, programas e projetos sobre gênero e saúde mental.

O artigo “Saúde Mental da Mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa” de Rennó Jr et al. (2005), fez um levantamento sobre como ocorre o atendimento em saúde mental de mulheres, no setor de saúde pública, numa perspectiva de integração da saúde mental com a ginecologia, pondo em discussão as poucas iniciativas existentes, seus pontos positivos e as dificuldades vividas.

O artigo primeiramente ressalta que a partir do PAISM, a saúde reprodutiva foi considerada de uma forma mais ampla, com dados epidemiológicos sólidos, focando principalmente na saúde física e mental das mulheres, desde o período da adolescência até a terceira idade. Apesar desse grande avanço, com a abrangência no entendimento das necessidades na área da saúde da mulher, observa-se que devido à diversidade das condições da população brasileira, fica limitada à prática da equidade e da integração na assistência à saúde da mulher. Valoriza-se a necessidade de preparar melhor os profissionais neste campo multidisciplinar, bem como estimular a vontade política e a organização descentralizada do sistema de saúde para alcançar melhores resultados. Também identifica a importância de investir em pesquisas, ampliando os temas, para além das campanhas de doenças sexualmente transmissíveis e de prevenção do câncer de mama e do colo do útero.

O artigo sinaliza alguns centros de excelência no atendimento à mulher nas suas diversas fases reprodutivas, tendo em vista medidas preventivas e a preocupação em aproximar-se progressivamente do campo da saúde mental. Embora esses centros funcionem de forma original verificam-se dificuldades a serem superadas como a falta

de financiamento, a baixa produtividade em pesquisas e o treinamento inadequado dos profissionais.

Dentre os centros especializados de apoio à saúde da mulher citados, interessa à presente pesquisa o Projeto Pró-Mulher, voltado para a atenção à saúde mental da mulher. Este foi fundado em 1993, pelo psiquiatra Dr. Claudio Soares, dentro do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O serviço é realizado por uma equipe multiprofissional, que atende as mulheres que sofrem de transtornos mentais relacionados ao ciclo reprodutivo, como os transtornos disfóricos pré-menstruais, os transtornos de humor e ansiedade pré-natal e pós-natal e os transtornos relacionados à menopausa.

Outro serviço que atende as mulheres com transtornos psiquiátricos relativos às fases reprodutivas, dentre eles os transtornos relacionados à gravidez e ao puerpério, está na Universidade Federal de Minas Gerais, no Serviço Psiquiátrico do Hospital de Clínicas, também com uma equipe multidisciplinar.

Diante do enfoque de gênero, esta pesquisa trata da maternidade. Cabe aqui uma breve definição do conceito de gênero em consonância à PNAISM.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989 apud BRASIL, 2007e).

Gênero é uma categoria relacional, construída socialmente para responder à necessidade de diferenciar a questão anatômica dos sexos de suas manifestações sociais, como os atributos, crenças, papéis e comportamentos que traduzem o ser homem e o ser mulher, estando tudo isso demarcado pelas relações de poder vigentes na sociedade.

A discussão desta pesquisa deverá ocorrer na especificidade da saúde mental de mulheres, considerando a experiência de tornar-se mãe. Há diversos aspectos subjetivos que enlaçam a mulher nesse período, e estes não a levam necessariamente a uma

experiência agradável e podem desencadear sofrimentos psíquicos que padecem de cuidados especiais. Tal fato contraria a expectativa cultural enraizada em nossa sociedade de que o período da gestação e do puerpério são mágicos e muito esperados pelas mulheres.

Vale ressaltar que durante uma gravidez dita “normal” são evidenciadas alterações orgânicas e psíquicas muito frequentemente. As transformações na vida de uma mulher a partir de uma gravidez e do nascimento de um filho são muito significativas, deixando-as num estado de extrema vulnerabilidade. Sentimentos como medo, raiva, insegurança, ansiedade, tristeza, são comuns nesse período. Mas há casos em que a intensidade e a frequência do mal-estar podem desencadear crises mais severas, quadros psicopatológicos, como crises de angústia, depressão ou psicose puerperal.

Nas situações mais intensas, a paciente pode chegar a quadros *paranóides francos* com pseudo-alucinações, ou ainda a profundos *estados esquizóides*, marcando ambos o início da psicose puerperal, com a impossibilidade de se aproximar do bebê e recusa a atendê-lo. (SOIFER, 1980, p.67, grifo do autor).

De acordo com o “Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental do SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção” do Ministério da Saúde, a população feminina encontra-se numa situação de desigualdade na sociedade brasileira, e relata:

As mulheres têm menores salários, concentram-se em profissões mais desvalorizadas, têm pouco acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência doméstica, física, sexual e emocional e vivem dupla e tripla jornada de trabalho. Esta desigualdade cresce ainda mais, a depender da classe social, da raça, da idade e da orientação sexual da mulher. (BRASIL, 2007a, p. 48)

Ainda neste relatório, há uma clara preocupação com o aumento das internações de mulheres por transtornos mentais, com frequência os transtornos de humor, e cada vez mais os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério. Em 2004, a Coordenação de Saúde Mental passou a participar das reuniões da Área Técnica de Saúde da Mulher, que apresentava como uma de suas pautas os transtornos mentais associados ao puerpério. Tais fatos sinalizam a necessidade e a preocupação em elaborar diretrizes de atenção à saúde mental de mulheres. “As questões de gênero,

somadas às condições socioeconômicas e culturais, são determinantes da saúde mental das mulheres (...)” (BRASIL, 2007a, p.48)

O grupo de mulheres está sujeito a muitos fatores de risco próprios das relações de gênero, e por isso é fundamental que haja ações de atenção à saúde para este grupo. É preciso compreender as relações de gênero implicadas para traçar programas mais resolutivos e eficazes às necessidades das mulheres.

Em consonância com essa ideia do Ministério da Saúde, Martins (2010) em seu artigo “Um Sistema Instável: as teorias ginecológicas sobre o corpo feminino e a clínica psiquiátrica entre os séculos XIX e XX”, destaca que as categorias de gênero, raça e classe social estiveram fortemente atreladas ao discurso médico oitocentista, como condições determinantes dos quadros patológicos, ou seja, caracterizando uma tipologia dos doentes mentais. Appignanesi (2011, p.57) corrobora essa assertiva, “O fim do século XIX pode ter emoldurado a mulher como mais fraca, frágil por sua constituição, e, assim, mais suscetível à loucura.”

A psiquiatria foi reconhecida e institucionalizada no final do século XIX, e sofreu a influência política e cultural da época, do determinismo naturalista, sendo o gênero uma categoria central na formulação teórica e prática desse campo. Devido a isso, muitos de seus estudos e contribuições à ciência ocorreram em parceria com outra especialidade médica, a ginecologia, uma vez que ambas consideravam a natureza sexual das mulheres e que esta seria a origem da loucura feminina, do ‘sexo nervoso’.

De fato, durante a última metade do século XIX, o sistema reprodutivo da mulher pareceu desenvolver uma ligação íntima com seus nervos fracos e instáveis. As regras – o impacto da menstruação no corpo da mulher -, o parto e a menopausa sempre desempenharam um papel na avaliação da saúde mental, mas só a partir dos anos 1860 essas características especificamente sexuais assumem um lugar público bastante proeminente na interpretação dos sintomas ‘nervosos’ que a mulher poderia apresentar. (APPIGNANESI, 2011, p. 114 e 115)

Portanto, com o desenvolvimento das cirurgias ginecológicas, a psiquiatria veio a utilizá-las como opção de tratamento para as doenças mentais nas mulheres. O artigo acima citado faz uma retomada histórica sobre essa ligação entre a psiquiatria e a ginecologia, evidenciando que o mistério referente às mulheres há muito inquieta a

ciência, mas ressalta a dominação masculina, os abusos e os preconceitos estabelecidos, que contribuiriam para deixar as mulheres fora de cena.

Na Grã Bretanha, ao longo do século XIX, os médicos,

(...) gostavam de vincular a origem dos sintomas mentais ao sistema reprodutivo das mulheres. Eles não perderam tempo em estigmatizar todas as mulheres como ‘mais vulneráveis à insanidade que os homens porque seus sistemas reprodutivos interferem em seu controle sexual, emocional e racional.’ (APPIGNANESI, 2011, p. 90)

Felizmente a ciência e a sociedade avançaram com o passar do tempo e criaram-se novos entendimentos acerca dos transtornos mentais e tratamentos mais humanizados.

A Reforma Psiquiátrica, iniciada no Brasil a partir da década de 1990, século XX, no bojo da Reforma Sanitária, estabeleceu novas formas de assistência aos portadores de transtorno mental, com leis e diretrizes que redireciona o modelo hospitalocêntrico, para a assistência numa rede ampliada de serviços de saúde nas comunidades. Ocorre o estabelecimento de uma rede de cuidado territorial, que prioriza os atendimentos na atenção básica, ou primária. Isso significa que dentre as ações esperadas pela Atenção Básica estão às ações de prevenção e promoção da saúde mental.

O Programa Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, por meio de ações comunitárias, desenvolvendo serviços que atendam aos objetivos da integralidade do processo saúde e doença, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e aos princípios da Política de Saúde Mental, que norteia a Reforma Psiquiátrica. Os atendimentos, porém, na atenção básica na área de saúde mental ainda são incipientes e pouco qualificados.

Uma pesquisa de Nunes, Jucá e Valentim (2007), intitulada “Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária” mostrou um estudo etnográfico em quatro equipes de saúde da família, a partir da narrativa dos trabalhadores de saúde. Deste estudo observou-se que o Programa Saúde da Família (PSF), mais recentemente

chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), não tem um trabalho específico com a saúde mental, ou seja, há uma ausência de recursos técnicos e teóricos para lidar com a saúde mental, não há uma estratégia para lidar com esses casos e nem ações de promoção, comunicação e educação em saúde na sociedade. As equipes do PSF estudadas mostraram que a não inclusão da saúde mental tem como causas: o desconhecimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica; a falta de capacitação dos profissionais envolvidos; a falta de prioridade aos problemas de saúde mental; pouca estrutura para atendimentos desses casos, por exemplo, a falta de medicação; a inexistência de uma rede eficiente e integrada de saúde mental com as ESF.

1.2. A REDE DE SAÚDE MENTAL – VALORIZANDO A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Baseado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e na necessidade de modificações na qualidade e na maior efetividade do atendimento prestado aos portadores de transtorno mental, o Ministério da Saúde vem propondo novos modelos de assistência em saúde mental que sejam eficientes em qualquer dos níveis de atenção. Para isso preconiza a construção de uma rede articulada de serviços da atenção primária, secundária e terciária. Na realidade a área da saúde mental raramente se utiliza da atenção terciária, ficando mais restrita à atenção primária e secundária, porém tem uma especificidade que é de fundamental importância ser retomada.

O atendimento à saúde mental deve ser intersetorial, isto é, precisa trabalhar em parceria com outros setores, como educação, segurança pública, assistência social, sociedade civil, entre outros. Utiliza-se da tecnologia de cuidado, ou seja, tem como prioridade o estabelecimento e manutenção de vínculos entre os pacientes, suas redes sociais e os serviços de saúde, junto a uma abordagem psicossocial, multidisciplinar e mais próxima dos familiares, contando com o apoio e participação dos mesmos. Vale ressaltar uma mudança de paradigma, deixando de superestimar a abordagem única dos atendimentos médicos, dos psicofármacos e das hospitalizações. A internação, inclusive, deve ser utilizado somente como último recurso para o tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Recentemente a atuação do Ministério da Saúde vem reforçando e articulando melhor a Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica) para incluir as questões de saúde mental, levando em consideração o sofrimento mental e diretamente influenciando no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Há muito que ser feito para mudar o olhar dos profissionais e da população sobre essa nova concepção e estratégia em saúde. Ampliar o entendimento e o olhar sobre a saúde mental na Atenção Primária para trabalhar no sentido da prevenção e promoção de saúde mental.

A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização de sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral a Saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. (BRASIL, 2007c, p. 11)

Para isso é bem importante compreender o conceito de “Sofrimento Mental Comum”, sabendo que são graduações menores ou iniciais de sofrimento comparados ao sofrimento dos “transtornos mentais graves e persistentes” e ao sofrimento verificado pelo “uso prejudicial de álcool e outras drogas”.

É importante também lembrar que pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, as mudanças devem ocorrer não somente quanto à dimensão técnico-assistencial, mas também visando uma mudança na dimensão sociocultural. O mesmo deve acontecer para a transformação da assistência à saúde mental na atenção básica do SUS.

A pessoa que sofre tem diferentes manifestações: tristeza, desânimo, cansaço, raiva, ansiedade, solidão, angústia, nervosismo, perda ou aumento do apetite, retraimento, dor, choro fácil, irritação. Isso indica o “sofrimento mental comum”.

Garcia (2012) destaca que a Epidemiologia para o Sofrimento Mental Comum é de 25% da população adulta e 53% das pessoas vão a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). (informação verbal)²

² Informação fornecida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, representada por Leon de Souza Lobo Garcia, no I Encontro de Saúde Mental do Paraná ocorrido em Julho de 2012.

Isso significa que é muito comum que a população adulta procure a atenção primária devido a um sofrimento mental comum. Além disso, discute-se que o sofrimento mental comum é fator agravante direto e indireto na evolução de doenças frequentes na Atenção Primária. Assim, o sofrimento mental comum pode levar os sujeitos a incapacidades. E para cuidar do sofrimento e da incapacidade gerada é preciso conhecer o contexto de vida da pessoa.

Cada pessoa possui diferentes dimensões de existência, como, social, trabalho, família, presente/passado/futuro, espiritualidade, corpo, saúde/doença, relacionamento interpessoal, relacionamento consigo mesmo, corpo/mente, cultura, política, hábitos, memórias, experiências no mundo, atitudes, etc. Estas são arrançadas de diferentes formas, fazendo cada pessoa diferente uma da outra por suas diferentes escolhas.

A partir dessa ideia tem-se como bastante difícil o entendimento das experiências humanas na vida, sendo essencial um cuidado quanto ao julgamento do que é normal e patológico e é importante considerar que há uma diversidade de fatores de risco relacionados ao sofrimento mental comum e aos transtornos mentais, e que estes interagem de maneira muito complexa. Para pensar em medidas de promoção à saúde mental e prevenção à crise mental ou à cronificação dos transtornos mentais graves é preciso levar em conta essa complexidade.

Ter saúde mental envolve algumas capacidades dos sujeitos como, conseguir estar bem consigo mesmo e com os outros, perceber e valorizar o seu potencial, relacionar-se bem, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções, boas e desagradáveis, que a vida proporciona, estar em equilíbrio e produtivo, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Existem algumas diferenças entre promoção de saúde e prevenção de doenças, no entanto ambas tem a sua importância no campo da Atenção Primária em Saúde. Promover saúde significa trabalhar com aspectos da saúde em geral, buscando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, trazendo mais saúde e bem-estar geral para a coletividade. Define-se a partir de uma concepção centrada na saúde e não mais na doença, portanto positivando a saúde. São exemplos de medidas de promoção à saúde: promoção da alimentação saudável e da atividade física, educação em todos os níveis, moradias e estruturas sociais adequadas, condições dignas de trabalho e lazer, etc. Outro aspecto interessante é que a promoção em saúde não é exclusividade do setor saúde, mas demanda a participação de outros setores e principalmente a coparticipação e

corresponsabilização dos sujeitos. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos a saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver. (BRASIL, 2007c, p. 11)

Prevenção é uma ação de antecipação, com o objetivo de evitar o progresso de uma doença. As ações preventivas são intervenções orientadas para impedir o surgimento de determinadas doenças, reduzindo a incidência e a prevalência nas populações. “A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la.” (BUSS, 2003 apud BRASIL, 2007c, p.14)

É relevante pensar em medidas preventivas e de promoção à saúde mental de mulheres que se encontram na gestação, no parto e no puerpério. Os distúrbios mentais desencadeados nessa etapa de vida das mulheres muitas vezes tornam-se crises persistentes em suas histórias. Isso pode acontecer por variados fatores, sejam devidos a algumas mulheres não darem continuidade ao tratamento proposto, ou até mesmo por falhas no sistema de saúde que utilizaram, assim como por outros motivos.

As ações preventivas tem por fim eliminar elos da cadeia patogênica, ou no ambiente físico ou social ou no meio interno dos seres vivos afetados ou susceptíveis. Os meios a serem empregados na profilaxia ou na prevenção poderão ser aplicados em vários períodos que constituem a história natural da doença. Em outras palavras, podem servir para impedir que o estímulo desencadeante atinja o organismo ou, ainda, para modificar-lhe as consequências. (ROUQUAYROL, 1988 apud BRASIL, 2007c, p.158)

As medidas de promoção de saúde e prevenção a doenças aumentam a qualidade de vida das pessoas e juntamente contribui para a redução dos custos nos sistemas de saúde.

1.3. PROGRAMAS DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

No Programa Mãe Curitibana desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Curitiba desde 1999, são verificadas as diretrizes de atenção à saúde da mulher, oferecendo assistência às gestantes e aos recém-nascidos. Há uma articulação entre as unidades de saúde, os serviços de referência e as maternidades vinculadas, buscando um desenvolvimento saudável da gestação a partir de pré-natais, com especificidade para Gestações de Alto Risco, bem como a preocupação com um parto humanizado e um pós-parto quase sem riscos. Este foi um trabalho pioneiro no Brasil, que vem sendo incorporado em outras regiões do país.

Após 10 anos do Programa Mãe Curitibana, em 2009, foi criada a estratégia do Pai Presente no Pré-Natal pela Secretaria de Saúde de Curitiba com o objetivo de fortalecer o vínculo do futuro pai com a mulher e a gestação, e de cuidar da saúde masculina. É estimulada uma participação mais ativa do homem no processo de gestação, seja na forma de oficinas educativas (rodas de conversa com profissionais de saúde), visita à maternidade marcada para o parto, acompanhamento do parto, exames e vacinas. Ambos, futuros pais, devem ser orientados e preparados para as mudanças causadas pela gravidez e pela chegada do bebê.

Em Março de 2011, pela Portaria n.1459, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Estratégia Rede Cegonha que é operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios de humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm assegurados direitos para ampliar o acesso e a qualidade do pré-natal, a realização de partos seguros e inclui garantia de transporte, acompanhantes e locais específicos e adequados de atendimento hospitalar, a atenção eficiente a crianças de 0 a 2 anos e o acesso ao planejamento reprodutivo. Apresenta uma rede de atenção que deve garantir acesso, acolhimento e resolutividade e propõe a redução da mortalidade materna e neonatal.

Recentemente no Estado do Paraná foi lançado o Programa Mãe Paranaense, em Maio de 2012, que apresenta objetivos comuns aos dois programas citados há pouco. Cada gestante deve possuir uma caderneta com seu nome e local de atendimento, possibilitando um maior controle por parte das unidades de saúde e monitoramento das

ações de pré-natal e do acompanhamento da criança. Busca-se uma padronização do atendimento dos municípios e indicação para quais hospitais as gestantes deverão ser direcionadas, de acordo com a estratificação de risco.

Quanto à saúde mental, na versão de 2005 do protocolo do Programa Mãe Curitibana, consta que uma das especificações de gestação de alto risco é devido a suspeita ou diagnóstico de transtorno mental. “Psicoses, depressão grave, dependência química, epilepsia, uso de drogas em período periconcepcional.” (CURITIBA, 2005, p.22) Nesses casos, a equipe da unidade de saúde encaminha a mulher para avaliação e acompanhamento nos serviços de referência em saúde mental. Também se preconiza que as mulheres portadoras de transtorno mental sejam encaminhadas e aconselhadas pelo Programa de Planejamento Familiar. Desta forma, terá informações sobre o uso ou não de determinadas medicações na gestação, sobre o padrão genético dos transtornos mentais e sobre o alto risco de reagudização do quadro psiquiátrico na gravidez e no puerpério.

As políticas de Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, na Divisão de Promoção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, também enfatizam que as doenças psiquiátricas são aspectos causais de Gestação de Alto Risco, podendo colocar a mãe e/ou o bebê em risco.

Existe também a classificação de Crianças de Risco e dentre elas estão as que têm mãe, pai ou outro cuidador com problemas psiquiátricos ou portadores de deficiência, ou dependentes de álcool e outras drogas, impossibilitando o cuidado com a criança.

Diante do estreitamento entre a questão de gênero e a saúde mental, é muito importante discutir no campo da saúde mental sobre a gestação, o parto e o puerpério, ou melhor, sobre o sentido da maternidade na vida das mulheres.

É um fato bastante antigo a existência de uma assimetria entre homens e mulheres, seja pela posição social, política e financeira que diferentemente sempre ocuparam, seja pelos papéis atribuídos pela sociedade, esta patriarcal durante muitos séculos. Desde que a mulher passou a ser pensada, valorizada em alguma função, foi pela via da maternidade. Embora na atualidade, no século XXI, as mulheres estejam prestigiadas por uma diversificação de suas funções sociais, conquistando espaços e novas formas de obter satisfação e realização, o primeiro papel que lhe foi atribuído, e

que lhe deu um lugar de valor, assim como manteve a dominação masculina, ainda se encontra presente no imaginário da sociedade. “Os valores de uma sociedade são por vezes tão imperiosos que têm um peso incalculável sobre os nossos desejos.” (BADINTER, 2011, p. 10)

Isso significa que apesar das mudanças referentes a uma libertação das mulheres, a maternidade colocou-se e mantém-se como um imperativo para elas, uma vez que nunca se deixou de confundir a mulher e a mãe. Sem dúvida isso traz conseqüências para a vida psíquica e social dessas mulheres, que muitas vezes se encontram em conflitos diante das variadas aspirações de vida.

O que nos diferencia dos séculos precedentes não é tanto nossa maior liberdade de ser ou não mãe, mas uma abordagem diferente do destino feminino. Este se confunde cada vez menos com a maternidade, porque outras vias são possíveis e desejáveis. Algumas mulheres o sabem desde o início, outras o percebem ao longo da vida, outras, finalmente, se sentirão incapazes de explicar sua não escolha. (BADINTER, 2011, p.152)

Uma crítica feita pelas feministas e ativistas dos direitos sexuais sobre esses programas, principalmente no que se refere a mais recente estratégia do Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha, traz à tona uma reflexão importante. Essa série de medidas para a saúde materno-infantil, visando principalmente diminuir a taxa de mortalidade materna no país, é sem dúvida louvável e necessária, porém ao mesmo tempo reduz a mulher à mãe. Não há, por exemplo, qualquer ênfase para o atendimento de mulheres que não são mães. A crítica se faz importante, portanto, para garantir que se mantenha a política integral para a mulher, sem reduzi-la nas condições maternais. Assim, a Estratégia Rede Cegonha deve ser parte de um programa maior, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi lançado na década de 1980 e inaugurou, no Brasil, a assistência em todas as fases da vida da mulher, pelo princípio da integralidade.

Em contrapartida é basilar pensar sobre a mortalidade materna uma vez que os dados brasileiros ainda são inconsistentes, pois há falhas no sistema de informação. Foi proposto pelo Ministério da Saúde a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Como ações estratégicas tem-se a implantação de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, estadual, regional, municipal e

hospitalar, para um registro mais apurado dos óbitos maternos, além da implementação da notificação compulsória do óbito materno.

Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é Saúde da Mulher. Os comitês, portanto, exercem um importante papel de controle social. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes. (BRASIL, 2007d, p.7)

Uma notícia publicada no site da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR)³, informou que no período de Janeiro de 2011 a Setembro de 2011 houve uma queda de 36% nos números de morte materna por complicações na gestação, no parto ou no puerpério, em comparação com o ano anterior. A redução no Paraná foi maior do que a média nacional que é de 21%.

Entretanto é preciso ter cautela ao analisar os dados de morte materna, uma vez que nos anos de 2009 e 2010 houve no Brasil a epidemia da gripe A (H1N1), levando a um grande salto nos dados epidemiológicos de morte materna nessa época. Se essa queda em 2011 nos números de morte materna está associada à Gripe A (H1N1), que tem sido prevenida e tratada pelos serviços de saúde, essa realidade na redução de mortes maternas pode não ser tão fidedigna.

Segundo dados do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SESA-PR (2012) a razão de mortalidade materna no Paraná em 2008 foi de 57,57; em 2009, com o surto da gripe A (H1N1), foi de 74,4; em 2010, 61,83 e em 2011, 43,9.

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. (BRASIL, 2007d, p.5)

³ Os dados foram divulgados pelo Ministério da Saúde durante videoconferência realizada com as secretarias estaduais e municipais de saúde realizada no dia 28 de Maio de 2012. <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=2382>

Morte Materna é um conceito que traduz o número de mortes de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração e da localização da gravidez. Podem ocorrer por causas obstétricas diretas ou indiretas. As mortes maternas por causas acidentais ou incidentais não são consideradas nos cálculos da razão, pois são causas externas. Assim como também os óbitos no puerpério tardio (que ocorreram no período de 43 dias até um ano após o parto) não são considerados como óbitos maternos.

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil do setor de Epidemiologia da SESA-PR forneceu os dados referentes aos números de morte materna do ano de 2010 e 2011 para a análise nesta pesquisa, e junto forneceu dois relatórios sobre “Homicídios e Suicídios em Grávidas e Puérperas no Paraná” nesse mesmo período.

Em 2010 foram registrados e analisados no Paraná 94 casos de morte materna por causa obstétrica, mais 7 casos de óbitos maternos no puerpério tardio e 25 casos de óbitos de mulheres grávidas e puérperas por causas externas. Desses 25 casos, 15 foram por homicídios e 10 foram por suicídios. O que significa dizer que dos 126 casos registrados no Estado do Paraná de mulheres que morreram no período de gestação, parto e puerpério (imediate ou tardio), 10 casos foram provocados por autoagressões, dando uma porcentagem de 7,93%. Considerando somente o número de mortes de grávidas e puérperas por violência (causas externas), a porcentagem de suicídio é de 40%. Dos suicídios cometidos, 1 foi no período da gravidez, sendo uma mulher de 18 anos, por meio da ingestão de medicamentos; 1 ocorreu no puerpério imediato (até 42 dias após o parto), sendo uma mulher de 36 anos, por meio de arma de fogo; 8 casos ocorreram no puerpério tardio, sendo mulheres entre 16 e 29 anos, por variadas formas de autoagressão, como disparo por arma de fogo, enforcamento, ingestão de veneno ou medicamentos ou por precipitação de lugar elevado.

Em 2011, a partir dos dados que foram registrados e analisados até Agosto de 2012 (ainda não foram investigados todos os óbitos), encontraram-se 75 óbitos maternos por causas obstétricas, mais 21 casos de óbitos de mulheres grávidas e puérperas por causas externas, de violência, como homicídios e suicídios. Dos óbitos já analisados, dos 96 casos de mulheres que morreram em 2011 no período de gestação e

puerpério, 7 casos foram de suicídios, ou seja, uma porcentagem de 7,29%. Entretanto, examinando somente as mortes por causas de violência, dos 21 casos, a porcentagem é de 33,33% para autoagressões. Na gestação foram registrados 2 casos de suicídio, um por enforcamento (16 anos) e outro por lesão provocada intencionalmente por fumaça, pelo fogo e por chamas (21 anos). No puerpério imediato houve registro de 2 casos de óbito por complicações advindas de transtornos mentais prévios em mulheres com 21 e 28 anos de idade. No puerpério tardio houve a ocorrência de 3 casos de suicídio, 1 por disparo de arma de fogo, com 20 anos de idade e 2 por enforcamento, ambas com 36 anos de idade.

Diante desses dados fica a questão de como seria relevante que os comitês de morte materna estendessem as suas análises para além do que é categorizado como óbitos maternos, uma vez que a incidência de óbitos por violência (causas externas, acidentais ou incidentais), tem se mostrado muito alta e por isso medidas de prevenção fazem-se urgentes. Isso sem falar nos casos que não são registrados, portanto não são passíveis de serem considerados ao olhar da sociedade e das políticas públicas, como os de mulheres que desencadearam um sofrimento mental importante no período da gestação, parto e puerpério, colocando em risco a sua própria saúde e a de seus bebês.

Mesmo que algumas histórias não finalizem por mortes, as perdas e rupturas que podem acontecer a partir de casos assim são também muitas vezes irreparáveis. Para esta pesquisa também não foram levantados os casos de mortes infantis ligadas ao sofrimento mental das mães. Por isso é importante revelar que enquanto essas infelizes ocorrências continuarem a serem lidas como categorias externas, continuarão fora dos protocolos de atendimento e desta forma não serão acopladas às políticas públicas, mantendo muitas mulheres e crianças à mercê dessas desgraças.

Refletindo sobre as crises psíquicas desencadeadas no período da gestação, parto e puerpério é preciso valorizar as questões de saúde mental, por meio de iniciativas que melhorem a qualidade e o acesso do atendimento a essas mulheres. Esta pesquisa almeja servir de contribuição para a construção de políticas públicas de prevenção à saúde mental de mulheres, mesmo que esse conceito “prevenção à saúde mental” pareça impossível. É importante pensar também no sentido da promoção à saúde.

A ideia é considerar como prevenção a iniciativa e o olhar apurado para as manifestações e emoções demonstradas por algumas mulheres quando engravidam e precisam nascer como mães, dando possibilidade para as palavras circularem e quem sabe propiciar novos encaminhamentos, com intervenção precoce e com menor sofrimento psíquico. Promoção de saúde possibilitando que as mulheres assumam seus desejos e façam suas escolhas sem a necessidade de corresponder ao imaginário social velado, de que é preciso ser mãe ou a mãe perfeita.

1.4. O MITO DA MÃE SOBRE A MULHER

Elisabeth Badinter, filósofa e psicanalista francesa, desenvolveu uma pesquisa bastante polêmica, inclusive para os tempos atuais, que resultou no livro “Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno” (1985). Neste, afirmou que o amor materno não é inato às mulheres, e não se trata de um instinto feminino.

Por meio de um estudo histórico, de diferentes épocas, a autora argumentou contra o determinismo, considerando que o amor materno não é um sentimento inerente à condição de mulher, e sim ‘adicional’, um sentimento que pode vir a se desenvolver. Desta forma, concluiu que muitas mulheres não apresentam espontaneamente o desejo de serem mães. Ressaltou que em diferentes momentos da história, por exemplo no século XVII, as mulheres não apresentavam forte ligação com a sua prole.

Apesar dos ideais emancipatórios do Século das Luzes, nos quais se valorizava a igualdade, a fraternidade e a liberdade, o que se observou historicamente foi uma grande contradição, pois se manteve o modelo naturalista de organização política e social, ou seja, as relações de poder e de domínio masculino da época. Isso significa que para o grupo de mulheres a sua participação na esfera pública continuava excluída. Porém, em contrapartida, foi a partir do final do século XVIII e início do século XIX, que as mulheres puderam encontrar um lugar de valorização, diante da função da maternidade.

Para este discurso naturalista as mulheres não foram criadas como uma versão defeituosa dos homens, conforme a antiga tradição filosófica sustentara por séculos. Pelo contrário, a natureza criara seres irredutivelmente diferentes dos homens para exercer uma função cujo corpo era dotado de capacidades e órgãos especificamente adequados para tal função, as mamas lactíferas e o útero. (MARTINS, 2010, p.20/21)

Assim, conforme Badinter (1985), a idéia romântica do ‘amor materno’ é produto de uma evolução social, que teve seu apogeu nos séculos XIX e XX. Superou-se a ideia de ‘instinto materno’, pois tal conceituação aproximaria em demasiado o humano do animal, causando desconforto ao orgulho do homem. No entanto, apesar dessa mudança, de instinto para amor, a ideia que prevaleceu foi a de necessidade, ou seja, de que haveria uma conduta materna universal e necessária.

Essa ideia sobre a natureza feminina ganhou força inclusive entre as mulheres, uma vez que estas tiveram a elevação do seu estatuto da mulher enquanto mãe. Progressivamente, as mulheres-mães tiveram a sua imagem modificada, assumindo para além da função biológica, uma função social, tendo como responsabilidade a educação de seus filhos, bem como o desenvolvimento emocional dos mesmos. Ficou engendrado a partir da maternidade, portanto, o que seria o perfil da feminilidade. “As mulheres foram incluídas neste quadro ideológico da normalidade natural e social se cumprissem o que delas era esperado: casar, ser mãe e cuidar do marido e dos filhos.” (MARTINS, 2010, p. 21)

Diante disso, a normalidade da mulher estava em se manter restrita aos ideais domésticos e maternais, estando qualquer outra aspiração refutada, e mais ainda, qualquer manifestação feminina diferente era vista como um desequilíbrio ou desvio patológico.

A sociedade oitocentista foi bastante rígida quanto aos papéis permitidos às mulheres, impondo a elas o politicamente correto como o dever do casamento e da imaculada maternidade. Os médicos e moralistas da época afirmavam que as mulheres estavam mais sujeitas à loucura e isso era evidenciado caso fugissem aos ideais reprodutivos programados.

Ao longo de todo esse período, médicos e cientistas pareciam determinados a tornar a divisão de trabalho existente na classe média um dado universal e transformar o lugar da mulher na esfera doméstica em uma inevitabilidade biológica da qual desvios de qualquer natureza provocariam um colapso, não apenas da mente como também da espécie. As mulheres eram modeladas para o lar e a maternidade, de nervos frágeis, intelectualmente inferiores, segundo o entendimento da época. Afastar-se desse direito de nascença inferior, permitir que as energias fossem drenadas pelo esforço intelectual ou da imaginação levaria ao colapso nervoso ou àquela espaçosa lista de sintomas que, com muita frequência, vinham sob o abrangente

diagnóstico de neurastenia ou de sua vizinha próxima, a histeria. (APPIGNANESI, 2011, p. 115 e 116)

Esse determinismo, a falta de liberdade da mulher em escolher de que forma se realizar, que a coloca escrava da função maternal para alcançar uma felicidade, não traduz o desejo de todas as mulheres e evidencia uma pressão social, velada no mito do amor materno.

É necessário, portanto, colocar em questão que cada mulher possui uma posição particular frente à maternidade, uma vez que sofre influências sociais, psicológicas, históricas e culturais, considerando as diferentes épocas e costumes em que vive. Badinter (1985) refere que o amor materno é como qualquer outro sentimento humano, portanto incerto, frágil, ambivalente e imperfeito.

Para acrescentar à discussão, em outra obra tão polêmica quanto à primeira, porém mais recente e intitulada “O conflito, a mulher e a mãe” (2011), Badinter problematiza uma nova mudança que vem ocorrendo quanto às mulheres e à maternidade.

A autora retoma que desde o final dos anos 1970 as mulheres, com a ajuda dos anticoncepcionais, passam a buscar uma maior liberdade e uma igualdade com o sexo oposto. Aspiram por coisas diferentes, por uma realização pessoal, muitas vezes no caminho inverso da tão programada maternidade. Isso significa que a maternidade,

(...) não é mais o alfa e o ômega da vida feminina. Abre-se para elas uma diversidade de modos de vida que suas mães não conheceram. Pode-se dar prioridade às ambições pessoais, gozar do celibato e de uma vida de casal sem filhos, ou satisfazer o desejo da maternidade, com ou sem atividade profissional. De resto, essa nova liberdade se revelou fonte de uma espécie de contradição. (BADINTER, 2011, p. 9)

Após todas essas mudanças sociais conquistadas, de maior liberdade e direitos, como exemplo conquistas no mercado de trabalho, priorização da realização pessoal, escolha pela reprodução ou não, para uma parcela de mulheres, principalmente as menos valorizadas e remuneradas, considera-se fortemente o retorno ao lar e a priorização novamente da maternidade. Trata-se de uma ‘involução’ diz a autora, no

sentido de “(...) recolocar a maternidade no cerne do destino feminino”. (BADINTER, 2011, p. 9)

A crise econômica mundial, que tem gerado muito desemprego, principalmente para as mulheres, tem influenciado e muito no retorno delas para seus lares. Em alguns países ricos, na Europa, houve um estímulo financeiro para as mães donas de casa, com vistas ao aumento da taxa de natalidade, que nos últimos anos caiu bastante. Recebem, por exemplo, um salário do governo por três anos para se dedicarem aos cuidados dos filhos.

Afinal - diziam - a maternidade é um trabalho como outro qualquer e, frequentemente, com mais valor que qualquer outro, exceto pelo fato de ser estimulado em apenas meio-salário mínimo! O desemprego maciço, que atingiu mais duramente as mulheres do que os homens, teve como consequência trazer a maternidade para o primeiro plano: um valor mais seguro e reconfortante do que um trabalho mal pago que se pode perder da noite para o dia. Isso porque sempre se considera o desemprego do pai mais destruidor que o da mãe, e porque psicopediatras descobriam continuamente novas responsabilidades em relação à criança, que só incumbiam àquela. (BADINTER, 2011, p. 10 e 11)

Juntamente com a questão econômica também se observa o aumento de exigências sociais ao que seria a “boa mãe”, criando um ideal, poder-se-ia dizer, de ‘mãe perfeita’. Ideal esse, difícil de cumprir.

Contradição, mal-estar, angústia é o que muitas mulheres passaram a sentir a partir dessa multiplicação de funções. Dividiram-se entre os dois desejos, ou os vários desejos, ao preço de uma escolha. Escolher é também perder algo sempre. Conciliar maternidade e vida pública é uma tarefa que ficou estafante para as mulheres. É muito trabalho e com frequência pouca remuneração. A divisão de tarefas com os homens na vida doméstica não é uma constante, nem suficiente.

As novas dificuldades que surgiram têm provocado a que algumas mulheres desistam de serem mães ou desistam da vida profissional ou de outra coisa que escolheram. “Diferentemente, porém, do século XVIII, elas têm hoje três possibilidades: aderir, recusar ou negociar, caso privilegiem os interesses pessoais ou a função materna.” (BADINTER, 2011, p. 12)

A partir disso, como ficam essas mulheres que de alguma forma experimentaram de uma liberdade e maior autonomia, e agora retornam para casa?

Diante dessas considerações, poder-se-ia pensar as manifestações sintomáticas que surgem durante a gravidez, no momento do parto e no período puerperal, para algumas mulheres, como respostas inconscientes aos conflitos da mulher, da mãe e da filha?

Não há um jeito único de ser mãe. Cada uma é de um jeito e isso está diretamente relacionado à sua cultura, à sua época, história e pré-história, ou seja, à história com sua mãe, à história da mãe dela com sua mãe, sua avó, e assim por diante.

Na verdade, não existem dois modos de viver a maternidade, mas uma infinidade, o que impede de falar de um instinto baseado no determinismo biológico. Este depende estritamente da história pessoal e cultural de cada mulher. Embora ninguém negue a imbricação entre natureza e cultura, nem a existência dos hormônios da maternagem, a impossibilidade de definir um comportamento materno próprio à espécie humana enfraquece a noção de instinto e, com ela, a de 'natureza' feminina. O meio, as pressões sociais, o itinerário psicológico parecem sempre pesar mais do que a frágil voz de 'nossa mãe natureza'. Podemos lamentar ou nos felicitar, mas a mãe humana não tem senão um vínculo muito distante com sua prima primata. (BADINTER, 2011, p. 70 e 71)

Além disso, cada mulher vai ter que lidar com aspectos inconscientes a respeito da figura materna que internalizou e sobre os diferentes modos de satisfação possíveis, considerando que o registro fálico é apenas um deles. Isso porque também não há um jeito único de ser mulher.

Considerando a intensa vulnerabilidade da mulher diante da maternidade, foi realizada uma pesquisa inédita intitulada "Gestação, Parto e Puerpério – o sofrimento psicótico de algumas mulheres.", de Guedes (2006). O objetivo central era compreender as possíveis relações entre a experiência da gestação, parto e puerpério, e o desencadeamento de um episódio de natureza psicótica.

Guedes (2006) partiu de reflexões acerca de uma instituição psiquiátrica da rede pública de saúde do Estado do Paraná, por meio de atendimentos psicológicos a uma unidade de internação para mulheres adultas, portadoras de transtornos mentais, muitos deles ligados à gestação ou puerpério. A pesquisadora pode observar a freqüente

ocorrência de mulheres que se encontravam bastante desestruturadas psiquicamente, com um histórico recente de gestação, ou mesmo no período puerperal. Da mesma forma, através de acessos a histórias de vida que denunciavam a ocorrência de episódios psicóticos, logo após a experiência da maternidade, sendo este muitas vezes o primeiro surto. Também se mostrou recorrente o discurso de algumas mulheres sobre a reviravolta que tiveram em suas vidas a partir do nascimento de um filho, quando então necessitaram de tratamento psiquiátrico, devido a intensos distúrbios emocionais, bem como o afloramento de um transtorno mental.

Essa pesquisa foi conduzida a partir de atendimentos psicoterapêuticos e análise de prontuários. Foram levantados num período de nove meses todos os internamentos que ocorreram na Unidade Feminina para Transtornos Mentais, que compreendia 30 leitos. Dos 106 internamentos obtidos nesse período, foram identificados 33 casos que tinham alguma relação com os fenômenos da maternidade, ou seja, por volta de 31% da amostra. Nessa pesquisa priorizaram-se os dados quantitativos, isto é, levantar uma estimativa mais concreta sobre a ocorrência de internações psiquiátricas de mulheres devido à gestação, parto e puerpério. Alguns outros dados referentes às condições sociais, conjugais, de saúde prévia, entre outros, também foram discutidos, porém não em profundidade.

Considerando que a educação inicia-se na mais tenra infância, momento de grande contato entre a mãe e o bebê, é relevante refletir sobre as condições e o desejo que permeia a mulher que experencia a maternidade. Se aquela não estiver em condições, ou não tiver uma estrutura que lhe possibilite passar pela gravidez e a maternidade com tranquilidade e equilíbrio mental, seu filho também encontrará dificuldades para um desenvolvimento emocionalmente saudável.

Soifer (1980), Szejer (1997) e Felice (2000) escreveram de forma muito esclarecedora sobre a situação singular e complexa dos períodos de gestação, parto e puerpério vivenciadas pelas mulheres, e em especial caracterizaram diferentes níveis de perturbação psíquica, desde a Síndrome de Tristeza Pós-parto ("Baby Blues"), até a Depressão e Psicose Puerperal. Discutiram os fatores de risco, nos pontos de vista biopsicossociais.

Nas situações extremas, em que a mãe apresenta-se com algum distúrbio mental puerperal, esta não consegue assumir os cuidados maternos essenciais para o desenvolvimento saudável da criança, isso quando não dirige à criança impulsos hostis que a coloca em risco quanto à integridade física e psicológica. A mídia diversas vezes tem mostrado situações dessa natureza, que chocam intensamente e acabam como tragédias de morte ou abandono.

Com o foco na realidade paranaense, verifica-se que as ESF, o Programa Mãe Curitibana e o Programa Mãe Paranaense apesar de contemplarem em seus protocolos, não há uma especificidade e um preparo adequado para o atendimento voltado à saúde mental com enfoque de gênero. De acordo com o que foi exposto vê-se como necessário dar maior visibilidade às questões de saúde mental de mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas com ou sem transtornos mentais prévios.

Desta maneira, fica clara a relevância do tema para o meio científico e a sociedade civil, visto a importância de lançar um olhar para as questões psíquicas envolvidas na experiência da maternidade. Os processos de gestação, parto e puerpério são propícios a perturbações emocionais de diferentes graus. Diante dessa constatação, e da grande ocorrência desse tipo de vivência na população feminina, é muito importante a preocupação com a promoção à saúde mental, a prevenção e a intervenção precoce, a fim de evitar rupturas graves da mulher com a realidade e do laço mãe-bebê.

Para isso nesta pesquisa busca-se na revisão de literatura um estudo sobre a gestação, o parto e o puerpério, numa visão psicanalítica, enfatizando esse momento específico vivenciado pelas mulheres, demonstrando certos aspectos de normalidade e de psicopatologia, enquanto produção de um sofrimento importante, assim como também é feita uma breve explicação sobre a importância da maternidade para a estruturação da feminilidade.

Em seguida desenvolvem-se algumas considerações acerca do termo psicose, numa visão psiquiátrica e psicanalítica, discutindo a diversidade e a imprecisão desse termo utilizado por diferentes ciências. Trazendo as construções de Costa (2010) sobre “sofrimento psíquico grave” ou “sofrimento psíquico do tipo psicótico” e sua visão enriquecida e bastante crítica, por acreditar ser relevante para o desenvolvimento desta pesquisa.

Por último, apresenta-se uma discussão teórico-prática, a partir da análise dos atendimentos psicoterapêuticos/entrevistas realizados com mulheres que estiveram por um período internadas em uma instituição psiquiátrica pública do Estado do Paraná, após uma experiência muito particular frente à maternidade, em que surtaram e tiveram que se ausentar do seu lar para um tratamento emergencial.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DA IMPORTÂNCIA DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO (DO NORMAL AO PATOLÓGICO)

De maneira geral, a gravidez é considerada pela sociedade como um momento privilegiado e de extrema harmonia. Período no qual a mulher experencia um desabrochar, e desta forma a tendência é permear esse momento com idealizações e alegrias, atenuando assim as dificuldades que se fazem presentes como detalhes infelizes que não fazem eco.

No entanto a realidade é outra. A gravidez pode ser um estágio de crise na vida da mulher. É um estágio normal do desenvolvimento da mulher, mas que marca um período de transições, ocorrendo uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Isso pode acarretar à mulher uma série de reações, sentimentos, fantasias e expectativas. É um acontecimento extraordinário, e geralmente a sociedade não o leva em conta como sendo uma experiência, de certa forma violenta, vivida pela mulher.

Experiência que pode ser vivida de forma prazerosa ou dramática, ou cheia de entusiasmo. Dependerá da particularidade de cada mulher, mas é preciso saber ouvi-la, para poder compreendê-la na sua singularidade, entretanto infelizmente esse nem sempre é o foco do social. “A mulher grávida desaparece por trás de seu ventre, suas palavras ficam ocultas e toda a atenção dos homens se dirige ao feto, que é promessa de vida.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 119)

Para além da transformação na vida da mulher, há também uma significativa transformação na vida de toda a família e do meio social imediato, ou seja, marido, filhos, avós, tios, entre outros. Sobre o anúncio da gravidez e as consequências disto, Szejer e Stewart escrevem: “(...) É uma grande notícia para a família, porque esse novo membro que se anuncia altera os lugares, redistribui papéis. (...) Alguns se sentem envolvidos; outros, talvez, ameaçados por essa existência futura (...).” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 111)

Diversos estudos sobre a gravidez mostram que os sinais e sintomas orgânicos vêm acompanhados de particularidades que dizem respeito à vida e a história de cada mulher. Particularidades que nem sempre podem ser explicadas pelo saber médico, pois há diferentes sentidos para os sintomas, colocando em jogo o aspecto simbólico de

eventos orgânicos. “(...) em todos os mecanismos orgânicos presentes na gestação, participa de modo preponderante o psiquismo inconsciente.” (FELICE, 2000, p. 25)

Assim, justifica-se a necessidade de novos esclarecimentos sobre as experiências múltiplas da gravidez, do parto e do ato de ter um bebê, enfatizando que a biologização não consegue trazer explicações suficientes para determinados casos e, portanto, é necessário valorizar os aspectos psíquicos e sociais que singularizam o contexto de cada mulher e de cada gestação experienciada por ela.

Os sentidos dos sintomas que acompanham a gestação e o nascimento só podem ser decodificados dentro do contexto que constitui a história particular de cada mulher. Há uma diversidade de estados e sentimentos que é observada no decorrer das gestações, evidenciando que cada mulher tem a sua forma de vivenciar esse período. Isso porque cada gravidez tem uma história, e é esta que dá o sentido e o lugar para uma criança, que também é única e singular.

É exatamente porque toda gravidez tem uma história, que não existe gravidez ideal. Cada uma delas é mais ou menos fácil de viver. Algumas mulheres vivem um sentimento de plenitude; outras vivem estados de angústia. Essa diversidade de estados e sentimentos também pode ser observada numa mesma mulher ao curso de diferentes gestações e, até numa mesma gravidez, em determinadas situações. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 37)

No contexto particular de fragilidade que envolve a gravidez, os atos, as palavras e os sintomas evidenciam como a mulher está vivenciando essa gravidez, bem como os sentidos que a criança que está se desenvolvendo vem tendo antes mesmo de nascer.

As gestações são permeadas por contradições e ambivalências que têm a ver com a forma com que a mulher desenvolveu inconscientemente a sua feminilidade. As angústias, os sentimentos de culpa, os conflitos e fantasias psicológicas inconscientes que envolvem a feminilidade fazem peso na experiência da maternidade, podendo causar diversos transtornos.

A gravidez aparece assim como um dos momentos nos quais a relação profunda entre a fantasia e a realidade pode ter que enfrentar oscilações remarcáveis em favor de uma ou de outra, criando assim um desequilíbrio no qual o aspecto fantasmático pode prevalecer. A

consequência disso é uma desaceleração do processo adaptativo da realidade, ou o contrário, uma forte limitação das fantasias, feitas de forma defensiva para negar a natural ambivalência presente no processo de gravidez. (COHEN et al., 2011, p. 39 e 40)

As histórias familiares também deixaram suas marcas e nesse período ressurgem na vida do sujeito como obstáculos. São as histórias muitas vezes desconhecidas, que deixaram ‘buracos’, espaços vazios e que, portanto, exercem uma influência significativa, porém, inconsciente. De acordo com Szejer e Stewart (1997, p.38): “‘Buracos’ significa não-ditos, lutos não-feitos, eventos não-formulados e que não foram colocados em palavras que pudessem lhes dar sentido, e permitissem que fossem integrados.”

O ‘desconhecido’ de cada história, os ‘buracos’, reaparecem do passado em momentos especiais da vida de cada ser humano, como por exemplo no evento de uma gravidez e no nascimento de um novo ser na família. Desta forma, muitas vezes o período de uma gravidez pode estar revestida de uma história familiar com feridas não-cicatrizadas e problemas não-resolvidos que se reatualizam, podendo influenciar de forma negativa essa experiência.

O papel e o lugar que cada um ocupa em sua família influenciará na possibilidade do sujeito criar ou não a sua própria família, ou seja, gerar filhos.

Assim, é valorizando a singularidade de cada caso, isto é, a história particular que atravessa cada gravidez, cada mulher e cada família, que é possível então explicitar o desenvolvimento geral da gravidez, bem como o momento do parto e do pós-parto, e as eventuais manifestações particulares que denunciam ou não certo sofrimento. Sem esquecer a influência preponderante do psiquismo inconsciente de cada um.

2.1.1. DA IMPORTÂNCIA DA MATERNIDADE NA ESTRUTURAÇÃO DA FEMINILIDADE

Considerando as contradições e ambivalências que geralmente estão presentes na experiência da gestação e do pós-parto, assim como a importância dos conteúdos inconscientes e infantis que são reativados, vale acrescentar uma breve explicação sobre

a importância da maternidade na estruturação da feminilidade, de acordo com a teoria freudiana.

Freud em seu texto “Feminilidade” (1933) procurou explicar como se dava o desenvolvimento de uma mulher a partir da descoberta da diferença anatômica entre os sexos e da relação de uma criança com as figuras de cuidado, pai e mãe. Enunciou sobre uma bissexualidade psíquica ao nascer e que até um determinado momento tanto o menino como a menina mantêm experiências semelhantes com seus pais, no que se refere aos cuidados das necessidades básicas de sobrevivência.

Desta forma é importante considerar, primeiramente, que ambos os sexos têm dois traços em comum logo no início do desenvolvimento sexual infantil. Um deles é a crença na universalidade do pênis, ou seja, ambos acreditam que todos os seres humanos são possuidores de pênis, sendo isso uma condição essencial para a constituição do complexo de Édipo. Desta forma, inicialmente há um desconhecimento da vagina, sendo o clitóris o “órgão semelhante” ao órgão sexual masculino, o qual para as crianças irá desenvolver-se posteriormente num pênis. O outro traço comum é referente à importância do papel da mãe, no que diz respeito à fusão entre mãe e filho desde a origem da vida, quando a partir dos seus cuidados ela erogeniza o corpo da criança, que se abre para uma sexualidade.

Freud, portanto, valorizou a fase pré-edípica, na qual as crianças de ambos os sexos estão numa forte ligação com a mãe. Freud, sobre a forte ligação da menina com a mãe, fala em seu texto “Sexualidade Feminina”:

Sua relação primária com a mãe fora construída de maneira muito rica e multifacetada. (...) e a duração dessa ligação também fora grandemente subestimada. (...) a fase pré-edípica nas mulheres obtém uma importância que até agora não lhe havíamos atribuído. (FREUD, 1931; p.233)

Contudo, Freud afirmou que há particularidades no desenvolvimento sexual das meninas, considerando o tornar-se mulher um processo muito mais complexo do que o desenvolvimento sexual dos meninos. Isso faz sentido ao considerar que uma etapa na evolução da sexualidade infantil, o complexo de castração, tem uma organização bastante diferente para cada um, menino e menina.

Complexo de Castração é uma experiência psíquica inconsciente vivenciada pelas crianças por volta dos quatro, cinco anos de idade, a partir da descoberta da diferença anatômica entre os sexos. A criança depara-se com a realidade de que seu corpo possui limites, causando uma grande angústia a ela, a angústia de castração, mas que é recalçada em seguida. No entanto, durante toda a existência do sujeito, essa experiência de castração é revivida, na forma de eterna insatisfação do desejo. “Um dos objetivos da experiência analítica é, com efeito, possibilitar e reativar na vida adulta a experiência que atravessamos na infância: admitir com dor que os limites do corpo são mais estreitos do que os limites do desejo”. (NASIO, 1997; p. 13)

A diferenciação que ocorre em relação à organização do complexo de castração no menino e na menina pode ser explicada pelas palavras de Freud em seu texto “Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos” que diz o seguinte: “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração.” (FREUD, 1925; p.285)

Ainda no mesmo texto, Freud ressaltou que o complexo de castração inibe a masculinidade e encoraja a feminilidade. A percepção de que ela e as outras mulheres, inclusive sua mãe, não possuem pênis, leva-a a direcionar seu investimento objetal ao seu pai, ou seja, coloca-a na fase do complexo edípico.

A separação da menina de sua mãe é marcada por um sentimento de ódio, levando-a a uma relação ambivalente de hostilidade, rancor e amor para com ela. Esse sentimento negativo é uma reatualização da separação que a criança vivenciou com a perda do seio materno, e que ficou recalçada até então. Além disso, a menina responsabiliza sua mãe por essa sua “falha” anatômica, pela mãe não ter lhe transmitido os atributos fálcos e também por não lhe ter ensinado a valorizar o seu corpo de mulher.

Cria-se na menina um desejo de possuir aquilo que não tem, o pênis. Começa, portanto, uma ligação forte em relação ao pai, que é detentor do pênis tão desejado pela menina. É o Complexo de Castração direcionando para o Complexo de Édipo. Tal desejo estará peculiarmente presente durante toda a vida da mulher, bem como uma espécie de inveja do pênis, ou ainda, complexo de virilidade.

O fato da menina reconhecer que lhe falta o pênis, não implica, absolutamente, que ela se submeta a tal fato com facilidade. Pelo contrário, continua a alimentar, por longo tempo, o desejo de possuir algo semelhante e acredita nessa possibilidade durante anos e a análise pode mostrar que, num período em que o conhecimento da realidade há muito rejeitou a realização do desejo, por sabê-lo inatingível, ele persiste no inconsciente e conserva uma considerável catexia de energia.” (FREUD, 1933; p.125)

No texto *Feminilidade* (1933), a partir da noção de psicosexualidade e do complexo de castração, Freud enfatizou que a menina pode adotar, inconscientemente, três atitudes diferentes que decidirão o destino de sua feminilidade.

A primeira atitude é a da inibição sexual. Esta se refere a uma renúncia à satisfação masturbatória clitoriana e a outras inclinações sexuais, quando se descobre a falta do pênis. A menina desvia de forma generalizada toda a sua sexualidade, por sentir-se desvalorizada em relação aos meninos, portadores do pênis. Nega-se a entrar em rivalidade com eles e, portanto, ausenta-se da inveja do pênis.

A segunda saída diante da descoberta da castração feminina é a negação dessa castração. Desenvolve-se na menina um intenso complexo de masculinidade, identificando-se dessa maneira com o pai ou com a mãe fálica. Prepondera a fantasia de ser homem e de um dia possuir o órgão que lhe falta. Enquanto isso se presentifica a inveja do pênis e o clitóris continua a ser a zona erógena dominante.

A terceira atitude seria o reconhecimento e a aceitação da castração. Freud a considerou como a saída para uma feminilidade ‘normal’. A partir da mudança do objeto amoroso, da mãe para o pai, já que ele é detentor do pênis, assim como também do deslocamento da libido que vai ocorrendo progressivamente do clitóris para a vagina, vai caracterizando-se uma inveja do pênis que tem o significado de gozar com o pênis no coito. Disso transforma-se para a vontade de gerar um filho, ou seja, o desejo pelo pênis é substituído simbolicamente pelo desejo de ter um filho.

O desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica. (FREUD, 1933; p.128)

Desta maneira, o apego ao pai é uma consequência da inveja do pênis. A situação edipiana só se estabelece realmente quando o desejo do pênis for substituído pelo desejo de ter um filho, substituto do pênis. “(...) A mulher somente encontrará uma plenitude de satisfação quando tiver um filho, preenchendo sua antiga inveja do pênis e seu sentimento de inferioridade.” (CHASSEGUET-SMIRGEL, 1988; p.21) Pode-se pensar assim que a maternidade substitui o ser feminino mutilado.

Nasio (1997), orientado sobre a teoria de Jacques Lacan, um autor contemporâneo que construiu a sua obra a partir de uma releitura das obras freudianas, explicou que na realidade o elemento organizador da sexualidade humana não é propriamente o órgão genital masculino (pênis), mas sim uma representação psíquica imaginária deste, denominado ‘falo’. Essa representação imaginária, o ‘falo imaginário’, adquire uma condição de operador simbólico.

Nasio contribuiu para a explicação da construção da feminilidade, mostrando que é necessária uma série de equivalências simbólicas, que vão ocorrendo durante toda a existência para que uma menina torne-se mulher. “A feminilidade é, definitivamente, um constante devir, tecido por uma multiplicidade de trocas, todas destinadas a encontrar para o pênis o melhor equivalente.” (NASIO, 1997; p. 21)

Sendo assim, o desejo da mãe e de toda mulher é ter o falo. Um filho, primeiramente, identifica-se com esse lugar de falo, de desejo da mãe, portanto aparece no lugar de uma falta, causando uma ilusão, compartilhada, de completude. Mas o ato de castração, efetuado por um terceiro, o da função paterna, vai incidir sobre esse vínculo mãe e filho.

Para melhor compreender, é importante considerar a castração para além da ideia de perder ou de não possuir o órgão. Castração como um ato de corte nessa relação primordial mãe e filho, uma castração simbólica. Corte em ambos os lados, para a mãe quanto à pretensão de ter o falo e para o filho quanto à pretensão de ser o falo da mãe. Assim, é o pai quem enuncia a lei, enquanto estabelece a crença para a criança de que o pai é o detentor do falo da mãe.

(...) não é unicamente de maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade -, ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei. (LACAN, 1998, p. 585)

É por meio do valor da palavra desse pai para a mãe, que esta é eficaz sobre a criança. Desta forma, o pai simbólico, o da lei, só pode existir por meio do inconsciente materno.

Segundo Lacan, o agente da castração é a efetuação, em todas as suas variações, dessa lei impessoal, estruturada como uma linguagem e completamente inconsciente. Uma experiência por atravessar, um obstáculo a superar, uma decisão a tomar, um exame a passar, etc., todos são desafios da vida cotidiana que reatualizam, sem o conhecimento do sujeito e ao preço de uma perda, a força separadora de um limite simbólico. Compreendemos assim o sentido da formulação lacaniana: a castração é simbólica, e seu objeto, imaginário. Isso quer dizer que ela é a lei que rompe a ilusão de cada ser humano de se acreditar possuidor ou identificado com uma onipotência imaginária. (NASIO, 1997; p.37/38)

A partir do que foi apresentado acima, pode-se verificar a importância do filho-falo na organização psíquica de uma mulher. E simultaneamente, pode-se também compreender a essencial influência das funções materna e paterna sobre o desenvolvimento psíquico do bebê. De sobremaneira, a castração instala a falta, essencial na estruturação do sujeito sexuado e de desejo.

2.1.2. A PRÉ-HISTÓRIA DA GRAVIDEZ

Antes de falar sobre o desenvolvimento dos trimestres da gravidez propriamente dito, é importante ressaltar algo que tem a ver com a pré-história dessa gravidez, que é como ela foi possível.

Para que a fecundação ocorra é necessário o encontro do desejo da mulher e do homem, os quais terão um projeto de gravidez, nem sempre consciente. O desejo inconsciente é sempre ambivalente, pois para realizar um desejo é preciso renunciar a outro. “A ambivalência é o desejo de duas coisas contraditórias, incompatíveis, como ter um filho e permanecer virgem, por exemplo.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 59)

A ambivalência é constitutiva do desejo e está inscrita na estrutura psíquica. Fazem-se presentes no psiquismo desejos contraditórios inconscientes, os quais produzem culpa, podendo causar um grande mal-estar.

Nem sempre a vontade consciente está em harmonia com o desejo inconsciente. Desta forma, pode-se planejar uma gravidez, desejar um filho, e por razões particulares, inconscientemente, não ter esse desejo, e a mulher não conseguir engravidar. Pode ocorrer também de proteger-se para não engravidar, por não ter esse plano no momento, e o desejo inconsciente ser mais forte que os planos racionais e a fecundação acontecer. Há várias possibilidades que podem ocorrer envolvendo o desejo inconsciente de cada um.

Para que o filho nasça é fundamental o encontro de três desejos: o desejo de uma mulher, o desejo de um homem e o desejo de vida, o qual vai encarnar no corpo da criança. Sem esse conjunto não há nascimento, os três desejos estão interligados e dependem um do outro, explicam Szejer e Stewart (1997), baseados em ensinamentos da psicanalista Françoise Dolto. Ao encontro dos desejos do futuro pai e da futura mãe nasce o projeto, nem sempre conscientes, o qual fará parte da pré-história do bebê.

A ambivalência também pode se fazer presente entre o casal, ou seja, devido a história de cada sujeito, nem sempre a articulação entre as suas histórias respectivas permite um encontro comum dos seus desejos.

Levando em consideração os aspectos acima citados sobre a pré-história da gravidez, passa-se às transformações que vão ocorrendo nos três trimestres do desenvolvimento desta.

2.1.3. O PRIMEIRO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

O primeiro trimestre da gravidez é marcado pelas primeiras transformações no corpo da mulher, modificando a imagem desse corpo. Cada mulher tem o seu próprio tempo para perceber as mudanças físicas que vão ocorrendo em seu corpo. Algumas mulheres percebem alguma mudança logo após a fecundação, outras levam semanas, e às vezes meses, para perceberem alguma alteração. Isso tem a ver com a maneira como cada uma está vivenciando a sua gravidez. Assim, as diversas modificações físicas, diferentes em cada mulher, expressam um discurso concernente a cada experiência de

gestação, tendo relação com a história particular de cada uma. Cada mulher terá uma forma de encarar as mudanças que vão ocorrendo, podendo mostrar-se satisfeita ou não. Àquelas que não percebem qualquer alteração em seu corpo, mesmo tendo o saber consciente de que está grávida, podem estar passando por um processo inconsciente de negação. Talvez por uma dificuldade de se adequar a uma imagem de mulher maternal, devido a uma relação conflituosa com a sua mãe, entre outras possibilidades de interpretação.

É interessante ressaltar a enorme influência que a figura materna inconsciente tem na estruturação da personalidade e nos comportamentos da mulher com relação ao mundo exterior. A figura materna é construída e interiorizada desde as primeiras experiências da infância, e depois de latência, adolescência e vida adulta. A relação fundamental da mãe e do bebê está na base de todas as relações objetais, afetivas e intelectuais dos sujeitos.

A capacidade da mãe de receber, conter, responder criativamente (reverie, de Bion) as manifestações emocionais do bebê: acatar e devolver mitigadas as explosões de ódio e pavor, mas também as expressões de amor e gratidão, favorece a construção de uma figura materna interior que acompanha, molda e dá segurança e confiança na própria capacidade da criança (posteriormente a mulher) de enfrentar construtivamente as vicissitudes da existência, uma das quais, e não pequena, é a maternidade. (SIMON apud FELICE, 2000, p. 10)

Assim como já foi explicitado no primeiro capítulo desta pesquisa, as primeiras relações do bebê com a sua mãe são preponderantes para o desenvolvimento da feminilidade e conseqüentemente para a possibilidade da experiência da maternidade. Se a relação entre o bebê e a mãe não for satisfatória, seja por uma incapacidade da mãe, ou por qualquer outra razão particular, e esse bebê não tiver as suas necessidades emocionais cuidadas por atitudes maternas saudáveis, a figura materna resultante e internalizada trará prejuízos na auto-estima, na auto-confiança e na segurança desse sujeito, posteriormente mulher, para os problemas cotidianos, como a prática da maternidade.

Outra característica típica do primeiro trimestre de gravidez é a ocorrência de diversos mal-estares, como por exemplo, as náuseas, os enjôos, os desejos, os distúrbios

de sono, os distúrbios de caráter, entre outros. Alguns autores psicanalíticos acreditam que esses sintomas têm semelhanças com as primeiras funções do bebê.

Logo nos primeiros dias de gravidez um sintoma comum é uma grande sonolência. Do ponto de vista psicológico faz parte de uma regressão sob a forma de uma identificação fantasiada com o feto. Sabe-se que os recém-nascidos levam um certo tempo para adaptar a alimentação e o sono a um equilíbrio.

A situação de gravidez remete a mulher ao seu próprio nascimento. “(...) durante a gravidez, a mulher se vê remetida à sua própria origem e tomada por uma espécie de repetição de sua própria história.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 131). Foi constatado que muitas vezes as mulheres grávidas começam a se questionar sobre a sua própria infância e origem, e podem ter acesso a estas informações através de sua mãe, que lhe conta.

(...) a correlação entre a situação da gestação atual e as lembranças infantis são constantes. Esta autenticidade particular da vida psíquica é perceptível desde as primeiras semanas da gestação. O estado de consciência parece modificado e torna-se permeável ao inconsciente. Assim, antigas reminiscências e fantasmas regressivos migram para a consciência sem barrar no recalçamento. (COHEN et al., 2011, p.38)

Além disso, enquanto a mulher repousa, ocorre um afastamento dos diversos estímulos e modificações que vem acontecendo no princípio da gestação, os quais acarretam certas ansiedades devido ao reconhecimento ou não da gravidez. A sonolência e o repouso favorecem também uma defesa biológica adequada para o processo gestacional que está iniciando. Insônia também pode ocorrer, evidenciando certa ansiedade diante da gestação.

Outro sintoma bastante presente são as náuseas e enjôos. Isso evidencia e confirma a gestação, pois ocorrem num momento de incertezas em relação à existência ou não da gravidez. Esse sintoma também está relacionado a ansiedades causadas pela ambivalência do desejo de ser mãe, que são expressas por vivências persecutórias.

As fantasias persecutórias podem produzir sentimento de culpa infantil, devido aos ataques inconscientes à mãe pelo desejo de ocupar o seu lugar. “A vivência persecutória consiste em que alguém possa arrebatá-lo o filho sonhado, ou ainda que a gravidez tão

desejada implique a perda da própria mãe, por se concretizar a fantasia infantil invejosa: ter o filho pela destruição da mãe.” (FELICE, 2000, p. 25)

Outros sintomas como desejos, ‘ensimesmamento’, distúrbios de caráter, também possuem o seu sentido inconsciente.

A gravidez desperta conflitos inconscientes que até então não haviam se expressado. Desta forma, admitindo que os sintomas expressam conteúdos inconscientes, conflitos não-resolvidos, pode-se entendê-los como uma forma de expressão particular de cada mulher e por isso a observação de tantas diferenças em cada caso.

Os sintomas não podem ser interpretados de uma maneira geral, pois se deve considerar o contexto e as condições psicológicas nas quais se encontram as mulheres em questão. Cada mulher vai encontrando a sua própria normalidade, adotando soluções que lhe são possíveis, respeitando as suas necessidades, podendo ficar menos angustiada.

A questão hormonal não é suficiente para explicar essas manifestações, pois para cada mulher observa-se que as alterações hormonais provocam alterações e desconfortos diferentes.

2.1.4. O SEGUNDO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

No segundo trimestre da gravidez o embrião passa da condição de embrião para a condição de feto. É relatado como o momento mais agradável da gravidez, entretanto possui as suas ansiedades. Os sintomas anteriores geralmente cessam. Desaparecem os sintomas físicos e aparecem os sintomas psíquicos, mostrando em alguns casos crises de angústia e pesadelos. Nos primeiros três meses ocorreu a formação da placenta, lugar de troca entre a mãe e o seu bebê. São essas trocas que mais caracterizam esse período.

Os movimentos do bebê marcando cada vez mais a sua presença podem trazer para a mulher uma experiência de extremo prazer. Outras mulheres podem perceber esses movimentos de maneira mais negativa, como por exemplo, ataques do bebê em seu ventre, devido a um mecanismo inconsciente de projeção, quando a mãe está identificada com uma imagem de feto terrorífica.

A forma como a mulher vem cuidando de si nessa gravidez, como na sua alimentação, e no seu modo de vestir-se, por exemplo, são comportamentos que expressam como ela está vivenciando essa experiência, assim como o lugar que vem se fazendo para essa criança.

As angústias desse período podem ter relação com uma antecipação da separação que ocorrerá entre a mãe e o bebê posteriormente, com o nascimento. Para cada mulher, vai depender das suas histórias de abandonos e separações e de suas elaborações a partir disso, para verificar as qualidades das alterações e angústias que sofrerá. Os movimentos do bebê vão evidenciando uma autonomia progressiva que o feto vai adquirindo, podendo ser percebido, agora pela mãe, como algo distinto dela.

O estado de ansiedade pode ser passageiro ou prolongar-se, às vezes, sob a forma de fobias agudas, hipocondrias ou depressões. Quando é passageiro, ao remitir dá lugar a um período de euforia e tendência à atividade, que em geral vem acompanhado pelo reconhecimento e aceitação dos movimentos. (SOIFER, 1980, p. 33)

2.1.5. O TERCEIRO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

No terceiro trimestre da gravidez novamente há uma mudança na relação entre a mãe e o feto, e começa-se a prever o parto e imaginar o nascimento. O mal-estar físico retorna, agora devido ao fato do bebê ter crescido e engordado. As mulheres dormem mal e sentem-se mais cansadas.

(...) A coabitação serena do segundo trimestre transforma-se numa coabitação um pouco constrangedora, em que o filho começa a se sentir apertado e a mulher começa a sentir seus limites físicos, percebendo que essa situação não poderá durar por muito mais tempo. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 184)

A ideia de separação causa uma angústia diferenciada da angústia anterior, isso porque de certa forma a separação é desejada, já que os limites para os dois ficam cada vez menores e o desconforto para a gestante e para o bebê é grande. Há, porém, angústias de separação, pois a mãe, aproximando-se cada vez mais do parto, vai entrando em contato com o fato de que aquela criança que por vários meses mantinha uma relação de grande dependência para com ela estabelecerá a partir do nascimento

uma relação com outras pessoas além dela. Verifica-se, portanto, um período de ambivalência, pois a mãe sabe que não poderá manter o seu filho no seu ventre, e para tê-lo vivo, precisará perdê-lo, abrindo mão da exclusividade de sua relação para com ele.

Diante disso tudo, esse é um período no qual podem ocorrer algumas descompensações somáticas e psíquicas. Geralmente as descompensações somáticas são: ameaça de parto prematuro, toxemias, descompensações diabéticas, hipertensão arterial, câimbras, diarreias, constipação pertinaz, aumento brusco e excessivo de peso. Muitas vezes essas descompensações não têm uma explicação conhecida, e pode-se pensar que cada mulher, dependendo da sua história com essa gravidez, vai ter uma manifestação singular.

As descompensações psíquicas também trazem sempre um significado da história dessa gravidez para a mulher, bem como de sua história pessoal. Podem ocorrer estados de ansiedade e depressão, alterações de sono, fobias diversas, como por exemplo com relação a deformidades do corpo da gestante ou do corpo do bebê. As ansiedades podem estar relacionadas a alguma interdição inconsciente de dar à luz. Szejer e Stewart exemplificam essa situação de maneira bastante clara, com a seguinte citação:

Assim, a mulher que, em sua família, por diversas razões, ocupava o lugar da que não teria filhos (seja porque ela era o 'filho que faltava' em sua geração, seja porque era miudinha, quando pequena, sendo vista, pela família, como o oposto de suas irmãs, 'feitas para ter filhos'), poderá reviver, nessas fobias, algo relacionado a essa interdição de ter filhos. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 201/202)

Com a aproximação do parto, muitas mulheres sentem extremas angústias. Algumas por não se sentirem preparadas para a própria situação de parto, outras devido à separação de seu bebê, ou por não se sentirem seguras em assumir o papel materno, ou ainda, por temerem pela vida delas ou de seu bebê. As ansiedades aparecem também em relação às mudanças que logo ocorrerão, seja pelo surgimento de um novo ser na família, o que de alguma maneira vai transformar o equilíbrio familiar, seja pelo contato com esse ser até então desconhecido, seja por medo das perdas.

De sua parte, a mãe, que teve que passar por tantas ansiedades até conseguir adaptar-se ao estado de gravidez, e que já havia incorporado o feto como parte de seu esquema corporal, ao mesmo tempo que se acostumara ao diferente ritmo metabólico, hormonal e fisiológico, deverá passar por um novo processo de adaptação, desta vez de retorno à situação comum de não gravidez. (SOIFER, 1980, p. 51)

A essa passagem de um estado para outro, necessitando de uma nova adaptação, soma-se à angústia inconsciente do trauma do nascimento. Como se na mulher reativasse a angústia de seu próprio nascimento.

Desta forma, segundo Soifer (1980), as ansiedades relacionadas com a proximidade do parto podem ser: ansiedades quanto à separação de sua mãe (seu próprio nascimento), ansiedades de esvaziamento (perda de partes importantes de seu corpo), ansiedades de castração (como se lhe arrancassem algo valioso, fantasiado como pênis), ansiedades de castigo pela sexualidade, e ansiedades quanto à defrontação com o filho ainda desconhecido.

As fobias do parto não acontecem, apenas, com as primíparas. Não se trata, nesse caso, de um medo racional da dor, que só poderia atingir as mulheres que ainda não deram à luz. São fobias mais profundamente enraizadas, ligadas à história da mulher, ao modo como sua mãe relatou a ela o seu próprio nascimento, a esta gravidez, ao seu lugar, à história do casal, ao que ela espera desse filho: que reparações ela espera fazer com ele, o que ela espera valorizar através dele, etc. É comum casos de mulheres que não tiveram essas fobias na sua primeira gravidez, mas as tiveram na segunda ou na terceira. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 205)

É importante que se possa escutar essas angústias, tentando descobrir as relações com a história familiar e pessoal de cada uma, para que possam ser superadas e assim, viverem de forma mais serena essa nova fase em suas vidas.

Entre o sétimo e o oitavo mês está prevista a realização da ecografia do 3º trimestre. A partir desse exame será possível observar o nível de desenvolvimento do bebê, o quanto engordou e o quanto cresceu, bem como estão seus aspectos morfológicos. É também analisado o líquido amniótico, as condições da placenta e a posição em que o bebê se encontra para fazer a previsão do tipo de parto a ser realizado.

É importante ressaltar que a previsão do parto advinda desse último exame é hipotética, uma vez que imprevistos podem ocorrer até o momento real do nascimento, modificando provavelmente o que a mulher esperava.

Em tudo essa mulher deverá ser cuidada. O período da gravidez, segundo Szejer e Stewart (1997) é um período de “metamorfose íntima”. Em todos os trimestres as mudanças são constantes, exigindo novas adaptações, sentindo novas ansiedades e velhas angústias, trazendo à tona histórias familiares e infantis.

As atitudes dos familiares, do meio social e da equipe que a acompanha, têm grande influência nesse momento de tanta fragilidade, o ambiente pode ajudar consideravelmente a mulher, ou reprimi-la, tornando a experiência bastante penosa.

A sexualidade do casal pode sofrer algumas interferências neste momento devido às condições físicas em que a mulher se encontra. Sobretudo também pelo fato desse bebê que cresceu estar bastante presente, um filho real que ilusoriamente estará preenchendo a falta, alterando muitas vezes a relação de cada um, homem e mulher, com o desejo. Logicamente que cada um será afetado de acordo com as suas particularidades, há quem se sinta sem desejo sexual algum, como também àqueles que se sentem mais excitados nessa fase. De qualquer forma, não há qualquer normativa quanto a esse assunto. O que importa é que cada casal siga com a sua sexualidade de forma que se sintam seguros e à vontade.

A relação com as avós também é um tema em questão nessa fase de gravidez. Se suas mães estão próximas, muito próximas, ou afastadas, durante o seu desenvolvimento com a maternidade, várias influências boas e ruins são possíveis. “Entre as mães que se impõem e as que desaparecem, pregadas na cama com um lumbago, no momento em que a filha esperava a sua assistência, a justa medida – a da distância respeitosa, da disponibilidade afetuosa, mas não invasiva – é rara.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 202)

2.1.6. O PARTO

Finalmente o nascimento!

A gravidez vem a termo entre 37 e 41 semanas. A diferença se dá principalmente se o parto for natural ou induzido. O parto por cesariana geralmente é realizado com 39

semanas. Este pode ser realizado por anestesia geral, o que não é muito comum nos dias atuais, ou por meio da anestesia peridural, em que a mulher pode estar consciente, porém sem sentir dor. Sendo assim, as escolhas para o parto podem ser por via baixa (natural) ou cesariana (induzido), e também quanto ao tipo de anestesia, se com anestesia geral, por bloqueio espinhal (peridural, raqueanestesia ou raquiperidural) ou sem qualquer anestesia.

Considerando a opção do parto natural, há algumas técnicas de preparação para o parto que servem terapeuticamente, ou seja, para diminuir as ansiedades e as fobias, proporcionando à mulher um contato mais concreto com a realidade do nascimento que está por acontecer. A partir disso, a mulher pode vir a se preparar fisicamente e psicologicamente para esse acontecimento.

(...) parece importante preparar-se para o parto, seja do modo que for, porque é uma maneira de a mulher se concentrar sobre o que a espera, preparando-se para isso tanto física como psiquicamente. É também a forma de começar a se ocupar de seu filho, não mais apenas em pensamentos, mas concretamente, fazendo um lugar para ele. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 217)

Uma das técnicas mais conhecidas é o método psicofilático, criado pelo Dr. Lamaze. A mulher é orientada sobre aspectos e funcionamento de seu corpo, bem como sobre o desenvolvimento do feto na região uterina. Trabalha-se no intuito de educá-la emocionalmente, para que consiga controlar-se e dirigir-se com equilíbrio mental durante o parto. Assim, faz-se também um treino neuromuscular, por meio de exercícios e técnicas de respiração, que realizados em vários momentos diferentes, tendem a minimizar a dor durante as contrações do parto. Controlando a dor, a mulher pode vivenciar seu parto de uma forma consciente, ativa e mais preparada para o sofrimento das contrações, facilitando o parto, sem a necessidade de interferência cirúrgica, nem anestésica. Há outras formas de preparação para o parto como, a sofrologia, a haptonomia e a ioga.

A tolerância à dor durante o parto está relacionada também ao estado emocional da mulher. O trabalho de parto é um processo contínuo de progressivas dilatações e contrações, que vão indicando uma intensidade de dor.

A anestesia geral passou a ser raramente utilizada porque causa efeitos depressivos na mãe e no bebê, tendo sido substituída por outros tipos de anestesia, as de bloqueios espinhais. Esse novo tipo de analgesia funciona a partir de um bloqueio motor, permitindo um parto sem dor e consciente. Atualmente a peridural é bastante utilizada, inclusive nos partos naturais, como proposta de um parto normal sem dor.

No parto cesariana, a definição da anestesia a ser utilizada depende de alguns fatores, como a indicação cirúrgica, o nível de urgência, a avaliação do anestesista e a vontade da mulher. Sua vontade é tão importante quanto às outras variáveis, pois a respeitando, a mulher terá maiores possibilidades de sentir-se calma e em equilíbrio nesse momento.

De acordo com Szejer e Stewart (1997) muitas mulheres vivem grandes dilemas quanto à escolha do parto pelo qual seus bebês irão nascer. Algumas acreditam que somente se sentirão mulheres se continuarem com a tradição familiar, a qual valoriza o parto normal, protótipo da mulher arcaica. Mulher esta que está ligada a modelos arcaicos das condições puramente naturais, do parto natural e da amamentação ao seio. Sentem a cesárea como um método artificial e menos digno entre as mulheres, e às vezes a entendem como uma transgressão. A filósofa e psicanalista francesa, Elizabeth Badinter, observa que atualmente existe uma pressão cultural para que o parto normal aconteça, citando as seguintes palavras: “O pensamento predominante no século XXI é de que há nobreza na dor do parto e que a boa mãe é sempre aquela que sofre.” (BADINTER, 2011)⁴

Ao contrário, existem as mulheres que preferem uma cesariana, seja por temerem a dor do parto normal, ou por o acharem mais prático, ou por se sentirem melhor frente à espera, por conta do agendamento, seja por outras motivações pessoais.

De acordo com informações fornecidas no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde⁵, no Brasil ocorre um número bem maior de cesáreas do que o indicado pela

⁴ Entrevista com Elizabeth Badinter, Páginas Amarelas, Revista VEJA, Editora Abril, Ed. 2226, ano 44, n. 29, Jul. 2011.

⁵Portal da Saúde – “Parto Normal: mais segurança para a mãe e o bebê.” Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911>. Acesso em: 30 Mar. 2013.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Este último recomenda 15% de cesarianas do total de partos realizados, porém a taxa nacional está em torno de 39%, sendo que nos Estados do sul, sudeste e centro-oeste a taxa é ainda maior que 40%.

O Ministério da Saúde realiza campanhas a favor do parto natural, considerando que há maiores benefícios para a mãe e para o bebê. Este defende que o vínculo pessoal entre eles é facilitado, que a recuperação da mulher é mais rápida, que o custo financeiro é menor e que se diminuem os riscos de infecção hospitalar, hemorragias ou de falhas inesperadas consequentes da analgesia. Desta forma, portanto, a incidência de morte materna é menor do que nos casos de parto cesariana.

Cada mulher tem uma ideia anterior sobre o parto e deve fazer a sua escolha a partir do seu desejo, e também verificando qual o limite de dor que consegue suportar. Não obstante, é fundamental que a mulher tenha acesso a toda forma de informação para que a sua decisão seja de maneira responsável e resulte em um nascimento seguro.

Diante da especificidade de cada mulher, as equipes precisam valorizar os sentidos e sentimentos que envolvem as mulheres com relação ao parto, os quais muitas vezes são evidenciados por meio de fobias, angústias e desejos muito pessoais.

É muito importante permitir que a gestante participe ativamente de todas as decisões que forem sendo tomadas com relação ao parto, ou seja, quanto ao lugar que acontecerá, quanto à equipe que irá lhe atender, quanto ao método que será utilizado, entre outras particularidades. Respeitar, dentro do possível, as suas escolhas e desejos trará menos ansiedades para ela. Logicamente que os imprevistos que possam vir a modificar os planejamentos prévios deverão ser bem esclarecidos e acolhidos com as gestantes.

(...) O que conta é que a decisão que será tomada seja fruto do diálogo e da negociação, não da violência ou da imposição. E que a mulher tenha podido expressar seu desejo, ainda que tenha que renunciar, em parte, a ele. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 207)

Refletindo sobre esse aspecto, um ponto que merece destaque é sobre uma negativa realidade brasileira, a de mulheres que sofrem violência no parto. Uma violência que muitas vezes não é vista, não é notada, uma vez que ocorre na relação

equipe de saúde-paciente, ao mostrar uma banalização de algumas práticas diante do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Há diversas situações vivenciadas por mulheres que denotam uma grande falta de humanização e de respeito para com elas. E, infelizmente, são práticas rotineiras em muitas instituições de saúde.

De acordo com uma estimativa apresentada no blog “Cientista Que Virou Mãe – ser mãe (cons)ciente”, 1 em cada 4 mulheres (25%) sofrem de alguma violência no parto. Destacam-se diversas formas de abusos e maus-tratos, como: exame de toque excessivo e doloroso; recusa para alívio da dor; xingamentos e humilhações, negligência no atendimento, falta de explicação sobre os procedimentos adotados; gritos e ameaças de profissionais ao serem atendidas; atitudes intolerantes e sarcásticas; discriminação social; impossibilidade de acompanhante no parto; violência verbal, física e até abuso sexual.

A partir do documentário disponibilizado online, “Violência Obstétrica - A voz das brasileiras”, lançado em Novembro de 2012, muitas mulheres expuseram-se para contar de que forma sentiram-se violentadas nesse momento tão delicado do final de uma gestação. Esta é uma das diversas ações que estão sendo desenvolvidas no Brasil com o objetivo de denunciar e desnaturalizar a violência obstétrica contra as mulheres. Esse tem sido um tema de discussão cada vez maior pela sociedade civil, representada em grande parte por diversos grupos de mulheres. Algumas ações coletivas têm sido realizadas no intuito de modificar essa realidade, por meio de ativistas, mulheres, pesquisadores, profissionais de saúde, entre outros grupos.

Outra ação interessante ocorreu em Março e Abril de 2012 com a realização do “Teste da Violência Obstétrica”, uma ação de blogagem coletiva, criada pelas pesquisadoras, Franzon e Sena, por meio de um questionário virtual, visando levantar informações sobre a assistência obstétrica no Brasil. Os resultados foram anunciados em Maio de 2012 e deram-se a partir de uma amostra de 1966 mulheres, que responderam ao questionário, tendo divulgação em 70 blogs brasileiros ligados ao tema, dentre eles o blog “Cientista que virou mãe”.

Dentre os resultados, observou-se a seguinte situação quanto às atitudes dos profissionais de saúde durante o período de internação das mulheres: ameaças 5%, gritos 5%, fizeram piadas de seus comportamentos 12%, mandaram parar de gritar 9%,

criticou por seus lamentos ou choro de dor, emoção, alegria 19%, fizeram comentários irônicos em tom depreciativo 21%, chamaram a mulher por algum apelido ou diminutivo 32%. Das mulheres da amostra, somente 53% disseram terem sentido-se compreendidas, amparadas e tratadas com respeito.

O documentário e os resultados do teste, citados acima, denunciam algumas falhas por parte das equipes de saúde durante o parto. Segundo o teste elaborado por Franzon e Sena (2012) quase metade do grupo de mulheres se sentiu desrespeitada.

No Brasil, um abuso tecnológico está relacionado às práticas obstétricas, denotando, em alguma medida, um excesso de cirurgias cesarianas. Há também diversos casos de parto natural em que são praticadas intervenções violentas e geralmente desnecessárias.

Intervenções ao parto normal são todas as medidas tomadas com relação à gestante e ao bebê, que modifica o processo natural e fisiológico do nascimento. São alguns tipos de intervenção: ocitocina sintética (o sorinho), exame de toque, episiotomia (corte do períneo), puxos precoces, manobra de Kristeller (empurrar a barriga), tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos), enema (lavagem intestinal), fórceps, vácuo extrator, aceleração do processo de delivramento (retirada forçada da placenta). Embora essas intervenções devam ser utilizadas se necessárias, o que se observa é a utilização de forma rotineira.

Segundo o Programa “Humanização no Pré-Natal e Nascimento” (2002), do Ministério da Saúde, um parto humanizado é aquele que tem como preceito a adoção de medidas e procedimentos que sejam benéficos para a mãe e o bebê, evitando, portanto, práticas intervencionistas desnecessárias. Estas são frequentemente utilizadas no Brasil, e muitas vezes acarretam algumas complicações para a dupla, mãe e bebê, durante o nascimento.

Sem dúvida existem situações específicas que demandam algumas intervenções para salvar a mãe e o bebê, e nesse caso a equipe obstétrica deverá ter autonomia para decidir. No entanto, a autorização da gestante deverá sempre ser solicitada e, para tanto, é preciso que ela seja informada de todos os procedimentos que precisarão ser adotados.

O trabalho de parto e o momento do nascimento devem ocorrer se possível, sem traumas e de maneira confortável para as mulheres. Não existe nenhuma maneira “correta” de nascer, e de se comportar durante o parto. Por isso, é fundamental que haja um bom relacionamento entre as gestantes e a equipe de saúde que irão atendê-las.

Outro aspecto importante sobre a humanização, embora pouco cumprido no Brasil, é a Lei 11.108 de 2005, a qual prevê o acompanhante do parto. Essa ação dá direito à mulher para ter uma pessoa de sua intimidade dando-lhe apoio e segurança durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê.

A falta de sensibilidade e de humanidade nos trabalhos de parto denuncia um grave problema de cidadania, no sentido do desrespeito às escolhas e aos direitos reprodutivos das mulheres.

É importante, porém, olhar criticamente para qualquer tipo de movimento social sobre o tema, identificando os seus benefícios e valores, pois com qualquer movimento de oposição extremista, corre-se o risco de estar também desrespeitando uma escolha individual. Diante dessas discussões da sociedade civil organizada com as políticas públicas, se o “certo” for o parto normal, a falta de respeito à mulher que possui uma escolha diferente estará atuante. Não se pode, acima de tudo, prescindir do respeito à autonomia da mulher.

2.1.7. O QUARTO TRIMESTRE DA GRAVIDEZ - PUERPÉRIO

Após o nascimento, a mulher experencia o puerpério. Este é considerado por alguns estudiosos como o quarto trimestre da gravidez. É um período marcado por muitas surpresas e imprevistos. Alguns autores consideram o período do puerpério, assim como o da gravidez, fases críticas e predisponentes a distúrbios de ordem psíquica. A qualidade das experiências emocionais e psicológicas vividas pela mulher delinearão a qualidade da relação com o seu bebê e o desenvolvimento satisfatório deste, como também o sentimento de sucesso para com o papel materno. Confirma-se então, a importância dessa transição para o futuro pessoal e familiar dos envolvidos, principalmente da mãe e da criança.

Primeiramente a mulher encontra-se descentrada. Aquele bebê que durante nove meses mantinha o equilíbrio junto à mulher, a partir do nascimento causa um certo

desequilíbrio nela. Seu corpo está diferente e com novas funções para exercer. Junto a isso, verifica-se nesse período de variadas emoções, uma fragilidade psíquica na mulher, a qual vai ter diferentes medidas e características para cada caso. Nos primeiros dias que se seguem após o parto, as mudanças vão sendo vivenciadas de modo consciente ou não, e para umas de maneira mais aguda, para outras de forma mais leve.

A experiência de toda a gestação, assim como a experiência do parto, já provocaram muitas mudanças e surpresas, e a mulher, de modo muito particular, precisou se adaptar e no seu tempo processar essas experiências. Diante do nascimento, no puerpério, a mulher precisará passar por uma nova adaptação, a qual nem sempre é fácil. “E, apesar de todas essas novidades mais ou menos surpreendentes, a mulher tem que se recompor, mesmo tendo sido atropelada pela experiência que acabou de atravessar, não estando pronta, na maioria das vezes, para recompor-se de coisa alguma.” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 276)

Junto às ansiedades já despertadas no terceiro trimestre da gravidez e no parto, descritas há pouco, somam-se ansiedades relacionadas às mudanças de papel e identidade da mulher, que ao desejar ter um filho deverá deixar de ser somente a filha dos seus pais. Além disso, seu corpo agora está também diferente, já não é um corpo de garota, mas marcado pela experiência da maternidade. As angústias geralmente são relacionadas ao corpo deformado e menos ágil, e ainda, sem a gravidez. Como cada mulher vai lidar com essas diferenças e mudanças é particular de cada uma, mas será necessário um luto do corpo da mulher grávida, e do bebê em seu ventre.

O puerpério, segundo Soifer (1980, p. 63), é “(...) essa situação de delimitação entre o perdido – a gravidez – e o adquirido – o filho. Também delimitação entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade.” O contato com a imagem e a personalidade do filho que está em formação, diferente do que sempre imaginou, as reações do ambiente, também diferentes do que imaginou, e toda a experiência da gravidez e do parto, dependendo da estrutura de cada mulher, poderão trazer algumas dificuldades e sofrimento para algumas delas. Será necessária uma lenta e gradativa elaboração por parte da mulher para se enquadrar nessa nova situação. Muitos aspectos do psiquismo inconsciente da mulher também influem sobre suas vivências emocionais após o parto. “(...) Tal processo apresenta alternâncias depressivas – pelas ilusões não concretizadas e

as fantasias de perda ou impotência – ou persecutórias, mantidas nos elementos difíceis apresentados pela realidade, e maníacas ou de negação.” (SOIFER, 1980, p. 64)

O bebê ideal, fantasiado durante toda a gestação, e o bebê real são distintos e isso pode gerar certa decepção para a nova mãe, e para algumas, estados depressivos. “A depressão neste período será mais intensa quando a quebra da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida com o filho for muito grande.” (FELICE, 2000, p. 30)

Por outro lado, as características do recém-nascido, e o reconhecimento gradual do bebê, podem ir influenciando na condição psíquica da mulher, ajudando-a a desenvolver-se enquanto mãe deste bebê, e os estados depressivos vão sendo amenizados. Há, porém, casos no qual a mulher vivencia com muita intensidade impulsos e sentimentos contraditórios, e apresenta maior dificuldade para resolvê-los, obtendo, portanto, maior sofrimento.

O nascimento de um filho pode reativar problemáticas antigas na mãe, sob a influência das fantasias sexuais infantis. Desta forma, é válido ressaltar que quando uma mulher se torna mãe, ocorre uma identificação com a própria mãe e suas funções maternas.

Portanto, uma experiência positiva quanto à maternidade terá mais chance de ocorrer se a mulher tiver uma identificação também positiva com a própria mãe, ou seja, com a figura materna. Durante o período puerperal, se a mulher estiver identificada com uma ‘boa mãe’, ou seja, capaz e competente, isso vai colaborar para o sentimento de autoconfiança e segurança para desempenhar o papel materno. Ao contrário, uma identificação com uma ‘má mãe’, incapaz e incompetente, trará mais empecilhos para assumir o papel materno. “Na verdade deve-se considerar que esta relação objetal interna consiste em um dos mais importantes fatores psíquicos que vão influir sobre a qualidade das experiências emocionais da mulher durante o puerpério.” (FELICE, 2000, p. 70)

Fatores como uma elaboração da individuação, isto é, da sua separação de seu bebê, a sua capacidade egóica de colocar-se à disposição para os cuidados do mesmo, o apoio emocional recebido do ambiente familiar e social, e os fatores biológicos, também

facilitarão a experiência da maternidade e, em algumas situações, a superação de depressões.

Pines (1982) considera que uma experiência suficientemente boa com sua própria mãe permite à mulher, pela via de uma regressão temporária devido à gravidez, de se identificar com uma mãe onipotente e fértil, capaz de dar a vida, e ao mesmo tempo com ela mesma criança, realizando assim uma maturação e crescimento de si. Às vezes a regressão devido à gestação e à maternidade pode ser vivida como uma experiência dolorosa, que comporta um risco para a identidade e autonomia da mulher, causado pela reativação do desejo infantil de fusão com a mãe que pode determinar uma falha parcial na separação-individuação. (COHEN et al., 2011, p.39)

No puerpério a mulher sofre um processo regressivo, diferente da regressão vivida no início da gravidez. Winnicott traz a denominação de ‘Preocupação Materna Primária’ para o estado psíquico anormal nas mulheres ‘normais’ que acabaram de ganhar neném. Essa regressão possibilita colocar a mãe a serviço de seu bebê, ou seja, ele é o centro, e os cuidados para com ele são preferenciais. Algumas mulheres mostram dificuldades quanto a essa capacidade regressiva, ou regridem em excesso, dependendo do modo como estão vivenciando essa experiência, bem como do modo como estão podendo elaborar as mudanças, decepções, surpresas, e novos acontecimentos. Algumas sentem uma maior necessidade de apoio, e até dependência de terceiros, sentindo-se muito frágil, necessitando de cuidado e proteção, como se não conseguissem fazer as coisas sozinha.

(...) a regressão no período puerperal pode se dar de forma acentuada, o que provoca transtornos emocionais e dificuldades no desempenho das funções maternas, ou pode ser operativa e adequada, por possibilitar à mulher atingir o estado de Preocupação Materna Primária. Outras mulheres, no entanto, podem resistir a esse estado, buscando esquivar-se dele e permanecer ligadas nos interesses externos. Uma parte da mulher, mais adulta e racional, teme ficar muito absorvida pela relação com o bebê. (FELICE, 2000, p. 61)

Cuidar do bebê e voltar a desempenhar o papel familiar e social anterior, como trabalhar e atender ao marido e aos outros filhos se tiver, são variáveis que também podem contribuir para as dificuldades. “Em conseqüência, os primeiros seis meses após

o parto definem, em boa medida, o futuro mental da mulher, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade.” (SOIFER, 1980, p. 64)

Todas as reações particulares de cada mulher dependem da forma como ela se concebe enquanto mulher, enquanto companheira, enquanto mãe, e da forma como esses papéis vão se articulando. Isso sofre influências da sua história pessoal, e dos seus modelos parentais e culturais.

As relações sexuais do casal são bastante importantes para possibilitar o retorno da mulher aos outros papéis, além do papel materno. Auxilia-a no resgate dessa regressão inicialmente necessária. A experiência das relações sexuais após o parto nem sempre é satisfatória. Existe em algumas mulheres um temor de estar prejudicada ou rompida internamente e nos seus órgãos genitais. A volta da menstruação, o contato com o sangue, pode contribuir para essas ansiedades. O homem também pode mostrar-se fragilizado e ansioso quanto ao reatamento das relações sexuais, por vezes devido ao afastamento da mulher quando no estado regressivo. Assim, é bastante importante que o médico minimize as dúvidas e receios quanto a esse tema, mas principalmente que o próprio casal possa escolher o melhor momento e a melhor forma para se relacionarem sexualmente, sempre respeitando as singularidades de cada um.

Nesse período reavivam fantasias inconscientes, fantasias de castração e de esvaziamento. A presença dessas fantasias pode levar a mulher a um estado depressivo, e provocar ansiedades referentes à carência materna e à autodepreciação.

A lactação também propicia ansiedades diversas. Cada mulher tem modelos e influências externas e internas (inconscientes), influenciando no seu desejo de amamentar ou não o seu bebê. A amamentação é uma aventura entre a mãe e o bebê, e necessita de um treinamento de ambos, portanto nem sempre ocorre de maneira fácil.

Este acontecimento, amamentar, é uma espécie de primeiro diálogo entre a mãe e o bebê, considerando que eles estão em processo de reconhecimento um do outro. As fantasias com relação à imagem do bebê surgidas durante a gravidez, se muito intensas, agora na presença concreta do mesmo, podem provocar ansiedades e dificultar o reconhecimento. Alguns problemas quanto à amamentação podem expressar uma dificuldade de ambos se comunicarem, assim como de se reconhecerem enquanto sujeitos separados.

A falta do leite, as dores no seio devido à amamentação, as dificuldades de sucção do bebê, são situações que podem ocorrer e nem sempre a mulher consegue atravessá-las tranquilamente. “Se a mãe consegue entender a situação e tolerá-la, a lactação vai se desenvolver sem inconvenientes, entre uma mãe paciente e um recém-nascido que lentamente aprende a despertar-se e mamar.” (SOIFER, 1980, p. 65)

Assim, se a mulher conseguir amamentar o seu bebê com tranquilidade e confiança, o aleitamento ocorrerá sem transtornos, mas se existir medo, depressão, dor, tensão, ansiedade e fadiga, a lactação poderá fracassar, aumentando muitas vezes as ansiedades e o sofrimento. Essas emoções saudáveis ou não, oriundas do processo de amamentação, sofrem influência da identificação com a figura materna inconsciente.

Assim, as ansiedades referentes à lactação podem também ter relação com as fantasias infantis. O ato de mamar, e a possível dor, podem despertar na mulher um sentimento de estar sendo agredida pelo seu bebê, como uma projeção dos ataques agressivos para com a sua própria mãe internalizada.

À luz desses conceitos, a dor, as rachaduras do seio, os abscessos mamários e o isolamento que levam a mãe a se desligar do ambiente e da criança, respondem ao conflito inconsciente entre um desejo sexual incestuoso e a tendência repressiva oposta. As fantasias inconscientes que acompanham tais estados costumam centrar-se em vivências terríficas de ser devorada pelo filho, sugada em seco, etc., e representam castigos temidos pela realização dos desejos sexuais, ao mesmo tempo que reproduzem a problemática infantil ante a oralidade. (SOIFER, 1980, p. 76)

Para esta autora, uma das ansiedades mais intensas da lactação relaciona-se às sensações sexuais do próprio ato de amamentar, um misto de prazer e proibição incestuosa. As sensações sexuais são sentidas pelo contato do bebê com o seio/ mamilo, ou também porque a cada sugada do bebê ocorrem contrações uterinas.

O ato de amamentar com o seio é bastante valorizado pela sociedade e as mulheres que não conseguem amamentar dessa forma sentem, mesmo que de maneira mascarada, uma culpa ligada a isso. Tal situação pode corroborar o sentimento de impotência e incapacidade da mãe, trazendo mais prejuízos na economia psíquica da mulher e na relação dela com sua criança.

As fantasias inconscientes e as ansiedades desse momento também podem propiciar angústias e culpa persecutória. Segundo a teoria kleiniana, os sentimentos persecutórios equivalem ao temor de ser atacada ou destruída, provindo as ameaças de objetos externos ou internos. Esse estado paranóico surge a partir de projeções de aspectos destrutivos e de fantasias inconscientes do próprio indivíduo, somando a isso alguns aspectos da realidade, como objetos externos que expressam certa negatividade.

Soifer (1980) considera, portanto, que as angústias persecutórias que interferem na psicodinâmica da puérpera têm relação com uma figura materna hostil e vingativa, presente no mundo interno da mulher. As emoções suscitadas por esta ‘figura materna má’ fazem com que a mulher sinta-se ameaçada, como se ela ou o bebê pudessem ser atacados e prejudicados. Temores como de que alguém vai roubar ou mutilar o seu bebê, podem ser a expressão de angústias persecutórias inconscientes.

Junto a isso, pode se fazer presente uma culpa persecutória, ou seja, a existência inconsciente de uma figura materna acusatória, a qual atacaria a capacidade materna da mulher, como se essa figura materna não permitisse que a nova mãe ocupasse esse papel de maneira tranquila e gratificante. Temores quanto à incapacidade de cuidar do bebê, de não dar conta das tarefas dessa nova função, ou de perdê-lo, podem ser a expressão dessa culpa persecutória inconsciente.

Geralmente essas angústias e culpa persecutórias bastante intensas já se faziam presentes no período da gestação, somente se tornando mais avassaladoras no puerpério.

Diante do que já foi exposto, vê-se como fundamental a figura materna internalizada, construída já desde a tenra infância, segundo a teoria kleiniana das relações objetais. Confirma-se assim, a relevância desses conteúdos inconscientes num momento a posteriori na vida da mulher, na experiência da maternidade.

Quando a mulher se relaciona internamente com uma figura materna muito persecutória e/ou se sente atacada em sua capacidade materna por uma mãe muito perfeccionista, que a culpabiliza e a quem deve aplacar (provocando-lhe intensa culpa persecutória), muitas dificuldades emocionais surgem quando a mulher se torna mãe. Normalmente, ela já se sente angustiada desde a confirmação da gravidez, que é vivida com muita ambivalência. O desejo de ser mãe sofre muitos impedimentos internos e a gestante não se permite estar plenamente feliz com a perspectiva de ser mãe. (FELICE, 2000, p. 70)

Todas as mulheres possuem fantasias infantis relacionadas a uma figura materna internalizada, e o que varia são os níveis de elaboração e superação desses conteúdos inconscientes. “Segundo Klein (1928), as tendências destrutivas da menina em relação ao corpo da mãe e os desejos de atacar e roubar os bebês contidos dentro dela geram o temor persecutório de que a mãe, em represália, ataque da mesma forma os seus bebês.” (FELICE, 2000, p. 44)

Uma defesa egóica para aplacar esses estados emocionais de persecutoriedade é a idealização, um mecanismo defensivo típico da posição esquizo-paranóide. Seria converter alguém, por exemplo, a própria mãe ou a sogra, em um objeto idealizado, ou seja, em alguém que deteria todos os recursos para cuidar bem dessa criança, enfatizando a incapacidade da mulher. Nesses casos essa pessoa é quem estaria dando o suporte para a nova mãe quanto aos cuidados e proteção do seu bebê e dela mesma.

As fantasias inconscientes influem consideravelmente na relação com a mãe real, ou com as outras pessoas que ocupam o lugar de cuidadoras da mulher e do recém-nascido.

Além dos estados depressivos e persecutórios, é possível verificar mecanismos maníacos na puérpera, como uma reação ao estado de confusão transcorrido durante a gestação e o parto. Quando esta se apresenta eufórica, falante, muito preocupada com a aparência, dizendo sentir-se extremamente bem, recebendo as visitas de forma bastante exaltada. Em alguns casos a mulher tem insônia, não consegue desligar-se, e pode apresentar problemas na lactação, como hipo ou agalactia.

Os festejos familiares podem reforçar esses mecanismos maníacos, mas na falta das comemorações e da mobilização do ambiente social, a depressão pode ser intensa, ou algumas somatizações podem ocorrer. Por exemplo, constipação, febre, dores intestinais, hemorragias, sofrimento pela episiotomia e sua infecção, abscessos por injeções, abscessos mamários, entre outros.

Sobretudo em alguns casos, embora existam os festejos familiares e sociais, nem sempre estes são suficientes para conter as fantasias inconscientes da mulher, verificando-se estados depressivos, persecutórios e psicossomáticas como os que foram demonstrados acima.

Conforme enunciado sobre o período da gestação, no puerpério a mulher também precisa de apoio e sustentação emocional e para isso precisa estar amparada pelo ambiente. Se o ambiente puder lhe dar uma continência, a mãe sentirá mais segurança para exercer suas tarefas para com o bebê, estabelecendo com este uma relação saudável e prazerosa. “A falta do suporte fornecido pelo ambiente neste período é apontada comumente como um dos fatores de risco associados à depressão puerperal.” (FELICE, 2000, p. 83)

A perda da proteção hospitalar também se faz significativa na experiência de sofrimento e insegurança da mulher para assumir suas responsabilidades.

O estado mental da mulher é de incômodo, confusão, despersonalização, cansaço, apresentando muitas vezes acessos de choro, aborrecimentos, impaciência, irritabilidade, sentimentos de autodepreciação, inutilidade, paranóia.

Muitas dessas manifestações psicopatológicas são consideradas como um conjunto de sintomas que caracteriza a Síndrome de Tristeza Pós-Parto, também conhecida como ‘Baby Blues’.

Por volta do terceiro dia de contato com o bebê, quando as turbulências do parto começam a se acalmar e a mulher encontra-se em busca de um novo equilíbrio, geralmente se observa em algumas mulheres uma grande fragilidade, hiperemotividade e um humor extremamente lábil. É um momento no qual qualquer situação cotidiana pode se transformar num grande drama, levando a mulher a profundas crises de choro, sem saber exatamente o porquê. Muitas lágrimas que vem e vão, acompanhadas pelos sentimentos de tristeza, incapacidade e falta de confiança em si. O ‘baby blues’ é um estado depressivo benigno e transitório, com duração de alguns dias. “O ‘blues’ apresenta incidência de 50% e é considerado um transtorno normal e passageiro, caracterizando-se por crises de choro, ansiedade, fadiga, preocupações excessivas com o bebê, etc.” (FELICE, 2000, p. 35).

Algumas pessoas tentam explicar essas manifestações na mulher a partir de alterações hormonais e, sem dúvida, não se pode deixar de considerar a influência dos hormônios nessa questão. Porém, observou-se que há casos de ‘baby blues’ verificados em mulheres que adotaram crianças, corroborando a idéia de que as alterações hormonais não são suficientes para explicar esse fenômeno.

Situações de dificuldade aparecem frente à maternidade, tanto para as mulheres que estão passando por essa experiência pela primeira vez, como para aquelas que já têm outros filhos, sempre considerando as suas particularidades e contextos específicos, e estas acreditam que não vão dar conta de assumir essa função. Assim, algumas alterações somáticas como problemas na amamentação, problemas digestivos, dores relativas à cicatrização da episiotomia (quando houve uma) são vividas como barreiras intransponíveis nesse momento, mas em poucos dias essas dificuldades vão sendo esquecidas, ao mesmo tempo em que a função materna vai se estruturando e entrando nos eixos. Desta forma, nas primeiras semanas após o nascimento do bebê muitas dessas características psicopatológicas vão se atenuando para algumas mulheres.

Sobretudo, em alguns casos evidencia-se estados de descompensações psíquicas mais graves e mais persistentes, às vezes podendo durar alguns meses. É o caso da Depressão Pós-Parto, caracterizada por sintomas como tristeza patológica, perda do prazer, hipocondria, irritabilidade, desalento, ideação suicida, entre outros, e ocorre numa incidência menor, em torno de 10%.

Saídas maníacas podem acontecer para tamponar a crise depressiva, culminando num abandono do bebê, deixando-o para outrem cuidar, e uma maior preocupação com a vida social. Observa-se também irritabilidade e hiperatividade. Há casos, porém, em que a mãe fica totalmente voltada aos cuidados do bebê em detrimento de qualquer outra atividade. Conseqüentemente, suas relações com o ambiente ficam bastante prejudicadas.

Se o ambiente social não puder receber adequadamente as ansiedades da mulher, estarão contribuindo para uma potencialização dessas ansiedades, levando a quadros psicopatológicos mais graves.

De qualquer maneira e sem chegar aos limites alarmantes do estado psicótico, acham-se presentes em todos os casos, em maior ou menor grau, as idéias depressivas e persecutórias, o desejo de afastar-se, o abandono. A sensação dominante é de haver perdido a própria personalidade e ser uma mera escrava do bebê e do ambiente. Quando a família e os amigos podem colaborar de modo eficiente, tais sensações acabam por se transformar em carinho para com o filho, em alegria pelo seu progresso e crescimento. Mas, como já dissemos, se essa colaboração não é suficiente ou se mostra inadequada, o estado

depressivo, mesmo sem chegar à psicose, pode prolongar-se. (SOIFER, 1980, p. 73)

Casos mais alarmantes, denominados de Psicose Puerperal, são caracterizados como quadros psicóticos, de perturbações mentais severas, verificando-se significativas alterações de humor e de contato com a realidade, achando-se presentes ideias delirantes, alucinações e alterações cognitivas. Tentativas de suicídio e de ataques ao bebê também são características desse quadro. Aspectos de melancolia, com sentimentos de inutilidade, incapacidade, e autodepreciação também. A incidência desses quadros é de 1 a 2/1000 partos.

Tal estado se caracteriza, como se sabe, pelo repúdio total ao bebê: a paciente não quer vê-lo, aterroriza-se com ele, permanece triste, afastada, como que ausente. Torna-se apática, abandonada, nem sequer aceita dedicar-se aos cuidados pessoais. Pode sofrer insônia, inapetência. Frequentemente esse quadro se associa a ideias paranóides de perseguição, de que alguém vai introduzir-se na casa para prejudicar ou roubar, etc. O tratamento é urgente nesse caso, e o psiquiatra deve ser consultado imediatamente. (SOIFER, 1980, p. 72)

Os casos de psicoses puerperais são mais raros, mas necessitam de profunda atenção, pois impossibilita a mulher de cuidar de seu bebê, podendo inclusive colocá-lo em risco, assim como também a si mesma. Diante disso, sugere-se tratamento farmacológico associado à psicoterapia, tão logo se evidencia a problemática, pois do contrário, as crises podem ocorrer mais frequentemente, passando-se à cronicidade. O internamento é indicado como último recurso, principalmente nos casos que se presentificam as ideias de suicídio. Considerando a influência do ambiente social sobre a puérpera, faz-se interessante um trabalho com as famílias, para lhes proporcionar mais possibilidades no cuidado da mesma.

Nos casos de depressão pós-parto, pelos mesmos riscos, o tratamento farmacológico e psicoterapêutico devem ser imediatos, fundamentalmente se for um quadro agudo e que os sintomas persistem.

É necessário levar em conta que a maternidade constitui para a mulher uma fonte básica de saúde mental. A mãe que sente ter fracassado em sua tarefa e que não consegue relacionar-se convenientemente com os

filhos, experimenta uma enorme dor que chega a ser intolerável. (SOIFER, 1980, p. 74)

Compreende-se que os períodos de gestação, parto e puerpério são considerados como especialmente vulneráveis ao desencadeamento de transtornos mentais. A relação da mulher com o seu meio social, com o seu bebê e com ela mesma, pode assim se ver perturbada, trazendo muito sofrimento, ansiedades e quadros psicopatológicos. “A confusão entre fantasia e realidade é então dirimida de acordo com as possibilidades defensivas do ego, instalando-se os correspondentes quadros depressivos, maníacos, psicopáticos, viciação por drogas, etc. (...)” (SOIFER, 1980, p. 82).

Diante do que foi exposto neste capítulo, precisa-se pensar na qualidade de atenção que os serviços de saúde mental oferecem para as mulheres, e seus familiares, nesses períodos de tanta fragilidade psíquica. É essencial considerar que muitos casos de distúrbios puerperais poderão evoluir para quadros psicopatológicos recorrentes, denotando a cronicidade. Isso, sem dúvida, sofre influência do tipo e qualidade de tratamento que foram oferecidos às mulheres quando em crise aguda, bem como o que elas puderam suportar.

Eis a experiência que possuímos em relação a tais ocorrências. Se se proporciona devida atenção no momento oportuno, não há cronicidade e o conflito pode resolver-se facilmente. Caso contrário, consolidam-se a situação depressiva e as dissociações correspondentes, o trabalho é árduo e penoso, e, pior ainda, poucas vezes a paciente tem suficientes esperanças para tolerar o prazo de alguns anos requerido para o tratamento. O próprio estado de depressão crônica encheu-a de pessimismo e é escassa sua capacidade de confiar. Por outro lado, costumam ser freqüentes as recorrências depressivas nos casos de abandono prematuro da terapia. (SOIFER, 1980, p. 87)

O envolvimento da mulher no tratamento psiquiátrico e psicológico adequados pode ser determinante para um futuro mais tranquilo e saudável, tanto para ela como para o seu bebê.

Em seguida será apresentado um capítulo sobre os distúrbios mentais puerperais numa visão psiquiátrica, bem como será discutido o termo, ‘sofrimento psíquico grave’, trazendo algumas diferenciações e esclarecimentos entre o que é apresentado nos

manuais de psiquiatria, a psiquiatria clássica e a psicanálise, referente à questão estrutural nas psicoses.

2.2. O SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS PSICOSES

A apresentação de experiências de gravidez, parto e puerpério em seus aspectos de normalidade e psicopatologia confirmou a vulnerabilidade emocional e psicológica das mulheres nesse estágio de suas vidas.

Neste capítulo apresentar-se-á uma discussão sobre as diversas conceituações, considerações causais e de tratamento sobre a psicose. Serão abordadas as classificações psiquiátricas, dos tratados da psiquiatria clássica e dos manuais estatísticos, sendo esses os mais utilizados atualmente pela corporação médica. Será explicitado também sobre visões mais psicodinâmicas quanto às psicoses, que valorizam o campo do psíquico e a noção psicanalítica de estrutura.

Primeiramente é preciso lembrar que ao falar sobre normalidade e psicopatologia, saúde e doença mental, é necessário muita cautela. Isso porque os critérios para a consideração desses conceitos sofrem diversas influências filosóficas, ideológicas, pragmáticas, sócio-culturais, entre outros. Há uma multiplicidade de aspectos e abordagens diferentes que buscam uma compreensão dessa área tão multifacetada e complexa da psicopatologia.

Outra questão fundamental para consideração é referente à formulação dos diagnósticos em psiquiatria. Estes são baseados em dados clínicos e no perfil de sinais e sintomas, os quais são conhecidos a partir de entrevistas com o paciente e seus familiares, ao relatarem a história da doença. Vale enfatizar que não existe um sintoma psicopatológico totalmente específico para um determinado transtorno mental, mas é o conjunto total de dados clínicos que vão determinar o quadro psiquiátrico.

Infelizmente não existe no domínio dos transtornos psíquicos, um único sintoma mórbido que seja totalmente característico de uma enfermidade. (...) devemos evitar atribuir importância característica a um único fenômeno mórbido. (...) O que quase nunca é produzido totalmente de forma idêntica pelos diferentes transtornos mentais é o quadro total, incluindo o desenvolvimento dos sintomas, o curso e o desenlace final da doença. (KRAEPELIN, apud DALGALARRONDO, 2000, p. 33).

Sobre a etiologia e os eventos desencadeantes dos transtornos mentais a complexidade aumenta e devem ser considerados aspectos biológicos, psicológicos e sociais que podem estar relacionados ao problema. Embora a descrição dos sintomas e sua evolução sejam essenciais para o delineamento do tratamento, é necessário também considerar a singularidade e especificidade de cada caso. Desta forma, para a realização de um diagnóstico completo devemos considerá-lo pluridimensional, ou seja, incluir as várias dimensões psicossociais e clínicas do indivíduo.

Assim, há no processo diagnóstico uma relação dialética permanente entre o particular, individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em particular), e o geral e universal (a categoria diagnóstica à qual essa pessoa “pertence”). Portanto, não nos esqueçamos: os diagnósticos são “idéias” (hoje, diríamos “construtos”), fundamentais para o trabalho científico, para o conhecimento do mundo, mas não objetos reais e concretos. (DALGALARRONDO, 2000, p. 32)

É interessante esclarecer que o diagnóstico psicopatológico não é definitivo e pode sofrer alterações a partir da observação do curso e da evolução do transtorno.

Uma das questões que se faz presente neste estudo é quanto ao significado de “sofrimento psíquico grave”. Isso porque se pretende abordar os casos clínicos sob essa referência, ou seja, considerar a moléstia que acometeu as pacientes como um estado psicótico, não decidindo por uma estrutura psicótica definida, nem por um diagnóstico psiquiátrico de psicose, uma vez que não é possível saber a priori o que ocorrerá no curso de suas vidas e doença após os tratamentos que foram acompanhados.

Insistimos que, no caso do sofrimento psíquico grave, deve-se pensar em novos modos de compreender o sofrimento sobre quando determinadas vivências tornam-se insuportáveis e quais as potencialidades do sujeito que podem sustentá-lo diante dessa realidade, rejeitando, assim, qualquer definição pré-estabelecida, em especial as deficitárias. (COSTA, 2010, p. 59)

Costa (2010), em sua tese de doutorado apresentada em 2003, problematizou sobre o “sofrimento psíquico grave”, propondo o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI), para tratar do que o próprio nome sugere. Para isso, discutiu vastamente sobre a diversidade de conceituações sobre o termo psicose, de diferentes sentidos, estudados por diferentes ciências, como a psiquiatria, a

psicanálise, a psicopatologia e a psicologia clínica, e concluiu junto a outros autores, que o termo psicose está repleto de imprecisões. Sugere um exemplo disso citando Campbell (1986 apud COSTA, 2010, p.37) que ressalta sobre a psicose:

O resultado do uso conflitante (do termo) é não existir uma definição única e aceitável do que é a psicose. Em geral, porém, os distúrbios classificados como psicoses diferem dos outros (...) em um ou mais dos seguintes aspectos: 1. gravidade (as psicoses são distúrbios “importantes”, mais graves, intensos e desintegradores; tendem a afetar todas as áreas da vida do paciente); 2. grau de retraimento (o paciente está menos apto a manter as relações afetivas com o objeto...); 3. Afetividade (as emoções são, com frequência, qualitativamente diferentes do normal; ...são... exageradas no aspecto quantitativo, ...); 4. Intelecto (...linguagem e pensamento sofrem perturbações; capacidade de discernimento deficiente; podem aparecer alucinações e delírios); e 5. regressão (...deterioração generalizada do funcionamento e um retorno a níveis...primitivos de comportamento...)

A clínica psiquiátrica clássica considera a psicose a partir da ocorrência de alguns fenômenos, sintomas, que agrupados caracterizam-se como as síndromes psicóticas. São sintomas como alucinações, delírios, pensamentos desorganizados e comportamentos bizarros. “A definição mais estreita de psicótico está restrita a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de insight para a sua natureza patológica.” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1994, p. 263) Ou ainda,

Falar em comprometimento do teste da realidade significa em geral, que o indivíduo avalia incorretamente a acuidade das suas percepções e pensamentos, realizando inferências incorretas acerca da realidade externa, ainda que em face de evidências contrárias. A evidência direta do comportamento psicótico, como toda a conjugação de definições e elaborações que se percebe nos dias de hoje, é a presença de delírios ou alucinações de uma natureza patológica que a caracterizam em termos de alteração psíquica. (GHISOLFI, 2010 apud COSTA, 2010, p. 38/39)

Na evidência desses sintomas psicóticos a clínica psiquiátrica desenvolveu uma série de categorias diagnósticas para os transtornos mentais, sendo o transtorno mental mais conhecido a esquizofrenia. Há outros transtornos psicóticos como o transtorno delirante, o transtorno esquizotípico, o transtorno psicótico agudo e transitório, o transtorno esquizoafetivo, o esquizofreniforme, devido a uma condição médica geral, o

induzido por substância, o transtorno de humor com sintomas psicóticos, e o psicótico sem outra especificação.

É interessante destacar que a maioria dos encaminhamentos para internação que chegam à instituição em que foi realizada esta pesquisa recebe o diagnóstico F.29 – Transtorno Psicótico sem Outra Especificação. Tal fato pode evidenciar duas situações: a primeira, de que os profissionais que têm contato inicial com a pessoa em surto não se atêm aos detalhes e, portanto, diagnosticam a crise de uma maneira mais geral; a segunda, de que há apresentações de sofrimento psíquico difíceis de serem catalogadas e, portanto, uma definição escapa aos agrupamentos mais usuais.

De acordo com o DSM-IV e o CID-10 o reconhecimento do desencadeamento da psicose (em especial a esquizofrenia) é a partir da presença de sintomas, enquadrados como positivos e negativos. “Os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais.” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1994, p. 264)

Os sintomas positivos ou, síndromes produtivas nas psicoses, são distorções ou novas manifestações do pensamento (delírios), da percepção (alucinações auditivas, visuais, cenestésicas), da linguagem (neologismos, parafrases), do comportamento (atos impulsivos, comportamento bizarro) e motora (agitação psicomotora).

Os sintomas negativos ou, síndromes deficitárias nas psicoses, produzem efeitos de empobrecimento psíquico, emocional e social do indivíduo. Ocorre uma perda em algumas funções psíquicas quanto ao pensamento (empobrecimento, lentificação, do pensamento), à vontade (dificuldade de realizar ações organizadas, falta de iniciativa), à linguagem (empobrecimento da linguagem, diminuição da fluência verbal), ao comportamento (isolamento social), ao afeto (distanciamento afetivo, embotamento afetivo) e motora (lentificação psicomotora).

Todos esses sintomas, com intensidades variadas, são característicos e determinantes nos diagnósticos de psicose de acordo com uma visão psiquiátrica clássica.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), adotada no Brasil como classificação de referência, identifica as psicoses pelas siglas que vão de F.20 a F.32. O Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) atualmente está na versão V.

O GIPSI, que funciona em Brasília–DF desde 2001, dá um lugar de grande importância para os *pródornos*, que são sinais que indicam a necessidade de uma atenção diferenciada para o sofrimento presente. São sinais que precedem a eclosão da psicose, seja no seu desencadeamento, seja anterior a uma recaída na psicose de pacientes com histórico prévio. A observação apurada e rápida dos sinais e sintomas é essencial para que o tratamento ocorra o mais precocemente, e para isso é valorizada a subjetividade, que só pode ser assinalada pelo paciente, não mais pelo saber e poder médico, que vem se preocupando, na maioria das vezes, em catalogar sintomas e encontrar um diagnóstico.

“A semiologia psiquiátrica se mantém em águas rasas e quando cataloga sintomas, está de fato, apresentando sinais de enfermidade filtrando a subjetividade da queixa do paciente.” (COSTA, 2010, p. 18)

Numa visão psicodinâmica a característica central da psicose é a perda de contato com a realidade.

(...) Fundamentalmente, é numa perturbação primária da relação libidinal com a realidade que a teoria psicanalítica vê o denominador comum das psicoses, onde a maioria dos sintomas manifestos (particularmente construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objetual. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1999, p. 390)

Freud em seu texto “O Eu e o Id” (1923) discorreu sobre a relação existente no aparelho psíquico entre o Eu, o Id e o mundo exterior. Explicou que o Eu fica numa relação intermediária entre o Id e o mundo exterior, tentando satisfazer ambos os lados. O Eu procura fazer valer a influência do mundo exterior sobre o Id, com o objetivo de substituir o princípio de prazer pelo princípio de realidade. “O eu representa o que se pode chamar de razão e circunspeção, em oposição ao Id, que contém as paixões.” (FREUD, 2011, p. 31)

Em outro texto, “Neurose e Psicose” (1924) Freud considerou que na psicose produz-se uma ruptura entre o Eu e a realidade (mundo exterior), devido às reivindicações pulsionais, ficando o Eu sob o domínio do Id. Em “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), Freud ressaltou que tanto na neurose quanto na psicose ocorre a perda da realidade, porém a diferença na psicose está no movimento psíquico de substituir a realidade. Assim, o delírio seria uma forma de reconstrução da realidade, então pautada pelos desejos do Id.

Sobre a gênese das formações delirantes, algumas análises nos ensinaram que o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgira uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior. (...) A etiologia comum à irrupção de uma psicose ou neurose é sempre a frustração, a não realização de um daqueles desejos infantis nunca sujeitos, tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. (...) O efeito patógeno depende de que o Eu, nessa tensão conflituosa, continue fiel à sua dependência do mundo externo e procure amordaçar o Id, ou se deixar sobrepujar pelo Id e separar da realidade. (FREUD, 2011, p. 180 e 181)

A teoria psicanalítica considera a existência de três estruturas, da qual ressalta que sejam estruturas de defesa, a neurose, a perversão e a psicose. Para a subjetivação do sujeito, ou seja, para que ele exista enquanto sujeito (sujeito de Desejo), é necessário que ele defenda-se, por isso a estrutura, de ser o objeto da Demanda Imaginária do Outro. Isso é o que vai dar uma significação ao sujeito. Uma significação subjetiva que o defenderá dessa Demanda do Outro, de ser o objeto de gozo do Outro, fazendo do sujeito algo diferenciado do Real de seu corpo, de um pedaço de carne e nada mais.

É uma estruturação de defesa na medida em que se subjetivar, existir como sujeito (barrado pela castração, como na neurose, ou não, como na psicose), obter algum estatuto simbólico, alguma significação é necessário que o sujeito seja algo distinto do Real do seu corpo, algo Outro e mais do que alguns quilos de carne. Por isso o sujeito se estrutura em uma operação de defesa. (CALLIGARIS, 1989, p. 20)

Essa significação é bastante diferente na neurose e na psicose, pois o saber que o defende e que o refere enquanto sujeito não é o mesmo. Na neurose o sujeito aposta num sujeito suposto saber, tem uma estreita ligação com o significante Nome-do-Pai, e sua significação e subjetivação se constituirá nessa relação com o suposto saber paterno.

Desta forma, a significação neurótica tem como centralizadora a função paterna, detentora da lei, e isto é o que faz a amarração do sujeito no mundo,

O neurótico defende-se com um saber da Demanda do Outro, que ele supõe a um sujeito, ao pai como detentor suposto de um saber essencialmente sexual. O pai é quem sabe lidar com o desejo materno e por conseqüência quem pode decidir da significação sexuada dos filhos. (CALLIGARIS, 1989, p. 25)

Na psicose há uma significação de defesa, mas não uma significação referente a um suposto saber paterno. A amarração dos significantes não é a mesma, não é centrada no significante Nome-do-Pai, uma vez que esse significante encontra-se foracluído.

Lacan teorizou em seu artigo “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, disponibilizado nos Escritos (1998), que o psicótico tem outra maneira de se posicionar a partir da falta do Nome-do-Pai, inscrito no significante. Há um buraco no lugar da significação fálica e a sua organização e relação com o mundo, passa a ser diferente.

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como *foraclusão* do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica. (LACAN, 1998, p. 564)

Portanto o sujeito psicótico, ele próprio, é quem vai ter que tecer sua significação, produzir um saber, na falta da função central, a do Nome-do-Pai, protegendo-o da Demanda do Outro. O que não entra no simbólico retorna no real, sempre incompreensível e inapreensível. Diante disso, o desencadeamento psicótico ou a emergência da crise psicótica, acontecem ao ligarem-se à falta de simbolização do significante paterno, que nesse caso não faz a amarração dos três registros (Real, Simbólico e Imaginário) na estruturação psíquica.

No desencadeamento da crise existe sempre alguma coisa como uma injunção feita ao sujeito psicótico de referir-se a uma amarração central, paterna. Ele não tem a possibilidade de referir-se a esta amarração, que não foi simbolizada por ele, a partir daí começa uma crise, com os fenômenos que a psiquiatria clássica descreveu, a saber, estado crepuscular, alucinação auditiva, tentativa de construção de um

delírio, alucinações cenestésicas, não-auditivas, e assim por diante. (CALLIGARIS, 1989, p. 27)

Diante disso, poderia ser a experiência da maternidade, gestação, parto e puerpério, experiências de transição, mudanças e de extrema fragilidade, algo como uma injunção às mulheres, que em uma estruturação psicótica, sobreviveriam e organizar-se-iam por meio de uma crise?

A clínica psicanalítica, por não ser uma clínica descritiva, nem fenomenológica, considera a psicose a partir de uma visão estrutural, fundada na transferência. Desta maneira, considera uma estrutura psicótica mesmo na ausência de manifestações e sintomas psicóticos. Assim, é possível um sujeito psicótico, de estrutura psicótica, mesmo que não tenha passado por uma crise durante a sua vida. Acredita-se que geralmente se desencadeia a crise psicótica por influências de determinantes ambientais e relacionais.

Seria o acontecimento da maternidade, da gestação, do parto e do puerpério um exemplo disso? Os conflitos inconscientes entre a mulher, a profissional e a mãe?

Nos últimos 20 anos, tem havido um crescente reconhecimento de que, para algumas mulheres, a gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos de humor, em particular pela depressão. Esse conhecimento segue o sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres. (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005, p. 57)

Nos manuais de psiquiatria a psicose pós-parto encontra-se como psicose atípica. “Uma psicose pós parto é uma síndrome clínica que ocorre após o parto e se caracteriza por delírios e depressão grave. Os pensamentos sobre a vontade de ferir o bebê recém-nascido não são incomuns e representam um perigo real.” (KAPLAN, 1993, p. 381)

Especificamente no DSM-IV, foi incorporado no capítulo sobre transtornos de humor o especificador “com início no pós-parto”, para os casos em que os sintomas ocorrem dentro de quatro semanas após o parto.

Na CID-10 a psicose puerperal está na categoria dos Transtornos Mentais e de Comportamento Associados ao Puerpério, no entanto é uma categoria pouco usual. “(...)

A maioria dos especialistas nesse campo é da opinião de um quadro clínico de psicose puerperal é tão raramente (se é) distinguível confiavelmente de transtorno afetivo ou esquizofrenia que uma categoria especial não é justificada.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 16)

Pesquisas como as de Felice (2000), Correia (2006), Cantilino et al. (2009), Camacho et al. (2006), consideram algumas variáveis como fatores de risco associados aos distúrbios mentais puerperais: problemas mentais prévios, história familiar positiva para transtornos de humor e ansiedade, suporte social e/ou familiar precários, fortes estressores ambientais (perda do emprego; perda de um ente querido), problemas conjugais ou ausência de parceiro, dificuldades econômicas, instabilidade financeira e/ou ocupacional, ansiedade ou depressão na gestação, gravidez indesejada, fatores obstétricos e complicações no parto, abortamentos espontâneos ou de repetição, história de abuso sexual, relacionamento parental conturbado na infância, negligência na infância, baixa autoestima, gravidez na adolescência, entre outros.

“Fatores de risco são condições biológicas e psicossociais que, quando presentes em determinados grupos da população, estão associadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de um determinado transtorno por parte desta população.” (VALENÇA, 2005 apud CORREIA, 2006, p. 27).

Os fatores de risco devem ser verificados de forma sistemática e regular. Embora as pesquisas na sua maioria apresentem os fatores de risco de uma forma generalizada, é relevante indicar que existem as especificidades culturais, locais e temporais que podem identificar fatores de risco distintos.

Segundo Correia (2006, p. 23), “No caso da DPP, os fatores genéticos são importantes, porém mesmo que o indivíduo apresente uma predisposição genética, é provável que fatores biológicos ou psicossociais necessitem interagir para ocasionar a doença”.

De tudo o que foi apresentado pode-se inferir que são incertas e diversas as conceituações de psicose e vê-se também a imprecisão quanto à psicose puerperal. Devido a isso nesta pesquisa considera-se a existência “das psicoses”, assim como existem os sujeitos, as suas histórias e particularidades. Mantêm-se como referência a noção de “sofrimento psíquico grave”, ou “sofrimento psíquico do tipo psicótico”.

A expressão sofrimento psíquico grave, segundo Costa (2003, 2007 apud Costa 2010, p. 59),

Um constructo que nos dá liberdade para falar de crises intensas de cunho 'normal' ou 'psicótico', com a mesma consideração essencial, ou seja, a de que é um sofrimento humano, natural, com peculiaridades e contextos próprios, que pode ser manifesto em indivíduos ou relações. Fala, portanto, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia.

O sofrimento humano é tão antigo quanto à própria humanidade. E muito antiga também é a busca por alívio e pela cura do mal-estar, sejam por meio de medicamentos, religiões, psicoterapias, uso de substâncias ilícitas, entre outros. À inquietude, ao desassossego e ao sofrimento humano precisa ser dado um sentido, uma razão, uma causa, um motivo para que se aplaque a angústia do ser e abram-se novas possibilidades de resolução.

Cabe inicialmente enfatizar que no sofrimento humano está implicada uma diversidade de situações, sentimentos e experiências que compõem um mosaico de impressões e tonalidades afetivas diversas, do nascimento, a uma perda ou a uma doença (...) (COSTA, 2010, p. 58)

3. OBJETIVOS

O problema central da pesquisa foi compreender os significados que as mulheres dão à maternidade quando, diante da gestação ou após o nascimento do bebê, necessitaram de um tratamento psiquiátrico em regime de internação.

Partindo da aproximação de algumas mulheres que se encontravam internadas por essa dificuldade puerperal, ou que estavam novamente internadas, após uma reagudização do quadro psiquiátrico desencadeado no puerpério, buscou-se conhecer suas histórias de vida e condições subjetivas frente à feminilidade e a maternidade. Acredita-se que o conhecimento das experiências dessas mulheres e das significações que lhes deram um sentido poderá contribuir para um maior entendimento sobre o desencadeamento e o tratamento de transtornos mentais nesse período de vida em que a mulher torna-se mãe.

Foram objetivos específicos desta pesquisa investigar:

- Por meio de suas histórias subjetivas levantar dados sobre como essas mulheres representam para si a função materna, bem como as mudanças que surgiram em suas vidas a partir deste acontecimento e como estão podendo lidar com isso.
- Verificar como essas mulheres em tratamento puderam vir a ocupar-se de seus filhos, suas angústias e expectativas sobre o encontro, ressaltando que ficaram separadas de seus bebês por terem sido internadas no hospital psiquiátrico.
- Contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, mais especificamente para a saúde mental da mulher, a partir de programas e ações mais próximas das necessidades que se apresentam.
- Contribuir para a elaboração de medidas preventivas e de promoção à saúde mental de mulheres, gestantes e puérperas, no intuito de evitar um sofrimento psicológico intenso e atender às crises mentais frente à maternidade o mais cedo possível.

4. MÉTODO

Nesta seção será abordado sobre a escolha do método de pesquisa e em seguida será explicitado como foi feita a escolha dos sujeitos, a descrição da instituição onde ocorreu a pesquisa, os instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados, os aspectos éticos abordados e garantidos, bem como a análise e compreensão dos resultados, conforme se pode refletir.

4.1. A PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo-transversal que buscou por meio da análise de discurso, a compreensão dos significados que os sujeitos participantes da pesquisa expressaram sobre a complexidade das experiências das mulheres. Considerando a temática deste estudo, significações de mulheres a respeito da maternidade, buscou-se utilizar os procedimentos metodológicos mais adequados aos objetivos referidos.

A pesquisa qualitativa representa uma forma de construir conhecimentos científicos por meio de uma análise mais profunda de fenômenos sociais complexos. Aspectos das subjetividades, opiniões, valores, crenças e atitudes, podem ser conhecidos a partir de uma pesquisa qualitativa bem articulada. A caracterização enquanto uma pesquisa descritivo-transversal foi devido a ser uma pesquisa que buscava trazer um novo conhecimento a respeito de um tema ainda pouco explorado no meio acadêmico, a partir da descrição dos dados coletados.

A partir de uma análise crítica da epistemologia das ciências naturais, embasadas no positivismo, largamente utilizada nas pesquisas psicológicas e nas ciências sociais, valorizou-se a chamada Epistemologia Qualitativa, que é uma outra forma metodológica que considera a cientificidade da subjetividade, em seu caráter de objeto complexo. Rey (2010) refere que o histórico e o cultural estão expressos na constituição das subjetividades dos sujeitos.

O sentido subjetivo e suas distintas formas de organização e processualidade, constantemente envolvidas nos níveis simultâneos das subjetividades social e individual, estão permanentemente presentes nas diferentes atividades e relações do sujeito que interage nos diversos espaços e contextos da vida social. Porém, sua presença nas emoções e nos processos simbólicos atuais do sujeito não

significa que os sentidos subjetivos sejam suscetíveis à significação consciente. (REY, 2010, p. 125/126)

A Epistemologia Qualitativa pressupõe que o conhecimento é dado de maneira ‘construtiva-interpretativa’, isto é, o conhecimento enquanto uma produção humana e não como uma simples apreensão linear da realidade percebida. Assim, esta metodologia prioriza o desenvolvimento de uma teoria, de formação contínua, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos cada vez mais inteligíveis de aspectos da realidade. A construção de modelos teóricos é o diferencial desse tipo de pesquisa qualitativa, a qual evita a utilização dos instrumentos de pesquisa de forma ingênua e causadora de generalizações e classificações conclusivas sobre os sujeitos em estudo. Define o autor, “(...) a teoria como construção de um sistema de representações capaz de articular diferentes categorias entre si e de gerar inteligibilidade sobre o que se pretende conhecer na pesquisa científica.” (REY, 2010, p. 29) Diante do exposto, no desenrolar da pesquisa propõe-se uma construção teórica para pensar a realidade dessas mulheres, que frente à maternidade ficaram psicologicamente e psiquiatricamente doentes.

Para a Epistemologia Qualitativa os conhecimentos são construídos entre o sujeito e o objeto. Diferentemente da epistemologia positivista em que desconsidera o objeto de estudo da psicologia enquanto um sujeito intencional, consciente, capaz de produzir sentido subjetivo. Não trabalhar com respostas fechadas e previamente definidas, mas sim que o pesquisador utilize-se de procedimentos que estimulem a expressão e a construção de reflexões pelo sujeito, que não estão definidas a priori. Suas respostas, então, serão verdadeiras construções pessoais, dentro do espaço de diálogo de uma entrevista, onde pesquisador e objeto têm uma vinculação. Compreender o empreendimento científico enquanto uma construção social e subjetiva. “Em poucas palavras, a metodologia, coerente com a proposta epistemológica qualitativa, substitui a resposta pela construção, a suposta neutralidade do pesquisador pela participação e a verificação pela elaboração.” (GONZÁLEZ REY, 1998 apud MADUREIRA; BRANCO, 2001, p. 9)

Este trabalho é uma pesquisa com intervenção, o que significa que a coleta de dados ocorreu no próprio atendimento psicoterapêutico, ou seja, as questões da pesquisa

perpassaram pelos atendimentos. Utilizou-se do procedimento da Pesquisa Clínica, em que estão juntos o campo da prática clínica, da intervenção terapêutica, e o campo da pesquisa, enquanto processo de produção de conhecimentos validados e comunicáveis. “(...) Esse tipo de pesquisa consiste em ‘um procedimento de conhecimento do funcionamento psíquico que visa construir em uma estrutura inteligível fatos psicológicos que têm o indivíduo como fonte.’” (PERRON, 1979 apud GIAMI, 2004, p. 41, 41)

Na pesquisa clínica, o olhar clínico sobre o objeto da pesquisa, a partir da prática de intervenção, não será considerado em sua totalidade, uma vez que o campo da pesquisa exige a redução em um número limitado de sinais escolhidos inicialmente como observáveis e significativos.

Outra característica, segundo Giami (2004), é que o momento de coleta do material ocorre na relação estabelecida entre o pesquisador e um sujeito, e o momento do tratamento coloca o pesquisador diante do conjunto de produções desses sujeitos. Mas é preciso que haja uma suspensão da relação com o sujeito quando o pesquisador for voltar-se para a problemática da pesquisa e para a análise dos resultados dos materiais e discursos coletados.

Na pesquisa clínica a validação dos procedimentos de pesquisa fica situada entre a teoria e a experiência clínica; ela define a posição do pesquisador clínico em relação à do profissional tendo em vista que ela introduz um segundo dispositivo de leitura e da análise do material depois de suspensa a relação com o sujeito entrevistado. (GIAMI, 2004, p. 48)

Considera-se que o momento da coleta dos dados pode incitar a algumas intervenções e, segundo Giami (2004), isso pode ter vantagens aos sujeitos, objetos da pesquisa. Essa é, portanto, a especificidade da pesquisa clínica, porém conseguir trabalhar entre os limites da intervenção e da pesquisa é uma tarefa complexa e que traz muitas dificuldades.

As entrevistas foram abertas e também semi-estruturadas, pois havia uma prévia organização de roteiro, em três partes: Identificação e Dados Demográficos; Condições de Saúde; Roteiro Semi-Estruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Contou-se com a possibilidade de que nem todas as questões referentes à anamnese e ao roteiro fossem respondidas pelas entrevistadas, uma vez que as entrevistas ocorreram juntamente aos atendimentos psicoterapêuticos, os quais eram prioridade para o tratamento dessas mulheres. Da mesma forma, os possíveis desconfortos que ocorreram durante as entrevistas, e que tinham relação com o próprio conteúdo que a paciente trazia, tiveram a assistência por parte da psicóloga-pesquisadora, no próprio setting terapêutico, tendo sido a relação terapêutica suficiente para amenizá-los.

As entrevistas foram realizadas com algumas mulheres que foram convidadas, seguindo alguns critérios de inclusão e exclusão que serão descritos abaixo, bem como com o familiar e/ou responsável que estava acompanhando o tratamento hospitalar. Essas entrevistas de familiares foram abertas e não seguiram roteiros, com o intuito de agregar informações relevantes sobre cada caso.

Utilizou-se observação e acompanhamento do processo sintomatológico e de evolução das pacientes no tratamento psiquiátrico. Foi feita pesquisa documental nos prontuários para adquirir o histórico do tratamento atual e dos tratamentos anteriores das participantes, bem como para utilizar os dados referentes às anotações e observações da equipe multidisciplinar. Apresentou-se também os dados extraídos a partir dos contatos com as pacientes junto à psicóloga da unidade, desde os primeiros dias do internamento, assim como dos grupos psicoterapêuticos, grupos operativos, atendimentos psicoterapêuticos individuais (não gravados) e das observações da paciente no cotidiano da unidade.

Nos atendimentos foi utilizado o instrumento da dinâmica conversacional como procedimento para a construção da informação. Neste sentido, a pesquisadora agia como um facilitador do diálogo, lançando o tema-objeto durante a conversa com a participante, de forma a abrir um espaço para que ela pudesse desenvolver e expressar seus sentidos durante a conversação. É válido constatar que com este procedimento a construção da informação dependia do envolvimento do sujeito estudado, e que as informações coletadas foram muitas vezes mais ricas do que esperávamos. Sobre a dinâmica conversacional Rey (2010) destaca:

(...) a conversação é um processo cujo objetivo é conduzir a pessoa estudada a campos significativos de sua experiência pessoal, os quais são capazes de envolvê-la no sentido subjetivo dos diferentes espaços delimitadores de sua subjetividade individual. A partir desses espaços, o relato expressa, de forma crescente, seu mundo, suas necessidades, seus conflitos e suas reflexões, processo esse que envolve emoções que, por sua vez, facilitam o surgimento de novos processos simbólicos e de novas emoções, levando à trama de sentidos subjetivos. (REY, 2010, p. 126)

Apostou-se que os transtornos mentais do puerpério trazem em si uma conjunção de aspectos subjetivos e das condições das relações sociais, não esquecendo, porém, dos aspectos biológicos.

4.2. A INSTITUIÇÃO

O hospital psiquiátrico no qual ocorreu esta pesquisa é referência do serviço de saúde mental do Estado do Paraná, com suas vagas totalmente disponibilizadas para o atendimento do SUS. Constava de 35 leitos femininos para tratamento de transtornos mentais agudos.

As internações ocorrem em média de 30 a 60 dias, podendo ultrapassar ou antecipar esse tempo de acordo com a evolução de cada paciente. O tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar, tendo na unidade um profissional responsável nas seguintes áreas de atuação: médico psiquiatra assistente, enfermeiro, bem como técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Cada profissional técnico faz uma evolução semanal no prontuário das pacientes e a equipe de auxiliares de enfermagem diurna e noturna faz as evoluções diariamente. Os atendimentos familiares são realizados pela psiquiatra, psicóloga e assistente social, para também garantir o atendimento multidisciplinar da família. É a partir dessa dinâmica e dos registros documentais nos prontuários que serão apresentados alguns elementos importantes sobre os casos em questão, principalmente no que se refere à evolução do tratamento das pacientes.

Após a alta hospitalar as pacientes são encaminhadas para darem continuidade ao tratamento na rede extra-hospitalar, nos serviços de referência do município onde residem.

As entrevistas foram realizadas em salas reservadas da instituição referida. Preocupou-se em garantir que no local das entrevistas estivessem somente a entrevistadora e a informante, sem qualquer interrupção de terceiros, possibilitando uma apreensão adequada dos relatos, bem como a privacidade e o sigilo necessários.

4.3. AS COLABORADORAS

A definição da amostra foi a partir das mulheres que se encontravam internadas na unidade feminina para transtornos mentais agudos, apresentando o desencadeamento de transtornos mentais associados à gestação e ao puerpério. Poderiam ser mulheres que se encontravam gestantes e no período puerperal.

No intervalo de Outubro/2010 a Outubro/2011, não houve nenhum internamento de gestante na unidade psiquiátrica referida. Como não era possível controlarmos qualquer aspecto das internações, ou seja, pelo período estipulado para a coleta de dados desta pesquisa houve somente 2 casos de mulheres em sofrimento psíquico diante da maternidade, e estavam no período puerperal. Desta forma, rediscutiu-se sobre a possibilidade de acrescentar ao projeto casos de mulheres que tiveram um quadro depressivo ou psicótico no período puerperal, mas anterior a este último tratamento hospitalar. Ou seja, mulheres que estavam num tratamento subsequente devido a uma reagudização do quadro psiquiátrico. Mesmo assim, mulheres que se lembravam e até mesmo ainda sentiam os reflexos da experiência desse sofrimento marcado em suas vidas e relações.

Considerando alguns critérios de inclusão e de exclusão definidos durante a estruturação do projeto primeiramente quatro mulheres foram convidadas a participar da pesquisa. Das quatro mulheres que foram acompanhadas, duas encontravam-se propriamente no período puerperal, sendo que uma foi internada dois meses após o parto e a outra quando o seu bebê tinha apenas 13 dias. Ambas apresentavam sintomas psicóticos, agressividade e descontrole da situação. Necessitaram de internação psiquiátrica, ou seja, de um tratamento integral, com acompanhamento multidisciplinar e fármaco-terapêutico, para se reorganizarem psicicamente e voltar ao lar e à família. Nenhuma internação psiquiátrica tinha antes ocorrido para uma delas, sendo a sua primeira manifestação de desorganização mental. Já a outra tinha tido duas crises

mentais anteriores, sem ligação com a maternidade, e uma internação psiquiátrica, mas por um período curto de tempo, 5 dias. Este era o seu segundo internamento.

As outras duas mulheres tiveram a experiência da depressão pós-parto e da psicose puerperal, respectivamente, e se encontravam internadas devido a uma reagudização do quadro psiquiátrico desencadeado no puerpério, uma na primeira internação e a outra no seu sétimo internamento, o que denota uma cronicidade do quadro psiquiátrico na vida desta.

Entretanto, alguns meses depois, em Novembro de 2011, internou uma outra mulher no período puerperal...Rosa, e optou-se por essa história. Desta forma, decidiu-se por analisar as três histórias das três mulheres que se encontravam internadas no período puerperal enquanto os outros dois casos não seriam mais analisados para esta pesquisa.

A todas as pacientes selecionadas foi apresentado e realizada a leitura integralmente e em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em apêndice), sem omissão de qualquer item, sendo acompanhado por leitura silenciosa pelas participantes. Nesse documento, informou-se de maneira clara sobre a temática da pesquisa, os objetivos e os procedimentos, assegurando o sigilo e a confidencialidade dos dados fornecidos, bem como as identidades das participantes. Foi esclarecido sobre o direito à desistência em qualquer momento da pesquisa, e que a participação seria voluntária. Também se solicitou a autorização de um familiar, que acompanhava o tratamento hospitalar das pacientes, em visitas e atendimentos familiares, sendo que este também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entrevistado para enriquecer de informações a respeito da vida dessas mulheres.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão para o convite às participantes desta pesquisa:

Critérios de Inclusão:

- Mulheres maiores de 18 anos;
- Mulheres que se encontravam internadas no hospital psiquiátrico;

- Mulheres que foram internadas devido a um sofrimento psíquico relacionado à gestação, parto e puerpério;
- Mulheres que estavam numa internação subsequente devido a uma reagudização do quadro psiquiátrico desencadeado no período puerperal;
- Mulheres que concordassem em participar da pesquisa, após o esclarecimento que suas identidades seriam preservadas e a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes que apresentaram comprometimentos graves que limitariam os atendimentos e a compreensão das entrevistas;

4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O foco da pesquisa era relativo à experiência de algumas mulheres frente à maternidade e ao desencadeamento de um transtorno mental.

Foram realizadas entrevistas abertas e semi-estruturadas em meio aos atendimentos psicoterapêuticos individuais das cinco participantes que se encontravam internadas no hospital psiquiátrico, valorizando a escuta clínica e psicanalítica. É importante frisar que o processo psicoterapêutico era prioritário, porém com a permissão e concordância das participantes estes foram gravados e posteriormente, transcritos e analisados.

Para assessorar aos objetivos da pesquisa, além dos atendimentos psicoterapêuticos das pacientes, a psicóloga e pesquisadora utilizou um roteiro de entrevista que foi construído para buscar a investigação de algumas questões como:

1. Dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, estado civil, religião, número de filhos, renda familiar, ocupação, moradia);
2. Conhecimento das condições de saúde física e mental, antes da gestação, durante a gestação (nos três trimestres), no parto e no pós-parto;

3. Relato sobre a experiência da maternidade, incluindo os períodos da gravidez, do parto e do puerpério, as condições em que ocorreu e as mudanças vivenciadas;
4. Relato sobre os relacionamentos interpessoais com os familiares mais próximos (marido, filhos, pais, irmãos, sogra e sogro);
5. Impressões sobre o tratamento psiquiátrico experienciado, em regime integral, e a conseqüente separação do recém-nascido;
6. Relato espontâneo sobre os sentimentos com relação ao bebê;
7. Expectativas e planos para o futuro.

Estava previsto que após a alta hospitalar da paciente a pesquisadora poderia manter o contato, através de visitas domiciliares, caso necessário. Também foram entrevistados os familiares que estavam acompanhando o tratamento das pacientes, através de relatos espontâneos e sem roteiros, para obter maiores informações. Houve pesquisa em prontuários para adquirir o histórico do tratamento atual e dos tratamentos anteriores das participantes, se fosse o caso.

Das cinco mulheres procurou-se compreender caso a caso como cada uma vinha atravessando a experiência de sofrimento mental desencadeado pela realidade da maternidade. Diante das histórias de vida por elas relatadas, procurou-se encontrar alguns “núcleos de sentido”, e os “temas” de cada uma frente à feminilidade e à maternidade.

Para uma melhor compreensão dos “sentidos” dados por cada mulher, será apresentado um resumo sobre a história de cada uma separadamente bem como sobre o tratamento em curso e a descrição psiquiátrica do que apresentavam quando em sofrimento. Posteriormente serão discutidos os resultados por meio de eixos temáticos, utilizando recortes das falas das mulheres para auxiliar no entendimento das suas subjetividades. Cada eixo temático é uma categoria de análise para buscar alguma compreensão acerca dos significados dessas três mulheres nos vários aspectos que envolveram a gestação e o puerpério.

Na fase de qualificação foi analisado o primeiro caso, um caso piloto, sobre Débora, uma mulher que chegou ao internamento no final do ano de 2010, fase em que o projeto de pesquisa estava em construção para ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como houve a concordância em participar da pesquisa por parte da paciente e de seu marido, a princípio ambos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo que os dados não seriam utilizados até que fosse autorizado o projeto de pesquisa. Quando isso ocorreu, encaminhou-se ao casal, em sua residência, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que assinassem com a data atualizada. Isso já tinha sido previsto e combinado com eles no momento da alta da paciente. Portanto, sem qualquer dificuldade, eles assinaram e devolveram via correio para a pesquisadora.

A pesquisa seguiu todos os padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, de acordo com o disposto na resolução CNS N. 196/96 e foi submetida para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Foi aprovada em Maio/2011, com o número do protocolo: 301/2001.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. A MATERNIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NO DESENCADEAMENTO DE SOFRIMENTO PSICÓTICO - CASOS CLÍNICOS

Neste item da pesquisa serão apresentados os resumos dos casos clínicos das mulheres que estiveram por um período internadas no hospital psiquiátrico devido a transtornos mentais desencadeados no contato com a maternidade e que aceitaram participar e contribuir para esta pesquisa.

Casos iluminam. Permitem-nos trazer à tona as interseções e interações da cultura, da prática psiquiátrica e da doença em um dado momento histórico. Eles nos mostram não somente como os transtornos são sofridos, mas também como são vividos ao longo do tempo. Revelam claramente que a vida pode ser produtiva e marcada ou pontuada pela loucura e pela tristeza, sem falar na maldade. (APPIGNANESI, 2011, p.20)

Em seguida à apresentação dos três casos, serão apresentados ao leitor a análise e discussão dos elementos que surgiram dos atendimentos psicoterapêuticos/entrevistas, que foram gravados e posteriormente transcritos, evidenciando as informações mais relevantes das suas histórias de vida e que dão sentidos à experiência dessas mulheres junto à maternidade. Para isso o capítulo será subdividido em “categorias de análise”, de acordo com a referência de “núcleos de sentido” ou “temas” que perpassaram a vida privada de cada mulher. Vale ressaltar que esta é uma tarefa complexa, visto que ao valorizar a subjetividade, nada é irrelevante, não é mesmo?

5.1.1. O PRIMEIRO CASO CLÍNICO – “CASO PILOTO”

DÉBORA⁶

Débora estava com 20 anos ao ter a sua primeira internação psiquiátrica após dois meses do nascimento, de parto normal, de seu segundo filho. Foi encaminhada para a internação psiquiátrica com a queixa principal de surto psicótico de cunho místico, alteração do comportamento e atitudes agressivas. Chegou ao hospital psiquiátrico

⁶ Débora é um nome fictício, assim como todos os outros nomes e outros dados de identificação mencionados nesta pesquisa, cumprindo os preceitos éticos sobre sigilo, confidencialidade e preservação das identidades.

acompanhada do marido, o qual estava nitidamente assustado e agitado. Na primeira avaliação psiquiátrica a paciente mostrava-se com uma higiene regular, lúcida e orientada, reconhecendo suas crises e referindo que não podia controlá-las.

Logo que chegou, após ter sido encaminhada para a unidade feminina de transtornos mentais agudos, foi recebida pela equipe de auxiliares de enfermagem do dia, que segundo informaram, a paciente encontrava-se calma, contando que tinha um filho de 2 meses, e observaram que estava com leite nos seios. Alimentou-se e dormiu bem, mas estava bastante ansiosa para fumar. No dia seguinte, devido a sua intensa inquietação, agitação e ansiedade, invadia a porta do posto de enfermagem, queria ser ouvida, mas não conseguia acalmar-se com as orientações que lhe eram feitas, foi realizado contenção no leito⁷ por duas horas, nas quais dormiu. Seu discurso era repetitivo sobre a alta e queria ir embora a todo custo.

Na primeira semana de tratamento passou pela avaliação individual da equipe técnica multidisciplinar e diante de todas as avaliações realizadas, constatou-se que seu estado psíquico era o seguinte: acessibilidade ao contato interpessoal, orientação espaço-temporal, conseguindo realizar os cuidados pessoais e de higiene de forma independente, crítica rebaixada sobre a necessidade do tratamento e resistência ao internamento, grande ansiedade e angústia, agitação, falando muito e com um discurso repetitivo para convencer que deveria receber alta, com dificuldade para ouvir e acatar orientações que lhe eram feitas.

Contou aos profissionais que precisou do internamento porque *“deu um surto, gritava, pulava, estava muito nervosa e via o diabo”* e também, *“porque eu só falava em Deus”*. Porém não concordava que precisasse do internamento e ao falar com o marido pelo telefone pediu roupas, cigarros e que lhe tirasse de Alta a Pedido⁸.

⁷ Contenção no Leito é uma técnica terapêutica de contenção física, utilizada nos hospitais psiquiátricos, indicada para pacientes extremamente agitados ou descontrolados com a finalidade de evitar danos à integridade física da equipe, de outros pacientes e de si próprios, além de danos materiais. A equipe deve ser devidamente treinada para evitar qualquer prejuízo ao paciente, que fica por um período de no máximo 2 horas, com seus membros amarrados no leito, com faixas próprias de contenção, sob avaliação médica e a observação constante da equipe de enfermagem.

⁸ Alta a Pedido é um tipo de alta solicitada pelo familiar que ficou responsável pelo internamento do paciente, sem o consentimento da equipe. Funciona como um “abandono de tratamento”, e devido a isso o

Quatro dias após a internação a paciente teve um atendimento psicoterapêutico individual no qual relatou com mais detalhes o que havia lhe acontecido antes de chegar ao hospital e um pouco de sua vida e família.

Débora teve quatro gestações, dois abortos e dois filhos. Mas não era o que pretendia. Seus 2 filhos, um de quatro anos e um de 2 meses, são de pais diferentes. *“Eu nunca liguei pra ter filho e essas coisas”*. Não pensava na maternidade, e engravidou muito cedo, de uma relação proibida e conturbada. Enfatizou que o primeiro filho não queria ter tido, uma vez que foi de uma relação com seu tio, marido da tia, com o qual se envolveu por dois anos. Já a segunda gestação foi planejada porque queria dar um filho para o marido, com o qual está junto há 4 anos e que nasceu hermafrodita, tinha dois sexos. Ele fez uma cirurgia quando criança e ficou com o sexo masculino, mas se manteve cheio de dúvidas de sua virilidade, por exemplo, se poderia engravidar uma mulher ou não. Quanto aos dois abortos anteriores, não soube dizer às razões que levaram a isso. *“Os médicos não ligam pra ninguém.”* Na ocasião do atendimento, ressaltou *“Não quero ter mais filhos, nem solteira, nem casada.”*

Aos 14 anos de idade, morava com os tios e sua mãe, a qual sofre de transtorno mental desde quando a paciente nasceu. *“A mãe tem depressão. Ela não faz nada...ela não fazia nada...a não ser fumar...a vida dela era fumar.”*

Devido às condições de sua mãe, que nunca fez um tratamento psiquiátrico regular e adequado, seus pais se separaram quando Débora tinha 2 anos de idade. Desde então o contato com o pai, alcoolista, foi ausente e ela foi criada pelos avós maternos. Porém, quando tinha 7 anos seu avô faleceu e aos 12 anos faleceu a avó. Foi então que ela e sua mãe passaram a morar com os tios.

Começou a se relacionar com o tio porque este começou a levá-la em barzinhos, comprava bebidas, e não a deixava sair sozinha. Insistia em ter alguma coisa com ela, que nunca tinha beijado ninguém, até que um dia ela cedeu. Disse que não sentia nada por esse tio, mas que este lhe foi apresentando coisas que lhe agradavam. Depois sentiu como se tivesse *“uma paixão louca por ele”*. Tinha informações sobre métodos contraceptivos, mas disse que era *“nova e sem juízo”*. Quando engravidou foi

combinado da instituição é a de que o paciente não leve receita, nem medicação psiquiátrica ao sair do hospital.

descoberta pela família e “*eles viraram as costas*”. Seu tio e, amante, passou a ameaçá-la e a agredi-la, chegando até a tentar matá-la. Não assumiu a paternidade. Nessa época ela tinha parado de estudar, na sétima série, porque precisava trabalhar. Contou que não tinha paz na escola e que todo mundo a xingava. Trabalhou como babá e empregada doméstica e ganhava R\$50,00 por mês.

Toda vez que a paciente se referia a essa relação anterior apresentava-se chorosa e com bastante sofrimento. “*Meu filho mais velho não é do meu marido... De outra história, já é bem difícil...*” Durante o atendimento contou também que a sua família é muito desunida, que sempre foi assim e que gostaria que fosse diferente.

Quando saiu da casa dos tios, foi morar com seu irmão mais velho. Débora tem outros irmãos dos novos relacionamentos de seus pais. Possui um irmão de sua idade e mais duas irmãs mais novas por parte de pai, mas pouco tem contato com eles. De sua mãe, tem um irmão com a mesma idade de seu filho mais velho, ou seja, ambas engravidaram praticamente juntas e seus filhos convivem bastante. Não conviveu muito bem morando com o irmão, pois queria sair, ter sua liberdade. Alugou uma casa para morar com uma amiga, “*queria ter a minha vida própria e me virar sozinha.*” Trabalhou por um tempo prostituindo-se e parou quando conheceu seu atual marido. Na ocasião desse atendimento disse pretender voltar a trabalhar com isso após o internamento, pois poderia trabalhar só à noite e cuidar das crianças durante o dia.

Conheceu seu marido ainda quando eram crianças, mas se reencontraram quando procuravam emprego numa fábrica. Encontraram-se na rua, foram para a casa dela e esqueceram do emprego. Marcelo ficou morando com ela por dois meses, não tinham emprego e ela considera que “*ele foi melhorando da preguiça dele*”.

Contou que o período da gravidez foi ótimo, porque seu marido a tratava super bem. “*É porque durante a gravidez ele me mimou um monte! (...) Dáva o que comer, carinho e não precisava nem pedir pelos desejos.*”

Porém, ambos passaram por uma desassistência social muito grave, quando aos 5 meses de gestação perderam a casa própria em que moravam numa enchente. Ficaram desabrigados, foram dormir numa Igreja, depois numa casa velha emprestada pela prefeitura, no entanto, 15 dias depois, tomaram essa casa deles. Foram morar de aluguel, ainda com muita dificuldade financeira, até que Marcelo comprou uma pequena casa e

atualmente paga as parcelas mensalmente. Débora já estava com 8 meses de gestação quando se fixaram numa moradia novamente.

No dia da enchente Débora ficou muito triste e preocupada com seus familiares que estavam do outro lado da cidade, e os caminhos de acesso estavam todos interditados. Diziam que sua mãe e irmão tinham caído na água e morrido. *“Eu não podia passar pra lá e fiquei com aquela aflição... eu passei pelo meio da lama, por cima daquela ponte tudo arreventada... Nossa foi bem difícil pra mim! Foi bem triste pra mim!”* Mas, felizmente, sua família encontrava-se bem apesar dos estragos da enchente.

No pós-parto, mais especificamente após dois meses do nascimento do bebê, foi que Débora passou a apresentar os primeiros sintomas como tremedeira, não conseguia dormir à noite, queria que o marido ficasse acordado e conversando com ela, *“precisava de uma amiga pra conversar”*. Gritava, *“Queria que todo mundo me ouvisse. Queria fazer da família. Da família do meu esposo. Gritar para o Marcelo vê.”* Contou que se arrumou toda, para ficar linda para ele, mas que ele não reparava nela.

Da relação dos dois, disse achar que ele gosta dela, mas que ele também quer ser livre. Referiu-se a si mesma como um “chicletão”, pois gruda demais e sempre foi muito ciumenta. No entanto, sentia que estava mudando, *“vou trabalhar e ocupar a minha cabeça”*. Queixou-se de que ele acha que tudo o que ela faz está mal feito. Mas concluiu que iria aceitar tudo o que ele quer e dar o melhor de si.

Ao final do atendimento, disse algumas palavras interessantes: *“Queria sair hoje para o mundo. Mostrar minha beleza, o que todo mundo quer ver. Não uma pessoa tonga, triste, burra como sempre fui. Mudou agora, me sinto inteligente.”* Disse não saber o que sente pelos filhos, mas que pensava em cuidar deles, pois estando na mamadeira ela poderia trabalhar.

Desse primeiro atendimento psicológico ficou evidente uma autoestima rebaixada, com uma sensação de autoconfiança maior após os primeiros dias de tratamento. Nos dias que se seguiram Débora mostrou-se mais calma em alguns momentos, ainda com certa instabilidade de humor e quanto à aceitação do tratamento proposto.

O marido compareceu ao primeiro atendimento familiar na semana seguinte à internação da paciente e foi atendido pela médica psiquiátrica. Informou que Débora sempre foi teimosa e mandona, e que cuidava bem da casa e dos filhos. Sua gestação foi muito boa, passou bem, assim como o parto e até dois meses depois. Uma semana antes de chegar ao hospital, de repente, ficou confusa, balançava os braços e só falava em Deus, aleluia. Mandou o marido sair de casa, que ele estava com o Demônio. Passou a falar que a família dele não a aceitava e jogou o celular dele no rio. Não dormiu por três noites, e não deixou ninguém dormir. Foi na casa de seu irmão de madrugada e benzia todo mundo. Batia com a bíblia na cara do marido, e ia xingar as vizinhas na porta destas. Pedia bata branca porque Deus mandou-a usar. Foi levada ao médico e na frente dele ela parecia bem. Por influência do Conselho Tutelar o médico mandou interná-la e medicou o marido. Depois de três dias chegou ao hospital psiquiátrico. Chorando muito e querendo ir embora, tentando convencer o marido de levá-la de alta. Dizia que queria ficar morando em Curitiba. Marcelo disse sentir-se culpado pelo surto da esposa, porque levava um rapaz para morar na casa deles e ela não aceitou. O rapaz só passou uma noite na casa e foi embora. Naquele dia ela cismou que o marido tinha usado maconha.

Depois de quinze dias de internação, Débora mostrou-se mais calma, mais organizada psiquicamente, menos ansiosa, com melhora no contato interpessoal e participava das atividades propostas.

Houve um segundo atendimento familiar, com a cunhada da paciente, que foi realizado pela assistente social. Esta informou sobre os sintomas que a paciente apresentou no surto como, um discurso religioso, via vultos, o diabo, pessoas mostrando a língua e debochando dela e falava muito que as pessoas tinham feito macumba. Esses sintomas surgiram depois que o seu filho mais velho ficou doente, foi hospitalizado por 3 dias e isso deixou-a muito preocupada. Chegou a procurar uma benzedeira porque não acreditava que seu filho iria melhorar. Tudo era vivido com intenso sofrimento. *“É, porque ele não tava melhorando mesmo...de verdade...ele não tava melhorando...pelo menos eu não enxergava que ele tava melhorando.”*

Nesse atendimento ainda, o irmão da paciente solicitou que passasse a ser ele o responsável pela internação porque temia que o marido a tirasse de Alta à Pedido, pois já estava vendo um médico especialista em florais na cidade deles. Essa mudança foi autorizada e na hora da paciente retornar à unidade teve que ser trazida à força porque

se recusava a voltar. No mesmo dia teve atendimento psicoterapêutico individual. Débora pedia muito para ir embora, para cuidar de seus filhos, continuava sem crítica sobre a necessidade do tratamento, estava muito instável, ansiosa, mas aceitando bem o contato.

Nos dias seguintes pedia para ir embora cuidar dos filhos, do marido e arrumar um emprego. Dizia-se preocupada com a situação financeira que era ruim, e que tinha que ajudar seu marido. Começou a participar um pouco mais das atividades do tratamento, estava mais atenta e cooperativa, orientada, apesar de ainda ansiosa e repetitiva sobre a alta.

Com um mês de tratamento seu marido compareceu ao atendimento familiar, que foi realizado pela psicóloga. Ambos participaram do atendimento e ele trouxe a informação sobre o surto e de que Débora ficou com ciúmes exagerado dele após o nascimento do filho caçula. Na gravidez ela foi bastante paparicada, mas depois tudo voltou ao normal. Marcelo informou que é pouco atencioso em casa e acha que isso contribuiu para sua mulher ficar doente. Ela disse que quer sair nos finais de semana, enquanto ele quer ficar em casa porque está trabalhando muito nos outros dias. Os dois falaram sobre as diferenças entre eles. A Débora *“tem uma certa dificuldade de mostrar alegria, não gosta de piada e doente se fechou bem mais”*, enquanto Marcelo é *“brincalhão e mais aberto ao público”*. *“Ele quer ser dono dos meus sentimentos”*, afirmou a paciente. Foi conversado sobre as diferenças e insatisfações entre eles. Marcelo percebeu que sua esposa estava bem melhor e solicitou levá-la de licença terapêutica⁹ para as festas de final de ano, Natal e Ano Novo.

Na ocasião desse atendimento familiar conversei com o casal sobre a pesquisa e os convidei a participarem. Débora já tinha sido convidada anteriormente e já tinha concordado. Ficou combinada então uma data para entrevistar o marido, que coincidiria com o dia em que este viesse buscar a paciente de licença, caso esta fosse liberada pela médica responsável. Próximo ao Natal ele veio buscá-la, foi feita a leitura do termo de consentimento e ambos assinaram, assim como a pesquisadora. Foi realizada a

⁹ Licença Terapêutica é quando o paciente vai para a casa por um certo número de dias para que se obtenha o ganho terapêutico de adaptar-se progressivamente ao seu ambiente, bem como conviver com seus familiares e meio social.

entrevista com Marcelo e depois saíram de viagem para casa. Os 3 atendimentos psicoterapêuticos/entrevistas com Débora foram realizados após o seu retorno de licença.

Débora ficou 3 meses internada nessa instituição, tendo tido uma licença estendida no período de Natal e Ano Novo, quando ficou 15 dias em casa, e retornou para finalizar o tratamento hospitalar. Observou-se que retornou da licença em conflitos com o papel materno, muito ambivalente quanto à maternagem de seu bebê. Saiu com alta melhorada e compensada psiquiatricamente. Foi encaminhada para continuar o tratamento ambulatorialmente, uma vez que não há CAPS¹⁰ em seu município, tendo indicação para psicoterapia.

Ficou evidente nos atendimentos que Débora tinha um desejo de família unida, um desamparo maternal e social e que buscava encontrar um lugar de intimidade junto à família de seu marido.

5.1.2. O SEGUNDO CASO CLÍNICO

SUELI

Em Abril de 2011 Sueli foi internada no hospital psiquiátrico, vindo acompanhada de seu marido, onde ficou por 23 dias e saiu com Alta a Pedido. Seu marido preferiu levá-la para continuar o tratamento ambulatorialmente junto ao psiquiatra que já a atendia anteriormente através de um convênio de saúde.

Após 13 dias do parto cesariana de sua segunda filha, chegou ao hospital psiquiátrico contida em uma maca apresentando sintomas psicóticos, como alucinações visuais e auditivas, confusão mental, desorientação espaço-temporal e ansiedade extrema. Relatou a médica que lhe atendeu que estava num estado depressivo, apática e com medo exacerbado da noite e das sombras.

Na noite anterior havia apresentado uma grave crise de agitação quando colocou fogo no berço vazio do bebê. Estava com dificuldades para cuidar de seu bebê, não aceitava amamentar e queixava-se de dores de cabeça constantes. Com tais acontecimentos suas filhas (11 anos e 13 dias) foram levadas para um abrigo pelo

¹⁰ CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Conselho Tutelar. A mais velha ficou somente 8 dias no abrigo, mas o bebê ficou por um período mais prolongado, em torno de 2 meses.

Segundo as avaliações iniciais realizadas pela equipe multiprofissional a paciente estava em um surto psicótico puerperal, confusa, desorientada, com o olhar perdido e isolada das pessoas, sem aceitar contato interpessoal, nem desenvolvia um diálogo coerente. Parecia assustada, amedrontada e persecutória.

No exame clínico estava bem, os pontos da cesárea já tinham sido retirados dois dias antes do internamento e estava com uma cicatrização normal, com um sangramento puerpérico moderado e usava uma cinta abdominal. Há alguns dias da internação esteve febril e com as mamas doloridas devido ao acúmulo de leite, sendo medicada, enfaixado os seios e indicado que fizesse compressas e banhos quentes.

Nos primeiros dias que chegou observava-se ansiedade e persecutoriedade, não informava nada, nem respondia a qualquer abordagem, escondia-se no banheiro, isolava-se, recusava a medicação via oral e não se alimentava. Foi prescrito medicação injetável e contenção no leito nos 3 primeiros dias devido à paciente estar muito ansiosa, agitada e insone. Recusava os cuidados da enfermagem e pedia para ser atendida por homens. Quando começou a verbalizar mais, estava confusa e desorientada, com o pensamento lentificado e dizia não ter certeza se era casada e se tinha filhos. Pedia para receber visita da mãe.

Durante a primeira semana este era o quadro que apresentava, dormia pouco, permanecia confusa, com ideias delirantes, desorientada, contatando pouco e recusando a medicação, cuspiu e jogava fora. Perguntava se “aqui é o inferno?” e achava que as pessoas estavam mortas.

Somente após a primeira semana é que começou a se tranquilizar, a dormir bem e a ficar mais acessível ao contato, porém mantinha uma crítica rebaixada sobre a necessidade do tratamento, descuido pessoal e alguma confusão mental. Dizia que estava com “depressão pós-parto” e, portanto, já reconhecia que era casada e que tinha duas filhas, uma de 11 anos e outra recém-nascida. Passou a aceitar os medicamentos prescritos, parando de tomar medicação injetável.

Após apresentar uma melhora gradativa Sueli teve uma nova crise de agitação, agredindo outras pacientes sem qualquer razão evidente e teve que ir para a contenção no leito novamente. Logo se acalmou, começou a participar das atividades propostas, teve melhora no autocuidado, estava mais organizada psiquicamente e contatando melhor com as pessoas. Observava-se uma postura cooperativa, com iniciativa e maior envolvimento com o meio.

Passou por atendimento psicoterapêutico individual no qual informou sobre a gravidez. *“A gravidez foi tranquila, uma maravilha. Passou tão depressa e já chegou.”* Entretanto, sofreu de grande ansiedade a partir do sexto mês por medo que seu bebê nascesse com problemas, assim como aconteceu com sua primeira filha. Esta nasceu com sequelas cognitivas devido à falta de oxigenação cerebral no momento do parto. Também tinha receios das consequências de ter interrompido o tratamento psiquiátrico, medicamentoso, para engravidar. Acreditava que enquanto estivesse grávida, mesmo sem os remédios, estaria livre de qualquer depressão. Mas sabia que poderia adoecer depois do nascimento do bebê.

Desde que chegou em casa da cesárea pensou, *“Acho que estou entrando em depressão.”* E contou, *“Eu me tranquei para o mundo.”* Disse que *“a gravidez foi projetada”*, mas *“entrei em depressão de novo.”* É relevante informar que Sueli teve dois internamentos psiquiátricos anteriores, um em 2007 e outro em 2010. Mas informou que não ficou doente no nascimento de sua primeira filha.

Sem medicação desde a gravidez e com indicação para voltar a tomar assim que o bebê nascesse, o retorno não foi imediato e começaram as alucinações e os delírios. Na noite em que colocou fogo no berço, para ela representava que estava num mundo diferente, que seu quarto era um cemitério e que se via num caixão. Contou que estava de dieta, levantou da cama e foi direto no berço e o bebê não estava lá. Com o isqueiro na mão, *“não sei por quê”*, colocou fogo. O berço e parte do quarto pegaram fogo, mas conseguiram controlar o incêndio antes que alguém se machucasse. Na mesma noite seu marido havia retirado o bebê do quarto e o pôs em outro por já ter percebido que Sueli não estava bem. Estava rejeitando o bebê, dizia que não era seu, que o seu bebê ainda não tinha nascido e por isso não aceitava amamentá-lo.

Na ocasião do atendimento Sueli queixou-se de não ter tido nenhuma visita familiar, que ninguém ligou, nem foi ao hospital, e que isso a “*chocou muito*”. Ressaltou que fazia meses que não via a mãe, nem os irmãos, nem parentes ou amigos, e que todos estavam na cidade onde moram. “*Minha mãe não se importa comigo não. Ela não liga...eu deixo pra lá. Ela tem os problemas dela e eu os meus.*”

São em 8 filhos e Sueli é a caçula das meninas. Mudou com sua família de cidade após o falecimento de seu pai, quando ela tinha 11 anos de idade. A família desestabilizou-se nessa época e Sueli trazia muitas mágoas da mãe desde então.

“(...) Então a minha mãe...ela sempre...ela nunca ligou pras meninas...ela pouco se importou! Porque quando o meu pai morreu ela nem quis saber do enterro. Até hoje...hoje vai fazer...deixa eu vai...vai, fará 20 anos isso, quase 20... A minha mãe não sabe aonde que o meu pai é enterrado! Até hoje! A minha mãe não sabe... Se você perguntar pra ela: ‘Mãe onde que tá enterrado o meu pai?’, ela não sabe dizer. Porque ela não participou do enterro, ela não participou do funeral dele. (...) Nós participamo. Nós, tudo, pequeno. Na verdade eu tinha 11 anos de idade. Então isso é o desamor! Porque veja só, ela não quis saber do corpo do meu pai.”(Sueli)

Na adolescência Sueli vivia pelas ruas, bebia bastante e não tinha muito juízo. Aos 13 anos viu uma amiga ser assassinada pelo marido e teve que fugir para não morrer também. Pouco tempo depois Sueli começou a se relacionar com Carlos que muito mais velho que ela ocupou um lugar paternal. Deu-lhe segurança e uma condição de vida melhor. “*Ah, eu fui educada pelas minhas tias...eu fui educada por uma patroa minha, que mora em Curitiba, com 13 anos se empreguei com ela...e daí fui criada pela última vez pelo meu marido próprio, dos 14 aos 28 anos.*”

Após um ano de relação engravidou da primeira filha e a partir daí ambos oficializaram a relação. Carlos estimulou-a a estudar, pois quando se conheceram Sueli era analfabeta e falava tudo errado. “*Então o meu marido é que me incentivou a estudar! Porque ele fala que o estudo nunca é demais!*” Além disso, amparou-a financeiramente, ajeitando judicialmente o que lhe é de direito caso ele viesse a faltar, como seguros, pensão, bens.

A grande diferença de idade entre Sueli (28 anos) e o marido (72 anos) sempre gerou muitos comentários preconceituosos. “*Aí eu comecei a me isolar de novo, não*

sair com ele, é...pelo preconceito. Porque as pessoas comentam, perguntam: 'Ele é teu pai ou teu marido?' Então é bem complicado."

Na gestação e no pós-parto da primeira filha não teve problemas, mas a vizinhança falava coisas que a deixavam mal: *"Não sou explosiva. Eu guardava tudo o que os outros falavam, eu ia pela cabeça dos outros. Falavam que ela não ia andar, nem falar, por causa da idade do pai dela."* Isso foi fazendo com que Sueli se afastasse do convívio na vizinhança, ficando mais isolada.

No período que passou no hospital, após sua melhora, Sueli fez algumas amizades e com as mulheres compartilharam suas histórias. Trocaram alguns telefones para manterem o contato após a alta.

Estando melhor, passou a apresentar uma grande ansiedade para receber alta. Falava afetivamente das filhas, dizia que sentia saudade delas e que tinha o desejo de voltar a cuidar do bebê. *"Ela é novinha e precisa de mim."* Recebeu visita de seu marido que decidiu levá-la embora. Sueli ainda não estava tão estável, nem se sentindo muito segura e às vezes ainda mostrava certa confusão mental. Foram orientados, mas decidiram pela alta mesmo assim. Seu marido como responsável assinou um termo de responsabilidade no cuidado da mesma. Foi indicada a continuidade do tratamento e psicoterapia para a paciente.

Com a antecipação da alta, a entrevista foi realizada na residência de Sueli, após mais ou menos um mês que havia saído do hospital. Na época seu bebê ainda estava no abrigo, exigência judicial até que Sueli estivesse mais recuperada.

Ao retornar para casa passou vários dias ansiosa para recuperar sua filha, que chegou um mês depois, com a condição de frequentar o abrigo de segunda a sexta-feira durante todo o dia, voltando para casa no começo da noite.

5.1.3. O TERCEIRO CASO CLÍNICO

ROSA

Rosa foi internada no hospital psiquiátrico num período mais avançado do puerpério, aos 6 meses do nascimento de sua filha. Tem um filho de 5 anos que ao

nascer desencadeou um sofrimento psíquico grave na paciente, mas na ocasião não foi internada, tratando-se ambulatorialmente pelo período de 4 anos.

A informação dos familiares sobre a primeira gestação de Rosa foi de que sofreu uma grande “depressão”. Ficou bastante alterada, agressiva verbalmente e colocava o bebê em situações de risco. A família não compreendia o que estava acontecendo e depois é que foi orientada sobre depressão pós-parto.

Os sintomas da crise atual foram mais intensos. O médico havia suspenso a medicação devido à gravidez e desta vez Rosa estava mais agitada e agressiva, batia no marido, xingava as pessoas na rua, estava desatenta e insone. Apresentava sintomas de desorganização mental. Foi piorando de forma progressiva, com muita irritabilidade e comportamentos agressivos, tendo dificuldades para cuidar de suas tarefas. Saía com o bebê para rua, às vezes à noite, sem rumo. Além disso, apresentava sintomas psicóticos como alucinações auditivas, ouvia vozes que faziam comentários negativos a seu respeito e delírios persecutórios.

Rosa teve uma perda importante poucos dias depois do parto de seu bebê. Seu pai faleceu e sua família observou que ela parecia alheia aos acontecimentos.

Veio ao hospital trazida pelo marido e estava desde o início receptiva, calma, mas com um contato tímido, negando suas dificuldades, sem muita crítica da situação. Na avaliação inicial dos profissionais realizada a poucos dias de sua chegada observou-se que Rosa estava verborréica, ou seja, falava sem parar, com o pensamento acelerado e certos lapsos de memória. Referiu ter tido alucinações auditivas e ideação delirante de cunho persecutório. Confusa, com dificuldade para dormir, fez crises de agitação psicomotora com liberação de agressividade, principalmente com relação ao marido, porém brigava também com o filho mais velho. Tinha intervalos com episódios depressivos com características de isolamento.

Rosa informou em consulta com a psiquiatra que ficou deprimida após o parto e desde então não está bem. Sempre foi esquecida e atualmente vinha se sentindo lenta, sem conseguir realizar as atividades como deseja. Com o autocuidado preservado, rapidamente mostrou-se motivada para realizar as atividades no tratamento.

Logo nos primeiros dias passou a se comunicar mais e a participar das atividades terapêuticas propostas. Assumiu tarefas na unidade, e desenvolvia atividades expressivas, com destaque para a sua concentração, habilidade e criatividade.

Esta foi a primeira internação psiquiátrica de Rosa que rapidamente melhorou. Mostrava-se comunicativa, participativa e lúcida. Tinha momentos de maior ansiedade, preocupação com os filhos e pedia a visita deles e do marido. Este só podia vir visitá-la nos seus dias de folga. O trabalho e a distância, pois moravam no litoral, impediram-no de estar mais presente no tratamento da esposa.

Durante a internação, Rosa achou que estivesse grávida novamente, pois houve a desconfiança do marido numa das visitas que fez a ela. Ele achou-a “*barrigudinha demais*”. Também estava dormindo muito, mas era efeito da medicação, que foi ajustada. Fez o exame e deu negativo, fato que a deixou mais aliviada.

Rosa cursou até o ensino médio e tem muita vontade de voltar a trabalhar e estudar. Falava disso frequentemente nos contatos com a equipe. Na realidade desde que ficou doente no nascimento do primeiro filho, não conseguiu mais emprego, e ficou cuidando da casa, com muita dificuldade e revolta. Numa das visitas, sua família achou que ela estava com a ideia fixa de conseguir emprego e que por isso deveria continuar mais tempo no hospital, pois para eles é preciso cuidar dos filhos, não sendo possível pensar em trabalhar.

Mãe e irmã da paciente informaram em atendimento familiar que, há 8 anos atrás mais ou menos, a paciente envolveu-se com um rapaz e ficou “*uns dias sumida de casa*”. Numa noite o rapaz a trouxe para a casa de seus pais quase desmaiada e toda ensanguentada. De acordo com a avaliação do médico que a atendeu a paciente sofreu um aborto provocado por perfuração com objeto cortante. Não souberam dar maiores detalhes da situação porque este nunca foi um assunto muito comentado na família. Parece que na época o rapaz queria casar-se com ela, mas seu pai não permitiu. Rosa contou que ela é quem não aceitou casar-se com ele. Dizia ter sido estuprada por esse rapaz e que guardava um ódio muito intenso do mesmo.

Rosa conheceu o seu marido antes desse traumático acontecimento, eram vizinhos quando começaram a namorar, mas na época ela não queria um relacionamento sério e por isso passado um mês ele terminou o namoro. “*Foi porque eu falei que eu só*

queria amizade. Ele queria namoro. Eu falava: 'Ah, eu só quero amizade. É...arruma uma moça, outra moça.' Eu na verdade tava fugindo, dele. Eu não queria relação de casamento. Eu tava com insegura. Eu acho que...vinha aquele pensamento, 'Acho que não vai dar certo. Não dá certo pra nós.'"

Com o fim do relacionamento Roberto foi morar em outro lugar. Nesse tempo Rosa viveu a experiência de violência sexual. Contou que foi forçada a ter relação sexual e sem saber que estava grávida, acabou também sofrendo um aborto.

Após 3 anos reencontrou-se com Roberto, que não sabia o que tinha lhe acontecido. Rosa, contudo, desconfiada e decepcionada com os homens resistiu bastante para reatarm o namoro e dizia que não se envolveria com mais ninguém. "(...) *Nenhum homem presta, não vou ficar com mais ninguém. Não quero mais ninguém.*" Porém Roberto teimou, insistiu, e eles acabaram assumindo um compromisso. "(...) *Me assumiu. Ele veio, eu falei...eu contei o que aconteceu e falei pra ele: 'Depois do que aconteceu você não espere nada de mim... Alegria, essas coisas.'* (...) *Daí ele: 'Não, não, eu tenho paciência.'* *E assumiu daí.*" Estão há sete anos casados, com dois filhos.

Mas Rosa enfatizava que a sua vida nunca mais foi a mesma depois desse ocorrido. "*Eu acho que a minha vida mudou depois que eu conheci esse cara. Porque eu era feliz, era alegre...era mais tranquila, depois disso não tenho tristeza...alegria... Sabe aquela alegria de ter ali... Eu olho em todo mundo e até falo: 'É tão bom ter alegria de verdade.'* *Daí eu não tenho essa alegria.*" (Rosa)

Rosa sempre viveu esse casamento com muito conflito. Mostrava-se muito ambivalente quanto aos seus sentimentos pelo marido. Era comum confundí-lo em seu discurso com outros homens que se relacionou anteriormente. Recebia cobranças dele porque ela não queria ter relações sexuais, achava que ela não o amava. Mas Rosa tinha mágoa do marido, por este ter ido embora, e culpava-o pelo trauma sexual que lhe aconteceu.

"Eu cheguei a me interessar por ele sim. Só que gostar...a gente não gosta em pouco tempo. Que eu gosto é desse outro, desse rapaz, do que tá...o meu marido mesmo. Só que eu tenho ódio dele ter sumido, eu guardo até hoje...essas frustrações...é tudo frustração, que a pessoa guarda..." (Rosa)

A figura do rapaz que a violentou estava muito presente, sempre acompanhada de muita revolta e incoerências. Dizia que tinha vontade de encontrá-lo para conversar sobre o que realmente aconteceu. Foi uma história que ficou para ela cheia de buracos e, portanto, causadora de angústia.

“Ódio...ódio desse cara que eu tinha, queria pegar ele, esse cara de tanto ódio que eu tenho...ter me forçado e queria acabar com a vida dele, destruir. Eu cheguei a ver uma vez ele, ele virou assim, abaixou a cabeça e aí não quis olhar pra mim. Eu queria conversar com ele, até hoje eu quero, conversar e tirar essa dúvida de gravidez e dele aparecer, que eu não entendo, foi uma coisa que aconteceu assim de repente.”
(Rosa)

Próximo à comemoração do Natal seus familiares pediram uma licença para que Rosa passasse junto à família. Ficou 4 dias em casa e segundo seu marido ela passou bem. Mas Rosa contou que sentiu dificuldade nos cuidados maternos, precisando da ajuda de outros. *“Tenho uma preguiça. Não consigo fazer como as outras pessoas. Parece que é tão fácil para elas.”*

A licença terapêutica foi uma experiência interessante para Rosa para que pudesse realmente experienciar o retorno para a casa e suas rotinas. Ainda não se sentiu muito segura para assumir as funções, principalmente quanto a cuidar das crianças, mas estava tendo oportunidade de expressar seus sentimentos, falar sobre suas dificuldades. Estava afetada por pouco ânimo e sentia-se menos ativa.

No Ano Novo saiu de licença novamente, com o intuito de ir se adaptando progressivamente, e sua experiência foi mais positiva. Contou que seu marido teve que trabalhar e que ficou sozinha com os filhos. Levou-os na Igreja e desta vez não se sentiu insegura em estar com eles. Estava mais animada e sem sintomas psiquiátricos.

Passou por três atendimentos psicoterapêuticos individuais, os quais foram gravados, em que tratou de questões emocionais e conflituosas. Curiosamente Rosa mostrou-se muito contraditória enquanto contava a sua história de vida. Também evidenciou uma grande dificuldade por assumir suas atitudes, geralmente responsabilizando o outro, unicamente, pelo que tinha acontecido.

Ao final do tratamento dizia sentir-se segura e preparada para cuidar dos filhos, bem como para retornar para casa. Recebeu alta melhorada, após 55 dias de internação, sendo orientada sobre a continuidade do tratamento extra-hospitalar, de preferência no CAPS de sua região, no qual teria acompanhamento multidisciplinar, garantindo os atendimentos psiquiátrico e psicológico.

O único contato da psicóloga/pesquisadora com o marido da paciente deu-se no dia de sua alta, quando foi realizado um atendimento e orientações pertinentes.

5.2. DAS ENTREVISTAS COM DÉBORA, SUELI E ROSA – CATEGORIAS DE ANÁLISE

QUEM ERAM ESSAS MULHERES? - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Primeiramente será apresentada a caracterização da amostra por meio de um quadro que será discutido em seguida.

Quadro1. Apresentação dos dados sócio-demográficos e do número de internações psiquiátricas das mulheres entrevistadas.

Nome	Idade	Estado conjugal	Número de filhos	Idade dos filhos	Ocupação	Escolaridade	Religião	Número de crises psíquicas	Número de internações
Débora	20 anos	Amasiada há 4 anos	02 filhos/ 02 abortos	5 anos/ 2 meses	Do lar	Sétima série incompleta	Sem religião	02	Primeira internação psiquiátrica
Sueli	28 anos	Casada há 13 anos	02 filhas	11 anos/ 13 dias	Do lar	Ensino Médio completo (Supletivo)	Católica	03	Terceira internação psiquiátrica
Rosa	37 anos	Casada há 7 anos	02 filhos/ 01 aborto	5 anos/ 6 meses	Do lar	Ensino Médio completo (Supletivo)	Evangélica	02	Primeira internação psiquiátrica

Quando chegou ao tratamento Débora estava com 20 anos, Sueli quase completando 28 anos e Rosa com 37 anos. Sueli e Rosa eram casadas oficialmente, há 13 e 7 anos respectivamente, e Débora estava amasiada há 4 anos com o companheiro. Essas três mulheres tinham dois filhos, com as seguintes idades: os de Débora, Maurício

de 4 anos e Marcelo Roger de 2 meses; os de Sueli, Sueli Carolina de 11 anos e Bianca Giovanna de 13 dias; os de Rosa, Diogo de 5 anos e Lia de 6 meses.

As três possuíam casa própria, mas enfatizaram ter uma situação financeira difícil. Todas não possuíam autonomia econômica, dependiam da renda do marido, mas expressaram o desejo de trabalhar fora e voltar a estudar.

Débora tinha a sétima série incompleta, parou de estudar na adolescência porque tinha que trabalhar e pensava em continuar os estudos para conseguir um emprego melhor. Antes de engravidar trabalhava com o marido como jardineira.

Sueli alfabetizou-se adulta, com o incentivo do marido, e recentemente concluiu o ensino médio pelo Programa CEEBJA. Tinha planos de fazer um curso de secretariado para trabalhar e custear um curso de enfermagem no futuro.

Rosa também concluiu o ensino médio com supletivo e falava muito frequentemente do desejo de trabalhar. Fez alguns cursos como de secretária, atendente e recepcionista, mas teve dificuldade para conseguir emprego formal. Fazia alguns bicos com trabalho de pintura que aprendeu com seu pai.

Quanto à religião, Rosa e sua família eram evangélicos, Sueli católica, mas nem ela nem o marido eram praticantes e Débora dizia não ter religião.

Rosa e Sueli vieram de famílias grandes, com vários filhos. Rosa tinha 10 irmãos e Sueli 7. Débora também tinha vários irmãos, mas não que convivia, pois eram de outros relacionamentos de seu pai. De sua mãe tinha um irmão mais novo, com a mesma idade de seu primeiro filho. Do seu pai e de sua mãe tinha 1 irmão mais velho somente.

POR QUE ENGRAVIDARAM?

Há múltiplas razões que levam as mulheres a resolverem ter um filho. É válido ressaltar que há diferenças entre querer estar grávida e querer ser mãe. Ambas são situações diferentes e que não necessariamente caminham juntas ou no mesmo tempo. Há que se estabelecer também a diferença entre a vontade consciente e o desejo inconsciente de um sujeito. Conforme Szejer e Stewart (1997) evidenciaram, uma

mulher somente será fecundada se houver um forte desejo para isso, mesmo que este esteja velado por uma não vontade da consciência.

O desejo, para os psicanalistas, não pertence apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar – de boa fé – que se deseja um filho e inconscientemente não desejá-lo, por razões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um. Pode-se, também, “fazer de tudo” para não ter filho, porque isso não é razoável, não é o momento, a situação não é adequada, e simplesmente fazê-lo porque o desejo inconsciente é mais forte que todas as decisões racionais. Às vezes acontece que o desejo inconsciente se articula com a vontade consciente. (...) Mas, também ocorrem conflitos entre o desejo inconsciente e a vontade consciente. É o que produz as famosas falhas: um preservativo mal colocado ou uma pílula esquecida. São os atos falhos que podem ser entendidos como discurso (do inconsciente) bem-sucedidos. Atos falhos que, segundo o caso, podem ser atribuídos mais ao homem ou mais à mulher, ou a ambos, na medida em que, se há fecundação, o desejo de ter um filho está presente. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 56)

As três mulheres quando engravidaram tinham a intenção consciente de presentear o marido. Débora queria provar a si mesma, ao marido e à família dele que este poderia engravidar uma mulher, uma vez que havia uma história passada de hermafroditismo. Sueli sabia que havia um desejo de seu marido de ter uma menina, pois havia tido somente filhos homens do relacionamento anterior. *“Era o desejo dele era ter meninas. Foi um sonho...um sonho que ele queria quando ele tinha 27 anos. E ele só realizou com 58 anos. Era um sonho de ter filha mulher, sim.”* Rosa foi convencida a engravidar porque seu marido queria muito ser pai. Mas isso aconteceu na primeira gestação, pois na segunda nenhum dos dois queriam mais um filho.

Entretanto, esta não foi a única motivação dessas mulheres para que engravidassem, mas foi algo que influenciou nessa decisão.

Rosa aos 32 anos sentia o peso da idade.

A fibra materna desperta preguiçosamente em torno dos 30 e mais energicamente entre os 35 e os 40 anos. O relógio biológico força as mulheres a escolher, por vezes se tem a impressão de que é a exigência da idade e o medo de perder a possibilidade de ser mãe que determinam as mulheres a procriar, mais do que o irresistível desejo de filho. (BADINTER, 2011, p. 32)

Sua mãe e irmã lhe diziam que deixar para ter filhos após os 30 e poucos anos poderia acarretar em infertilidade ou de nascerem filhos com problemas. Uma de suas irmãs não podia engravidar e diante disso resolveu não arriscar.

“O meu medo era de gerar filhos com problema. Algum problema, porque dizem que até os 36 anos a gente corre risco, né, de ter um filho. Daí eu com medo, eu com aquela paranoia de achar que, ah vai ter problema, que o filho pode nascer com problema mental, alguma coisa, daí eu tive com 32. Depois dos 30, eu fiquei com medo.” (Rosa)

A mulher, em contrapartida, é limitada pela idade e o seu desejo se inscreve dentro de certos limites, sendo demarcado pelos mesmos. Passados trinta anos, por exemplo, mesmo a tecnologia médica tendo feito recuar um pouco as fronteiras do possível, ela se dirá confusamente que tem pela frente nada mais do que uma dezena de anos para ter um ou vários filhos. Mesmo se o limite é flexível e o prazo menos restrito, ela sabe que o tempo pra ela é contado. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 57 e 58).

Nessa segunda gravidez, com exceção de Rosa, Débora e Sueli planejaram ter o segundo filho.

Rosa não se adaptava ao anticoncepcional e a gravidez não estava em seus planos, nem nos de sua família, pois todos achavam que era arriscado que ficasse doente novamente, como quando do primeiro filho que teve um sofrimento do tipo psicótico. *“(...) Quando eu engravidei todos ficaram...ficaram todos contra, ‘Ah, você fez de propósito. Teve essa filha de propósito. Não era pra ter.’”*

Débora, como já foi dito, queria ter um filho para provar a masculinidade do companheiro. Sempre que nervosa xingava o marido de “viado” e “brocha”. Parecia colocar em questão sua virilidade. *“Ele achava que ele não podia engravidar...e eu queria porque queria provar pra ele que ele podia engravidar...e consegui.” (Débora)* Ela também queria ter essa prova do marido, porém seu desejo era forte para ter esse filho. *“Ah, lembro que eu queria...ficava feliz...cada vez que eu imaginava...pra mim eu sempre tava grávida...atrasou um pouquinho eu já tava grávida! (...) Eu queria muito um bebezinho!”* e *“Eu pensava em ter um bebezinho no meu colo...só isso que eu pensava...”*

Sueli pensava que o bebê iria trazê-la mais para o rumo de casa, estava muito ‘rueira’ e, principalmente, que iria curá-la das crises mentais que já havia apresentado anteriormente. Considerava que a gravidez poderia servir como um remédio para acalmar a sua mente e conseqüentemente um remédio para a depressão. *“Mas a gente projetou ela, né. A gente tinha um planejamento! A gente queria, nós dois, então vamos ter outro pra ver... Porque na minha ideia é que a depressão talvez curasse com a presença de um bebê na casa. Essa era a minha ideia!”*

No protocolo do Programa Mãe Curitibana há uma chamada em destaque para a conduta necessária com relação às mulheres que apresentaram transtornos mentais prévios e querem engravidar.

Se houver o desejo de engravidar, a mulher e seus familiares devem ser orientados sobre os riscos decorrentes tanto do uso de medicamentos durante a gestação quanto da retirada dos mesmos. Deve haver o aconselhamento sobre o padrão genético dos transtornos mentais e sobre o alto risco de recaída de alguns quadros na gravidez e no pós-parto. (CURITIBA, 2005, p. 45)

O médico de Sueli avisou sobre os riscos que corria caso realmente engravidasse, no entanto o seu desejo era maior que o medo. *“Daí na verdade eu fiquei...daí eu falei com o meu médico se... e ele falou que tinha muito risco. Era arriscado! Só que eu falei pra ele: ‘Eu vou correr esse risco. Eu vou correr esse risco de ter uma filha e uma depressão.’ Só que eu sabia!”*

Levantaram-se essas motivações que as três mulheres apresentaram para engravidar, por considerar muito importante a pré-história da gravidez, enquanto um aspecto muito significativo no desenrolar dessa experiência de gravidez, parto e puerpério.

A ambivalência é constitutiva do desejo inconsciente, portanto há sempre desejo entre duas coisas contraditórias no psiquismo humano. A escolha ou não por uma gravidez certamente está ligada a desejos inconscientes que presentificam ambivalências, podendo causar mal-estar às mulheres em maior ou menor grau, dependendo das histórias de vida e condições psíquicas de cada uma delas.

É exatamente porque toda gravidez tem uma história, que não existe gravidez ideal. Cada uma delas é mais ou menos fácil de viver. Algumas mulheres vivem um sentimento de plenitude; outras vivem estados de angústia. Essa diversidade de estados e sentimentos também pode ser observada numa mesma mulher ao curso de diferentes gestações e, até numa mesma gravidez, em determinadas situações. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 37)

A ambivalência também pode aparecer entre o casal, quando o desejo de ter filhos ou o planejamento e o tempo para que isso aconteça não é o mesmo. Marcelo, marido de Débora, achava que o filho deveria vir somente após uma melhora da condição financeira. Carlos, marido de Sueli, temia que ela tivesse mais uma crise mental, mas ao mesmo tempo pensava que a presença do bebê poderia ajudá-la a se “identificar ao planeta novamente” e a “varrer da mente o lixo psicológico”. O marido de Rosa, junto com ela, não planejou essa gravidez, que veio de surpresa porque não se preveniram.

AS VIVÊNCIAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ

Quando Sueli descobriu que estava grávida “(...) *foi a maior felicidade do mundo!*” Passou os primeiros meses de gestação sentindo muito prazer, pois não se sentia mais sozinha.

Débora também se sentiu emocionalmente bem no começo da gestação, apesar de apresentar algumas complicações clínicas. Foi preciso tomar medicação para segurar o bebê para que não tivesse um terceiro aborto espontâneo.

Observou-se que do meio para o final da gestação as três mulheres começaram a apresentar ansiedades com relação ao filho que estava por vir:

“A ansiedade é pra mim ter logo os bebês nos braços...” (Débora)

“Daí você fica com a expectativa! Quando você vai ver o rostinho dela! Por mais que você viu no computador, tudo, mas não é a mesma coisa. É quando você fica ansiosa! Falta ainda...daí você vai contando os meses. Porque até 6 meses passa rapidinho, pra você. Mas quando chega no sétimo, oitavo e nono parece que demora uma eternidade! Porque você tá esperando aquela coisa! Entende? Parece que o tempo

não demora a chegar...tá demorando a passar...o dia, por exemplo, parecia que era uma semana...quando você tá grávida. Então é bem complicado!” (Sueli)

“Não queria que nascesse essa criança...eu rejeitava...” (Rosa)

Na realidade, no caso de Rosa, os sintomas psíquicos foram mais intensos durante toda a gravidez. Com relação à Débora, os sintomas somente apareceram após o nascimento do bebê. Com Sueli, alguns sinais se apresentaram a partir do sexto mês de gravidez, mas a situação só saiu do controle quando a sua filha nasceu.

Débora e Sueli pareciam ter vivido uma gestação de uma maneira menos conflituosa, mais positiva, não havia rejeição. Débora inclusive tinha a lembrança de que na gestação foi muito mimada, que foi um período ótimo. *“Nove meses...respeitou o que eu queria e o que eu não queria...”*

A forma como a mulher vem mostrando-se durante a gravidez, se está cuidando de si ou não, são comportamentos que expressam como ela está vivendo essa experiência assim como o lugar que vem se fazendo para essa criança.

Na gravidez Rosa esteve agitada, observava-se descuido pessoal e que estava muito mal. *“Já tava mal já. Da Lia...quando eu tava, não tomava banho...não queria que ninguém me tocasse. (...) Aí eu não queria me cuidar, tentei me matar, me suicidar...tentei me destruir também.”*

“A gente pensou que ela até ia abortar a criança, porque ela saía na chuva...andava por aí por tudo...sem rumo...sem destino...nenhum...não avisava ninguém...” (Roberto)

O segundo trimestre da gravidez, segundo Szejer e Stewart (1997), geralmente é caracterizado pela diminuição dos sintomas físicos, mas em contrapartida tem-se uma acentuação dos sintomas psíquicos, traduzidos muitas vezes por crises de angústia e pesadelos.

Sueli começou a ter pensamentos ruins. Medo de que o bebê nascesse com problema, *“Que o neném podia nascer igual a minha outra. Esse era o meu medo!”* e maus pensamentos ligados à história do assassinato da amiga que ocorreu na sua

presença, quando era adolescente. *“Aquela moça ali, que acontecendo tudo aquilo, vinha muito a imagem dela na minha cabeça.”*

Rosa tinha pesadelos, não dormia bem, achava que iam fazer mal para o bebê. *“Ficava alguns dias sem dormir. Uns dias dormia bem, outros dias ficava sem dormir.”* Soifer (1980) e Felice (2000) afirmaram que as fantasias persecutórias, ligadas aos sintomas persecutórios como, imaginar que o filho vai ser roubado ou que vão machucá-lo, que algo ruim vai acontecer a ele, é um modo de se encontrar com as fantasias inconscientes até então desconhecidas.

“Eu na minha mente vinha todo tipo de pensamento, vinha pensamentos assim do passado...de recordações tudo do que aconteceu comigo antigamente, daí eu na gestação até me sentia suja, não queria a gravidez, fazia assim...se sentia assim acho suja, pelo que passei, pela violência do estupro, que eu passei antigamente...”

No terceiro trimestre as três mulheres expressaram a ansiedade de forma mais extrema. *“(...) esse terceiro trimestre de gravidez, diremos que se trata de um período movimentado, senão atormentado, do ponto de vista psíquico.”* (SZEJER; STEWART, 1997, p. 235)

Rosa e Sueli que já tiveram crises mentais anteriormente a essa última gravidez, tinham apreensão pelo bem estar da criança em relação ao tratamento psiquiátrico que realizaram:

“(...) Eu abandonei o remédio. (...) eu tomei em Fevereiro, Março e Abril. Abril eu abandonei por causa da gravidez que eu tava projetando.” Mas tentou conversar com a psicóloga que lhe atendeu antigamente sobre isso: *“Daí eu ia falar com a minha psicóloga sobre isso até...se qual era o risco que eu tava correndo de estar sem a medicação.”* (Sueli)

“Daí eu acho que passou pro filho, porque é muito forte a medicação.”;
“Porque tem criança que entra em depressão junto com a mãe. Entra em depressão junto.” (Rosa)

Realmente é preciso que haja um controle e uma atenção quanto aos cuidados medicamentosos durante as gestações. Não é qualquer medicação e em qualquer fase da gravidez que podem ser tomadas. No protocolo do serviço de atenção materno-infantil

Mãe Curitibana há orientações importantes a esse respeito. Há também um quadro explicativo sobre os medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais e consequências potenciais à saúde materno-infantil.

FATORES DE RISCO PARA O TRANSTORNO MENTAL

Existem muitas pesquisas que buscam o conhecimento dos fatores de risco associados aos distúrbios mentais puerperais. Entre os fatores mais comumente citados, estão: problemas mentais prévios, suporte social precário, problemas conjugais, dificuldades econômicas e depressão durante a gravidez. (FELICE, 2000, p. 35)

Considerando todos esses fatores de risco citados acima, vale uma discussão em torno da vida das três mulheres para o estudo em questão.

Tanto Débora, quanto Sueli e Rosa foram atendidas num hospital público e relataram dificuldades quanto à condição financeira. Sueli, casada com um bombeiro aposentado, tinha uma vida um pouco mais estruturada nesse aspecto, porém na sua família de origem passou por uma situação muito precária e com nítida disfuncionalidade familiar.

Depois do falecimento de seu pai, a família estava disfuncional, com problemas financeiros, e segundo informou seu marido, passou por situações abusivas. Sofreu assédio e agressões de seu tio. Foi uma infância muito difícil.

Em uma instituição psiquiátrica é comum encontrar na história das pacientes situações de abuso de natureza física e sexual. É uma realidade triste que elas contam no decorrer dos atendimentos psicoterapêuticos e que de alguma forma parece ter relação com a experiência de sofrimento mental atual.

Rosa deixou muito claro que uma experiência de estupro vivenciada há mais ou menos 8 anos atrás repercute na sua vida incisivamente. A cada experiência de gestação e a cada ano, nos três últimos meses do ano mais especificamente, quando o fato violento ocorreu, ela apresentava um novo desequilíbrio e lembrava-se com sofrimento intenso a experiência traumática. Isso acarretava em crises psicóticas e afetava as relações familiares, que ficavam bastante conflituosas.

Débora tem várias vivências de abuso em sua vida. Contou que foi assediada várias vezes na rua, teve que se prostituir uma época para conseguir dinheiro, e foi assediada e envolvida pelo marido de sua tia quando era adolescente. Tiveram por 2 anos um relacionamento conturbado, que resultou em ameaças, agressões e no seu primeiro filho.

Abortos prévios também são considerados fator de risco importante para as psicoses puerperais. Rosa e Débora passaram por isso.

Débora teve dois abortos naturais anteriores à gestação de seu segundo filho. *“Um com quatro meses e o outro acho que com cinco meses...porque um tava maior do que o outro...tavam grandinho já.”* Entretanto não teve nenhuma informação médica sobre as causas dos abortos e relatou que sofreu bastante com as perdas. *“Ah, eu engravidei e não sabia que eu tava grávida e as condições financeiras eram péssimas, nem água em casa nós tínhamos...aí eu tinha que buscar balde, assim sabe, na mina, de água...e acho que foi isso...de tanto carregar peso.”*

Os dois filhos que não sobreviveram à gestação foram nomeados por Débora e ela não quis repetir esses nomes quando nasceu o outro filho. *“(...) não podia por o mesmo nome que ia ficar...pensei que ia ficar chato por o mesmo nome dos dois.”*

Rosa contou que descobriu que estava grávida quando abortou, após o estupro. Disse ser totalmente contra o aborto e que por isso não se sentia merecedora de ser mãe pelo que lhe ocorreu. *“(...) Eu só lembro que eu abortei, quem foi o culpado foi esse cara aí...eu chorei a vida inteira, minha vida inteira eu chorei de arrependimento.”*

“Porque desde aquele aborto eu fiquei com esse trauma! E ficou na cabeça! Porque eu acho que eu não posso ter filho...eu não tenho condição de ter criança. (...) Porque eu abortei. Eu acho que eu não devo...não mereço ter filhos.” (Rosa)

“Pra quem gosta de criança é horrível...pra quem não gosta faz o aborto como se fosse qualquer coisa...criança não é porcaria...criança é benção...não é lixo.” (Rosa)

Sueli passou por um evento violento aos 13 anos de idade. Presenciou o assassinato de uma amiga e teve que fugir, saiu correndo para salvar a sua vida. Contou, *“Quando ela me pediu socorro, pra mim acudir, eu não pude fazer nada,*

porque eu fui salvar a minha própria pele. Aí o que acontece que...ficou marcado pelo resto da vida...e eu tenho muito medo da dor.”

Rosa e Sueli relacionaram a dor do parto ao trauma de violência vivido. Ambas sinalizaram que a dor do parto era terrível porque remetia a isso.

“É uma dor assim, de rasgar mesmo. Porque o cara fez, rasgou, me rasgou. Foi tão terrível a dor que no parto eu sentia, eu lembrava. Daí entrei em depressão por isso...foi por causa desse cara que eu entrei em depressão, não por causa do meu marido. (Rosa)

“Porque o adultério, ele fez tudo isso. Então daí isso ficou marcado em mim, que eu não suporto a dor. Nem cirúrgica, nem corte, nem nada. (...) Então daí eu vendo a cesárea, fazia lembrança dela. Porque o dia que ela morreu ela tava toda picada...com ponto, então isso refletiu na minha mente.” (Sueli)

Em primeiro lugar, é necessário esclarecer que a sensibilidade à dor varia consideravelmente, conforme os indivíduos. Recentes e numerosos trabalhos sobre esse assunto mostram que a sensibilidade está ligada à emoção. A dor não seria um fato objetivo, mas uma forma de emoção. (...) Quando a dor aparece, a história de cada uma, nesse terreno, entra em jogo, podendo surpreender e capturar todos os recursos de uma, enquanto outra a enfrentará sem maiores dificuldades. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 241)

As três participantes apresentaram transtornos mentais prévios, que não necessariamente levaram à internação psiquiátrica.

Débora apresentou uma crise depressiva aos 13 anos, mas não se lembra de muita coisa que fez. Ficou internada em um hospital clínico por 4 dias e tomou por pouco tempo uma medicação manipulada. *“Eu tinha tomado remédio. Mas isso já é depressão (...) eu já tava em crise, já tava em depressão...pra mim ninguém gostava de mim...aquelas coisas...era o que eu via...daí eu peguei e tomei sete comprimidos. Diazepan, acho...”*

Rosa teve uma crise psicótica na primeira gestação e tratou-se ambulatorialmente. Assim como na segunda, já apresentava sintomas na gravidez, os quais pioraram no período puerperal, a partir do contato com os filhos. A perda do pai

poucos dias após o nascimento da filha, sem dúvida, foi um fator agravante para a crise emocional mais atual.

Segundo informou seu marido, antes de ser mãe Rosa tinha comportamentos esquisitos. *“Quando a gente tava namorando ela sempre ameaçava cortar o braço...falar um monte de besteira...tipo, com outras vozes assim... Que o diabo queria levar ela, que já tava prometida pra ele...” (Roberto)*

Sueli teve dois surtos anteriores, um em 2007, após o falecimento de uma tia, que a acolheu como uma “mãe” na infância, e o outro em 2010, após algum tempo sem medicação.

Na história de Débora ficou marcante a precária situação econômica e a desestrutura social que vivenciou durante a gestação do segundo filho. Desde que se conheceram o casal vivia em condições difíceis de moradia, sem luz, sem água, passavam fome. *“(...) quase dois anos sem luz...nós pegava água na mina... Era um sofrimento do cão! Sofrido mesmo!” (Marcelo)*

Conseguiram construir uma casinha modesta e Marcelo sugeriu que poderiam ter um filho, agora com uma casa própria e numa condição melhor. O planejamento do filho, porém, complicou-se em seguida, pois perderam a casa numa enchente. *“(...)a gente montou uma casinha lá e foi morar junto. Devagarzinho, colocamos água, colocamos luz...a hora que a gente ajeitou as coisas, tinha água e luz...veio a água e leva...” (Marcelo)* No entanto Débora já estava grávida de 5 meses. E foi somente no oitavo mês de gestação que conseguiram estabelecer-se num lar novamente.

Rosa e Débora relataram problemas conjugais durante a gravidez, mas esse assunto será discutido posteriormente num outro subitem. Assim como também a relação das três mulheres com suas mães, que mostraram pormenores bastante relevantes para essa discussão.

Débora e Rosa não foram vistas sobre o prisma da saúde mental em momento algum e não passaram por qualquer ação preventiva enquanto estavam grávidas mesmo tendo diversos aspectos de risco em suas histórias de vida. Somente Sueli recebeu orientação médica antes de engravidar, porém não voltou a tomar a medicação

psiquiátrica rapidamente como lhe foi indicado e por isso o surto apresentou-se após o nascimento do bebê.

O PUERPÉRIO E O SURTO PROPRIAMENTE DITO

Débora quando viu seu bebê pela primeira vez, *“Ah, senti muito amor! (...) Eu queria muito aquele bebê...queria!”* E sobre os dois primeiros meses, *“Foram bons...foi muito bons! (...) eu pegava ele no colinho, era uma delícia pegar...era bem pequenininho. (risos)”*

Sueli ficou alguns dias achando que ainda estava grávida, *“Quando chegou o SAMU eu sentia ela dentro de mim! Eu sentia! Foi tipo, ela mexeu durante 9 meses, eu sentia ela...ela mexendo na minha barriga ainda.”*

O puerpério é uma fase em que a mulher encontra-se descentrada, em desequilíbrio, uma vez que está em uma nova condição, diferente da que carregou durante nove meses. É preciso que haja um luto do corpo da mulher grávida e do bebê em seu ventre. Nem sempre essas mudanças que se seguem após o parto são experimentadas de modo consciente, assim como para algumas mulheres tudo é vivido com muita intensidade, e para outras não.

“Sentia grávida ainda. Mesmo ela no berço eu dizia pra ele: ‘Essa não é a minha bebê. A minha bebê tá na minha barriga ainda.’ Que ela tava na minha barriga!” (Sueli)

Na realidade Sueli estava com dificuldade de separar-se de seu bebê idealizado. *“(...) como eu fiquei os 9 meses segura com ela dentro de mim, eu não queria que ela saísse!* Compreendia, de certa forma, que ficaria doente após o nascimento da filha.

Assim, podemos compreender o momento do parto como o compromisso entre duas ambivalências mais ou menos difíceis de serem ultrapassadas, a da mãe e a do filho. Não há dúvida de que a mulher sabe que é impossível guardá-lo dentro de seu ventre. E, se o fizesse, seria uma forma de perdê-lo de um modo ainda mais definitivo. A única forma de guardá-lo vivo é aceitando perdê-lo, e abrindo mão da exclusividade. (...) Por outro lado, algo dentro da criança também sabe que é impossível ficar ali por mais tempo, e que, para viver – porque é esse o seu desejo -, é preciso ir em frente. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 249)

O filho mais velho de Débora ficou doente e precisou ficar hospitalizado enquanto ela estava no período puerperal. Ele lhe pedia coisas e ela sofria muito por não poder dar. Com muita preocupação com o filho, sentia-se culpada e começou com “choradeira”. *“Me abateu muuuuito aquilo!”*

“O Maurício queria um negócio que é baratinho! (suspiro) É...Bibsfilha, Habibs sfilha, alguma coisa assim que ele viu na tevê...mas na minha cidade, nem por perto, não tinha...era só aqui ou em Itapajós...nossa...aquilo me deixou tão mal, tão nervosa! Daí eu já comecei a ficar doente...(choro)Me senti super mal...não sabia o que eu fazia!” (Débora)

Essa situação com o filho refletiu na relação do casal. Débora compreendeu que seu filho ficou doente porque Marcelo estava brigando e muito estressado com ele. Quando seu filho recuperou-se e saiu do hospital, Débora disse ter ficado “superfeliz”, mas queria dar um “gelo” no marido. Entrou em conflito com o marido que numa das discussões lhe ameaçou de levar seu bebê para a mãe dele cuidar. *“Como ele não dava liga pra gente, ele só queria que a gente ouvisse, então eu comecei a dar o troco...ele falava e eu fazia de conta que eu nem ouvia (...) começou a discussão bastante entre nós dois...e num dia em que eu entrei em depressão ele falou assim: ‘Qualquer coisa eu largo de você e levo o bebê pra minha mãe cuidar.’ Nossa aquilo parece que acabou comigo! Foi aí que eu comecei a ter surto.”*

Perto do marido, Débora surtava, perdia o controle, desde que ele falou que levaria seu bebê pra mãe dele cuidar. Do choro que estava constante, passou a ter insônia, gritava muito, *“(...) sentia dor e um aperto por dentro”*. Suas mãos começaram a tremer e depois seu corpo todo tremia. Começou a falar em Deus, não tinha controle das suas mãos que se torciam. Uma senhora orou e *“(...) mandou eu pensar em Deus e foi o que eu fiz! Eu pensei em Deus. (risos) Daí eu surtei falando em Deus!”*

Enquanto Sueli delirava que ainda estava grávida, não reconhecia o seu bebê. Já bastante confusa e com dificuldades para se adaptar à nova situação, chegou uma amiga que a princípio veio para ajudá-la, mas que atordoou o ambiente e deixou Sueli pior. *“Na verdade ela disse que veio me ajudar. E na verdade esse ajudar acabou me atrapalhando.. Acabou acontecendo que ela também toma remédio. Ela toma*

muito...ela toma remédio há 35 anos. Então ela acabou me transtornando porque eu tava muito sensível.”

Isso faz pensar que apesar de ser bem importante ter alguém que auxilie a puérpera nos primeiros dias em casa, é preciso que seja uma pessoa que esteja em boas condições emocionais para acolher a mãe com o seu bebê.

Sueli começou a rejeitar o bebê, não conseguia amamentá-lo, nem cuidar dele., Também não se alimentava e nem dormia direito e estava muito inquieta. “(...) *eu acho que eu tava nos 9 dias...aí o meu marido dormia e eu chorava muito, de madrugada...chorava...só que ele não percebeu que eu estava chorando... Porque você fica muito sensível, você fica meio abalada... Daí com...acho que não lembro se era 9 ou 10 dias, daí eu comecei a rejeitar ela, que ela não era o meu bebê.”* (Sueli)

Numa noite Sueli incendiou o berço do bebê. “(...) *na verdade a intenção que eu tive foi a seguinte: que ali no meu quarto era o meu túmulo, que tavam enterrando eu viva. E daí eu pensei: ‘Já que eu vou morrer viva, eu vou incendiar que daí eu morro queimada...’ A intenção foi assim, na minha ideia! Que daí eu morro queimada e daí eu não vou sentir dor.”* Felizmente seu marido tinha tirado as crianças para outro quarto ao perceber a agitação da paciente naquele dia.

Rosa na época do nascimento de sua filha, “(...) *Eu não tomava banho, não se cuidava, não escovava dente, nada. Relaxei mesmo! Foi uma depressão profunda, acho.”*

Com frequência enfatizava que sua crise era devido ao trauma de estupro que em consequência fez um aborto. Não sabia que estava grávida na época. “*Eu acho que a depressão não gerou da criança, gerou de eu conhecer esse rapaz. Foi depois que eu conheci ele que eu...é que é estranho, a gente ouvir vozes, vê vultos...não é normal.”*

Uma mãe não nasce quando descobre que está grávida. Junto ao nascimento do bebê espera-se o nascimento de uma mãe, mas nem sempre esses dois eventos ocorrem concomitantemente. É preciso para isso que haja um ambiente que possa receber e acolher essa mulher e suas dificuldades, apoiá-la e confortá-la para que possa sentir-se mais segura e desenvolver-se como mãe.

Como observa Marie Langer, o maior ou menor grau de aceitação da gravidez por parte do ambiente social imediato reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade. Essa autora afirma que toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição (desejo e contradesejo). (SOIFER, 1980, p. 23)

Portanto, as atitudes do meio social e dos familiares são fundamentais para esse momento de fragilidade da mulher. Da mesma forma que pode vir a ajudar, pode vir também a prejudicar, dependendo da maneira como a estão julgando. De acordo com Felice (2000), um dos fatores de risco associados à depressão puerperal é a falta de suporte fornecido pelo ambiente.

SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE UTILIZARAM

Por motivos diferentes as três mulheres apresentaram intensa ansiedade nas proximidades do parto.

Débora morria de medo do parto porque dói muito, mesmo com anestesia. Suas duas experiências foram de partos normais. *“Tava com medo...tava ansiosa...bastante ansiosa e com medo. (...)E o medo...da hora do parto mesmo que é sofrido.”*

Sueli torcia para poder fazer parto normal. Não podia imaginar passar por uma cesárea que exigiria corte, pontos, uma incisão maior no seu corpo. *“Eu tenho medo de ser perfurada.”*

Rosa, ao contrário, torcia para que seu parto fosse cesárea. Sentiu muita dor enquanto aguardava o parto normal, queria logo tomar anestesia e ganhar seu bebê. *“Eles puseram no chuveiro, até no chuveiro, pra ver se ganhava...eles fizeram de tudo pra gente ganhar normal, pra não precisar fazer parto com anestesia... Porque gasta muito, eles mexem com equipamentos, tudo, acho. Aí eu no chuveiro lá eu tava sentindo muita dor no chuveiro.”*

Nem sempre é possível escolher o tipo de parto, mas é sempre importante conversar com a gestante sobre o que pensa do assunto, uma vez que conforme já foi comentado na revisão de literatura, com a aproximação do parto, várias mulheres sentem muita ansiedade. Por isso é muito importante permitir que a gestante participe ativamente das decisões que forem sendo tomadas com relação ao parto. Respeitar,

quando possível, o seu desejo e as suas escolhas trará menos ansiedade para ela. E se houver qualquer limitação é essencial que tudo seja comunicado e bem orientado para a gestante, acolhendo suas angústias.

Quando se prevê o tipo de parto, são tomadas várias decisões. A primeira diz respeito ao início do trabalho de parto: ele vai ser natural ou induzido? Seja qual for a decisão, ele é mais bem assumida e vivida, quando é tomada de comum acordo, a partir de um diálogo entre a mulher e o obstetra. (SZEJER; STEWART, 1997, p. 228)

Débora e Sueli foram surpreendidas pela mudança do médico que as vinham acompanhando na hora do parto:

“Na verdade o meu médico era um e foi transferido pra outro porque ele acabou se aposentando. Comecei com um e terminei com outro.” (Sueli)

“(...) é que eu tive que mudar de cidade pra fazer o parto. (...) Pra outra cidade...com aquela dor terrível...” (Débora)

Com isso logicamente não houve planejamento, nem conversa sobre o parto e nem mesmo estabelecimento de uma relação de confiança. Ambas tinham muito medo da dor, cada uma por sua particularidade, e sem dúvida as duas iriam se beneficiar de um tratamento mais estruturado que pudesse acolhê-las mais. Mas não foi o que tiveram.

Rosa e Débora, que utilizaram os serviços do SUS¹¹, não tiveram acompanhante no parto conforme prevê a Lei 11.108, sancionada em 07 de Abril de 2005. Na prática isso muitas vezes não ocorre, alguns hospitais referem que não têm estrutura que comporte o acompanhante. Pode-se aqui pensar se não existe uma resistência por parte dos hospitais, que vai além da falta de estrutura, de forma a não conseguirem cumprir a lei, uma resistência mais direta para com a presença do acompanhante, como um personagem a mais, muitas vezes ansioso, curioso, intrometido. “Cabe às maternidades o ajuste do olhar para esse novo integrante, redimensionando o espaço físico e a abordagem da equipe no sentido de potencializar a sua presença.” (BRASIL, 2007b, p. 23)

¹¹ SUS – Sistema Único de Saúde

Rosa contou que o marido só podia comparecer nos horários de visita e que ninguém dormia com ela. “*É que hospital de SUS, daí eles não exige, diz que não pode participar do parto. Ele queria participar...se fosse particular ele participava.*” Sueli viveu uma situação diferente porque utilizava um convênio de saúde.

O acompanhante no parto pode ser qualquer pessoa que a mulher escolhe para acompanhá-la em todo esse processo. Alguém em quem confie e que possa lhe passar segurança. Pode ser o marido, o namorado, a mãe, uma irmã, entre outros. “Acompanhar uma mulher no momento do parto é permitir que as suas competências naturais para condução desse processo sejam potencializadas.” (BRASIL, 2007b, p. 21)

Evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor. (BRASIL, 2007b, p. 21)

As três mulheres viveram esse momento do parto de modo muito particular. Para o desejo não existem regras. Uma mulher pode muito bem preferir o parto normal, a outra cesárea, outra o parto em casa e assim por diante. O que importa é que seja uma medida humanizada, portanto em consonância com a singularidade de cada mulher, respeitando os limites existentes, é claro, mas também acolhendo as emoções advindas disso. A medida de suportabilidade do sofrimento também é algo extremamente particular e único.

Embora seja necessário seguir certos protocolos de atendimento é fundamental que as equipes estejam preparadas para ultrapassar os limites das regras, para dar vazão às ansiedades das mulheres, acolhendo-as e acalmando-as. “O pensamento predominante do século XXI é de que há nobreza na dor do parto e que a boa mãe é sempre aquela que sofre.” (BADINTER, 2011)¹²

Apesar das três mulheres terem feito os pré-natais regularmente nenhuma teve qualquer atendimento voltado para saber como estavam passando emocionalmente.

“*Nem perceberam que eu tava assim na gravidez.*”, contou Rosa sobre o médico

¹² Citação retirada da entrevista com Elisabeth Badinter “A mãe é um mito”, na Revista VEJA, ed. 2226, ano 44, n. 29, de 20 de Julho de 2011.

que lhe acompanhou durante a gestação. Ele não percebeu os sinais e sintomas que denunciavam seu estado psicológico abalado, pois nas consultas não conversava muito com a paciente. *“Só era assim de ver o neném e pronto só. (...) A mãe não via. Só o neném. Só o neném. (risos)”*

Pelo histórico de cada caso e ressaltando os fatores de risco a que todas estiveram submetidas, não houve qualquer olhar para a saúde mental dessas mulheres e às consequências do adoecimento mental. Observou-se dos relatos das pacientes que as equipes estavam atentas aos bebês, e não às mães e à relação entre eles. E infelizmente é geralmente isso o que acontece nos atendimentos. Os profissionais seguem os protocolos, verificam o desenvolvimento dos bebês, mas não estão atentos às mulheres, ao que estas estão sentindo. Não há espaço para muita conversa que poderia evidenciar as emoções que estão presentes no desenrolar da gravidez de cada mulher.

Durante as consultas e as oficinas do pré-natal, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como de alterações sugestivas de comprometimento da saúde mental. É importante observar aparência geral, interação com o examinador, atividade psicomotora, estado emocional, linguagem, presença ou não de alucinações, nível de consciência, características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade), orientação e memória. (CURITIBA, 2005, p. 43)

“Teve uma época que eu fiquei sem tomar banho...relaxei mesmo...não tomava banho...é a roupa punha qualquer roupa...quando eu entrei em depressão.Quando eu tava grávida eu já não tomava banho, não me cuidava...não queria que ninguém me tocasse...(...) Nem perceberam que eu tava assim na gravidez.” (Rosa)

Rosa mostrava claramente que não estava podendo se cuidar na gestação, estava isolada, irritada e angustiada. Sueli apesar de parecer tranquila, nos últimos meses começou a sentir-se ansiosa e tentou conseguir atendimento psicológico, mas não conseguiu vaga. *“(...) eu queria conversar com a minha psicóloga de novo...porque tava passando os maus pensamentos, entende?”*

Não seria diferente se pelo menos os profissionais de saúde que acompanham as consultas de pré-natal pudessem conversar, oferecer um espaço para as palavras circularem, valorizando mais a mulher e a mãe que vem carregando essa nova vida dentro de si?

Estão previstas ações de acompanhamento do pós-natal, na verdade, uma consulta com a enfermeira até o décimo dia do nascimento do bebê. Somente Débora passou por essa consulta. Nesta ação, a preocupação com a saúde mental da mulher e em como a relação e o contato entre a mãe e o bebê estão acontecendo, seria bastante interessante. Talvez pudessem ampliar o número de consultas desse tipo, estendendo o contato para o puerpério tardio, uma vez que nele podem estar mais evidentes alguns sinais de desencontro, conflito, ambivalência da mulher com relação à maternidade.

Algumas ações poderiam ser realizadas de forma intersetorial. Não necessariamente o contato com a puérpera deve acontecer nos serviços de saúde, ações comunitárias também podem realizar tal função. Além disso, que possa ocorrer o trabalho em rede, o fortalecimento da ligação entre os diversos setores que podem trazer melhorias para a atenção à mulher no que diz respeito a sua saúde mental na gravidez e no puerpério.

Outro fator interessante que ficou evidente sobre os serviços de saúde foi a respeito do mau funcionamento da rede de atendimento. O trabalho em rede dos serviços de saúde não funcionou, faltou comunicação, discussão e ação. Exemplo disso é o caso de Rosa em que o atendimento do psiquiatra discordou do atendimento do ginecologista. Ambos tiveram opiniões diferentes sobre a forma de acompanhamento da gestante em sofrimento mental. O psiquiatra analisou que a gestante não poderia tomar medicações psiquiátricas e indicou aborto nessa situação. Já o ginecologista disse que algumas medicações em dosagens baixas poderiam ajudá-la, mas isso só veio a acontecer aos 5 meses de gestação e Rosa já estava no surto propriamente dito. No pós-parto o pediatra do seu bebê percebeu: “*Oh, a situação dela não é só a depressão. Ela tem mais problema.*”

O intercâmbio entre obstetras e psiquiatras deve ser incentivado para assegurar o melhor resultado possível para a mãe e o bebê. Deve-se considerar o risco de implicações fetais decorrentes do uso de medicamentos pela gestante assim como os riscos advindos de transtornos mentais não tratados. (CURITIBA, 2005, p. 44)

Um dos preceitos do SUS e do trabalho em rede é a importância da responsabilização e da coparticipação dos pacientes e dos familiares nos tratamentos de saúde. Por não serem devidamente orientadas pelos profissionais da saúde, as

famílias geralmente não sabem perceber os sinais, não sabem como lidar quando os sintomas aparecem e nem que tipo de ajuda buscar. Os pacientes, sozinhos, muitas vezes não sabem o que lhes acontece e não têm crítica da necessidade do tratamento.

Os familiares são parte fundamental dos tratamentos de saúde. A rede social, os mais próximos principalmente, precisa participar nos tratamentos, servir de apoio, de cuidado, de afeto. Se não compreender o que a pessoa tem, como pode cuidar bem?

Carlos também não tinha muita compreensão do que ocorria com sua mulher, mesmo que esta já tivesse passado por dois outros tratamentos. Uma sede de entendimento da situação e a curiosidade dele evidenciavam que algo importante faltou nos atendimentos oferecidos.

As três mulheres só chegaram ao tratamento quando houve uma piora grave dos sintomas. Foi então necessário o atendimento hospitalar, integral, que afastou as mães de seus bebês.

A rede social, a família, os serviços de saúde devem ocupar-se das mulheres nessa situação e não abandoná-las.

Conforme pesquisa de Nunes, Jucá e Valentim (2007), sabe-se que as equipes de saúde têm muita dificuldade e pouca formação para detectar e manejar situações que envolvem a saúde mental. Deve-se lembrar de que as condições estruturais e das equipes de saúde de cidades pequenas costumam ser piores, devido à falta de recursos financeiros.

Outra dificuldade verificada foi sobre o sistema de internação psiquiátrica. Com a reforma psiquiátrica houve uma grande diminuição no número de leitos e de hospitais psiquiátricos, porém o sistema extra-hospitalar não estava preparado para a demanda que se criou. Débora foi encaminhada para a internação psiquiátrica em outra cidade, após ficar 4 dias internada num hospital clínico. Esperou 3 dias para conseguir vaga para esse internamento e reclamou que o atendimento em sua cidade não foi muito bom. *“Ah, eu acho que foi mais ou menos, porque eu não melhorei nada nos quatro dias que eu fiquei internada...eu só fui melhorar aqui mesmo...”*

Outra situação muito comum e, que aconteceu com Sueli, é a burocracia nos encaminhamentos, o que dificulta as ações no momento da crise. Mesmo estando na

Região Metropolitana de Curitiba, ou seja, mais perto do que Débora estava, Sueli demorou muito para chegar ao hospital. Foram quase 9 horas entre viagem e espera.

Não seria importante pensar numa atuação menos burocratizada para um momento de crise? Bem recentemente mudou-se o sistema de distribuição de vagas para internação psiquiátrica no Paraná. A ideia é de que as internações sejam liberadas com maior agilidade por um sistema de rede informatizado. Mas como ficarão as avaliações clínicas? Ainda é cedo para tirar conclusões sobre a eficácia dessa mudança.

AS MULHERES NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

No caso das três mulheres, todas elas não tinham crítica da situação e da necessidade da internação quando chegaram ao hospital. Rosa foi a que aceitou melhor, chegou mais calma na instituição. Sueli e Débora não entendiam e não aceitavam o tratamento.

Duas das entrevistadas tiveram licença no período das festas de fim de ano. Sueli foi direto para casa de alta, mas o seu bebê não estava lá ainda, ficou no abrigo mais um mês de sua chegada.

Entende-se que o contato em casa, com o próprio ambiente e seus familiares é favorável às pacientes porque elas podem perceber como se sentem e encontrar com suas emoções gradativamente.

A distância do bebê não pode ser muita, nem por muito tempo. Observa-se que há falhas no planejamento dessa questão, considerando o que a saúde pública disponibiliza até então. É prudente refletir sobre as necessidades e queixas das mulheres, sobre as dificuldades por elas vividas durante essa fase da vida, para consequentemente aprimorar as ações de saúde mental para elas e suas famílias.

A realidade de um tratamento hospitalar em regime integral já é discutida e criticada ao considerar o afastamento social a que os sujeitos são submetidos. E imaginem o quanto mais complicado e arriscado pode ser quando o que se afasta é uma dupla de sujeitos quase que indiferenciáveis! Não haveria uma forma melhor de tratamento que não precisasse distanciar mãe e filho? Que prejuízos podem existir por meio dessa quebra tão precoce no contato entre eles?

Segundo Winnicott, “(...) nesta fase em que o bebê depende dos cuidados da mãe, há um tipo de complementaridade entre mãe e bebê: o Eu da mãe supre o da criança, ainda frágil ou inexistente.” (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997, p.89)

Mas há que se considerar o outro lado. Quando o vínculo entre a mãe e o bebê está prejudicado desde o início, um pouco de distância entre eles pode ser necessário, no sentido de baixar a sobrecarga física e psíquica sentida pela mãe e todos os sintomas que decorrem disso. Porém deve ser uma separação mediada, isto é, com um terceiro dividindo as funções e amparando a mãe, ou até mesmo, maternando-a, enquanto esta não se afasta totalmente dos cuidados com o seu bebê.

Claude Boukobza e Florence Benavides, duas psicanalistas francesas que atuam na Unidade de Acolhimento Mãe-Bebê em Saint-Denis, na França, realizam um acompanhamento de mães e bebês, que nomeiam de “A Clínica do Holding”.

Winnicott designa pelo termo de *holding* o conjunto de cuidados dados pela mãe à criança para responder suas necessidades fisiológicas, especificadas segundo sua própria sensibilidade à queda, e que se adaptam às mudanças físicas e psicológicas da criança. O aspecto essencial do *holding*, sublinha ele, é o fato de segurar fisicamente a criança. O centro de gravidade do bebê não se situa no seu próprio corpo mas entre o dele e o da sua mãe. (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997, p. 90)

A Clínica do Holding proposta pelas duas autoras refere-se a um cuidado oferecido às mães que estão em dificuldade para cuidar de seus bebês. É o “holding do holding”, ou seja, cuidar das mães para capacitá-las a ajudarem suas crianças.

A mãe é o que ela é. Sem procurar logo aperfeiçoá-la, nem tampouco retirar seu filho, podemos assisti-la (...) mas não basta de jeito nenhum para uma mãe que acaba de parir, escutá-la; dizê-lo não tem tanta relação com a vivência, a motricidade, o funcional em jogo (...), trata-se de um ‘viver com’ e sobretudo de um ‘fazer com’ para a pessoa que se ocupa desta mãe e deste bebê. (DOLTO, 1978 apud BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997, p. 91)

A Clínica do Holding realizada na Unidade de Acolhimento Mãe-Bebê em Saint-Denis funciona como um hospital-dia, para receber mães e seus filhos, quantos tiverem, nas idades entre 0 e 6 anos. A equipe composta por psicanalistas, psicólogos e

educadores, trabalha na direção de escutar e mediar a relação das mães com seus filhos e das mães com outras mães e os filhos destas. Vislumbra-se as relações interpessoais, com trocas de experiências sobre assuntos como sexualidade, casamento, trabalho e os diversos tipos de angústias por elas vivenciadas. Tem mostrado-se como uma forma eficiente de retirar um pouco essas mães da relação dual, conflituosa e ambivalente com seus filhos, possibilitando a elas um outro olhar e um espaço para que possam circular outros aspectos de suas subjetividades.

A Unidade Mãe-Crianças de Saint-Denis tem por objetivo propor um enquadre continente e protetor, moderar a angústia materna e permitir à mãe e à criança cujos primeiros encontros são perturbados, encontrar a boa distância, uma distância que se lhes assegure que elas possam continuar a se desenvolver juntas e individualmente. (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997, p. 101)

Assim, o isolamento de seu ambiente próprio e principalmente da criança, possibilitado pela internação hospitalar, não parece ser um modo facilitador para a relação mãe-bebê, que ainda precisa ser construída, desenvolver-se para que possam conviver numa realidade familiar.

Era árduo para os três maridos comparecer ao hospital para visitar as pacientes por causa do trabalho e da distância. Lembrando que o hospital fica na Região Metropolitana de Curitiba, a visita dos filhos também era dificultada, ou melhor, nos três casos, não aconteceram em momento algum enquanto estiveram lá.

É sempre importante analisar cada caso, caso a caso, mas a proposta realizada na França é um indicativo de uma nova possibilidade, mais próxima das necessidades das mulheres e seus filhos, estes que se estranharam mais do que o esperado no início do encontro real. É uma forma de tratar da relação afastando-os um pouco, mas sempre buscando uma medida mais saudável para ambos.

As três pacientes concordaram que teria sido melhor se tivessem tido a oportunidade de fazer o tratamento em casa. *“Em casa mesmo. Se tivesse um tratamento que precisasse ir no local ali...e sempre fosse um lugar assim de ir, sem hospedar, né.”* (Rosa) Mas todas elas também valorizaram o tratamento que receberam.

Sueli achou que a experiência no hospital psiquiátrico lhe ajudou a compreender melhor sobre a importância do tratamento. *“Lá eu aprendi, lá eu vi que tem pessoas muito pior do que eu, que não tem às vezes nem cura. E que eu procuro esse tratamento pra que chegue a minha velhice e eu não seja uma dependente crônica. Que vai e volta do hospital, que vai e volta, vai e volta.”*

Rosa disse, *“Eu acho que é pro bem! Foi pro bem. Se foi pro bem eu tenho que ficar aqui, até ir no dia certo.”* E fez uma sugestão a partir da sua experiência na unidade. *“Eu acho que vocês deveriam separar as moças, as pacientes com crise mais séria das que têm crise menos séria. (...) As de crise mais compulsiva é melhor separar das que têm crise menos compulsiva. Porque elas acabam entrando em depressão junto com elas. Elas amedrontam, intimidam.”*

Tanto Rosa quanto Sueli falou a respeito do medo que sentiu de algumas pacientes. Sueli, inclusive, pressionou pela Alta a Pedido, dando isso como um dos motivos. *“Eu tinha muito medo da Patrícia! Eu tinha medo que um dia eu tivesse dormindo e ela me jogasse em cima de mim e acabasse acontecendo alguma coisa! Daí o medo também faz isso! Por causa que...na verdade, daí o meu médico mesmo ele falou pro meu marido que essa depressão podia ser curada em casa. Ele mesmo disse isso pra ele.”*(Sueli)

Realmente essa experiência, numa instituição como essa parece ser muito marcante. Carlos, marido de Sueli, fazia referência à instituição hospitalar como “Casarão do Esquecimento”. Lembrava-se de alguns amigos do trabalho que ficaram mentalmente doentes, que foram internados e de lá nunca saíram. Percebia, sem dúvida, que o tratamento e a estrutura são outros, mas um certo estigma continuava.

Foi feita para as três pacientes a orientação sobre a necessidade de acompanhamento médico e, de preferência, de uma equipe multidisciplinar, ao menos o psiquiatra e o psicólogo para a continuidade do tratamento.

Rosa valorizou o atendimento psicológico dizendo: *“Esvazia o ego. (risos) Esvazia o eu da gente, que fica preso! Porque eu sou calada demais. Eu sou muito calada.”*

A RELAÇÃO COM O MARIDO E A REDE SOCIAL DAS MULHERES

O principal que se tem a dizer neste tema é sobre a relação de dependência emocional que as três mulheres possuíam com seus maridos. Eles eram as pessoas mais próximas dessas mulheres, as quais não tinham uma rede social muito diversa, a não ser os familiares. Em meio a disfunção familiar, carência afetiva de pai e mãe e falta de autonomia financeira, as três mulheres juntaram-se aos seus cônjuges e fizeram suas famílias.

Débora e Rosa eram bastante ciumentas com os maridos, apesar de terem uma relação conflituosa com eles. Sueli não tinha ciúme, mas tinha preconceito, sendo influenciada pelos comentários pejorativos das pessoas:

“É...o povo...o povo dizia, claro, claro, isso é normal, ‘Como é que você pode levar uma vida com um velho?! Como é que você explica que você vive com um velho?!’” (Carlos)

“(...) Anteontem a gente subindo essa rua aqui, nós íamos numa loja, faltou alguma coisa pro bebê aí, pra creche, e uma cabeleireira, péssima cabeleireira por sinal, dessa rua...é perguntou assim pra ela: ‘É...me diz uma coisa, quem é o pai da criança? Quem é o pai desse bebê aí?’ (...) Sabendo, sabendo que a gente tem um casamento civil e que ela mora aqui há 13 anos!” E Sueli reagiu: “É só podia ser do meu marido, o que você acha?!” (Carlos)

Sueli tinha um marido bem mais velho que ela. Tinham uma diferença de idade de 42 anos e moravam juntos desde que ela tinha 14 anos. Aos 72 anos, Carlos tinha idade de avô. Talvez para Sueli, idade de pai. Perdeu seu pai quando criança e em seguida sua família desmoronou. De alguma forma Carlos lhe dava uma proteção e uma condição de vida melhor:

“Ah, é uma relação legal. Na verdade ele é a minha proteção. Me protege de todos os perigo. Eu sei que quanto...enquanto eu to do lado dele eu não tenho medo de nada, de enfrentar nada. Só que sozinha eu não sou ninguém. E sou nada! Eu tenho essa proteção dele...que ele me protege de qualquer perigo...de qualquer situação, tipo assim, ta disposto a qualquer situação que eu me meta ele tá ali pra me defender. Então

sem ele eu já tenho medo...eu tenho medo de sair na rua... Separada dele eu não sou ninguém!” (Sueli)

Ele era o seu apoio quando ficava doente, protetor e provedor, além de uma fonte de opiniões, sabedoria e experiência para ela. *“Ouve, ouve sim, ouve. Eu convenço que seja obrigada a ouvir. Porque a experiência da gente é bem maior, entende, bem maior.” (Carlos)*

Também falava que seu marido era o único que sabia perceber quando ela não estava bem. *“Então, ele acabou acontecendo que ele me conhece mais do que qualquer pessoa... Na verdade ele é o meu psiquiátrico em casa... Porque ele entende cada passo que eu dou dentro dessa casa. Ele sabe quando eu to triste, se alguma coisa ta me atingindo...ou alguma coisa ta acontecendo, ele já ta sabendo. Ele fala: ‘Não, tem alguma coisa errada, você não tá legal!’” (Sueli)*

Débora considerava o marido meio desligado da família, ficava isolado quando estava em casa e não gostava muito de sair, ao passo que Débora tinha vontade de sair, ver pessoas e passear na casa dos familiares. Porém, não conseguia fazer isso sozinha. Queixava-se da dificuldade para sair sozinha com duas crianças pequenas e reclamava a falta de atenção do marido.

Ressaltava que na gravidez foi muito paparicada, contudo no pós-parto perdeu a atenção do marido. *“Agora acho que não liga mais tanto pra mim... Acho que ele tá meio diferente comigo.”* E ele afirmava que Débora não tinha “independência própria”:

“Se ela pegar, trabalhar, ganhar o dinheiro dela, ela tem que chamar meio mundo pra chupar sorvete junto com ela. Não tem aquela independência própria, dela!(...)Coisa que tiraram dela quando ela era criança e ela até hoje não tem essa independência.” (Marcelo).

Rosa tinha um marido bastante paciente e atencioso, mas ainda sim queixava-se de que ele não ajudava nos cuidados com o bebê. Esperava que ele ficasse mais próximo dela e que cuidasse para que ela não tivesse mais filhos. *“(...) Cuidado, de ficar comigo e cuidar da saúde minha pra não ter mais filho.”*

Além de responsabilizá-lo por isso, também o culpava por tê-la abandonado quando ela não quis um relacionamento sério. Apesar das várias crises de rejeição e

pedidos de separação, Roberto insistia em que ficassem juntos e casados. O “pavor terrível de casamento” que Rosa sentia era também o pavor da relação sexual, que ela também chamava “casar”.

Muito forte ficou na história de Rosa o trauma vivido no passado, de estupro e aborto, e isso a acompanhava em todas as situações de conflito em sua vida. Confundia o marido, ficava agressiva com ele e com os pais, descontava nos filhos, sofria muito. *“Cicatrizou, mas a dor continua. Eu sinto aquela dor.”*

A discussão de alguns trechos sobre como era a relação das três mulheres com seus maridos, vem possibilitar a compreensão de que havia uma expressão paternal muito presente. Nenhuma delas tinha uma relação onde a marca era o homem e a mulher.

Débora situou que ficou doente *“Quando eu comecei a exigir mais atenção dentro de casa.”* Ela até tentava fazer de seu marido seu homem, um companheiro, mas este se apagava quando estava sem trabalhar. Lembrando também que parte de suas motivações para engravidar foi dar um filho ao marido, provando assim a sua masculinidade. *“Quando eu nasci, eu nasci com um problema. Eu nasci hermafrodita, nasci com dois sexos (...) Daí o meu hormônio era mais masculino e ficamos com o hormônio mais masculino.” (Marcelo)*

Na relação de Sueli e Carlos logicamente que a diferença de idade interferia nos interesses de cada um, mas ambos conseguiam se respeitar.

“E nós temos uma diferença bem espaçosa. Mas pra mim...pra mim não tem diferença! Pra mim é normal. A gente tem um casamento normal, mesma coisa que ele tivesse a minha idade! Só que assim, ele sabe que eu não posso acompanhar a idade dele! Só que ele também não pode acompanhar a minha!” (Sueli)

Sueli e seu esposo organizavam-se a partir da ideia de que ele poderia faltar, por causa da idade avançada que já tinha. Tentavam lidar com isso com naturalidade e planejamentos futuros.

“Ah, eu penso que eu tenho que dar a volta por cima, que eu tenho que ser forte, que se isso...que eu esteja preparada o dia que isso acontecer. Pra que o meu marido me instrui...que na verdade o dia que acontecer, que um dia ou mais cedo ou

mais tarde, vai acontecer, eu tenho conscientização desde que eu casei. Que ele...ele na idade que tem, ele não vai durar 200 anos.” (Sueli)

Tentavam proteger o patrimônio deles dos interesses da família dela. Ambos indicaram que a mãe da paciente, que a princípio era contra a relação, “*É porque ele é muito velho pra você, você não vai ter futuro.*”, passou a concordar quando soube que ele tinha dinheiro. Sueli interpretava como se sua mãe tivesse vendido-a para o “senhor do bairro”. “*(...) ela acabou pegando eu da casa dela e me trazendo aqui. ‘Oh, eu to deixando a minha filha aqui.’ Ela disse simplesmente: ‘Eu to deixando a minha filha aqui pra morar com o senhor.’ Simplesmente.*” (Sueli) E desde então era frequente pedir dinheiro e outras coisas para o genro.

Este passou a exercer uma função paterna com ela, tanto pela proteção e cuidados recebidos, como pela própria função de corte na relação com a mãe. Ele e a sogra tinham um relacionamento bastante conflituoso.

Carlos compreendia que Sueli vivia entre dois medos. “*(...) ela vive entre dois medos. Ela tem o medo de perder isso aqui e a minha pessoa, tem medo de perder o que ela tem...como tem medo da pressão da mãe e dos irmãos. Isso que é...ela vive entre dois medos, dois pânicos. A pressão dos parentes e um medo de perder isso aqui.*”

Na história confusa de Rosa, compreendeu-se que ela tinha uma relação de muita ambivalência com relação aos homens. “*(...) Nenhum homem presta, não vou ficar com mais ninguém. Não quero mais ninguém.*”

Tinha o marido como um porto seguro, mas parecia que não o desejava como mulher. Dizia não saber exatamente o que era gostar verdadeiramente de um homem.

“Ele na verdade é uma boa pessoa. Ele diz até hoje que acha que eu não gosto dele. Por causa das brigas, dos entendimento. Mas eu me dou com ele, assim, ele é uma boa pessoa. Mas dizer de gostar...eu não sei o que que é gostar, gostar mesmo! É que ele é bonzinho mesmo. Uma boa pessoa. Ele cuida, faz as coisas...ele faz de tudo pra ficar tudo bem.” (Rosa)

“(...) a família dele é uma boa família...por isso que eu to com ele. Ele diz que eu não gosto dele, mas eu gosto dele...é uma boa pessoa...” (Rosa)

Nos três casos estudados ficou evidente a dependência emocional que as mulheres tinham para com seus companheiros. Todas expressaram um receio de que seus maridos abandonassem-nas. Débora sofria ao imaginar que Marcelo poderia voltar para a casa da mãe dele caso brigassem, levando seu filho. Sueli tinha medo de ficar desamparada pelo marido se este morresse, uma vez que ele tinha uma idade avançada. Rosa, mesmo em sua ambivalência marcante, temia que Roberto desistisse de insistir na relação, procurando outra mulher.

Débora, Rosa e Sueli queixaram-se durante os atendimentos que se sentiam sozinhas e por isso muitas vezes tinham a necessidade de ficarem mais próximas dos maridos. A relação com o bebê esperado, ocupar-se dele, também era uma forma de se preencherem. Mas as três ainda estavam atrapalhando-se com isso.

Sabemos também que está longe de ser indiferente, para o laço mãe-bebê, o lugar ocupado pelo pai do bebê. Tem efeitos contundentes o modo pelo qual o pai sustenta o laço com sua mulher e o restabelece a partir do nascimento do filho, assim como sua implicação nos cuidados dirigidos ao bebê. Afinal o exercício da função materna não prescinde da rede familiar e social para dar lugar ao recém-nascido. (JERUSALINSKY, 2011, p. 19/20)

A rede social tem a sua importância. Tanto a família de Rosa quanto a família de seu marido, os dois lados ajudavam-na bastante com as crianças. Débora também tinha o apoio da sogra, mas não tão desinteressado ao que tudo indicou. Temia que ela quisesse roubar-lhe o filho.

Débora e Sueli falaram sobre amizades. A primeira contou que no momento da crise dizia que precisava de uma amiga para conversar, já que seu marido interagira pouco com ela. *“(...) porque ele sempre chegava do serviço e ele queria contar dele e ele não dava tempo pra gente falar...”* Questionada se sentia necessidade de falar dela, respondeu: *“Eu sentia, mas ele nunca tinha ouvido...só falava, só falava...Aí Deus o livre!”*

Sueli enfatizou que fez muitas amigas no hospital e que se sentiu muito isolada quando voltou para casa. Afastou-se da vizinhança por causa dos comentários sobre ela e o marido. Chegou a pedir a ele para voltar ao internamento. *“Porque na verdade aqui eu me isolei de todo mundo. Eu não conversava com ninguém na rua, eu*

não atendia o telefone, eu não falava com ninguém, só o meu marido. Daí eu comecei a me isolar...porque lá no Adauto Botelho eu conversava com todo mundo. Todo mundo tinha seus problemas. Só que daí aqui eu comecei a me isolar.”

Após o internamento, em que recebia as visitas do marido e as outras pacientes ressaltavam o cuidado que ele tinha com ela, Sueli parecia estar valorizando mais essa relação. *“Só que daí depois desse internamento eu passei por cima disso. Hoje, hoje em dia, nesse ano, eu não tenho vergonha dele andar na rua, normalmente! Eu vou no ônibus, saio na rua com ele, vamos no mercado...entendeu?! Tinha esse preconceito!”* (Sueli)

É comum verificar entre as mulheres que ficam internadas no hospital a formação de alguns grupinhos, amizades que começam a partir dessa troca de experiências e afinidades. Mas não é comum que elas tenham amigas fora dali.

A RELAÇÃO COM AS MÃES – DO DESAMPARO À MATERNIDADE

As mães das três pacientes não as orientaram enquanto mais jovens sobre assuntos referentes à feminilidade, sexualidade e maternidade. Não eram abertas a esse tipo de conversa sobre particularidades da mulher.

Débora engravidou do primeiro filho na mesma época que sua mãe engravidou de seu irmãozinho caçula, mas nem por isso trocavam ideias e experiências sobre essa sincronicidade.

Rosa achava que engravidaria toda vez que tivesse relações sexuais e para que isso não acontecesse achava que as mulheres deveriam se cuidar mais e não “ceder” para os maridos. Julgava a sua mãe pelo enorme número de filhos que teve, 11 no total, e por isso não validava qualquer conselho que esta poderia lhe dar a respeito do assunto. Falava que sua mãe teve filhos como se fosse “penca de banana”.

“Eu não quero conselho de mãe que tem uma penca de filharada e viva a tua vida! Eu não quero isso daí! Eu queria ter um filho, um só.” (Rosa)

Sueli também tinha vários irmãos, mas isso não era uma questão para ela. Pareceu estar mais à vontade com a ideia de ser mãe, até mesmo porque compreendia que ter um filho poderia curá-la da depressão.

Se esses assuntos sobre o feminino não são naturalmente tratados nas histórias de algumas mulheres, os mesmos podem, no futuro, colaborar para o surgimento de sentimentos como incapacidade e insegurança ao atuar determinados papéis, como por exemplo na maternidade.

Mesmo que as mulheres não tenham dito explicitamente sobre as contradições advindas das suas relações frente à maternidade, observou-se que Débora e Sueli tinham uma relação de desamparo com suas mães, o que pode contribuir para uma desestruturação emocional nessa experiência tão sensível à vida de uma mulher que é o tornar-se mãe.

Débora tinha uma mãe psicótica que ficou doente no seu nascimento. Sueli considerava sua mãe um “monstro”, por tê-la trocado por dinheiro e coisas materiais.

Soifer (1980), Szejer e Stewart (1997) e Felice (2000) afirmaram que o nascimento de um filho pode reativar problemáticas antigas na mãe, sob a influência das fantasias sexuais infantis. Desta forma, é válido ressaltar que quando uma mulher se torna mãe, ocorre uma identificação com a própria mãe e suas funções maternas. Também ocorre uma identificação com o bebê, o que facilita uma compreensão do que ocorre com o mesmo, devido a um estado regressivo da mãe.

Concordando com Felice (2000), a figura materna internalizada desde a mais precoce infância e o modo que cada mulher se relaciona com ela, sempre será um dos principais fatores psíquicos determinantes da qualidade das emoções das mulheres no puerpério.

Quando a relação com a mãe interna é muito conflituosa, devido à intensidade de angústias e culpas, persecutórias, a puérpera pode não conseguir se sentir identificada com uma ‘boa mãe’ capaz e competente, de modo a desempenhar com confiança o papel materno. (FELICE, 2000, p.88)

Viu-se na história de Débora que sua mãe esteve em dificuldades para criá-la e materná-la, uma vez que estava em crise, num sofrimento psíquico do tipo psicótico. Não tendo acompanhamento e tratamento adequados, não pode colocar-se como uma “mãe suficientemente boa” para a filha, que hoje, diante da maternidade, reatualiza as

marcas e traumas que ficaram dessa experiência tão primitiva e infantil. Débora, uma geração depois, também mostrava dificuldades para ser mãe de um bebê. E tinha medo que o roubassem.

Sueli teve dificuldades em entregar-se ao seu bebê. Não conseguia cuidar dele. Retratava a maternidade com base na sua história de vida, falando da importância da presença materna:

“Pra mim ser mãe é um desejo de todas nós! Todos nós temos direito de ser mãe assim! Seja qual for, não importa a classe, não importa onde, e nem o lugar. Pode ser que ela more no barraco, pode ser que ela more numa mansão, todos nós temos direito de ser mãe! E mãe é uma coisa muito importante! Mãe é aquela que tá sempre presente. Não é só ser mãe, colocar um filho no mundo, isso não é! Tem que sempre estar preparada pra tudo que vier! É isso aí!” (Sueli)

Nem Sueli, nem Débora tiveram suas mães muito presentes. Sem dúvida outras pessoas completaram ou se ocuparam dessa função, deixando outras marcas. Mas ambas deixaram evidentes em seus discursos expressões de desamparo, carência e solidão.

Nos três surtos que Sueli apresentou em sua vida repetiu um mesmo pedido, o de chamar três pessoas de alta estima para ela:

“(...) Meu marido sabe quando eu entro em surto, quando eu começo a chamar três pessoas. Que é a minha madrinha, que mora aqui do lado, o padre e a minha mãe. Quando eu começar a falar neles de madrugada, e que a minha mãe não é a minha mãe...eu falo pra ele: ‘Minha mãe não é a minha mãe. Minha mãe é a Erondina.’ Então ele já sabe que eu to entrando em surto psicótico.” (Sueli)

Débora viveu em várias casas e foi cuidada e abandonada por diferentes pessoas. Quando sua mãe ficou doente seu pai saiu de casa. Foi criada pelos avós maternos que morreram quando ainda era criança e foi para a casa da tia, depois do irmão, depois foi morar sozinha e por último foi morar com o companheiro. Com várias perdas, também não podia contar com a sua mãe para a função que se esperava dela.

“A minha mãe tem depressão então não é uma pessoa com quem eu posso contar... Ela não se trata, não é uma pessoa que eu posso chegar e conversar sobre o que eu sinto, ou coisa parecida...” (Débora)

Rosa, ao contrário, tinha uma mãe mais presente que a ajudava bastante, porém o excesso pode trazer consequências negativas tanto quanto a falta. Seus pais eram invasivos e superprotetores e, de certa forma, suas atitudes não lhe permitiam uma postura mais autônoma na vida. Para Rosa, era a sua mãe quem sabia e fazia tudo. Isso possivelmente lhe trouxe dificuldades para assumir algumas responsabilidades, como o fato de ser mãe.

“Ser mãe é responsabilidade. Responsabilidade, bastante! Saber cuidar, saber ter autoridade firme ali, cuidar mesmo dos filhos e saber prote...e proteger eles também. Porque eles são muito pequenininhos, depende muito da gente. Proteger, porque eu sou muito mãe protetora.” (Rosa)

As histórias dessas mulheres com suas mães influenciaram na disposição e na execução de seus papéis maternos.

O instinto materno não ocorre por si só; é a construção de uma história de doçura e amor que começa bem antes do nascimento, bem antes da concepção, na época em que a mãe, imitando a sua, consolava-se de ser uma menina brincando de boneca e, para além mesmo da aventura edipiana, na época mais longínqua ainda em que sua própria mãe cuidava dela, bebê. (MATHELIN, 1999, p. 29)

Todas as mulheres possuem fantasias infantis relacionadas à figura materna internalizada, e o que varia são os níveis de elaboração e superação desses conteúdos inconscientes. Isso é o que vai fazer diferença na capacidade das mulheres de serem mães.

Winnicott lembrava isso com frequência: uma mãe é naturalmente boa. Se fracassar como mãe, é que traz em si uma ferida bem mais antiga que jamais se fechou. Às vezes trata-se de uma grave carência materna em sua infância. Nem mesmo se trata mais para ela ‘de animalidade’; ela não busca nem devorar, nem preencher o filho, ela não quer ser perfeita. Esse bebê lhe cai literalmente das mãos, ela não pode carregá-lo nem física, nem moralmente. (MATHELIN, 1999, p.16)

Pode-se dizer que as marcas do nascimento e das primeiras relações ficam como expressão do narcisismo de cada um. Sendo assim, Mathelin (1999, p. 39) esclarece

que, “O amor dos pais, tão tocante e no fundo tão infantil, não é nada senão o narcisismo deles que acaba de renascer.”

No período puerperal as três mulheres sentiram-se incapazes de cuidar de seus bebês. Rosa e Sueli logo de imediato ao nascimento e Débora um tempo depois, principalmente quando houve interferência de sua sogra.

Débora chegou ao internamento falando que a sogra queria roubar-lhe o filho. “(...) quando ela começou a entrar em depressão ela falava que eu era um viado e que a minha mãe era macumbeira... que a minha mãe só tinha feito um feitiço pra mim pegar uma mulher e fazer um filho e que a minha mãe ia tomar o filho.” (Marcelo)

Dizia ter ouvido da sogra poucos dias antes de ir para o hospital: “*Quem diria Débora, que você ia ter um bebê tão lindo assim! (...) É facinho de roubar teu filho!*”

De qualquer maneira, quando a relação da puérpera com sua mãe ou com a sogra se vê assim perturbada, por irrupção das ansiedades persecutórias e depressivas, e sobretudo caso essas pessoas, por seu comportamento, permitam que as fantasias terroríficas tenham vislumbres de veracidade, a depressão puerperal se intensifica, chegando às vezes a limites penosos. (SOIFER, 1980, p. 82)

Se foi um fato em si ou um delírio persecutório, o que importa é a realidade psíquica. Na neurose e na psicose observamos um predomínio da realidade psíquica na vida do sujeito. Em Laplanche & Pontalis (1999, p. 426), realidade psíquica é uma, “Expressão utilizada muitas vezes por Freud para designar aquilo que no psiquismo do sujeito apresenta uma coerência e uma resistência comparáveis às da realidade material; trata-se fundamentalmente do desejo inconsciente e das fantasias conexas.”

Segundo Soifer (1980) e Felice (2000), os sintomas persecutórios equivalem ao temor de ser atacada ou destruída, provindo as ameaças de objetos externos ou internos. A paranoia surge de mecanismos inconscientes, projeções de aspectos destrutivos e de fantasias inconscientes do próprio sujeito. Quando há correspondência com a realidade, da presença de objetos externos hostis e negativos, as relações tornam-se muito conflituosas.

O fato é que a sogra de Débora estava realmente cuidando de seu bebê enquanto ela estava em tratamento. E quando Débora foi para casa, durante a licença, não conseguiu ficar com ele, sendo pressionada a deixá-lo com a sogra.

Ao que tudo indica, após essa experiência, Débora nem tinha mais a sua sogra como um objeto perseguidor, mas era agora a pessoa mais adequada e capaz para cuidar de seu bebê, uma espécie de idealização da sogra. Concomitantemente a isso, crescia um sentimento de incapacidade para ser mãe de seu bebê tão intenso, que a fazia acreditar que não amava mais o seu filho. Poderia ser diferente se permitissem que ela se ocupasse desse bebê também?

A mãe de Sueli nem sequer ligou ou visitou quando soube do nascimento da neta. Já a mãe de Rosa esteve sempre junto, tendo que assumir os cuidados maternos a que a filha não conseguia dedicar-se.

Francoise Dolto, pediatra e psicanalista francesa, ensinou a partir de sua experiência clínica com a psicanálise de crianças e articulações teóricas, que um recém-nascido é muito sensível ao que lhe é dito e aos estados de ânimo da mãe.

A maternidade é,

(...) uma experiência que convoca o saber inconsciente e que, assim sendo, depende de uma transmissão e também de uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher no exercício da maternidade. Ou seja, ao mesmo tempo em que a maternidade implica uma repetição inconsciente entre gerações, também diz singularmente da invenção que pode ter lugar para uma mulher a partir da experiência da maternidade. (JERUSALINSKY, 2011, p. 19)

De frente com essa assertiva proposta por Julieta Jerusalinsky (2011), valoriza-se a ideia de que por meio da maternidade uma mulher pode inventar um lugar para si.

Débora, diante de uma história de vida permeada por diversos abandonos, parecia procurar um lugar, e durante a gravidez conseguiu receber uma atenção que até então não conhecia. Entretanto na experiência do pós-parto sentiu-se novamente abandonada, reatualizando suas histórias de perdas e desamparo. Quando seu bebê nasceu, toda a atenção que vinha recebendo foi direcionada para ele, ficando a mãe...esquecida.

Observou-se em Rosa uma regressão maior, para além do necessário aos cuidados do bebê. Rosa queria voltar para o seu lugar de antes, o lugar de filha. Várias vezes pensava em se separar do marido e voltar para a casa dos pais para ser cuidada por eles.

“(...) Na verdade às vezes eu até brinco com ele, que eu não quero nem ele. Quero ficar sozinha, cuidada pela minha mãe. A minha vontade é que a minha mãe cuide de mim. Meu pai até falou, ‘Separe, que daí quem vai cuidar de você é a tua mãe e teu pai.’ Que eu tenho esse bipolar.” (Rosa)

A dificuldade que uma mulher apresenta na função materna, seja pela sua história de vida, seja pelos seus aspectos inconscientes, causará prejuízos em relação à criança na medida em que o meio ambiente não desempenhar o importante papel de acolher, auxiliar e se necessário, maternar, essa mãe em crise.

(...) é possível sustentar, com Winnicott, que ‘a psicose parental não produz psicose infantil’. Mas ela pode causar outros danos também prejudiciais à criança. Para combater esses efeitos, é necessário que o meio ambiente, no sentido winnicotiano, possa desempenhar o seu papel. (BOUKOBZA, 2011, p. 22).

AS MULHERES E A RELAÇÃO COM OS FILHOS

Já existe, é claro, uma relação entre uma mulher e um bebê que acontece durante a gravidez. Mas é uma relação muito mais imaginária. No puerpério ocorre a construção da relação mãe e bebê, agora reais. O bebê ideal, fantasiado durante toda a gestação, e o bebê real, que acaba de nascer, não é o mesmo, e deverá haver uma adaptação entre eles.

Há casos em que a mulher no contato com o seu bebê sofre primeiramente uma decepção devido às suas idealizações. “A depressão neste período será mais intensa quando a quebra da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida com o filho for muito grande.” (FELICE, 2000, p. 30)

Em meio às fantasias inconscientes e à realidade, cada mulher participante teve uma experiência muito particular no encontro com seus filhos.

Nos dois primeiros meses Débora passou bem, conseguiu cuidar do bebê e do filho mais velho. *“Com o bebê tava normal...trocava fralda...dava banhinho, tava bom...dava mamazinho...”*

Logo que nasceu a criança de Rosa, esta foi para o cuidado dos avós porque a mãe não estava muito bem psiquicamente, mas ela manteve-se sempre por perto, inclusive conseguindo amamentá-la até os 6 meses.

Sueli desde o início não quis cuidar do bebê porque achava que não era o seu. Amamentou-o por poucos dias e já teve que ser hospitalizada.

O exercício da função materna implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que realiza com o bebê. A mãe se ocupa da economia de gozo do bebê – do olhar, da voz, da alimentação, da retenção e da expulsão das fezes, do ritmo de sono e vigília – estabelecendo um circuito pulsional no bebê que não terá mais como prescindir do Outro para obter satisfação. Para tanto, a mãe, nos cuidados que dirige ao filho, articula a antecipação simbólica (relativa ao desejo que estabelecia para o bebê um lugar suposto antes de seu nascimento) à sustentação do tempo necessário para que a constituição do bebê possa se produzir (fazendo, com seus cuidados, certa suplência diante da imaturidade real do organismo do bebê). Somente a partir da circulação do circuito de desejo e demanda do laço mãe-bebê por estes diferentes registros temporais o bebê poderá vir a apropriar-se imaginariamente de seu corpo. Fazendo-o seu e transformando suas vivências em experiências que, algum dia, poderão vir a ser recapituladas por ele como sua própria história. (JERUSALINSKY, 2011, p. 15)

Diante dessa belíssima descrição sobre a função materna, é possível refletir sobre a importância dos primeiros momentos entre a mãe e o bebê para a saúde mental e o bem-estar de ambos e principalmente para a saúde da relação entre eles. O exercício da função materna bem executada vai depender da estrutura de cada mulher, dos seus aspectos emocionais e psíquicos, de sua história e da relação com o ambiente. Algumas mulheres demorarão mais para se adaptar a isso e passarão por sofrimento e dificuldades, mais do que outras. É uma situação muito singular para cada mulher e em cada experiência de gestação.

Todas elas estavam sendo mães do segundo filho e mostravam preocupação com a atenção que estavam dando para os filhos mais velhos, angustiando-se com a divisão entre eles. Os filhos de Débora e Rosa sentiram ciúme quando tiveram a notícia da

vinda do irmãozinho. Depois se acalmaram. Mas as duas ainda se incomodavam com isso.

Débora pensava com a seguinte lógica: o que tem que dar para um tem que dar para o outro também, e levava em conta a sua dificuldade financeira. *“Por exemplo coisas materiais! Tipo dá o que ele pedi quando for maiorzinho...ela (a sogra) é o único...eu vou ser dois filhos...quando comprar pra um, eu tenho que comprar pros dois já...dificulta mais!”*

Rosa pensava de forma semelhante: *“É difícil ter dois. Porque eu acho que o que faz pra um tem que fazer pra outra também.”* Diogo, filho de Rosa, falou que não queria ver a irmãzinha. *“Ah, tira a Lia daqui! Não quero a Lia!”*. Contou que o filho era muito grudado com ela, e que o nascimento da menina acabou afastando-o da mãe, seja porque ela teve que ser internada, seja porque ele acabou indo para a casa dos avós novamente. Essa situação a deixava com remorso.

A relação de Sueli com a outra filha não ficou abalada enquanto esteve doente. Reconhecia-a normalmente. Porém a menina de 11 anos levou algum tempo para aprovar a gravidez da mãe. *“A minha filha não aceitou muito no começo! Ela me rejeitava! Ela falava que eu inventei essa história de bebê. Que agora...daí ela ficava com ciúme. ‘Porque agora é tudo da bebê. Porque , porque você vai me abandonar, porque você vai me deixar.’ Ela dizia isso. Daí só que depois dos 6 meses ela acabou acostumando. Daí ela não deixava...ela passava a mão na minha barriga...via o bebê mexer...”*

No caso das três mães, cuidar do bebê e ao mesmo tempo desempenhar o papel familiar e social anterior, como atender ao marido e aos outros filhos, foram variáveis que contribuíram para o aumento de suas angústias.

De acordo com Szejer e Stewart (1997), as reações de cada mulher vão depender da maneira como ela se concebe enquanto mulher, enquanto esposa, enquanto mãe, e da forma como esses papéis vão se articulando. Isso sofre influências da sua história pessoal, e dos seus modelos parentais e culturais.

Um ponto em comum interessante de destacar é que as três mulheres tiveram significativas crises de ansiedade devido a preocupações com a saúde de seus filhos.

Débora ficou mais desorganizada psiquicamente quando seu filho mais velho foi hospitalizado por uma forte dor de barriga.

Rosa desesperou-se quando seu bebê, Diogo, apresentou problema no intestino. Durante os atendimentos falou sobre a preocupação de que esse filho pudesse ter depressão, pois era muito quieto. Contou que ele teve duas crises convulsivas e que isso a apavorou. Achava que poderia ser influência dos remédios que tomava, mas os médicos a orientaram que uma coisa não teria relação com a outra.

Sueli começou a sentir-se ansiosa ao considerar que seu bebê poderia nascer com o mesmo problema que a mais velha, que teve um atraso no desenvolvimento por ter tido falta de oxigenação cerebral no nascimento.

Pode-se observar que as três ressaltaram sofrimento e preocupação com os filhos, cada uma à sua maneira, nas suas dificuldades e singularidades, mas mostraram envolvimento afetivo com suas crias. Entretanto, isso não fazia da maternidade algo perfeito para nenhuma delas, nem mesmo tão prazeroso.

As três mães tiveram que se separar de seus bebês para serem internadas num hospital psiquiátrico. Débora ficou 3 meses afastada de seu bebê. Sueli e Rosa ficaram praticamente 2 meses. Essa separação no começo de uma relação não ficou sem consequências, pelo menos isso já ficou evidente enquanto Débora ainda estava no hospital.

Quando Débora retornou de licença, após passar 15 dias em casa, ela estava diferente em relação ao seu bebê. Parecia não se sentir mais no direito de ser mãe dessa criança, sentia-se incapaz e tentava mostrar-se conformada com essa decisão. Antes de ir para casa estava “louca” para ver ele. *“Eu tava muito ansiosa querendo ver ele...daí quando eu vi eu não senti nada!”*

Débora passou então a afirmar que o filho caçula seria criado pela avó paterna, sua sogra. *“Agora o meu filho menor vai ficar com a minha sogra mesmo, só vai morar eu, o meu marido e o meu filho mais velho (...) to pensando que é melhor, porque a minha sogra tá fazendo tudo o que ela pode por ele...e algumas coisas eu já não posso dar!”*

Essa decisão foi reflexo da reação da sogra que ficou com “choradeira” e pedindo para não lhe tirar o bebê, quando Débora foi buscá-lo para levar para casa. Depois de vários dias longe de seus filhos, Débora ficou com o filho mais velho e somente o primeiro dia com o seu bebê. *“No primeiro dia que eu levei, ela já ligou pra mim levar o bebê pra ela ver...ligou e ainda xingou o meu marido, porque eu prometi pra ela que eu ia levar todo dia pra ela ver...daí eu peguei e levei (...) e não tirei mais de lá.”*

É indiscutível a intervenção da sogra durante esse período de licença. Um dia Débora quis levar o bebê na casa do irmão e a sogra quis ir junto. No caminho foi a avó quem levou o bebê no colo, como se tivesse medo de deixá-los sozinhos. Ou se poderia pensar que a sogra estava insegura ou com medo de perder o seu novo filho? Estava evidente o grande desejo da sogra para criar o neto, e as pressões, às vezes bem explícitas, que fazia na mãe do bebê. *“Ela ficou...e ela vai ficar com ele! Era o meu único medo!”*

Embora a sogra tivesse ensinado um pouco sobre como cuidar dele, como fazer a mamadeira, o que ele quer quando ele chora, quando “começa a reinar”, poder-se-ia pensar que juntamente às dicas, passava também a ideia de ‘ela que sabe cuidar’ ou ‘ela quem conhece este bebê’?

Desta forma, inferiu-se que esses acontecimentos reforçaram os sentimentos de insegurança e de incapacidade da paciente frente a seu bebê, assim como o estranhamento entre eles. Ambos conviveram um único dia, e nem sequer tiveram algum momento sozinhos. Mãe e bebê estavam afastados há algum tempo, e ela não o estava reconhecendo, porque quando saiu ele era bem bebezinho, *“(...) agora ele já tá enooorme!”*.

Débora passou a dizer que não se sentia capaz de cuidar bem de seu bebê: *“Eu não sei mais cuidar dele!”* Dizia também que não tinha mais sentimento por ele: *“Eu sinto que eu não gosto mais dele, que eu não amo mais ele como eu amava antes... (silêncio e choro)”*; *“Não sei explicar por quê! Parece que acabou! Não tenho amor de mãe por ele!”*.

Essa relação ambivalente com seu bebê, um estranho a ela, assim como o é em todos os nascimentos, confirma que a maternidade não é uma condição natural. *“(...) o*

caso da mãe com o bebê, tampouco estão dadas – natural ou simbolicamente - as garantias de que venha a se constituir um laço mãe-filho a partir do encontro de uma mulher com o corpo real do neonato recém-parido.” (JERUSALINSKY, 2011, p. 17)

É preciso construir uma relação entre eles, que não se dá por um instinto, mecanicamente, mas pela construção de uma relação simbólica com a criança. E o que seria criar um laço simbólico com o bebê?

O laço mãe-bebê não é feito nem do instinto previamente estabelecido como um saber da espécie acerca de ser mãe, nem do que pode ser racionalmente aprendido. Tampouco de um quantum de afeto materno. Este laço, para seu estabelecimento, depende de que os cuidados que a mãe dirige ao bebê estejam permeados por uma série de operações psíquicas que implicam sua economia de gozo e sua transmissão inconsciente de um saber. (JERUSALINSKY, 2011, p. 14)

Para criarem esse laço eles precisam de contato, às vezes juntos e sozinhos. Sem isso, os sentimentos de insegurança e incapacidade tomam conta. Débora chorava e falava de não saber mais cuidar de um bebê, do medo de não conseguir fazer nada, *“Tudo! Tudo, eu não consigo fazer nada! Não sei, eu não me sinto capaz de cuidar dele, entendeu?! E é só dele! Eu me sinto capaz de trabalhar, eu me sinto capaz de muitas outras coisas! Mas não me sinto capaz de cuidar dele!”*

Interessante é que enquanto insistia na impossibilidade de cuidar de seu bebê, ao contrário, afirmava que do filho mais velho ela queria cuidar mais. *“Eu não entendo também...queria entender, mas eu não entendo. Eu deixei de gostar de um pra...bem dizer...passei a mimar o outro! Eu gosto muito agora! Eu quero muito cuidar!”*

De início pareceu conformada com a decisão que mudava a configuração familiar, mas havia uma outra preocupação que carregava junto. A de que o marido também fosse embora para a casa da mãe. *“Eu pensei, o meu filho já tá lá...daqui uns dias é o meu marido...pensei assim!”*, falou dando uma risada retraída.

Em grande parte do atendimento psicoterapêutico seu discurso era sobre as melhores condições financeiras da sogra para criar seu filho. *“Às vezes eu acho que é bem melhor pra ele, ficar lá...Porque ela mesma me falou que o que ela não pode dar*

pros filho dela ela vai dar praquele...pro neto.”; “Depois eu vou ter dois filhos e vai ser bem mais difícil pra cuidar...na parte financeira eu falo! Que são dois!” e chorava.

Quando estava longe sentia muita vontade de ficar com seu bebê, mas quando chegou perto dele, isso passou. Será que a presença do desejo da sogra estaria inibindo a verdadeira mãe desse bebê?

“Eu não sei como que vai ser resolvido ainda...eu pensei em levar ele no final de semana pra casa, mas do jeito que der pra mim tá bom! Porque parece que eu não sinto mais aquela coisa de mãe pra filho, sabe? Eu não sinto aquela proteção de mãe...eu perdi!” (Débora)

Com o decorrer dos atendimentos, Débora começou com um choro intenso, e após alguns manejos que tentavam algum movimento daquela expressão conformada e aparentemente decidida da paciente em deixar o seu bebê com a sogra, constatou-se que havia sofrimento e sujeição que a acompanhavam.

Débora foi sendo incentivada a falar mais sobre esses sentimentos e sobre o que mais havia acontecido durante a licença, principalmente no seu contato com a sogra. Foi uma aposta que foi feita ao desconfiar dessa decisão tão contraditória, e até mesmo considerando a ambivalência comum frente à função materna, e que poderia estar potencializada após um distanciamento físico e emocional de seu bebê.

Conforme Débora foi tendo espaço para falar, o choro e as angústias presentes puderam ser ouvidos e manejados. Débora pode então aos poucos lembrar-se do quanto esse bebê foi desejado por ela, antes que qualquer dificuldade aparecesse. *“Eu queria muito aquele bebê...queria! Eu tinha muito medo de ele ir parar com a minha sogra e ele tá lá!”*

Diante disso, ressaltou-se que ela estava indo de alta, retornando para casa e para a família portanto, poderia agora levar seu bebê para junto dela. Mas Débora ainda insistia: *“Mas o problema é isso! Eu não consigo sentir amor de mãe pra ele...com ele...Eu não consigo mais sentir, acabou! (silêncio)”*

A clínica com a primeira infância deixa em relevo como os elevados ideais de nossa cultura acerca da relação mãe-bebê - situada, desde o senso comum, como fonte de um amor puro, desinteressado, natural, no qual uma mulher encontraria uma suposta completude – só fazem

recrudescer o mal-estar de bebês com dificuldades em sua constituição e seus pais em sofrimento. Muitas mães chegam ao atendimento sentindo-se culpadas, horrorizadas, desnaturadas por não amar seus filhos incondicionalmente ou por não deter um saber imanente de como ser mãe desse bebê. (JERUSALINSKY, 2011, p. 13)

Débora passou a falar de outra questão ativada a partir dessa decisão pelo filho. Contou do medo que tem de se apegar a esse bebê, com o qual durante o internamento teve que se adaptar a uma separação, mas que retornando para casa poderia ficar perto dele novamente. *“Tudo o que a gente se apega demais acaba!” (chora muito). “Eu não aguento mais uma perda na minha vida...eu não aguento perder mais nada!”*

Nesse momento despertaram sentimentos intensos em Débora a respeito das perdas que viveu em sua vida e de lutos não elaborados. *“A minha vida só passou...só foi passando...nada parou pra mim. (...) O meu pai passou, minha mãe passou, minha avó e meu avô passaram...todo mundo só passa! (...) Fica um tempo só, a gente se apega, a gente pensa que vai ser feliz e vai embora!”*

Débora chorou muito, mas expressou suas dores e sentiu-se aliviada depois. Passou a considerar a possibilidade de tentar se aproximar de seu bebê, *“Eu vou pensar direito...vou tirar um dia, um tempinho só pra mim e pra ele.” ; “Vou repensar no caso dele morar lá. Eu posso pegar ele à tardinha, ficar com ele, curtir ele...”*

A história de Sueli com o seu bebê também foi dramática. Após o surto, a mãe foi para o hospital e o bebê foi para um abrigo. Enquanto estava no hospital contou que sonhava com seu bebê todos os dias. Tinha a expectativa que quando voltasse para casa já no dia seguinte a sua filha sairia também do abrigo.

“Só que não foi o que aconteceu! Agora já faz um mês e nós estamos sem a Bianca ainda. Até...até a Juíza decidir. Então a gente sente aquela saudade...final de semana tá passando e você tá sem ela. E a casa tá vazia! Tá faltando alguma coisa aqui dentro. No quintal, sempre tá faltando alguém! Daí a gente tenta fazer as coisas...eu tento fazer as coisas pra mim distrair, mas a gente tá ligada a ela. Todos os minutos e segundos! Eu acordo pensando nela e falando nela e levanto. Então eu só falo nela, o dia todo!” (Sueli)

Enquanto o bebê continuava no abrigo, Sueli com o marido comparecia em todos os horários de visita. Tinham a preocupação em manter o laço com o bebê.

“É, to esperando...com paciência. Eu sei que um dia ela vai ter que voltar! Pode ser que demore. Eu falo assim: ‘Demora mais um mês, a gente aguenta mais um mês.’ Se for preciso aguentar mais um mês, a gente vai aguentar mais um mês! Só que a gente nunca vai deixar de vê-la, pra não perder o contato familiar!” (Sueli)

Nas visitas, constatava que o bebê a reconhecia, e contou que este sempre chorava quando tinha que voltar para o colo da babá. *“(...) ela não esqueceu do meu rosto. Praticamente ela teve o contato...ela sente o cheiro da mamãe.”*

“Eu só penso em trazer ela pra casa. Porque eu amo muito a minha filha...as minhas duas filhas, que é a razão da minha vida, é a luz de todos os dias. A Bianca foi uma coisa muito boa que aconteceu na minha vida! Foi uma coisa muito legal, uma coisa incrível, assim. Porque ela nasceu muito bonita! Entende? Ela vai ser uma polaca, puxou pro pai...foi a primeira que puxou totalmente, a ele, então eu gosto muito dela e sinto falta dela, todos os dias, todas as tardes.” (Sueli)

Sua primogênita também estava ansiosa para receber a irmãzinha novamente em casa e Sueli a fazia entender que ela teria que colaborar para não estressar a mamãe, de forma que Bianca pudesse voltar logo.

Quando o bebê retornou para casa Sueli estava sentindo-se bem, conseguindo curtir, encantar-se e assumir a filha. *“Ela está 100%, ela está vibrando.” (Carlos)* De qualquer forma o marido mantinha-se atento, ainda com receio de alguma recaída.

Sueli tinha que cumprir com algumas condições impostas pela Juíza para garantir a guarda de sua filha. Deveria pelo período de dois anos deixar a criança numa creche durante os dias úteis da semana, em tempo integral, pegando-a a tardezinha para dormir em casa. Entendeu que tanto a Juíza como a equipe do abrigo achava que não era tão seguro do bebê estar com ela, que talvez ela ainda não estivesse bem preparada.

Reconhecia que não estava muito bem quando saiu do hospital, mas achava que estava melhorando a cada dia. Seu médico também concordava que ela estava melhorando e fez um relatório para a Juíza informando que seu quadro era estável. *“Que é estável, que eu não piorei, mas dei uma melhorada. De vista do que eu estive lá,*

eu tava péssima! Eu tava...tava totalmente alienada, ainda tava bem confusa. E daí na outra vez, na segunda nós fomos lá, daí ele começou a conversar comigo e ele falou: 'Não, pelas tuas aparências, você tá...tá suficiente pra cuidar da sua bebê já.'

Por causa dessa experiência dolorosa Sueli enfatizou a importância de medidas preventivas para evitar que outras mulheres tenham seus filhos afastados pelo Conselho Tutelar, assim como aconteceu com ela.

“É, quando a pessoa sentir, ela engravidou, ela entrou em depressão, ela busque ajuda, que daí não precisam afastar o teu bebê. (...) Porque eu to já há dois meses longe do meu bebê, já faz quase dois meses e eu sei que é difícil, é complicado, mas a gente tem que ter paciência agora. Porque aconteceu, e você tem que enfrentar ele, o problema e pronto!” (Sueli)

Tentava compreender e justificar que a separação de seu bebê nos primeiros dias do nascimento foi melhor, concluindo que teria sido pior para ambos se isso tivesse acontecido um tempo depois.

“Porque às vezes podia ter acontecido que acontecesse com 2, 3 meses, quando ela tivesse, seria muito pior! Porque eu taria...ela taria sofrendo! Porque daí ela já tinha o contato comigo. Se acontecesse com 3, 4 meses ela...seria muito mais complicado! Foi bom que foi bem no comecinho.” (Sueli)

A situação de Rosa estava sendo tão difícil quando da primeira vez que foi mãe. Seus conflitos passados continuavam a atrapalhar na sua disposição à maternidade. Atrapalhava-se na organização da casa, no cuidado com a alimentação e com a vestimenta das crianças, sentia-se insegura e sem competência para exercer esse tipo de função. As mínimas situações do lar eram penosas para ela.

“(...) Lavava as roupinhas deles, só que lavava com...jogava quiboa, jogava Omo, jogava sabão, tudo. Deixava as roupas deles todas sujas, todas sem tratamento...assim limpinha.. Roupa de criança só lava ali rapidinho e põe no varal. Eu lavava, punha quiboa e manchava tudo as roupa nova deles.” (Rosa)

Talvez fosse possível pensar que essa dificuldade estivesse relacionada à falta de desejo de ocupar esse lugar. Rosa sem admitir qualquer planejamento pessoal engravidou pela primeira vez porque seu marido pedia, mas a experiência de cuidar de

crianças nunca foi tranquila. *“A gente...é porque ele queria o filho, então eu fiz isso. Mas eu pensei que não fosse ter uma barra tão forte. Pra mim parece que ter filho foi tão difícil.”*

“Eu não sei! Eu tento cuidar dos filho do meu jeito, mas é...da impressão que é difícil! É uma dificuldade pra cuidar deles...parece que é tudo difícil! Isso gerou depois que eu tive o primeiro filho. Eu pensei: ‘Ah, agora vou ter um filho, vai dar pra mim trabalhar, pagar alguém pra cuidar dele, e ir trabalhar.’ Eu pensei assim, daí depois veio uma surpresa, a menina. Depois de tempo veio a menina...” (Rosa)

Ao mesmo tempo, Rosa padecia moralmente pelo aborto sofrido antes de casar. *“Eu sinto culpa. Eu acho que eu não tenho capacidade pra ter filhos. Não consigo cuidar, se o Deus não faz eu cuidar, não consigo fazer as coisas do dia-a-dia normal, é porque não é pra mim ter filho.”* Condenava-se bastante por isso, influenciada pela sua convicção religiosa. E isso colaborou e muito para o seu sofrimento psicótico.

“Eu adoro criança, não odeio criança, eu gosto de criança, amo tanto, tanto amo que amo meus filhos, gosto dos meus sobrinhos, adoro meus sobrinhos e eu choro muito por achar que é aborto, aborto é contra a lei de Deus.”

Todas essas dificuldades, conflitos e ambivalências prejudicavam seus sentimentos e papel de mãe. Sentia-se culpada, mas afirmava que não conseguia fazer diferente. *“Eu guardei esse ódio, esse ódio de não ter filho nenhum mais, não queria filho, não queria mais nada.”*

“Tem a dor, a dor que eu sinto...é que no aborto eu sentia dor...foi muito terrível...nem anestesia não pegou direito...tive costura mesmo...eles costuraram...rasgou tanto que costuraram...a dor era tanta que eu depositei a dor tudo nas crianças.” (Rosa)

Rosa enfatizava que maltratava as crianças de forma inconsciente, talvez num impulso, porque dizia que não queria fazer. *“Eu não entendo como é que pode uma pessoa guardar rancores...revolta e descontar nos filhos.”* Sofria com isso.

Conforme Mathelin (1999, p.14), *“Pensar que existiria um amor materno sem violência, sem ódio, sem ambivalência seria tão radical quanto negar a existência do inconsciente.”*

Isso é mais comum do que se espera - as ambivalências - porém é preciso acolher, escutar a mãe que sofre, para que a situação não se torne intolerável e prejudicial no real da relação entre mãe e filho.

Rosa precisou do apoio de sua mãe para cuidar do primeiro filho. Com o nascimento da menina não estava sendo diferente. Porém, pelo fato da caçula ser um bebê mais calmo, Rosa via boas perspectivas, no sentido de acreditar que as suas condições maternas iriam melhorar.

“(...) ela é tão certinha, nos horários...de tanto orar...acho que a menina veio tranquila...ela nem chora. Se você não der de mama pra ela nos horários ela não chora...nem chora de fome...come bem tudo(...) uma benção a menina.” (Rosa)

“Aprendi a gostar dos dois. (...) Com a menina...porque ela é muito alegre...ela é espontânea...cada dia ela me ensina o que que é ser mãe. O primeiro não porque ele chorava muito que ele tinha problema...como que fala...problema de intestino...não é intestino preguiçoso...é cólica que ele tinha...ele chorava, eu não sabia o que eu dar pra ele comer...não sabia o que dar pra ele comer na hora certa...é o primeiro filho...me bati bastante...nessa segunda parece que veio tudo certinho...e eu tive no início de depressão...” (Rosa)

Ao que tudo indica, a sensação de maior calma que Rosa dizia sentir agora com o bebê poderia ser pelo fato de estar conseguindo identificar-se mais com ela, por ser uma menina. É importante considerar que quando a mãe consegue por alguma via ser convocada e identificar-se com o bebê, estará em melhores condições de materná-la.

“Ah eu lembro dos dias também que eu namorei bastante...que eu era namorada. Brincava assim de beijinho, com os coleguinhas. Daí eu penso, a Lia vai ser assim, igual eu, também brincalhona, vai namorar, vai brincar de namorar, vai brincar bastante.” (Rosa)

Na gravidez de Lia, Rosa encontrou-se com pensamentos bons acerca da própria infância. *“A infância assim que eu tive, que eu só brincava...ficava só brincando...tudo é bom. Saudade da infância! Saudade da época que eu era pequenininha. Porque eu lembro da infância porque foi muito gostosa. Brincava com tudo...tudo era brinquedo*

pra mim. A verdade é que eu to feliz por ver a minha filha. Eu to morrendo de saudade dela.”

Na expectativa de retornar para casa Rosa dizia que estava aprendendo a amar os filhos: *“Bater em criança...essas coisas...não é legal bater nos filhos...eu gosto muito deles... Isso é desde que tá gerando tudo é o que o amor...saudade...amor é aprender a cuidar dos filhos...é um ensinamento pra mim...um ensinamento pra aprender a amar os dois...eu amo muito eles. Até um puxãozinho de cabelo me dá remorso...eu acho que é errado...da um abatidinha eu já to chorando...já to com pena já...volto atrás...quero mimar (...) eu mimo muito eles agora.”*

“Não dá pra explicar...eu quero cuidar dos dois. Veio uma força! Veio uma força assim, parece que eu vou dar conta. Eu vou dar conta dos dois!” (Rosa)

Nenhuma das mulheres pretendia ter mais filhos. Débora e Sueli planejavam fazer uma laqueadura. Rosa não queria passar por mais uma cirurgia, mas combinou com o marido que ele faria uma vasectomia.

Enquanto esteve internada, o marido de Rosa desconfiou que ela pudesse estar grávida novamente, pois estava “barrigudinha demais”. Essa suspeita mobilizou muita ansiedade na paciente, que fez o exame e para sua sorte deu negativo.

“Ah eu fiquei louca da vida! Porque eu pensei: ‘Meus Deus, mais um filho! Que condição eu vou criar se dois eu já criei igual uma criança!’ Lavava roupa tudo errado, cuidava da casa tudo errado. Mais um coitado sofrendo, mais uma criança sofrendo. (...) Eu até brinquei...eu falei, ‘Prefiro ser uma magrinha, barrigudinha, do que grávida! Não quero estar grávida!’” (Rosa)

Rosa indo embora também dizia: *“(...) eu tenho que ter responsabilidade de não deixar nada passar de mal na mente. Só isso.”* E acrescenta-se: para cuidar de seus filhos. *“Eu tenho que cuidar dos meus filhos e evitar de andar em casa de pai e mãe.”*

AS MULHERES E O TRABALHO – PLANOS FUTUROS

Estamos falando sobre o futuro, se esqueça do passado, ele sempre estará conosco. Ele nunca morrerá. (Autor Desconhecido)

Apesar de todas as mulheres dessa pesquisa não terem autonomia econômica e, portanto, dependerem de seus maridos, todas tinham a forte intenção de trabalhar. Todos eles, evidentemente, diziam que era momento de cuidarem de seus bebês e de deixar para depois essa ideia. É possível dizer que as três de certa forma sentiam tédio e solidão nessa vida de mãe e dona de casa.

Rosa repetidas vezes enunciou que trabalhar era o seu maior desejo. *“Só que eu pretendo mesmo é trabalhar. Eu não quero ficar parada. A minha cabeça tá agilizada só pra mim arrumar um serviço... Tá fixo, né!”* Ao sair do hospital pretendia colocar o filho mais velho na escola e o bebê na creche para poder trabalhar. *“Me sinto importante trabalhando.”*

Sueli conseguiu completar os estudos e pretendia fazer um curso de secretariado para então arrumar um emprego e poder custear a faculdade de enfermagem. Com a condição imposta pela juíza, do bebê ficar na creche durante o dia todo pelo período de dois anos, ela poderia estudar e trabalhar. Nunca trabalhou fora, seria a primeira vez.

Débora pretendia voltar a trabalhar com o marido. Mas pretendia também voltar a estudar para conseguir um emprego melhor no futuro. *“Eu já pensei em deixar os dois do jeito que tá mesmo e trabalhar.”* Seus filhos estavam o mais velho com o sogro e o bebê com a sogra.

As três pensavam que era preciso trabalhar para aumentar a renda familiar, que principalmente para Rosa e Débora era muito difícil. Rosa recebia ajuda do sogro e de sua família, *“(...) mas a gente passa aperto.”*

“Porque ele queria ter as coisas em casa, eu também não tinha...a gente brigava muito. Foi um conflito que deu entre nós dois por causa de não planejar certinho.” (Rosa)

“(...) porque daí eu posso arrumar um emprego bom mais pra frente...mesmo que eu esteja na minha velhice...eu vou tá com um emprego bom! Que ganhe bastante! (risos)” (Débora)

A preocupação em melhorar de vida e em realizar-se de outra forma, que não somente pela maternidade, era comum às três.

Rosa dizia que os filhos a impediram de trabalhar. Repetia muitas vezes durante os atendimentos sobre esse conflito entre casar e ser mãe ou ser solteira e trabalhar. *“Por mim eu queria ainda fazer outras coisas antes, né.”* Dizia que tinha um planejamento anterior de fazer faculdade e trabalhar, para depois casar e ter filhos. *“Uma vez que a maternidade não é mais o único modo de afirmação de uma mulher, o desejo de filhos pode entrar em conflito com outros imperativos.”* (BADINTER, 2011, p. 21)

Desde que se tornou mãe, Rosa mostrou muita dificuldade para cuidar da casa, da comida, da roupa das crianças, que ficavam manchadas de tanto lavar, ou seja, não conseguia cuidar do lar. Mas ironicamente sofria de mania de limpeza.

Na cidade de Débora, que é muito pequena, não há muita opção de empregos para mulheres. Há mais serviços pesados. Débora já trabalhou com carrinho de papel, numa empresa carregando “toras de madeira” e de atendente num restaurante. Esse era o que mais gostava, mas seu marido pediu que saísse por ciúme. Repetiu bastante nos atendimentos que queria voltar a trabalhar com o marido, com jardinagem, que é um serviço leve. Mesmo que para isso tivesse que deixar seu bebê para a sogra cuidar. Pensava até em pegá-lo somente nos finais de semana.

Rosa sonhava em ter um emprego formal, com carteira assinada. *“Porque eu nunca trabalhei assinado ainda...de carteira assinada. Tenho vontade de trabalhar e ter...ter as minhas coisas.”*

Teve um único emprego, não registrado e temporário, em que trabalhou como recenseadora de pescadores e gostava bastante. *“Eu andava em grupo assim...cadastro de pescadores. Eu ia em ilhas...viajava em ilhas...assim, livre... Ia nas ilhas...os pescadores pra cadastrar o que eles fazem...é...pedido de pesca, medida do barco, quanto eles ganham de custo... Foi um tipo de recenseadora. Trabalhei...”*

Distribuiu alguns currículos, mas sempre teve muita dificuldade de conseguir um emprego, não passava nas entrevistas. *“Eu não cheguei a trabalhar. Espalhei currículo, andei por aí, mas não cheguei a trabalhar. Tive até oportunidade de serviço, mas entrei em depressão, daí foi perdendo. Eles falaram que pessoas assim com depressão eles não aceitam, porque pode ter alguma coisa, algum ataque, alguma coisa, daí não pode. Não podia.”*

Para Rosa era uma frustração muito grande não poder trabalhar. Dizia que isso era o que gerava seu nervosismo. *“Na verdade, o meu nervosismo é mais por não ter arrumado um serviço, ainda...e eu ter essa paranoia, quero trabalhar...agora tá difícil, com dois filhos...”*

Esse sonho frustrado chegava a revoltar muitas vezes e, sem dúvida, influenciava na qualidade da relação que estabelecia com seus filhos. *“Às vezes eu desconto neles. E eu...eu gosto deles, mas às vezes dá uma revolta nisso também. E eu não gosto, de fazer isso...eu queria trabalhar e cuidar deles.”*

“Acho que é uma revolta. Que eu sou revoltada por causa de não ter arrumado serviço antes. E de planejar, o planejamento...porque eu queria assim, casar, levar um tempo pra ter filho com condição boa.” (Rosa)

Rosa buscava conseguir administrar os dois papéis, ou melhor, os vários papéis que uma mulher pode e quer assumir. À sua maneira, não sem dificuldades, mas respeitando o seu desejo de trabalhar, acolhendo e possibilitando que isso aconteça, não seria uma forma de ajudá-la? Talvez sem ter que reprimir isso, ou sentir-se um monstro como mãe, ela pudesse relacionar-se melhor com a maternidade.

No século XXI observam-se algumas revoluções na questão da mulher e a maternidade. Desde que a mulher conquistou o campo profissional, as configurações familiares transformaram-se e conseqüentemente as exigências sobre as responsabilidades no cuidados com os filhos ficaram maiores.

Em cada cultura, existe um modelo ideal de maternidade predominante que pode variar segundo as épocas. Conscientemente ou não, todas as mulheres o carregam. Pode-se aceitá-lo ou contorná-lo, negociá-lo ou rejeitá-lo, mas é sempre em relação a ele que, em última instância, se é determinado. (BADINTER, 2011, p. 143)

Mas cabe enfatizar uma diferença nessa questão entre as mulheres com maior escolaridade e as de menor escolaridade. As primeiras, muitas delas têm evitado a maternidade, em prol de investir na vida profissional, ou possuem condições de bancar alguém que cuide dos filhos para poderem trabalhar. Enquanto as outras mulheres, com menos grau de instrução, acabam investindo mais na maternidade, pela falta de opção no mundo afora. Geralmente são pouco valorizadas e pouco remuneradas no trabalho externo. “A desigualdade social que se soma à dos gêneros pesa fortemente sobre o desejo de ter filhos.” (BADINTER, 2011, p. 27)

Contudo, ocorre hoje uma ideologia maternalista, que difunde a inexistência de contradições e ambivalências maternas. É uma nova fase do movimento feminista que torna a maternidade o centro do ser feminino, da feminilidade, numa espécie de retorno à mãe natureza.

O novo discurso feminista é uma reivindicação da diferença identitária entre homens e mulheres, utilizando-se disso como arma política e moral. Desta forma, ressalta-se mais do que nunca aspectos da experiência biológica feminina, como a menstruação, a gravidez e o parto. É o retorno da “celebração do sublime maternal”. (BADINTER, 2011)

Mas é também característica do mundo contemporâneo um ideal feminino motivado pela realização pessoal. Há, portanto, um conflito de ideais femininos nos tempos atuais, entre com o ideal mais antigo, o modelo da maternidade, e outras aspirações pessoais.

Mas a contradição mais dolorosa é a que passa no íntimo de cada mulher que não se confunde com a mãe. Todas as que se sentem divididas entre o amor pelo filho e os desejos pessoais. Entre o indivíduo egoísta e o que quer o bem-estar de seu pequenino. A criança concebida como fonte de realização pode portanto, revelar-se um obstáculo a esse indivíduo. É certo que, de tanto superestimar os deveres maternos, a contradição torna-se ainda mais aguda. (BADINTER, 2011, p. 145)

A mulher é pressionada pela cultura ocidental atual a dar prioridade à criança, tendo que se colocar disponível e organizando a sua vida em função do filho. Situação muitas vezes contrária às aspirações de muitas mulheres, mas nem todas podem admitir

isso. Não admitem nem para si mesmas, mas denunciam o fato por meio das ambivalências que deixam escapar. “O espectro da mãe má se impõe a ela tanto mais cruelmente quanto inconscientemente ela interiorizou o ideal da boa mãe. Nessas provações conflituosas, a mulher e a mãe, sentem-se igualmente perdedoras.” (BADINTER, 2011, p. 160)

De planos futuros as três mulheres falavam de cuidar dos filhos e trabalhar fora.

Débora decidiu ficar com seu bebê. *“Eu posso ficar com ele...eu quero ficar com ele! Só que não precisa ser em excesso! Eu deixo ele lá, pra mim poder trabalhar, e à tarde eu trago ele pra casa!”* Débora não queria mais ficar trancada em casa para cuidar dos dois filhos.

Escutamos mulheres evocarem os primeiros tempos dedicados aos cuidados de um bebê de modo extremamente ambivalente: por um lado desfrutando do idílio de estar “fora do mundo com esse bebê”; por outro lamentando estar “fora da circulação social” do trabalho, da produção cultural, do desejo sexual. Por um lado almejando “sair pra trabalhar” e, por outro, “não conseguindo tirar esse bebê da cabeça.” Em qualquer um dos pólos a angústia comparece... (JERUSALINSKY, 2011, p. 161)

Na família de Rosa, *“As mulheres nenhuma foram trabalhar assim fora. Só os meninos.”* E para as mulheres, *“Sobrava ajudar em casa só. Só na casa.”* Todas as suas irmãs que são mães não trabalham fora. Por isso Rosa trazia dúvidas se seria correto deixar as crianças para poder trabalhar. Achava que isso seria maltratá-los. *“Sabe quando que você vai maltratar? Quando você tiver fazendo as coisas contra a sua vontade!”*, disse a psicóloga num dos atendimentos.

Quando adolescente Rosa foi convidada por uma professora para expor suas pinturas, recebendo bolsa de estudo para isso. *“(...) uma professora ofereceu bolsa de estudo pra mim...pra mim trabalhar fora...pra expor as pintura...com 13 anos... Mas ele não deixou e eu fui guardando tudo aquilo, de revolta. Porque eu queria sair pra um lugar fora e trabalhar. Queria trabalhar...não queria casar ainda.”*

Talvez o conflito de Rosa seja muito mais pelo que gostaria de ser do que pelo fato de não querer ou não gostar de ser mãe. Em comparação com as duas outras mulheres, Rosa tinha um conflito muito maior a respeito de trabalhar. Provavelmente

pela educação que recebeu. Seu pai dizia que trabalhar era para os homens e almejava para as filhas mulheres somente os estudos.

Débora também sonhava para o futuro unir a sua família. *“Eu gostaria de tentar unir a minha família, pra ver se dá certo, pra ver se um pega amor no outro...gostaria de fazer a diferença! (...)Todo mundo...meu pai, minha mãe,minha sogra também...”*

Sueli pensava muito no seu tratamento. Pensava em dar a volta por cima, para correr atrás do seu futuro. *“Dar a volta da doença, esquecer um pouco da doença, e fazer um curso, uma faculdade, alguma coisa quando a Bianca estiver um pouquinho maior.”*

Rosa pretendia oferecer aos filhos uma vida melhor do que a que teve. *“Meu maior sonho é ver meus filhos casando tudo certinho e feliz...os dois...eu não...só os dois...quero que eles cresçam e tenham uma condição de vida bem melhor...que os pai sentem só assim...o que eles não puderam dar...os filhos tem...quero que eles tenham uma vida bem feliz e sejam bem sucedidos...os dois, por isso que eu quero trabalhar, ralar pra eles...os dois só, pra mim não.”*

O interessante desse seu discurso é que ela sonhava através dos filhos, como se para ela os sonhos tivessem acabado. *“Os sonhos só pros filhos...a gente já foi...pra mim eu acho que já foi meu sonho...meu sonho já era, já foi embora. Aquele sonho de casar, tudo certinho, ter os filhos e num lugar certo, eu acho que esse sonho já foi. Só me cuidar, que eu quero, que eu falei pra ele que eu quero ir no dentista, quero me arrumar, mas eu quero trabalhar. Cuidar dos meus filhos, quero força...quero que Deus me dê muita força pra mim cuidar dos meus filhos.”*

Dizia também que seu futuro era ficar com o marido. Contou que vinha orando e pedindo a Deus para conseguir ter sentimentos pelo marido, tendo sabedoria e entendimento para fazer as coisas certas. *“Ficar com ele e aceitar a vida que Deus me deu.”*

EM CASA NOVAMENTE

Após cinco meses da alta Débora ligou para a psicóloga/pesquisadora dizendo que queria conversar. Contou que iria voltar a estudar no próximo mês, que estava trabalhando com o marido, e sobretudo que as duas crianças estavam morando com ela.

A sogra ficava com o bebê para ela trabalhar e pegava-o à noite. Estava tomando as medicações regularmente. Quis saber sobre a pesquisa, se já tinha terminado, e contou que o marido a traiu enquanto estava internada. Ele então pegou ao telefone, queria também falar.

Um tempo depois, Débora ligou novamente, queria contar novas notícias. Ainda não tinha voltado a estudar, havia mudado de emprego e estava trabalhando como empregada doméstica. Disse que estava bem melhor, que tinha seu dinheiro para comprar suas coisas. O bebê estava com a sogra e Débora levava-o para a casa nos finais de semana.

Ao telefone não deu para saber como realmente estava vivendo essa nova situação. Parecia tranquila, mas isso já aconteceu uma vez, quando do atendimento hospitalar. Estaria tranquila, conformada, ou sem estímulo e com dificuldades para assumir os cuidados de seu bebê? Não sabemos.

Desde que Rosa recebeu alta hospitalar não se teve mais notícia dela. Não se sabe se conseguiu colocar em prática o seu plano de arrumar um emprego, deixando os filhos na creche e na escolinha para que pudesse trabalhar. Algo que ela dizia que tanto queria, mas ao mesmo tempo sentia-se culpada em fazer isso.

Com Sueli, no último contato fazia poucos dias que o bebê estava de volta em casa. Vinha passando os dias na creche, por exigência judicial, mas durante às noites e nos finais de semana a família estava completa. Ela estava tranquila e muito feliz com a maternidade. Enfatizava a importância da continuidade do tratamento ambulatorial para que seu quadro não cronificasse, assim como viu acontecer com uma tia e com tantas outras pacientes que conheceu lá no hospital.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi compreender os significados que as mulheres dão à maternidade quando, diante da gestação ou após o nascimento do bebê, necessitaram de um tratamento psiquiátrico em regime de internação. Frente à maternidade entraram em um sofrimento mental importante, do tipo psicótico, e ficaram impedidas de cuidarem de si mesmas ou de exercerem a função materna com maior plenitude.

De acordo com a subjetividade apresentada por essas mulheres pretendia-se levantar dados sobre as mudanças em suas vidas com a maternidade, conhecer um pouco da relação com os filhos e com o meio social, vislumbrando construir políticas públicas voltadas à saúde mental, com ações e serviços mais próximos das necessidades das mulheres.

Foram estudados três casos clínicos e, a partir deles, algumas categorias de análise sem a pretensão de esgotar as possibilidades de significações dadas pelas mulheres atendidas sobre suas relações com a maternidade. As categorias de análise selecionadas e discutidas mostraram algumas similaridades entre os três casos clínicos do que as mulheres apresentaram como angústias e conflitos. O desamparo materno, a preocupação com a divisão entre os dois filhos, o desejo de trabalhar, a dependência emocional e financeira do marido, foram alguns pontos em comum entre elas.

Na atualidade tem-se a percepção de uma aceleração do tempo e sensações em excesso. Um sentimento predominante de insegurança, relações afetivas mais distantes ou mais individualizadas, e as mulheres participando cada vez mais do mundo profissional e com maior liberdade que em épocas anteriores. Sendo assim, é possível refletir que muitas mulheres devem passar por angústias e dilemas semelhantes ao das três citadas há pouco.

Esta pesquisa ressaltou a necessidade de trabalhar em dois eixos, na prevenção e na promoção à saúde mental de mulheres: o primeiro, com relação às mães que já tiveram depressões ou outros transtornos mentais anteriores ou, que nasceram de mães com transtorno mental; o segundo, com relação a todas as mulheres em idade fértil que talvez venham engravidar um dia.

A resposta que as mulheres deram sobre os significados da maternidade em suas vidas girou em torno da 'responsabilidade'. Nem todas as mulheres estão preparadas para assumir a responsabilidade de colocar um filho no mundo. O apoio social e dos familiares são necessários para ajudá-las a lidar com isso, minimizando as ansiedades e culpas que as acompanham quando ainda não se sentem muito capazes de serem mães, ou quando apresentam dificuldades no cuidado do bebê.

É muito comum verificar uma preocupação com o bebê em detrimento da mulher que o gerou. Nem sempre essa mulher consegue naturalmente ocupar-se desse bebê, materná-lo com tranquilidade, pois passa por conflitos relacionados ao tornar-se mãe. Uma mãe não nasce quando descobre que está grávida. Junto ao nascimento do bebê espera-se o nascimento de uma mãe, mas nem sempre esses dois eventos ocorrem concomitantemente.

É bastante vasta a literatura acerca das preocupações com relação ao desenvolvimento do bebê, e o mesmo não se pode dizer sobre o desenvolvimento das mães. Sobretudo considerando que mãe-bebê é um sistema único e que o desenvolvimento psíquico do bebê depende essencialmente da interação desse sistema, pensar o bebê, é ter que dar grande importância à mãe que precisa também nascer e se desenvolver.

A gestação, o parto e o puerpério são experiências que despertam conteúdos psicológicos inconscientes, conflitos ligados a fantasias infantis, ansiedades e mecanismos de defesa que estavam sob-recalque e não haviam ainda se expressado, trazendo um sofrimento significativo para algumas mulheres.

A gestação também é um período que a mulher fica ao alcance de seu próprio nascimento, como se o vivenciasse novamente. Passa a sentir-se curiosa por descobertas da infância, lembra-se com maior intensidade da sua e muitas vezes acaba ficando angustiada com as lembranças e com o encontro com os não-ditos, com os lutos não-elaborados, com os 'buracos' que todos possuem em suas histórias de vida.

Nos três casos as mulheres apresentaram sérios fatores de risco para o sofrimento mental. Conforme foi exposto, as três tiveram as suas vidas marcadas por situações muito dolorosas, com pouco ou nenhum suporte social, histórias familiares de desamparo ou conflituosas e com cicatrizes de violência. Ocorreram abortos anteriores e

vivências de violência sexual e física em suas histórias. A desassistência dos serviços de saúde para as condições difíceis dessas mulheres somou-se às suas realidades.

A associação de fatores como exposição a substâncias psicoativas intra-útero, desnutrição, infecções, relações familiares ou profissionais conflitantes, abandono, exposição a eventos negativos, experiências adversas e falta de apoio social, aumentam o risco para a saúde mental materna. (CURITIBA, 2005, p. 43)

Por mais que sejam conhecidos os fatores de risco para o desencadeamento de sofrimento mental e embora os programas materno-infantis existentes preconizem a “estratificação de risco”, ou seja, uma classificação de risco para um encaminhamento mais adequado às necessidades de cada caso, nas três situações isso falhou.

De acordo com a “classificação de risco” protocolada nos serviços de saúde, gestantes com histórico de transtornos mentais prévios, dependência química, epilepsia ou abortos devem ser encaminhadas para as unidades de atendimento de Alto Risco para serem devidamente acompanhadas. Nada disso aconteceu. Nem com referência às questões de saúde mental, nem com referência aos abortos anteriores que sofreram.

Não levar tudo isso em consideração mostra que a sociedade, nos dias atuais, ainda considera que gerar uma vida é algo da natureza das mulheres, portanto que esse processo deve ocorrer sem dificuldades, sem conflitos e sem ambivalências. As próprias mulheres muitas vezes não admitem essas ocorrências e escondem o mal-estar por julgarem-se erradas, fracas ou desviantes. Há mulheres que não valorizam seus sentimentos, assim como há familiares e profissionais de saúde que muitas vezes agem com preconceito e incompreensão, principalmente se não tiverem habilitados nessa área.

A pesquisa mostrou que a saúde mental não é prioridade nos serviços que cuidam das mulheres na maternidade. As equipes de saúde não estão preparadas para detectar sinais de alterações psicológicas e psiquiátricas na gravidez e no puerpério. Os serviços de atenção materno-infantis e a atenção primária precisam estar mais habilitados e mais atentos para as questões de saúde mental.

A estratificação de risco deve ser realizada pela Atenção Primária e uma situação que a equipe precisa investigar, dentre uma série de outros aspectos do pré-

natal, é sobre os antecedentes pessoais, e dentre estes, estão os transtornos psicológicos e o uso de medicações. (PARANÁ, 2012).

Conforme indicou a pesquisa realizada por Nunes, Jucá e Valentim (2007), as equipes da ESF não têm um trabalho específico com a saúde mental, faltam recursos técnicos e teóricos para lidar com essa questão. São razões para isso: a falta de capacitação dos profissionais e o desconhecimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica; a falta de prioridade aos problemas de saúde mental; pouca estrutura para atendimentos desses casos; a inexistência de uma rede eficiente e integrada de saúde mental com as ESF. Faltam também ações de promoção da saúde, de educação em saúde e informação.

A forma como a mulher vem cuidando de si na gravidez, por exemplo, na sua alimentação e no autocuidado, e os seus atos e falas muitas vezes contraditórios, são comportamentos que expressam como ela está vivenciando essa experiência, assim como o lugar que vem se fazendo para essa criança. Entretanto é preciso escutá-las e propiciar um espaço para que isso aconteça.

Este é um dos pontos de conclusão. Na medida em que haja uma abertura para que as mulheres interajam livremente, falando de si mesmas durante consultas e grupos, suas inquietações e/ou satisfações irão aparecer. É interessante que toda a equipe tenha uma escuta mais apurada para as emoções e contradições, e que façam o encaminhamento, quando necessário, a serviços mais especializados.

Durante a preparação da alta das três mulheres houve indicação para o tratamento psicológico associado ao tratamento psiquiátrico. As três mostraram serem mulheres com condições de refletir e planejar a vida, desde que tenham acompanhamento, apoio e principalmente espaço para desenvolver suas ideias, compartilhar seus medos, angústias e assumir suas imperfeições. É necessário estimular a autonomia dessas mulheres.

A ambivalência é constitutiva do desejo e faz parte da estruturação psíquica. Comparece, portanto, em todas as escolhas, conscientes e inconscientes, que uma pessoa possa fazer. E não seria diferente sobre a questão da maternidade. A partir dos atendimentos, nos três casos ficaram evidentes conflitos inconscientes, quanto às relações objetais internalizadas, e conflitos conscientes (ou nem tanto) com pessoas

reais, por exemplo, com a figura da sogra, da mãe da realidade, com o marido, com os filhos e outras pessoas da rede social das mulheres.

As três também mostraram desejo e ambivalência sobre o ser mãe e dona de casa e o ser mulher e trabalhar fora. E todas, à sua maneira, pareciam negociar este lugar, com maior ou menor sofrimento. Badinter (2011) enfatizou de que nos tempos atuais há a possibilidade de diferentes destinos femininos. Mas essa maior liberdade de escolha, entre ser mãe ou não, pode aprisionar algumas mulheres em conflitos e angústias que nem sempre serão conscientes, entretanto influenciarão nas suas vidas. Essa autora ainda acrescentou que há três modos de lidar com essa dualidade, dos interesses pessoais e da função materna: aderindo, negociando ou recusando.

Ao analisar os programas materno-infantis do Estado do Paraná, ficou evidente que a preocupação ocorre em torno das questões fisiológicas da gestação, não havendo uma atenção para os aspectos psíquicos e emocionais que acompanham as mulheres nessa fase.

Não há dúvida de que o ponto de vista fisiológico é bastante importante para ser acompanhado, contudo esta pesquisa ressaltou que tão importante são também as condições psicológicas para um nascimento saudável do bebê e da mãe. Felice (2000) alertou para a estreita ligação existente entre os sintomas orgânicos presentes na gestação e o psiquismo inconsciente.

Não é de hoje que os sintomas psicológicos são subvalorizados em relação aos sintomas orgânicos. A ideia é a de que somente sofrem de perturbações psicológicas aquelas pessoas que são doentes, loucas. É um julgamento falho e preconceituoso que atrapalha a percepção e a aceitação do que está se mostrando, impedindo, sem dúvida, qualquer intervenção necessária.

É essencial o conhecimento de que os aspectos psicológicos estão presentes e precisam ser tratados de maneira antecipada, evitando assim as crises mais fortes e o conseqüente distanciamento das mães e os bebês. Para isso é necessária capacitação das equipes, assim como acontece para outras questões de saúde. A intervenção precoce pode evitar rupturas graves da mulher com a realidade e do laço mãe-bebê. Os aspectos psicossociais são tão importantes quanto os biológicos. Na realidade tudo isso interage num mesmo sujeito. Não há o mais importante e ambos devem ser considerados.

Nenhuma das três famílias teve orientação e qualquer acompanhamento ligado aos atendimentos dessas mulheres. Szejer e Stewart (1997) ressaltaram que a gestação provoca transformações na vida de toda a família e do meio social imediato. A esse respeito, uma estratégia interessante, é a do Pai Presente no Pré-Natal contemplada no Programa Mãe Curitibana, da Secretaria de Saúde de Curitiba. Tem por objetivo fortalecer o vínculo do pai, com a mãe e a gravidez. Busca-se estimular uma maior presença do homem nessa fase, para que junto à sua companheira sejam preparados e orientados das transformações na chegada de um novo ser na família. Não são apenas as mulheres que precisam ser cuidadas.

Compreende-se por puerpério o período até um ano do nascimento do bebê. Nos protocolos dos programas Mãe Paranaense e Mãe Curitibana está previsto como acompanhamento do puerpério uma única consulta na primeira semana do nascimento do bebê. Com exceção dos casos que forem identificados como de Alto Risco, que continuam tendo acompanhamentos da mãe e, principalmente, do bebê.

Somente uma das mulheres desta pesquisa passou pela consulta do puerpério. Débora contou que foi uma consulta padrão, em que pesaram o bebê e avaliaram o seu desenvolvimento, mas mal conversaram com a mãe. E justamente não tiveram consulta, Rosa, que já apresentava distúrbios emocionais na gestação e Sueli, que ficou doente no puerpério imediato. Rosa e Sueli já tinham apresentado transtornos mentais anteriores à gestação, mas nem por isso foram assistidas nessa questão pelos profissionais de saúde.

Mesmo com a estratificação de risco evidenciada nos programas materno-infantis, na prática os problemas mentais não são observados, o que impossibilita um acompanhamento precoce e preventivo às crises agudas. Além disso, quando ocorre a consulta do puerpério, avaliam o desenvolvimento do bebê, mas nem sempre conversam com as mães para realmente saber como elas estão passando.

Os serviços precisam se reestruturar em relação ao início e precocidade do curso da psicose e também melhorar as bases da prática dos profissionais de saúde mental e, a fim de trabalhar efetivamente com esse grupo de clientes, cruzarem as fronteiras dos serviços tradicionais. (EDWARDS e cols, 2000 apud COSTA, 2010, p. 16)

Outro aspecto importante com relação ao puerpério é que muitas vezes o mal-estar psíquico intensifica-se após alguns meses, portanto a consulta na primeira semana do nascimento não é suficiente para identificar algumas alterações. Há casos em que o sofrimento mental acontece logo no início, mas outros que aparecem somente posteriormente. No caso de Débora, à exemplo disso, ela passou a apresentar sintomas quando seu bebê já estava com 2 meses de vida.

Sendo assim, seria interessante dar uma atenção especial ao puerpério tardio, considerado desde os 42 dias até o primeiro ano de vida da criança. Que o acompanhamento do pós-parto fosse estendido pelo menos até os seis meses do nascimento, assim garantiria uma maior aproximação com as mulheres para saber como estão se adaptando a respeito de todas as mudanças que ocorreram com a vinda de um filho.

Faz-se essencial capacitar as equipes para terem um olhar sobre a saúde mental das mulheres, possibilitando que consigam identificar e avaliar as apresentações clínicas do sofrimento mental comum e do sofrimento mental mais grave. E a partir disso, fazer o monitoramento ativo dessas mulheres, prestando apoio e uma escuta clínica por meio de atividades de psico-educação, oficinas, grupos operativos, grupos de escuta, grupos de apoio, terapia comunitária, entre outros, de forma que várias mulheres possam ter um espaço de trocas de experiências sobre as emoções de serem mães.

É muito relevante divulgar para a população e para as equipes da Atenção Primária, que recebem primeiramente as gestantes e fazem o acompanhamento dos pré-natais, sobre a vulnerabilidade das gestantes e puérperas com relação à saúde mental. É importante aumentar o tempo de acompanhamento, o número de consultas, fazer uma busca ativa pelos agentes comunitários, e principalmente, passar a considerar a saúde mental nos protocolos.

Em discussões sobre o acesso aos serviços de saúde, e na última Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada em 2011, ficou muito claro uma preocupação em como captar as mulheres para que façam os acompanhamentos regulares do pré-natal, pois se verificou que muitas delas não seguem o protocolo mínimo para garantir uma gestação segura. Entretanto, os profissionais e gestores de saúde não levam em consideração que as pessoas geralmente são carentes de atenção e que o vínculo seria

tão mais possível se as mulheres pudessem perceber que estão sendo cuidadas em sua integralidade, ou seja, que os atendimentos de saúde vão além do cumprimento de exames e intervenções fisiológicas. Nos três casos estudados para esta pesquisa, as mulheres relataram que durante as consultas não tiveram espaço para dialogarem com os profissionais sobre suas emoções, nem participaram de oficinas ou grupos de orientação.

Na Estratégia Rede Cegonha e nos Programas Mãe Paranaense e Mãe Curitibana, há uma especificação de cuidados para as gestantes adolescentes, com a estruturação de um ‘pré-natal diferenciado’. Seria importante que também houvesse um ‘pré-natal diferenciado’ para as mulheres gestantes com histórico de transtorno mental prévio, ou para aquelas que estão apresentando sinais e sintomas psiquiátricos e psicológicos na gravidez atual. E, ademais, fazer uma boa avaliação e disponibilizar cuidados voltados à condição psicossocial e ao contexto de vida das mulheres.

Algumas ações planejadas para o atendimento de adolescentes quanto ao planejamento reprodutivo, também poderiam ser estendidas ao grupo de mulheres com transtornos mentais anteriores:

(...) manter a agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta; ter disponibilidade para ouvir e realizar a escuta ativa da gestante e seu parceiro, reduzindo suas dúvidas e prestando esclarecimentos necessários, mesmo que para isso necessite despender mais tempo na consulta; favorecer espaços (nas consultas, grupos, oficinas) (...) (BRASIL, 2012, p. 16).

O trabalho no puerpério com essas mulheres deveria ocorrer no sentido de estimular as suas competências, acompanhando as suas dificuldades e necessidades, estimular suas capacidades, auxiliar na elaboração de projetos de vida, mediar conflitos e favorecer a construção de vínculos familiares, orientar sobre os riscos de outra gravidez, entre outros.

Uma forma interessante dos gestores e profissionais de saúde analisar essa questão é compreendendo a relevância do cuidado ao cuidador, ou seja, cuidar das mães que precisam cuidar de seus bebês. Estimular outras possibilidades psíquicas e emocionais para que as mulheres exerçam sua maternidade.

Um bom modelo disso é a Clínica do Holding praticada na França na Unidade de Acolhimento Mãe-Bebê, pelas psicanalistas Claude Boukobza e Florence Benavides. Trabalha-se com uma equipe multiprofissional que recebe as mães com seus bebês e busca-se escutar e mediar à interação entre eles. Uma ação que possibilita fazer certo distanciamento da mãe com o bebê, por meio da aprendizagem da “boa distância”, em que ambos são estimulados a desenvolverem-se juntos e individualmente. Atua-se pelos relacionamentos interpessoais, as angústias e ansiedades, e também no sentido de compartilhar experiências sobre temas como sexualidade, casamento, vida profissional, entre outros aspectos relevantes.

De certa forma as três mulheres tiveram um acompanhamento dessas questões, uma vez que foram atendidas por uma equipe multidisciplinar no hospital psiquiátrico, mas nem tudo desse tratamento hospitalar foi interessante. Para duas destas mulheres o tratamento hospitalar em regime integral além de provocar um distanciamento físico com os seus bebês, trouxe um afastamento emocional no caso de Débora e muita apreensão no caso de Sueli.

Não dá para dizer como elas vão estar daqui a algum tempo, ou com mais idade, mas a princípio ficou claro que as três estavam mais tranquilas após o tratamento para assumirem a função materna. E, fundamentalmente, suas experiências ilustraram metas e pontos de atuação para a construção de uma rede mais eficiente da Saúde da Mulher com a Saúde Mental.

É válido construir serviços que não deixem as mães tão longe de seus bebês. Políticas que considerem o necessário e, somente o necessário, de distância entre essa idade, mãe e filho, para evitar que a cisão seja mais traumática para ambos.

Outra saída para essa problemática seria a oferta de tratamentos em casa, acompanhados por agentes de saúde, na função de acompanhantes terapêuticos das mulheres em sofrimento mental puerperal. Seria a criação de novas práticas de atendimento oferecido pelo sistema de saúde, numa visão a mais do que a equipe pode oferecer às mulheres, além de esperar que elas busquem tal ajuda.

A criação do Programa Mãe Paranaense é a “menina dos olhos” da gestão de 2011 a 2014 da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, e tem por prioridade organizar de maneira mais eficaz os pontos de atenção para atender às gestantes e seus filhos, de

forma a minimizar as diferenças entre as regionais de saúde, bem como melhorar os índices de morte materna, principalmente as mortes por causas evitáveis.

Tudo isso é fundamental, no entanto, a partir dos atendimentos no campo da saúde mental e da verificação de diversas histórias de mulheres que entraram num sofrimento mental a partir da maternidade, vê-se como ainda muito incipiente as políticas públicas para alcançar essas situações. É preciso valorizar também o alto índice de adoecimentos e não somente o de mortes maternas. Guedes (2006) levantou que 31% das mulheres que estavam internadas no hospital psiquiátrico num determinado período, eram por transtornos mentais desencadeados na maternidade, e esse é um índice bastante significativo.

A partir dos dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, referentes aos anos 2010 e 2011, de morte materna por causas obstétricas diretas ou não, mais os dados de óbitos maternos no puerpério tardio e os óbitos por causas externas (violência), observou-se uma taxa de quase 8% de mortes por suicídio de mulheres na gestação ou no pós-parto. E ainda, considerando somente as mortes por causas externas, a taxa ficou entre 30 e 40% por suicídio. Esse é um dado espantoso e que exige medidas de prevenção.

Por isso é basilar revelar que enquanto essas ocorrências continuarem a serem lidas como categorias externas, não serão consideradas nas políticas públicas, e continuarão fora dos protocolos de atendimento.

Pensar nessa questão é ir ao encontro com o compromisso internacional assumido pelo Brasil a respeito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que tem como metas, dentre tantas outras, à redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes. Estar atento e cuidar da saúde mental das gestantes contribuiriam e muito para isso.

Outro aspecto, o já existente Programa de Planejamento Familiar, deve encontrar medidas que ampliem a captação de mulheres com histórico de transtorno mental prévio para orientá-las sobre os riscos e cuidados necessários ao engravidarem, prevenindo novos adoecimentos mentais. Para as mulheres em idade fértil é preciso adotar medidas de promoção à saúde e qualidade de vida. Sabe-se que a desestrutura social e financeira são fatores de risco para o adoecimento psíquico. Promoção de saúde também no

sentido de possibilitar que as mulheres assumam seus desejos de forma mais independente das pressões sociais veladas, que ditam que é preciso ser mãe ou a mãe perfeita.

As políticas públicas e os programas de saúde na área da saúde da mulher e da saúde mental precisam aproximar-se, buscando atender de maneira mais eficiente as mulheres gestantes e puérperas. Estabelecer uma maior integração da questão da saúde mental e de gênero, atentando para o fato de que o atendimento à saúde mental deve ser intersetorial, trabalhando em parceria com outros setores, como educação, segurança pública, assistência social, sociedade civil, entre outros.

Com as duas redes de atenção mais articuladas para o atendimento e o acompanhamento dessas mulheres-mãe, outras mulheres que por diversos fatores possam vir a apresentar algum ‘sofrimento mental comum’ também estariam contempladas. Ressaltando que mais importante que o estabelecimento de diagnósticos é minimizar o sofrimento existente.

Diversos temas referentes à da saúde das mulheres podem beneficiar-se dessa aproximação à saúde mental, com vistas ao fato de a menarca e a menopausa serem fases da vida também muito predisponentes a abalos emocionais e psicológicos.

A construção de alguns centros de excelência no atendimento à mulher na sua variedade de fases reprodutivas, tendo em vista medidas preventivas, é uma opção interessante. “As questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, são determinantes da saúde mental das mulheres (...)” (BRASIL, 2007a, p.48) Esse modelo existe em Minas Gerais e em São Paulo, mas com algumas dificuldades de atuação.

O sofrimento do tipo psicótico e o desencadeamento de qualquer crise mental possuem uma multiplicidade de fatores que influenciam suas ocorrências. A psicopatologia dos transtornos mentais deve ser considerada na sua pluridimensionalidade, assim como a singularidade e a subjetividade dos indivíduos também merece grande atenção.

As três mulheres apresentaram sintomas psicóticos no pós-parto, e durante os atendimentos apresentaram histórias riquíssimas no sentido de demonstrar os caminhos

que as levaram aos distúrbios emocionais. A percepção dos sentidos e particularidades de cada mulher, discutidas nesta pesquisa, possibilitou uma compreensão sobre suas condições subjetivas frente à maternidade e à feminilidade, além do caldo cultural que permeava cada vivência.

Esta pesquisa, ao acompanhar mulheres internadas numa instituição psiquiátrica, serviu para compreender mais claramente as situações que levam as mulheres a um estado de maior suscetibilidade a sofrimentos psíquicos frente à maternidade. Evidenciou o quanto a escuta da subjetividade pode ajudá-las a reorganizarem-se, e que com maior autonomia, consciência de seus sentimentos contraditórios, domínio de seus projetos de vida e, com o favorecimento da construção de vínculos, torna-se mais possível uma sustentação da função materna.

Não se pode esquecer: a mulher é um todo. Não é mãe, não é mulher, não é esposa, não é profissional, é tudo isso e algo a mais. Cada uma com a sua história e particularidade, buscando um modo de sobreviver entre as exigências internas e externas da vida. Por isso as mulheres devem ser atendidas na integralidade de seu ser, ou o mais próximo disso.

A maternidade é um direito, um
dever, uma obrigação? Poderá existir
uma humanidade sem filhos?
(SOIFER, 1980, p. 15)

REFERÊNCIAS¹³

APPIGNANESI, L. **Tristes, Loucas e Más** – A história das mulheres e seus médicos desde 1800. São Paulo: Record, 2011.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

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

BADINTER, E. **O Conflito** – a Mulher e a Mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BENAVIDES, F.; BOUKOBZA, C. **A Clínica do Holding**. In: Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família. 2ª ed. Salvador: Ágalma, 1997.

BOUKOBZA, C. **A relação de uma mãe psicótica com seu filho**: acompanhamento de um caso mãe-bebê em um Hospital Dia. In: O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto** - Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**- Plano de Ação 2004 – 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**: manual técnico. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANS, MS, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

¹³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.92-102, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 9 Nov. 2012.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n.6, p. 278-284, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006>. Acesso em: 11 Nov. 2012.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. **Sexualidade Feminina** – uma abordagem psicanalítica contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

COHEN, D., et al. **Acompanhamento ecográfico pré-natal de gravidez com suspeitas de má-formações**: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

CORREIA, A.L.V. **Prevalência e Fatores de Risco em Depressão Pós-parto em um Serviço de Referência em João Pessoa – Paraíba**. Recife, 2006.

COSTA, I.I., et al. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves**: Caminhos para uma abordagem completa. Brasília, DF: Kaco, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido** – Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FELICE, E. M. D. **A Psicodinâmica do Puerpério**. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica, 2000.

FRANZON, A. C.; SENA, L. M. “Teste da Violência Obstétrica”. 2012. Blog “Cientista que Virou Mãe – ser mãe (cons)ciente”. Disponível em:

<<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2012/05/teste-da-violencia-obstetrica.html>>. Acesso em: 15 Mar. 2013.

FREUD, Sigmund. Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. – Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos**. (1925). In: _____. Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v., 1996.

_____. **Sexualidade Feminina**. (1931). In: _____. Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v., 1996.

_____. **Feminilidade**. (1933). In: _____. Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v., 1996.

FREUD, S. **Obras Completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GIAMI, A.; PLAZA, M. (Coord.) **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUEDES, A.P. **Gestação, Parto e Puerpério – o sofrimento psicótico de algumas mulheres**. 2006. 64f. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: brincar, gozo e fale entre a mãe e o bebê**. Salvador: Ágalma, 2011.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria – ciências comportamentais e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MADUREIRA, A.F.A.; BRANCO, A.U. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. **Temas em Psicologia da SBP**. Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 63-75, 2001. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2011.

MARTINS, A.P.V. **Um sistema instável: as teorias ginecológicas sobre o corpo feminino e a clínica psiquiátrica entre os séculos XIX e XX**. In: **História e Loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010.

MATHELIN, C. **O Sorriso da Gioconda – clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, Out. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 6 Set. 2011.

NASIO, J. -D. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Linha Guia Mãe Paranaense**. Curitiba, 2012.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Mortalidade Materna e Infantil no Paraná**. Curitiba, 2012.

RENNÓ JR, J. et al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p. 73-76, 2005. Suplemento II. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a07v27s2.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2011.

REY, F.G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove Meses na Vida da Mulher** – uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIOLÊNCIA obstétrica: a voz das brasileiras. Produção de Ligia Moreiras Sena et al. São Paulo, 2012. 1 Documentário. (51min), sonoro, color. Disponível em:

<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2012/11/violencia-obstetrica-voz-das_25.html>. Acesso em 15 mar. 2013

ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos previni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p.56-64, 2005. Suplemento II. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2011.

APÊNDICES

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
2. Entrevista Semi-Estruturada:
 - Parte I – Identificação e Dados Demográficos
 - Parte II – Condições de Saúde
 - Parte III – Roteiro Semi-Estruturado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Aline Pinto Guedes, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Saúde Mental e Maternidade – subsídios para as políticas de saúde mental no Paraná”, que tem como objetivo compreender a experiência da maternidade de algumas mulheres que diante desse fato desencadearam um sofrimento emocional bastante significativo, fazendo necessário um tratamento psiquiátrico em regime de internação. O trabalho é referente à dissertação de mestrado do curso Mestrado Profissional em Políticas Públicas e é orientado pela Prof^ª Dra. Rozilda das Neves Alves, da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Este estudo é necessário e de grande relevância para propiciar uma forma de atendimento mais qualificado e para contribuir para a construção de um projeto de prevenção à saúde mental de mulheres em idade fértil, no âmbito das políticas públicas de saúde. Considerando que a experiência da gestação, do parto e do puerpério leva algumas mulheres a uma situação de vulnerabilidade emocional, verifica-se a importância de voltar à atenção para essas mulheres para que possam desenvolver-se e assumir os cuidados maternos essenciais para um desenvolvimento saudável de seu bebê.

Gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa porque acredito que a sua experiência frente à maternidade e ao tratamento psiquiátrico, assim como sua história de vida seriam muito importantes para ilustrar e aprofundar a reflexão acerca desse tema. Sua participação se daria através de atendimentos psicoterapêuticos individuais, em que juntamente seriam realizadas entrevistas, no espaço da instituição psiquiátrica em que você encontra-se internada. Caso seja necessário, gostaria da autorização para a realização de entrevistas no seu domicílio, após a alta hospitalar. O familiar, que vem acompanhando o tratamento, também seria entrevistado para contribuir com mais informações para a pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas, porém seguindo os preceitos éticos asseguro que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar as suas identidades. Informo que caso ocorra algum risco ou desconforto, isso será tratado dentro da própria sessão psicoterapêutica.

Gostaria de esclarecer que as participações serão totalmente voluntárias, e que vocês têm total liberdade para recusar a participação, assim como solicitar a exclusão dos dados, retirando o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e deixo meus contatos e os contatos de minha orientadora para qualquer informação que vocês precisem posteriormente.

Aline (Pesquisadora):

Rozilda (Orientadora):

Tel. Comercial – (0xx41) 3661-6631

Tel. Comercial – (0xx44) 3011-4291

Tel. Celular – (0xx41) 9911-2664

Tel. Celular – (0xx44) 9935-9684

E-mail – aline_pguedes@hotmail.com

rnalves@uem.br

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a vocês.

Agradeço desde já a participação de vocês, enfatizando que essa pesquisa vai contribuir para avançarmos no campo da saúde mental de mulheres na área de Saúde Pública do Estado do Paraná.

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu _____, portadora do RG. _____, declaro que fui devidamente esclarecida e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela psicóloga Aline Pinto Guedes.

Assinatura ou Impressão Datiloscópica

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu _____, portador do RG. _____, e responsável pela paciente _____, declaro que a mesma concorda em participar deste estudo e, sendo assim, autorizo sua participação, bem como a utilização, nesta pesquisa, dos dados que forem fornecidos por ela.

Assinatura ou Impressão Datiloscópica

Eu, _____ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Assinatura do Pesquisador

Data:

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**PARTE I - IDENTIFICAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS**

Iniciais: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Conjugalidade: _____ Raça: _____

Religião: _____

Número de filhos: _____ Idade deles: _____

Vão para escola/creche? _____

Tempo de gestação ou idade do bebê (se for o caso): _____

Foi gravidez planejada? ()Sim ()Não

Relação atual com o pai do bebê: _____

Número de pessoas na residência: _____

Quem são? _____

Renda Familiar: _____

Ocupação: _____

Tem autonomia econômica? ()Sim ()Não

Depende de quem? _____

Possui casa própria? _____

PARTE II - CONDIÇÕES DE SAÚDE

Algum problema clínico antes desta gestação? _____

Algum problema psiquiátrico? Qual? _____

Fazia algum tratamento? _____

Uso de medicação? _____

Internação Psiquiátrica anterior? _____

Algum vício (fumo/álcool/drogas)? _____

Algum familiar com transtorno mental? _____

Fez acompanhamento do pré-natal? Onde? _____

Doença obstétrica na gestação atual? _____

Primeiro

Trimestre: _____

Segundo

Trimestre: _____

Terceiro

Trimestre: _____

Tipo de Parto: _____

Com quantas semanas de gestação? _____

Pós

Parto: _____

Teve algum acompanhamento? _____

Início do tratamento psiquiátrico? _____

Sintomas? _____

Cuidado pessoal? _____

Cuidados com o bebê? _____

Amamentação? _____

Quanto tempo? _____ Por quê? _____

Gestações anteriores? Quantas? _____

Abortos prévios? _____

PARTE III – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

- 1) Como foi para você saber que estava grávida?
- 2) Como você descreve a experiência da gravidez?
- 3) E a experiência do pós-parto?

- 4) Como tem sido o relacionamento com o seu bebê desde que ele nasceu?
- 5) E com os outros filhos?
- 6) E a relação com o companheiro?
- 7) O que mudou na sua vida a partir dessa gravidez?
- 8) Quais pessoas te ajudaram e deram apoio nessa experiência?
- 9) Como você entende o que lhe aconteceu para precisar desse tratamento psiquiátrico?
- 10) Quais são seus planos para o futuro?
- 11) Você quer dizer alguma coisa para seu bebê?