

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

A MATERNIDADE DE MULHERES PORTADORAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS

Marisley Vilas Bôas Soares

Ribeirão Preto - SP
2008

Marisley Vilas Bôas Soares

A MATERNIDADE DE MULHERES PORTADORAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa.Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto - SP
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Soares, Marisley Vilas Bôas

A maternidade de mulheres portadoras de transtornos mentais.
Ribeirão Preto, 2008.

132 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta.

1. Maternidade. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marisley Vilas Bôas Soares

“A maternidade de mulheres portadoras de transtornos mentais”

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que estiveram ao meu lado nesta jornada, com os quais pude contar com o apoio, nos momentos em que precisei, e a compreensão pelas vezes em que estive ausente, em momentos especiais, dedicando-me a este trabalho:

Ao **Maurílio**, por ser aquele que muito me incentiva e auxilia, por ser aquele com quem divido meus sonhos e conquistas, com quem divido minha vida e por quem tenho grande amor;

Aos meus pais, **Noécio** e **Conceição**, por terem sempre irrestritamente me apoiado e me acompanhado ao longo do meu caminho, sendo meu porto seguro;

Aos meus irmãos, **Ivana** e **Weber**, meus sobrinhos, **João Victor** e **Maria Eduarda**, pessoas especiais, que iluminam minha vida, por quem tenho muito carinho;

A todos meus queridos familiares, em especial minha avó **Maria** e meu avô **João** (*in memoriam*) a quem devo os valores que me formaram.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço à Profa. Dra. **Ana Maria Pimenta Carvalho**, por ter aceitado me orientar e dividir seus conhecimentos comigo, pela oportunidade de conhecer a bela pessoa que é: destemida e batalhadora – a tenho como um exemplo;*

*À Profa. **Regiana Helena Caldana** e Profa. Dra. **Adriana Inocenti Miasso**, pelas valiosas colaborações prestadas no exame de qualificação;*

*Aos **Professores Doutores** componentes da banca, por terem aceitado participar e disponibilizar seus conhecimentos para o aprimoramento deste trabalho;*

*Aos **funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas;*

*Às **chefias** por onde trabalhei ao longo do doutorado, pela compreensão e a colaboração que viabilizaram a realização das atividades desta pesquisa, sem prejuízos para minhas atividades laborais;*

*Às pessoas queridas que marcaram minha vida e tenha suas amizades como bem valioso: primeiramente, a uma amiga de longa data, **Ana Carolina**, a **Carol**, pelas nossas lembranças de infância; as amizades de **Thaís**, **Juliana**, amigas de profissão e de coração; equipe de Taquaritinga, pelo nome de **Eliana Barelli Ribeiro**, que sempre me prestou ajuda e acolhimento; equipe do fórum em Jaboticabal, pelo nome de **Edna Costa**, com quem muito tenho aprendido;*

*À coordenação e equipe do **Ambulatório de Saúde Mental de Ribeirão Preto**, pela colaboração;*

E, finalmente, a todas as mães que se dispuseram a participar deste trabalho e dividir suas histórias comigo, com quem muito aprendi e senti; desejo que este trabalho possa trazer-lhes benefícios.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A MATERNIDADE DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS. 2008. 132 f Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação pelo Dep. de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, 2008.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a saúde mental tem expandido sua atuação reconhecendo os papéis sociais para além da doença mental. Entretanto, estudos brasileiros que abordam a maternidade entre mulheres portadoras de transtornos mentais são escassos, considerando-se também restrita a produção acadêmica acerca da saúde mental da mulher. Correntes da psicologia consideram que a capacidade materna em oferecer boas condições de cuidado e ser acolhedora às necessidades do filho gera um ambiente adequado para o bom desenvolvimento psicológico da criança, colocando como pano-de-fundo a importância da saúde mental materna nesse aspecto. Este estudo tem como objetivo descrever como se apresenta o fenômeno da maternidade para mulheres usuárias de um ambulatório de saúde mental da cidade de Ribeirão Preto-SP, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Foram entrevistadas 20 mulheres, com ao menos um ano de tratamento ambulatorial, mães de ao menos uma criança de 7 à 12 anos. Para a análise dos dados foi utilizada a Teoria Fundamentada em Dados, a qual proporciona que se atinja uma teoria explicativa para o fenômeno através dos próprios dados coletados. Essas mulheres apresentam predominantemente o quadro de depressão. Foi identificado para o fenômeno como categoria central **“tentando se enxergar para permanecer lutando”**, que ocorre em meio ao *contexto* de falta de esclarecimentos sobre a doença, o reconhecimento do tipo de vínculo com o serviço e com profissionais saúde, a percepção do apoio familiar e o tipo de ajuda prestada pelo marido. Para que este fenômeno ocorra são *condições que o causam* a vivência do adoecimento, da maternidade e de conflitos no relacionamento conjugal, além do desejo de querer dar conta de tudo. As repercussões da doença no cotidiano *interferem* na tomada de ações que demonstram como essas mães lidam com o fenômeno. Para tanto, lançam mão de *estratégias* como o enfrentamento da doença e a maneira como lidam com o trabalho no contexto da doença. Tais ações geram como *conseqüências* a doença refletindo nos filhos e, por fim, a tentativa de ir levando a vida. Em meio a esses fatores, essas mulheres vivem a maternidade como uma realização normalizadora para sua vivência adulta, colocando-as em igualdade com as demais mães. Este é um papel social com o qual necessitam lidar e requer reconhecerem-se e enxergarem-se para que permaneçam lutando com as limitações impostas pela doença, bem como com as vicissitudes da vida. O reconhecimento da vivência dessas mulheres constitui-se em mais um passo em direção a melhor adequação dos serviços de saúde mental frente essa demanda. Ademais, evidencia a necessidade de investigar as dificuldades vivenciadas por mães portadoras de transtorno mental no cuidado de seus filhos, devido a seu propósito preventivo e de adequação dos serviços a essa demanda. Além disso, reforça-se a importância de que é preciso que os serviços as vejam para além de seu lugar de portadoras de uma doença.

Palavras-chave: maternidade, saúde mental, serviços de saúde, enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

MOTHERHOOD OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS. 2008. 132 p Doctoral Dissertation – Graduate Program, Department of Psychiatric Nursing and Human Sciences, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2008.

The arrival of the Psychiatric Reform gave rise to an expansion in mental health activities, acknowledging social roles beyond mental health. However, there is a lack of Brazilian studies about motherhood among women with mental disorders, and a restricted academic production on women's mental health. Currents in psychology consider that the mother's capacity to offer good care conditions and welcome her child's needs generates an adequate environment for the child's good psychological development, against the background of the importance of maternal mental health in this sense. This study aims to describe how the motherhood phenomenon presents itself to female clients at a mental health outpatient clinic in Ribeirão Preto-SP, Brazil, using Symbolic Interactionism as a theoretical reference framework. Twenty women were interviewed, who had been treated at the clinic for at least one year and had at least one child between 7 and 12 years old. Grounded Theory was used for data analysis, which favors the achievement of a theory to explain the phenomena through the data that are collected. These women predominantly present depression. **“Trying to perceive oneself to continue fighting”** was identified as the central category for the phenomenon, which occurs amidst the *context* of lack of clarifications about the disease, the acknowledgement of the type of bond with the service and with health professionals, the perception of family support and the kind of help the husband gives. *Causal conditions* for the occurrence of this phenomenon are the experience of the disease, motherhood and conflicts in the marriage relation, besides the desire to be able to handle everything. The repercussions of the disease in daily life *interfere* in the taking of actions that demonstrate how these mothers deal with the phenomenon. Therefore, they use *strategies* like coping with the disease and the way they deal with work in the context of the disease. The *consequences* these actions generate are the disease affecting the children and, finally, the attempt to lead one's life. Amidst these factors, these women experience motherhood as an accomplishment that normalizes their adult experience, putting them in a position of equality with other mothers. This is a social role they need to deal with, which demands that they acknowledge and perceive themselves so as to keep on struggling with the limitations imposed by the disease, as well as with the vicissitudes of life. The acknowledgement of these women's experience constitutes yet another step towards the better adequation of mental health services to this demand. Moreover, it evidences the need to investigate the difficulties mothers with mental disorders experience to take care of their children, due to their preventive proposal and the adaptation of services to this demand. Furthermore, the importance is highlighted that services look beyond their position as patients with a disease.

Keywords: motherhood, mental health, health services, psychiatric nursing.

RESUMEN

LA MATERNIDAD DE MUJERES PORTADORAS DE TRASTORNOS MENTALES.
2008. 132 h Tesis (Doctorado) – Programa de Postgrado, Dep. de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto-SP (EERP), Universidad de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, 2008.

Con el advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, la salud mental ha expandido su actuación reconociendo los papeles sociales más allá de la enfermedad mental. Sin embargo, estudios brasileños que tratan de la maternidad entre mujeres portadoras de trastornos mentales son escasos, considerándose también restringida la producción académica acerca de la salud mental de la mujer. Corrientes de la psicología consideran que la capacidad materna en ofrecer buenas condiciones de cuidado y ser acogedora a las necesidades del hijo genera un ambiente adecuado para el buen desarrollo psicológico del niño, colocando como telón de fondo la importancia de la salud mental materna en ese aspecto. La finalidad de este estudio es describir como se presenta el fenómeno de la maternidad para mujeres usuarias de un ambulatorio de salud mental de la ciudad de Ribeirão Preto-SP, Brasil, adoptando como referencial teórico el Interaccionismo Simbólico. Fueron entrevistadas 20 mujeres, con al menos un año de tratamiento ambulatorio, madres de al menos un niño de 7 a 12 años. Para el análisis de los datos fue utilizada la Teoría Fundamentada, que proporciona el alcance de una teoría explicativa para el fenómeno a través de los propios datos recolectados. Esas mujeres presentan predominantemente el cuadro de depresión. Fue identificado para el fenómeno como categoría central **“tentando percibirse para seguir luchando”**, que ocurre a medias del *contexto* de falta de esclarecimientos sobre la enfermedad, el reconocimiento del tipo de vínculo con el servicio y con profesionales de la salud, la percepción del apoyo familiar y el tipo de ayuda prestada por el marido. Para que este fenómeno ocurra son *condiciones causales* la vivencia del adolecer, de la maternidad y de conflictos en el relacionamiento conyugal, además del deseo de querer lograr hacer todo. Las repercusiones de la enfermedad en el cotidiano *interfieren* en la toma de acciones que demuestran como esas madres lidian con el fenómeno. Para tanto, echan mano de *estrategias* como el enfrentamiento de la enfermedad y la manera como lidian con el trabajo en el contexto de la enfermedad. Tales acciones generan como *consecuencias* la enfermedad reflejando en los hijos y, por fin, la tentativa de ir llevando la vida. A medias de esos factores, esas mujeres viven la maternidad como una realización normalizadora para su vivencia adulta, colocándolas en igualdad con las otras madres. Este es un papel social con el cual necesitan lidiar y requiere que se reconozcan y se perciban para que sigan luchando con las limitaciones impuestas por la enfermedad, y también las vicisitudes de la vida. El reconocimiento de la vivencia de esas mujeres constituye un paso más hacia la mejor adecuación de los servicios de salud mental ante esa demanda. Además, evidencia la necesidad de investigar las dificultades vividas por madres portadoras de trastorno mental en el cuidado de sus hijos, debido a su propósito preventivo y de adecuación de los servicios a esa demanda. También se subraya la importancia de que es preciso que los servicios las vean más allá de su lugar de portadoras de una enfermedad.

Palabras clave: maternidad, salud mental, servicios de salud, enfermería psiquiátrica.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Representação sobre a atuação dos papéis atuados na interação, com foco no tema da pesquisa. p. 42.
- Quadro 2:** Quadro referente ao perfil das participantes do Grupo de mães. p. 52.
- Quadro 3:** Quadro referente aos profissionais e tempo de serviço dos participantes do estudo. p. 53.
- Quadro 4:** Exemplos de codificação aberta de trechos das entrevistas com as mães. p. 63.
- Quadro 5:** Exemplos de codificação axial realizada com base em algumas das categorias abertas das entrevistas com as mães. p. 64.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Representação do termo “perspectiva” para a pesquisa em questão.p. 42.
- Figura 2:** Esquema de representação dos resultados obtidos.p. 66.
- Figura 3:** Diagrama representativo das condições causais para a categoria central “tentando se enxergar para permanecer lutando”.p. 73.
- Figura 4:** Diagrama representativo do contexto presente para a categoria central “tentando se enxergar para permanecer lutando”.p. 81.
- Figura 5:** Diagrama representativo das estratégias acionadas frente ao fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.p. 89.
- Figura 6:** Diagrama representando as condições intervenientes ao fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.p. 95.
- Figura 7:** Diagrama representando as conseqüências do fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.p. 98.
- Figura 8:** Tentando se enxergar para permanecer lutando: o significado da maternidade para mães portadoras de transtornos mentais.p. 102.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	p. 14
1. INTRODUÇÃO	p.16
1.1 A mulher e seu papel social ao longo do tempo	p.22
1.2 Elementos para além da Teoria do Apego	p.27
1.3 Justificativa	p.34
2. OBJETIVO	p.35
3. METODOLOGIA	p.36
3.1 Aporte Teórico.....	p.36
3.2 O Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico.....	p.40
3.3 O Referencial Metodológico da Teoria Fundamentada em Dados (ou <i>Grounded Theory</i>)	p.45
4. MATERIAIS E MÉTODO	p.49
4.1 Sujeitos	p.49
4.2 Local	p.54
4.3 Material.....	p.55
5. PROCEDIMENTO	p.56
5.1 Estudo Piloto.....	p.56
5.2 Coleta dos dados	p. 57
5.3 Aspectos Éticos.....	p.60
5.4 Análise dos dados	p.61

6. RESULTADOS	p.67
6.1 A categoria central: “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.69
6.2 As condições causais para o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.73
6.3 O contexto em que se dá o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.81
6.4 Estratégias de ação na interação com o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.87
6.5 As condições intervenientes ao fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.95
6.6 As conseqüências decorrentes do fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”	p.98
7. DISCUSSÃO	P.103
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	P.114
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	P.118
APÊNDICE	P.125
Apêndice A.....	p.125
Apêndice B	p.126
Apêndice C	p.127
Apêndice D.....	p.129
ANEXOS	P.131
Anexo A.....	p.131
Anexo B.....	p.132

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi decorrência de longas conversas com a Profa. Ana Maria, minha orientadora nesta incursão, que me apresentou a uma pesquisa realizada anos antes sobre esta temática, pela qual me deixei envolver.

Ao contrário de muitos pesquisadores que já estão no mercado de trabalho e buscam aliar seu objeto de pesquisa ao seu campo de atuação, nunca trabalhei diretamente em serviços da área de saúde mental, apesar de lidar com a mesma sendo eu psicóloga.

Quando iniciei meu doutorado, estava inserida como parte de uma equipe técnica da Secretaria da Educação na cidade de Taquaritinga (SP). Ao longo dos anos do doutorado, estive em diferentes departamentos, sendo eles da Promoção Social e da Saúde. Finalizo minha empreitada desta etapa da pós-graduação em um novo emprego, em que atuo como psicóloga judiciário pela Comarca de Jaboticabal.

Por incrível que pareça, mesmo não estando em um CAPS ou em um ambulatório de saúde mental, as questões referentes a essas mães portadoras de transtornos mentais me acompanharam nestas diferentes áreas, tendo a oportunidade de ver a questão por diferentes perspectivas.

Como citei, atualmente me encontro inserida no Setor Técnico do Poder Judiciário pela Comarca de Jaboticabal, onde a perda da guarda dos filhos, ou mesmo a destituição do poder familiar fazem parte da realidade de algumas mães portadoras de transtornos mentais. Por outro lado, este mesmo argumento serve para a contestação em meio a disputas de guarda, em que o pai utiliza-se da doença materna para denegrir as condições de cuidado dos filhos da genitora – mesmo não sendo esta a realidade em alguns casos.

Pelo contato que estabeleci com estas mulheres, em meus diferentes contextos de trabalho, um fator capaz de ser o diferencial para seus destinos está na realização do tratamento especializado. Mais do que isso, a segurança e o acolhimento trazido por esse tipo

de atendimento. Também é visto a importância de que sejam prestados esclarecimentos e suporte à família, sendo os pais ou o companheiro, para que possam discernir o que se refere à doença e assim conseguirem lidar com as demandas cotidianas de ter um portador de transtornos mentais sob seus cuidados ou em sua companhia.

Disso concluo que, mesmo não estando diretamente inserida em um serviço de saúde mental, pude ouvir essas mulheres para além de seu lugar como portadoras de uma doença, sendo aquelas que são chamadas na escola para orientações aos filhos, aquelas que participam de programas assistenciais e buscam meios práticos de organizar a vida, sendo quem procura os serviços de saúde em meio a campanhas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou estando em meio a uma disputa de guarda perante o Poder Judiciário.

Assim, pude olhá-las exercendo outros papéis sociais, algo com que a Reforma Psiquiátrica vem tentando mostrar à sociedade que portadores de transtornos mentais são pessoas para além de suas doenças.

Esta tese traz as questões referentes à como se dá a maternidade para mulheres portadoras de transtornos mentais e, para tanto, aborda em sua introdução o conceito da maternidade, a parentalidade e a relação estabelecida sobre as condições mentais maternas como precursores de um ambiente adequado para o desenvolvimento dos filhos.

No aspecto metodológico apresenta-se a opção pelo Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Teoria Fundamentada em Dados como referencial metodológico.

Na seqüência tem-se a apresentação dos resultados, sendo esta uma teoria gerada a partir dos dados coletados e finaliza com a discussão acerca da literatura vigente com as questões levantadas pelo fenômeno – objeto deste estudo.

As considerações apontam algumas limitações da pesquisa, bem como suas perspectivas frente aos dados levantados da realidade dessas mulheres.

Segue-se então o início deste estudo.

1. INTRODUÇÃO

Para iniciar este trabalho e apresentar as questões a que se propõe pesquisar, ao falar sobre a saúde mental no Brasil faz-se necessário contextualizá-la e assim abordar –mesmo que sucintamente – a Reforma Psiquiátrica ocorrida ao longo dos últimos 20 anos.

Como reflexo de movimentos ocorridos em outros países, principalmente a Itália (BEZERRA JR.; AMARANTE, 1992), após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987) é que se desencadeou o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, como uma resposta ao tratamento dispensado aos doentes até então. Decorrentes deste movimento pode-se citar mudanças sobre os serviços de saúde e concepções acerca do paciente e seu tratamento.

Paralela à implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, cujas diretrizes versam – entre outros temas – sobre a descentralização dos serviços, a assistência ao portador de transtornos mentais passou a se constituir em equipamentos denominados “Centro de Atenção Psicossocial” (CAPS), os quais oferecem uma diversificação de recursos, entre eles a atenção diária e inserida na comunidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Os CAPS, dessa forma, tornam-se parte de uma rede de serviços de atenção integral à saúde, os quais objetivam o cuidado em uma concepção ampliada, em que a prevenção, tratamento e reabilitação comportam outros caminhos além do medicamentoso, como a realização de oficinas, atividades laborais, de expressão e integração com a comunidade (BEZERRA JR.; AMARANTE, 1992).

Esta modalidade de atendimento mostrou-se uma alternativa ao cuidado realizado nos hospitais psiquiátricos – recurso assistencial onde a principal crítica recai sobre o encarceramento e isolamento do doente, o que reflete em uma condição alienante e de despersonalização (JÚNIOR, 2002).

Com a perspectiva de integrar o portador de transtornos mentais ao convívio social, a família assume um importante papel para a recuperação da doença mental através de participação ativa por meio de representações em conselhos (TENÓRIO, 2002). Passa a ser vista como onde potencialmente a reabilitação pode ser conquistada. Assim, estudos têm buscado verificar os impactos da doença mental sobre o contexto familiar, bem como as concepções de familiares acerca de suas manifestações (COLVERO et al., 2004; PEREIRA, 2003).

Ainda que muitas pesquisas enfoquem a ação da doença (e do doente) sobre a família, os cuidadores e a convivência dos “normais” com a loucura, alguns estudos passam a inverter essa lógica e priorizam agora o olhar do portador, na sua busca por equilibrar demandas sociais e necessidades decorrentes da doença.

Entre alguns fatores que podem ser considerados para esta mudança de perspectiva, observa-se que cada vez mais as doenças mentais afetam a população em geral (ANDRADE; VIANNA; SILVEIRA, 2006; FIORAVANTI, 2005; FLECK et al., 2002; LIMA, 1999) e com isso pessoas em diferentes condições e momentos de vida podem sucumbir à convivência com o transtorno mental.

Esta crescente demanda acaba por fazer necessária uma diversificação sobre a visão existente do portador de transtorno mental – pensá-lo como também portador de outros papéis sociais além do de paciente.

Seguindo estas mudanças, estudos que evidenciam a relação dos transtornos mentais e as diferenças de gênero dão pistas de como nortear ações preventivas e de tratamento, tendo em vista as particularidades encontradas na incidência e manifestações entre homens e mulheres (ANDRADE; VIANNA; SILVEIRA, 2006).

Pesquisas cujo foco centra-se na questão da saúde e gênero vêm crescendo ao longo dos anos, como mostra Aquino (2006). Em artigo sobre o levantamento dos trabalhos

desenvolvidos nesta temática, a autora mostra que o feminismo no meio acadêmico, aliado a discussões nacionais sobre saúde, reprodução, sexualidade possibilitaram a estruturação da saúde da mulher, que no Brasil fortaleceu-se com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Rennó Jr et al (2005) já mostram a ampliação da assistência à saúde da mulher, com serviços especializados tanto na área de ginecologia e obstetrícia, como na saúde mental da mulher. No primeiro caso pode-se citar o Hospital Pérola Byington, e no segundo o Projeto Pró-Mulher (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, São Paulo), dedicado a atenção à saúde mental da mulher. Apesar de escassos no país e do pouco suporte financeiro que disponibilizam, estes centros são considerados de excelência com relação ao atendimento realizado. O autor conclui: “Há crescente preocupação nesses centros [...] sobre a necessidade de uma maior integração com os serviços dedicados à saúde mental.” (p. 76).

Ainda sobre as questões de gênero e saúde, no meio acadêmico, Aquino (2006) relata: “A primeira tese de doutorado a incluir gênero no título foi defendida em 1992 e propunha sua aplicação no estudo da saúde mental das mulheres, paradoxalmente tema ainda pouco explorado sob esta perspectiva.” (p.125), sendo a saúde mental da mulher um tema emergente mas com poucos estudos brasileiros na área.

Ao abordar a saúde mental feminina e buscar compreender as condições que a determinam, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) considera importante incluir a definição de gênero. As relações de gênero são construções sociais que determinam a posição material e simbólica ocupada pela mulher na sociedade e atinge outros níveis estruturais como: idade, família, educação, trabalho – em suma, as condições de vida disponíveis e seu grau de autonomia sobre as mesmas. Assim, tem sido reforçada a atenção para a discriminação de gênero, pobreza, posição social e várias formas de violência contra a mulher e no que estes aspectos podem acarretar a sua saúde.

A saúde mental da mulher é produto da inter-relação de fatores micro e macro sociais para a promoção de um bem-estar, que contempla aspectos individuais, sociais e ambientais. Os níveis macro (políticas públicas, economia, meio-ambiente, contexto sócio-cultural, suporte da comunidade e social, viabilidade e acesso aos serviços de saúde) e micro (personalidade, comportamento e habilidades pessoais, autonomia sobre a saúde, estressores e eventos de vida) se interpenetram e para se propor medidas que atendam às necessidades desse campo é preciso olhar e trabalhar ambos. Esse mesmo paradigma é aplicado para a promoção da saúde como um todo, o que mostra a imbricada relação presente entre essas questões (OMS, 2000).

Segundo o relatório dessa mesma Organização, estima-se que em 2020 a depressão seja a segunda maior causa de doença no mundo, sendo que as mulheres estarão duas vezes mais suscetíveis do que os homens. Além da depressão atingir mais as mulheres, sabe-se que apresentam maior comorbidade (STEINER, 2005) e se encontram mais vulneráveis a sintomas depressivos e ansiosos no período reprodutivo. Também foi observado que na década de 90, após a depressão, a esquizofrenia foi a segunda maior causa de incapacitação de mulheres e mortalidade prematura (ANDRADE; VIANNA; SILVEIRA, 2006).

A violência e as “auto-agressões” são outros dois riscos estimados, com grande efeito sobre a saúde mental da mulher. A maior vulnerabilidade feminina em relação aos fatores de risco, que podem conduzir a um quadro de doença mental, já se fazem presentes nos atuais índices epidemiológicos (ANDRADE; VIANNA; SILVEIRA, 2006; OMS, 2000).

A esta condição, segundo Tuono et al (2007), pode-se relacionar algumas pesquisas que investigam a possibilidade do transtorno mental como causa básica, ou associada, na mortalidade de mulheres em idade fértil. Em levantamento nacional de óbitos de mulheres em idade fértil para o ano de 2002, encontrou-se similaridade entre a realidade brasileira com a

mundial: o suicídio entre mulheres na faixa de 40 a 49 anos encontra-se associado à depressão ou ao uso de substâncias psicoativas.

Além de se considerar os aspectos micro e macro sociais, também há o fator fisiológico, que coloca a mulher em situação de maior vulnerabilidade em relação aos transtornos mentais. Os hormônios femininos agem na modulação do humor, o que pode explicar em parte a maior incidência de transtornos relacionados a estas alterações – como a depressão e a ansiedade (KINRYS, WYGANT, 2005; JUSTO, CALIL; 2006)

Entre os transtornos os quais podem acometer a mulher ao longo da vida, como sintomas relacionados ao período pré-menstrual, ou à fase da menopausa, destacam-se aqueles manifestos em decorrência do puerpério – quando também entra em cena questões relativas à maternidade.

Algumas das dificuldades em reconhecer (e diagnosticar) transtornos psiquiátricos no período da gravidez/parto/puerpério está em associar os sentimentos disfóricos e de inadequação a um período da vida da mulher em que socialmente se espera a alegria e contentamento pela chegada de um filho.

Em artigo de Camacho et al. (2006) tem-se que os transtornos típicos dessa fase podem ser classificados como: disforia do pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal – que em uma possível escala de gravidade dos sintomas e manifestações, do mais leve ao mais crítico, a disforia apresenta remissão em menor prazo, enquanto a psicose maior gravidade por poder colocar em risco a vida da mãe e da criança.

A *puerperal blues*, ou a disforia pós-parto, apresenta-se poucos dias após o nascimento do bebê e manifesta-se através de choro fácil, labilidade afetiva, comportamento hostil. Sua remissão ocorre em poucas semanas.

Na depressão que ocorre durante a gestação, denominada perinatal, a mãe apresenta o humor deprimido, labilidade afetiva, perda de interesse por atividades cotidianas, sono

excessivo, fadiga, desconforto corporal, entre outras manifestações. Já a depressão pós-parto diferencia-se por ainda a mãe poder ter pensamentos recorrentes de dano ao bebê e maior ansiedade.

A psicose pós-parto pode atingir de 10 a 15% das mulheres no período da amamentação (TUONO et al, 2007) e manifesta-se através de delírios, alucinações, pensamento desorganizado, onde a idéia de causar algum dano ao bebê é um tema recorrente (CAMACHO et al, 2006).

Não apenas os fatores biológicos estão presentes na maior vulnerabilidade da mulher com relação aos transtornos psiquiátricos. Especificamente sobre a depressão pós-parto, algumas condições sobre o contexto de vida dessas mulheres corroboram para o aparecimento desses distúrbios, como menor escolaridade e nível sócio-econômico, stress, baixa auto-estima, suporte social deficitário, gravidez não desejada ou a frustração pelo sexo do bebê (MORAES et al 2006).

Há de se observar que o discurso feminista na academia despertou para a importância sobre um olhar mais acurado sobre a necessidade de se considerar as especificidades pertinentes às questões de gênero. Ademais, possibilitou reconhecer que há manifestações próprias, para homens e mulheres, diante de fenômenos da vida – como a saúde.

No que tange aos estudos sobre saúde mental, mediante o apresentado até então, o transtorno mental possui especificidades conforme o sexo que paulatinamente vem-se constituindo como elementos importantes para diagnóstico e tratamento.

No entanto, apesar desse discurso soar recente para a realidade brasileira, quando se reporta para um percurso histórico dos estudos sobre transtornos mentais no país, tem-se a forte associação da fisiologia feminina – entenda-se: a presença do útero e as fases reprodutivas da mulher ao longo da vida - com a deterioração mental. (VENANCIO, 2004).

Soma-se a essa especificidade, a construção social em torno do comportamento da mulher – mãe zelosa e esposa – em que o desvio desse padrão é onde repousaria a resposta para o enlouquecimento feminino (VASCONCELLOS & VASCONCELLOS, 2007).

Considerar estes fatores apresentados reportam à reflexão sobre o papel social que a mulher vem assumindo ao longo dos séculos e no que revertem para sua identidade social . Principalmente nas últimas décadas, observa-se uma maior sobrecarga das atribuições femininas com contrapartida de recursos escassos na sociedade que possibilitem o enfrentamento dessas tarefas. Assim, pensar a condição da mulher remete não apenas aos conceitos que envolvem particularidades biológicas, mas à complexidade existente na construção social de seu papel e em como se faz presente em seu contexto social.

1.1 A mulher e seu papel social ao longo do tempo

Faz-se importante rever histórica e socialmente como tem sido a inserção do papel da mulher ao longo dos séculos, configuradas as atuais representações sobre o gênero feminino.

A divisão sexual do trabalho, bem como a diferenciação dos papéis do homem e da mulher encontram sua melhor expressão no contexto familiar. Salvo as variações e flexibilizações possíveis, há pontos que são imutáveis. Segundo Durham (1983) não há identificada uma sociedade essencialmente matriarcal, sendo a esfera política e pública pertencente ao âmbito masculino. Quanto às atribuições femininas cabem o cuidado e a socialização inicial das crianças, atividades pertinentes à esfera privada.

Em vista da universalidade desses aspectos nas diferentes sociedades é possível verificar que se trata de uma construção cultural de bases nitidamente biológicas. O longo contato entre a mãe e sua prole, iniciado pela gestação, seguido pela proximidade necessária para a amamentação, pelos cuidados dispensados ao longo de anos, favorecem o

estabelecimento de vínculos que tendem a ser duradouros e concebidos com maior “naturalidade” do que a relação paterna.

As representações atribuídas à mulher sobre sua natural responsabilidade sobre o lar e a criação dos filhos encontram evidências que institucionalizaram esse modo de pensar. Há teorias de enfoques sociais e históricos que consideram o chamado “instinto materno” como decorrência de concepções ideológicas, engendradas a partir da metade do século XVIII na Europa (BADINTER, 1985).

Para serem aceitas, as funções cabíveis à mulher (como aquelas relacionadas ao lar, à maternidade e ao matrimônio) foram transfiguradas em imagens associadas à fragilidade, sensibilidade, emotividade – em contraposição à racionalidade, força e coragem da figura masculina (LUZ, 1982). Assim, cabia à mulher desenvolver as características emocionais e afetivas dos filhos.

Os ideais instalados nesse período mais tarde culminaram na transmissão e prática de novos comportamentos e tinha-se, no fim do século XVIII, a crença de que o amor materno espontâneo sempre se fez presente (BADINTER, 1985).

Já o casamento, até o século XVIII, segundo Moura e Araújo (2004), cumpria mais uma função política e econômica entre famílias do que a expressão do amor do casal – nem mesmo considerado para a união.

A partir deste período, além do ideal de igualdade social, passa-se a valorizar a liberdade de escolha e o mútuo afeto entre os parceiros. Tendo por trás uma ideologia política onde o cidadão é visto como recurso para o crescimento do Estado, a união matrimonial é valorizada pela possibilidade da procriação, em que a maternidade seria uma benção para o casal. Sua prática seria uma expressão plena do amor incondicional da mãe pelos filhos – motivo maior de sua felicidade (BADINTER, 1985).

Como parte da constituição dos Estados Modernos na Europa, o discurso médico e filosófico atrelou ao papel da mulher a função de cuidadora da prole, o que favoreceria a redução da mortalidade entre crianças e conseqüentemente a criação de cidadãos que contribuiriam para o crescimento estatal. Não realizar esta função, conferia enorme culpa à mulher, uma vez que estaria dissonante à norma (MOURA; ARAÚJO, 2004).

A partir do século XIX na Europa, os saberes vigentes tornam-se produtores desses ideais. A mulher passa a ser respeitada socialmente ao tornar-se mãe e pelo bom desempenho de suas tarefas, elevada a uma importância e destaque que antes não lhe eram atribuídas (BADINTER 1985).

No Brasil, o século XX inicia-se com a introdução de novos hábitos nas famílias brasileiras influenciados pela medicina higienista. A prática do aleitamento materno, por exemplo, coloca a mulher como um instrumento que viabiliza essas mudanças. Confinada ao ambiente doméstico, passa a acompanhar mais de perto a família, sua educação, rotina, regras. O cuidado materno dispensado, de desejável, passa a ser visto como “natural”.

Biasoli-Alves (2000) mostra que o discurso da boa formação, dos dotes e prendas necessários para o bom desempenho das tarefas domésticas e da maternidade esteve presente nas gerações de homens e mulheres ao longo do século XX no Brasil. Dessa forma, percebe-se que a valorização desses aspectos estava intimamente relacionada ao *status* ocupado pela mulher em nossa sociedade.

Também nesse período, através da psicanálise, que o amor materno tem reforçado um aspecto árduo para a mulher: a culpa pelos percalços e dissabores vividos pelos filhos. É também quando a família torna-se uma célula social, que diferencia as vivências entre o público e o privado. A formação do núcleo familiar é centralizada pelo amor materno através dos afetos compartilhados. O espaço doméstico, dessa forma, possui forte conotação feminina.

Foram então os especialistas – no início os médicos higienistas, depois os pedagogos, os psiquiatras e mais tarde os psicólogos e psicanalistas – que, através de suas intervenções, contribuíram para a construção de normativas destinadas a regular a vida familiar e individual, as quais passaram a ser seguidas não mais a partir da imposição ou do receio da punição, mas pelo desejo cultivado e orientado de uma vida normal e saudável. (MOURA; ARAÚJO, 2004, p. 48).

Atualmente, tem se acompanhado as transformações as quais a família tem passado pelas últimas décadas em sua constituição, formação, valores e modos de existir, fazendo-se menos rígida e normatizada. Pode-se relacionar tais mudanças aos novos lugares sociais em que a mulher tem ocupado – sem, ainda sim, deixar de exercer seus antigos papéis de mãe e esposa – na sociedade industrializada.

A inserção da mulher no espaço público, através da aquisição da educação e conquista de diversos postos de trabalho, não necessariamente reverteu em equilíbrio de direitos e valorização do espaço feminino. Com isso, ocorre o conhecido efeito da “dupla jornada”, a qual a trabalhadora acumula sua ocupação produtiva com os afazeres domésticos (SCAVONE, 2001). No revés dessa situação, a ocupação de dona-de-casa possui um baixo *status*, uma rotina de monotonia e isolamento social. Ambos os casos, podem ter reflexos negativos sobre a saúde mental da mulher (GASTAL et al., 2006; LUDERMIR, 2000).

A mulher enfrenta uma série de limitações para equilibrar suas múltiplas funções, encontradas no mercado de trabalho e no que diz respeito à conduta social. A mulher divorciada, a mãe solteira, a possibilidade de maior liberdade sexual, a chefe de família – “o desempenho desses papéis não se dá de forma tranqüila e sem conflitos, pelo fato de ser ainda, uma ‘transgressão’ ao antigo modelo de comportamento individual e familiar” (SOARES; CARVALHO, 2003, p.40). Dessa forma, em meio a essa dissonância, ainda punge no ideal feminino a realização de papéis socialmente esperados, como de mãe e esposa, mas que concorrem com desejos de realização profissional e independência financeira.

Aliada a estas questões, o desenvolvimento de tecnologias capazes de se evitar ou postergar a concepção, coloca a mulher frente à possibilidade de escolha sobre o momento em que será mãe.

Em situações onde a mulher encontra-se biologicamente impossibilitada de gerar um filho, ou seja, a escolha de ser mãe não parte dela, mas de recursos médicos tecnológicos para fazê-lo, é que se vê o quanto a identidade feminina ainda encontra-se fortemente ligada a maternidade (BRAGA; AMAZONAS, 2005).

Estes casos podem ser associados, segundo Souza e Ferreira (2005), a níveis mais baixos de auto-estima social entre mulheres não-mães do que aquelas que já tenham filhos, por se tratar a maternidade como inerente a natureza biológica feminina. A ausência desta característica foi associada por essas mulheres (não-mães) a um sentimento de desvalorização social e sensação de portarem um corpo defeituoso – o que interfere na construção de sua identidade como mulher.

A representação de maternidade é amplamente variável conforme a classe social e cultural, que pode estar associada ao desejo de realização pessoal e sentido da vida, a aquisição de um papel mais definido na sociedade, a perpetuação de uma família, entre outros. Por outro lado, as condições estruturais de vida não são determinantes exclusivos para esta escolha, mas dão indícios sobre a possibilidade dessa escolha (SCAVONE, 2001).

Indo além da compreensão sócio-histórica acerca da maternidade, tem-se também que suas repercussões refletem em implicações sobre a dinâmica psíquica e social, como um momento de crise que permite emergir novos papéis (ERICKSON, 1976).

A mulher que se torna mãe e pode reviver a sua história como filha; a família que acomoda um novo membro; a qualidade das relações estabelecidas com o filho e desse com o mundo – esses e outros elementos são concebidos como instrumentos com os quais a

psicologia dialoga e assim contribui grandemente para uma compreensão ampliada dessas questões.

1.2 Elementos para além da Teoria do Apego

Teóricos como Winnicott e Bowlby desenvolveram suas linhas de pensamento baseados na qualidade das relações entre a mãe e seu filho e nas decorrências dessa sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

Para Winnicott, a mãe (ou quem desempenha esse papel), definida como “mãe suficientemente boa”, é capaz de atender às necessidades físicas e psíquicas do bebê e assim fortalecer o seu processo de crescimento. Suas atribuições estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento da criança, sendo mais intensas quando se trata de um bebê e, paulatinamente a seu crescimento, são reduzidas – quando a mãe também pode retomar sua própria vida. Atos como: o estabelecimento de uma rotina, a disponibilidade para a amamentação e alimentação da criança, o contato e a proteção dados pela mãe refletem em uma sensação psíquica de segurança e estabilidade para a criança, dando condições para a promoção de sua saúde física e mental (ARCANGIOLI, 1995).

Bowlby (1995) reforça a importância dos cuidados parentais para a promoção da saúde mental da criança. O desenvolvimento da personalidade da criança encontra-se intimamente relacionado ao tipo de contato que a mãe é capaz de construir nos primeiros anos de vida de seu filho.

O mesmo autor considera que quando a criança vive uma relação materna empobrecida emocionalmente, passando por vivências de rupturas que não favoreceram o estabelecimento da confiança com uma figura central, ela encontra-se em estado de “privação da mãe”.

A relação com a mãe, segundo sua concepção, é a mais importante dos primeiros anos e reflete para as outras relações com o mundo. Cabe à mãe a responsabilidade pelos cuidados vitais (nutrição, higiene, proteção) sendo, portanto, a quem a criança recorre em primeiro lugar. Assim como para Winnicott, para Bowlby, a capacidade de ser uma boa mãe encontra-se atestada nas condições da saúde mental dos filhos e na qualidade da relação (mãe-filho) estabelecida.

Para aprofundar as reflexões a cerca do que é ser mãe (ou a figura materna), Belsky (1984) através do termo *parenting* – que aqui será referido apenas como parentalidade, uma vez que o autor abrange pai e mãe indiferentemente – abarca diversos fatores que constituem no indivíduo o cuidado sobre a sua descendência.

O autor considera que a parentalidade é um processo que se baseia em três determinantes: recursos psicológicos individuais dos pais, características da criança e as fontes de estresse e suporte presentes no contexto em que estão inseridos. Dessa forma, vai-se além dos conceitos até então apresentados, pois demonstra que há múltiplos fatores (inclusive a personalidade da criança) que constroem o jeito dos pais serem pais.

O modelo proposto por Belsky remete a uma interpenetração de fatores em que cada um reflete sobre o outro e assim são constituídas as condições que tornam exclusivo o desempenho da parentalidade. Partindo do casal parental tem-se:

- a personalidade dos pais e a história do desenvolvimento de cada um: a vivência dos pais como filhos e sua história de vida imprimem características sobre a personalidade do indivíduo. É a partir desses recursos pessoais que se dá a construção das relações sociais, seu modo de ser e estar na vida. Isto indica que a história de vida exerce influência sobre o bem estar e o desenvolvimento de uma personalidade saudável e, com isso, o modo como se é (ou virá a ser) pai ou mãe.

- fatores externos que influenciam a relação pais-filho: o casamento, as redes sociais e de trabalho. Esses aspectos são afetados pela personalidade dos pais e, por sua vez, podem ser fontes de bem-estar ou de estresse psíquico. Possibilitam aos pais um suporte emocional e afetivo; a provisão de um apoio instrumental (de recursos físicos, materiais; um ajuste entre a ajuda recebida e a esperada) e o desenvolvimento de habilidades consonantes com as expectativas e parâmetros sociais sobre o desempenho da parentalidade.

Esses fatores podem colaborar ou não para a manutenção e promoção da saúde mental, assim como, o fortalecimento da auto-estima dos pais – condição facilitadora para o desempenho da parentalidade.

- as características da personalidade da criança: o autor aponta que não há uma relação direta estabelecida entre a personalidade da criança e sua interferência sobre o modo como os pais exercem sua parentalidade. É possível, no entanto, concluir que uma relação pais-filho bem ajustada pode interferir no desenvolvimento dessa relação.

Os fatores atuam sobre e em interação com a personalidade dos pais e tem reflexos na forma como exercem a parentalidade e, finalmente, sobre o desenvolvimento de seus filhos. Devido sua múltipla determinação, o autor sugere que a parentalidade é preservada mesmo quando um de seus fatores está isoladamente mais vulnerável. Sua continuidade é mantida através dos recursos psíquicos acionados para o cuidado do (s) filho (s).

Tendo como pano-de-fundo os conceitos de parentalidade e a maternagem, podemos incluir dentre os aspectos citados que podem influenciar suas expressões, as conseqüências referentes ao acometimento de uma enfermidade.

Especificamente olhando a figura materna, devido às representações que reúne no desempenho de seu papel, quando doente ocorre o desequilíbrio no núcleo familiar, que se vê perdendo a sua maior fonte de segurança e união (BORGES, 2003).

As psicopatologias podem igualmente desempenhar um efeito desestabilizador sobre a dinâmica familiar quando a mãe é a pessoa portadora do transtorno mental. Ademais, os distúrbios psíquicos, que em si carregam inúmeras representações estigmatizantes, atingem sobretudo a qualidade das relações afetivas e, conseqüentemente, as familiares.

Mian (2003), em estudo realizado com crianças que convivem com mães portadoras de depressão, mostrou que a doença pode alterar o contato estabelecido com os filhos. Essas mães perceberam dificuldades em cuidar e se envolver com o cotidiano da criança. O suporte familiar mostrou-se como principal recurso para essas mulheres.

A mãe com transtorno mental ainda pode oferecer condições menos adequadas para o desenvolvimento da criança, como se tem observado em diversos estudos que associam a doença mental materna com os níveis de desenvolvimento dos filhos. Em grande parte desses trabalhos elege-se a depressão como transtorno mental alvo.

Por outro lado, quando se verifica os fatores que constituem a parentalidade segundo Belsky, pode-se considerar que essas mães podem lançar mão de outros elementos que lhe garantam o exercício de sua maternidade/parentalidade – além da exclusiva qualidade da relação mãe-filho.

Ao focar primordialmente essa relação, psicologia tem-se comprometido em seus estudos com o reforço dos ideais maternos, ou seja, da mulher-mãe que encontra-se plenamente conectada com a criação de sua prole o que assim assegura lhe igualmente um desenvolvimento saudável. No entanto, mostra-se estanque nesses padrões ao não incluir (ou não observar) a presença dos demais fatores que constituem a capacidade de mães serem mães, como apresenta Jay Belsky.

Desse modo, o olhar do pesquisador encontra-se “acostumado” a buscar respostas para perguntas que irão apresentar à sociedade que a relação mãe-filho é primordial para o

desenvolvimento da criança, reforçando a culpa lançada pela psicanálise nos primórdios do século XX.

Estudos com um enfoque diferenciado sobre essa questão como o desenvolvido por Sands (1995), mostram que a maternidade para portadoras de transtorno mental representa uma experiência normalizadora da vida adulta, a aquisição de um papel social e condução a uma postura diferenciada frente à vida.

Em estudo realizado com mães portadoras de distúrbio mental que viviam com os filhos em abrigos mantidos por programas de reabilitação, foi visto que lidam com a iminente possibilidade da perda da guarda de seu (s) filho (s) devido a negligência, incapacidade para o cuidar ou abuso de substâncias.

Segundo Nicholson et al. (1998a; 2001), devido ao estigma associado à doença mental, a maternidade para essas mulheres é motivo de questionamento pessoal e social, quanto à capacidade em desempenhar os papéis a ela reservados. Buscam discernir até que ponto lidam com o estresse decorrente dos sintomas de sua doença ou das dificuldades da relação mãe-filho.

As necessidades da criança, frente às necessidades dessas mães com suas doenças, são vistas como desafios em que ambas requerem atenção e cuidado. A forma como essas mulheres enfrentam suas limitações pode ser compreendida à luz das histórias de suas famílias, que podem conter experiências de mortes violentas, abuso de substâncias (por pais ou marido), conflitos ou o fato de serem adotivas (SANDS, 1995).

Contudo se faz necessário uma ressalva com relação ao aspecto citado da história de adoção na vida dessas mulheres. Importante ressaltar que se trata de um fator observado para o estudo desenvolvido por Sands, o que não deve ser tomado como uma generalização, uma vez que inúmeros fatores são preditivos para o sucesso de uma adoção – e conseqüentemente dar indícios de uma boa saúde mental para pais e criança.

Com relação à rede de apoio e suporte familiar, a família pode tanto reforçar para essas mães a sua dificuldade em cuidar de seu filho, quanto ser de extrema importância ao oferecer um suporte que garanta condições para o bem-estar de ambos (BELSKY, 1984; NICHOLSON et al. 1998b; 2001). Com isso, torna-se relevante o conhecimento dos recursos para suporte presentes no âmbito familiar, assim como os recursos pessoais e suas expectativas como mãe, para uma melhor adaptação do serviço de reabilitação de saúde mental a sua clientela.

Dessa forma, como inicialmente apontado, os fatores micro sociais interferem diretamente no delineamento de estratégias a partir das condições macro sociais – envolvendo o contexto social e econômico, relações sociais, culturais, políticas públicas de acesso a serviços. Assim, para não se incorrer no risco de tornar reducionista a concepção do transtorno mental materno como condição fundante para filhos com maior suscetibilidade a dificuldades escolares, ou ao desenvolvimento de transtornos mentais futuros, faz-se necessário também considerar os demais elementos que compõem o contexto da manifestação do transtorno.

No esteio do que Belsky apresenta como elementos constitutivos da parentalidade aliado ao conceito de saúde apresentado pela OMS é então que se pode incluir outros fatores que podem favorecer as condições de vida dessas famílias para lidarem com o transtorno mental materno, como por exemplo a capacidade do serviço de saúde em abarcar essa demanda e sua especificidade.

Mowbray, Nicholson & Bellamy (2003) relatam que um serviço de reabilitação psicossocial ao definir suas frentes de atuação necessita considerar as diferenças de gênero de seus usuários.

Observam que um atendimento efetivo a mulheres portadoras de transtorno mental requer a inclusão dos seguintes elementos para atender as especificidades desse público: o

diagnóstico, devido à maior vulnerabilidade entre as mulheres ao desenvolvimento de alguns tipos específicos de transtornos mentais; o abuso de substâncias, relativo ao padrão diferenciado de etiologia e uso; a vitimização, presente em história pregressa ou relações conjugais onde ocorre o abuso sexual dessas mulheres; os problemas físicos de saúde decorrentes do uso de medicação, bem como as conseqüências limitantes que estes medicamentos podem gerar; e a receptividade do serviço, ao atentar para os diversos papéis sociais desempenhados pelas mulheres como membros de uma família, mães, esposas.

Para que os serviços de reabilitação psicossocial possam cumprir com seu objetivo e com a demanda de sua clientela é preciso observar as expectativas, desejos e possibilidades vividas em função das diferenças de gênero.

Sands (1995), em seu estudo, mostra que o programa de reabilitação psicossocial não abordava adequadamente a maternidade junto a sua clientela, uma vez que essas mães não reconheciam precisar de ajuda, apesar das dificuldades enfrentadas para o cuidado e a criação de seus filhos. Assim, mostrou-se necessário a proposta de objetivos que sejam comuns aos interesses de sua clientela, para cobrir uma lacuna existente entre o que se anseia e as necessidades atendidas.

Feitas essas considerações, foi observado que a literatura nacional ainda pouco explorou tais questões, e que o portador de transtorno mental ocupa, muitas vezes, apenas o lugar de quem recebe os cuidados de outrem: serviços, família, medicamentos. Os olhares ainda pouco se voltam para essas pessoas doentes mentais como também portadoras de particularidades e que podem ocupar lugares diversificados na sociedade.

1.3 Justificativa

Tendo em vista a complexidade do fenômeno da maternidade (e do *parentig*), da doença mental e em como esses fatores se relacionam, este trabalho justifica-se para que se possa lançar luz sobre essas questões. Questiona-se o que é a maternidade para aquelas que portam um transtorno mental; como vivenciam esse papel, quais seriam as dificuldades, as limitações percebidas para serem mães e na sua relação com seu (s) filho (s).

Posto que os recursos que dispõem para o exercício de sua maternidade fazem-se em níveis micro e macro sociais, para que se possa acessar esse segundo nível, questiona-se quais seriam recursos e suportes dos serviços de saúde disponíveis para esse público – para o fortalecimento do exercício de sua maternidade frente a peculiaridade da vivência do transtorno mental.

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo conhecer, através de seus relatos, como mulheres portadoras de transtorno mental vivenciam a maternidade e se vêem como mães.

3. METODOLOGIA

3.1 Aporte Teórico

Segundo Biasolli-Alves (1998) a escolha de uma estratégia para o desenvolvimento de uma pesquisa precisa corresponder aos objetivos propostos e a adequação, frente ao objeto do estudo. Dessa forma, viabiliza-se uma relação onde o que se coloca em cheque é: se o caminho percorrido para se atingir um novo saber foi aquele que pôde suscitar respostas e reflexões aos questionamentos iniciais desencadeadores. Assim, percebe-se outro significado para o conceito de cientificidade, posto que diferentes meios, além dos propostos pelas ciências naturais, podem conduzir e se firmarem como método de pesquisa.

Também para a autora, a escolha dos elementos objetos da ciência está intimamente relacionada ao contexto histórico e cultural da sociedade que a produz, que apontam quais os valores e formas de entender os fenômenos que são predominantes. Ou seja, um mesmo objeto pode sofrer diferentes abordagens ao longo da história científica, em função dos valores e saberes de uma época, assim como, a própria função com a qual a ciência cumpre e corresponde.

Brunner (2001) aborda a ciência como expressão de um modo de pensamento, como narrativa que se presta a organizar a experiência humana, ao atribuir-lhe significados e sentidos. Tal atribuição se dá através do processo narrativo, que contém em sua estrutura uma relação que se estabelece entre as partes e o todo. Os eventos narrados são significativos a partir de um contexto histórico, que por sua vez, é construído na relação estabelecida entre diferentes ocorrências e fatos.

Esta perseguição em círculos entre as partes e o todo leva o nome formidável de 'círculo hermenêutico', e é ele que faz com que as histórias fiquem sujeitas à interpretação, e não à explicação. Você não pode explicar uma história; tudo o que pode fazer é dar a ela várias interpretações. (BRUNNER, 2001, p. 119).

A história – diferentemente das ciências naturais, capaz de se realizar como ciência através do teste de uma hipótese ou da congruência de sua lógica – se refere aos homens e, por isso, perpassada por atos intencionais como crenças, desejos, valores, e não por leis físicas ou regras matemáticas (BRUNNER, 2001; SANTOS, 1998).

A própria história da ciência demonstra o esforço realizado por pesquisadores para dar conta da natureza através de modelos explicativos, que também pode ser entendido como o esforço de enquadrar a natureza naquilo que pode ser explicável para aquele contexto. Para tanto, a narrativa construída tece as compreensões sobre os fenômenos estudados, aproximando a ciência da vida: “o processo de fazer ciência é narrativo” (BRUNNER, 2001, p.123).

O enquadre científico da realidade social, precedido pelo modelo Positivista, foi concebido pela aproximação com o empirismo das ciências naturais. Para Santos (1998) haveria duas vertentes nas origens das ciências sociais: a primeira refere-se ao enquadre dos fenômenos sociais aos modelos de estudo da natureza. A segunda, a qual apenas pôde adquirir maior visibilidade em um momento posterior das correntes de pensamento, diz respeito a conquista de constructos epistemológicos que pudessem evidenciar a especificidade humana frente a natureza.

A partir desse entendimento, tem-se que as ciências sociais possuem como atribuição a compreensão da ação humana, onde a inclusão do subjetivo e dos significados sociais possibilitam conhecer os fenômenos realizados pelo homem. Max Weber fundamentou os princípios da corrente compreensivista ao considerar que os fenômenos sociais diferenciam-se dos naturais quando se observa a intencionalidade e o significado nos mesmos. Dessa forma, a intersubjetividade e as relações sociais produzem significados, que ao mesmo tempo em que as modificam também são modificados (MINAYO, 1994).

O estudo proposto seguirá uma metodologia qualitativa, tendo em vista seu objetivo, o qual propõe conhecer como mães com transtornos mentais vivenciam sua maternidade.

Na pesquisa qualitativa não há passos que sejam rigidamente seguidos pois seu maior mérito está na ação que o objeto de estudo pode exercer sobre o pesquisador e vice-versa (GOLDENBERG, 1997). A participação do pesquisador está além da execução da pesquisa e de uma suposta neutralidade, pois as definições do estudo são pautadas em suas preferências e decisões advindas de diferentes motivações.

Por ser a pesquisadora psicóloga por formação, acredita ser necessário contextualizar brevemente a incursão da psicologia na sua busca para firmar-se como ciência e no lugar que ocupa em função de seu objeto de estudo. Isto permitirá ao leitor uma melhor compreensão sobre as opções metodológicas desta pesquisa, visto que trata-se de conhecer a vivência específica de um grupo – mães com transtornos mentais.

Figueiredo (1994) traz que a interdisciplinaridade do objeto da psicologia – o comportamento humano – coloca-se como um complicador para a sua constituição como ciência. Isto se deve porque outros campos do saber (como a filosofia, a medicina e as ciências da sociedade) também se debruçam sobre este mesmo objeto, o que inviabiliza a sua definição como exclusivo à psicologia. No entanto, esta se faz pelas interfaces com outras disciplinas – biológicas e sociais – que contribuem para que sua constituição seja diversa, capaz de abarcar enfoques múltiplos.

O desenvolvimento da ciência moderna se deu com base no preceito da objetividade, sendo necessária uma postura de neutralidade para poder estar em contato com a natureza. A partir desse esforço em “*disciplinar a mente*”, tornam-se emergentes as diferenças e as individualidades, em que o exercício da objetividade remete ao reconhecimento da subjetividade do próprio cientista (FIGUEIREDO, 1994, p.35). Ainda sob a égide desse

modelo, o estudo da subjetividade inicia-se quando o ser humano de pesquisador torna-se, ao mesmo tempo, objeto de estudo.

A psicologia como ciência inicia-se então delimitada pelo empirismo das ciências naturais e, nessa condição, busca seu espaço no meio científico. Frente à valorização dos métodos empregados para o conhecimento da natureza, seus primeiros passos se dão nos laboratórios, com estudos experimentais sobre o comportamento humano. A metodologia que se desenvolveu buscou corresponder aos anseios da cientificidade, sendo empregada a experimentação, a manipulação de variáveis, o uso de animais como sujeitos, a observação (BIASOLLI-ALVES, 1998).

Retomando Brunner (2001) a respeito das narrativas da ciência, o autor faz uso de um evento ocorrido com Niels Bohr sobre como chegou ao conceito de complementaridade na física. Conta que certa vez, seu filho havia roubado um pequeno objeto de um armarinho e que dias mais tarde, com muita culpa, confessou ao pai seu delito. Bohr ficou dividido entre a obrigação de lhe chamar a atenção pelo que fez e a comoção por sua postura moral. Ficou consternado com a impossibilidade de pensar seu papel como pai, na condição daquele que tem amor ao filho, ao mesmo tempo sendo necessário agir com justiça sobre sua conduta. Vivenciando essa situação percebeu que certos estados da mente não ocorrem concomitantemente, da mesma forma que não é possível enxergar em um jogo de figura-fundo da Gestalt, as duas possibilidades ao mesmo tempo. Este acontecimento, alguns dias depois, foi elaborado à luz de seus conhecimentos sobre a física: Bohr traz que uma mesma partícula encontra-se apenas em uma única condição por vez, não podendo estar estática em uma posição e em movimento, sem uma posição específica, ao mesmo tempo.

O relato dessa passagem tem como objetivo colaborar sobre a reflexão de como a narrativa sobre a ciência pode conduzir a diferentes compreensões. Tal evento poderia, e

pode, gerar outras conclusões e entendimentos mediante a qual leitura será feita pelo pesquisador.

Feita a opção pela pesquisa qualitativa e considerando-se que a psicologia também se encontra constituída pelas ciências sociais, em vista à necessidade de se encontrar um posicionamento teórico que desse conta dos objetivos da pesquisa, este estudo será pautado pelo Interacionismo Simbólico – apresentado a seguir.

3.2. O Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico

Para fins de melhor compreensão sobre a concepção metodológica deste trabalho, vale relatar brevemente sobre as escolhas que melhor dariam conta do fenômeno estudado.

Tendo o interesse em saber como é a maternidade de mães com transtornos mentais, elaborou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, que após estudo piloto, foi aplicado a uma amostra de conveniência de 20 mães.

Sem deixar de ir à busca desta resposta, é que se chegou à Teoria Fundamentada em Dados (termo original: *Grounded Theory*), a qual fez sentido para as necessidades identificadas neste percurso.

Conhecendo um pouco mais sobre este referencial teórico metodológico, chegou-se a sua origem, corrente de pensamento que transita entre a psicologia social e a sociologia, denominada “Interacionismo Simbólico”.

Quais seriam então seus fundamentos? Por que “Interacionismo”? Por que “Simbólico”?

Abre-se às respostas que virão com a seguinte ponderação feita por Charon (1989): O Interacionismo Simbólico é uma perspectiva da psicologia social, cuja unidade de estudo é a interação entre as pessoas. Dessa forma, pode-se então aprofundar no que estes termos representam.

A interação entre as pessoas desencadeia um processo dinâmico de mudança individual e social. Ao interagir, o indivíduo transmite algo ao outro, percebe, interpreta e novamente age. Assim, tem-se uma concepção de um ser humano dinâmico, que não está à mercê de condições externas ou internas para fazer-se presente no mundo.

Um segundo ponto relevante sobre a interação é de que a ação acontece no presente, ela se dá em função do agora. O que se faz em determinada situação é resultado daquela situação, naquele momento – e não um dado trazido do passado. Isto não quer dizer que se trata de uma ação desconectada de uma história prévia, mas sim de que o indivíduo não fica ao arbítrio de seu passado, como se este possuísse uma capacidade de ação independente. O passado é “convocado” ao presente, se isto faz sentido para o indivíduo naquela situação.

Outra idéia apresentada por Charon (1989), diz que a interação ocorre em dois níveis: externa e internamente, ou seja, não só se interage com um outro, como isso também ocorre consigo mesmo. Estas interações concomitantes são respostas mediadas pelo olhar que define o mundo para a pessoa. Daí ser um processo externo e interno, uma vez que evoca uma visão particular de mundo e da situação em curso (interação interna) que resulta em ações com o outro (interação externa).

Em uma tradução livre da obra de Charon, tem-se que: “Nós agimos de acordo com o modo com que nós definimos a situação em que estamos, e o quanto essa definição pode ser influenciada pelos outros com quem interagimos, também é um resultado de nossa definição.” (p. 23).

Já a ação humana é vista pelo Interacionismo Simbólico de forma mais imprevisível que outras perspectivas da psicologia e da sociologia. Partindo-se da proposição anterior (definição particular sobre a vida e sobre a situação em si) o indivíduo avalia a si e ao outro, faz as escolhas para agir e se direcionar de acordo com as mesmas.

Isto leva ao conceito de perspectiva – ou comumente dito “ponto de vista”. A perspectiva é própria da interação e é compartilhada na mesma. É como irá se definir a interao.

A perspectiva também se define através dos muitos papéis atuados pelo indivíduo, assim como, se define através das muitas outras pessoas com quem interage – pois isto possibilita muitos “pontos de vista”.

Esquemáticamente, poderia ser assim representado:

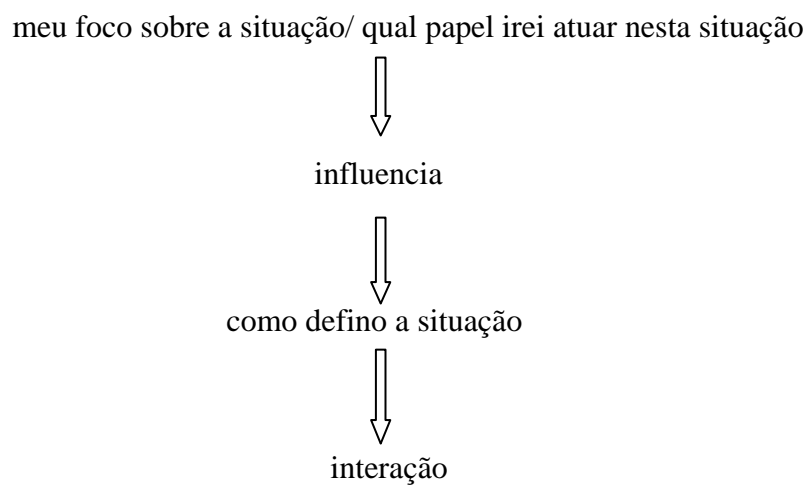


Figura 1: Representao do termo “perspectiva” para a pesquisa em questão.

Sobre a questão dos papéis atuados e o foco dado para aquela situao considera-se que estes papéis não se fazem presentes todos ao mesmo tempo, mas são eleitos a partir da definio da situao.

Reportando  pesquisa em questão,  possível fazer a seguinte reflexão:

Situao: maternidade
Possíveis papéis: mulher, mãe, portadora de transtorno mental
Qual perspectiva utilizada para definir a situao?

Quadro 1 – Representao sobre os papéis atuados na interao, com foco no tema da pesquisa.

Agora que alguns pontos foram esclarecidos acerca da interação (daí o termo “Interacionismo”) faz-se necessário abordar a questão do “Simbólico”.

Conforme relatado, a interação entre as pessoas parte de suas perspectivas particulares que definem a situação.

A interpretação de si e da ação do outro gera significados. No Interacionismo Simbólico, dá-se o nome de objeto social a tudo aquilo que é interpretado pelo ser humano. Incluem-se aí objetos físicos (cadeira, mesa, pente...), social (mãe, estudante, artista...) e abstratos (princípios, leis, etc) – todos considerados objetos sociais, porque seus conceitos e significados são aprendidos no contato com o outro. Ou seja, o significado de um objeto não é intrínseco ao mesmo, mas atribuído socialmente (BLUMMER, 1969).

Quanto à natureza de um objeto (física, social, abstrato) esta

consiste no significado que tem para a pessoa para quem é esse objeto. Este significado mostra como ele vê o objeto, como ele está preparado para agir frente a ele e como ele (*o indivíduo*) está preparado para falar do objeto. (BLUMMER, 1969, p.11, grifo nosso).

Mais uma vez, ao fazer a reflexão sobre esta pesquisa, pode-se considerar que sua busca está em descobrir o significado da maternidade para essas mães – posto que a maternidade em si não possua um significado intrínseco. Conhecer como elas falam e agem frente a este objeto. O significado seria então um produto social formado pela interação.

Charon (1989) mostra que alguns objetos sociais são símbolos, outros não. O desenho de um raio pode ser o símbolo de alta tensão, por exemplo. Assim, tem-se que o que antes era apenas um raio pode então significar algo além (alta tensão).

Da mesma forma são as ações humanas “como representando algo mais do que é imediatamente percebido.” (CHARON, 1989, p.40), isto é: interpretado internamente, onde os significados dessa ação são revistos e usados como instrumento para a ação de resposta.

Segundo Blumer (1969), a interação se dá de duas maneiras:

- interação não simbólica: quando ocorre uma resposta automática a uma expressão do outro; essa resposta, no entanto, pauta-se no nível simbólico que dá o significado à interação desse outro;

- interação simbólica: a interação se dá através da interpretação da ação, a qual possui um significado comum para quem a realiza e para quem é direcionada.

Considera-se, portanto, que, na verdade, a interação somente se faz possível no nível simbólico, em que os significados são compartilhados entre aquele que comunica e a quem é direcionada essa comunicação. A interação social, mais do que trazer seus significados, forma as atitudes e ações humanas, quando ocorre um ajuste entre as ações, as quais podem ser revistas, mantidas ou intensificadas no contato com o outro.

Com as noções até aqui sucintamente relatadas, pode-se compreender outros conceitos importantes para o Interacionismo Simbólico, que também são relevantes para este estudo.

Um deles diz respeito ao “self”, que se trata da pessoa em si como objeto social – que como os demais, também é construído em interação e por isso sujeito a mudanças. Entender a si mesmo implica em distanciar-se do próprio “self” e interagir consigo como se fosse uma pessoa a mais para acontecer a interação. Assim é possível ao indivíduo julgar a si próprio como julga aos outros. A partir do momento em que se consegue olhar para o próprio self de maneira objetiva, isto quer dizer que o indivíduo foi capaz de tomar o papel do outro – ou seja, olhar para si mesmo com a perspectiva de outra pessoa.

Eis aí outro aspecto do Interacionismo Simbólico: na interação, as pessoas se fazem entender quando são capazes de assumir o papel do outro. Isto quer dizer que ao olhar pela perspectiva da outra pessoa, o indivíduo é capaz de transmitir o significado de sua ação e de poder compartilhar de significados comuns.

Os significados só são passíveis de serem compartilhados, quando sua importância está presente para todos os envolvidos na interação.

Finaliza-se, assim, a explanação apresentando as três premissas da natureza do Interacionismo Simbólico, segundo Blumer (1969):

- 1) seres humanos agem em direção às coisas baseados nos significados que as coisas têm para ele [...];
- 2) O significado dessas coisas derivam ou surgem do interacionismo social que se tem um com os outros [...];
- 3) Os significados são manipulados e modificados por um processo interpretativo usado pela pessoa para lidar com as coisas que encontra. (p. 2).

Tendo estas premissas em mente e ante ao que foi apresentado, espera-se ter feito entender o que é o Interacionismo Simbólico e sua relação com a proposta desta pesquisa.

Conforme anteriormente exposto, este referencial teórico pôde dar os caminhos para fazer acontecer este estudo, visto que a questão do significado da maternidade para as mulheres portadoras de transtorno mental está sendo o foco da interação dos *selves*: as mães e a pesquisadora.

Apresenta-se na seqüência a proposta da Teoria Fundamentada em Dados (termo em português para *Grounded Theory*) que oferece sistematização ao referencial teórico exposto.

3.3. O Referencial Metodológico da Teoria Fundamentada em Dados (ou *Grounded Theory*)

O desenvolvimento desta teoria foi feito por dois sociólogos: B.G. Glaser e A.L. Strauss, este diretamente influenciado pelo Interacionismo Simbólico.

Trata-se de “[...] um processo sistemático de coleta e análise de dados qualitativos [...]” (CHENITZ; SWANSON, 1986¹, apud Almeida, 1997, p. 17), que permite abranger a experiência do sujeito no fenômeno estudado, por meio das interações humanas existentes, trocas simbólicas e significados para a interação.

¹ CHENITZ, W.C.; SWANSON, J.M. **From practice to grounded theory**. New York: Addison-Weslwy Pub. Co, 1986.

Além disso, a aplicação de sua sistematização para o conhecimento dos processos humanos de interação possibilita a construção de teorias acerca do objeto “com base nos dados investigados, ao invés de testar uma teoria já existente.” (MIASSO, 2006, p. 49).

Assim, a cena social do fenômeno pesquisado (principalmente quando se trata de uma realidade específica como a que se refere esse estudo) quando observada pelas lentes da Teoria Fundamentada em Dados pode gerar a elaboração de conceitos teóricos capazes de interpretar a ação em seu contexto, a partir da perspectiva dos participantes.

O pesquisador assume uma postura investigativa, que propõe relacionar os dados encontrados e também modificar a sua coleta se assim os próprios dados apontarem para esta necessidade. Caberá também “descobrir os processos dominantes” (ALMEIDA, 1997, p. 18) significativos ao objeto de estudo, em detrimento de ater-se à descrição da unidade investigada, ou seja, não restringir-se a demonstrar o “o quê”, mas o “como” do fenômeno em estudo.

Os significados apresentados pelos entrevistados participantes na realidade em que o pesquisador faz contato, quando relacionados entre si, possibilitam a formação de uma teoria denominada conceitual, explicativa do fenômeno analisado.

Dessa forma, este processo de fazer pesquisa alia tanto o método dedutivo, quanto o método indutivo. Segundo Cassiani, Caliri e Pelá (1996):

Tem ainda, características indutivas, é gradualmente construída ou emerge após a coleta dos dados ter iniciado. O trabalho dedutivo é usado para derivar dos códigos iniciais, indutivos, as diretrizes conceituais ou hipóteses, a fim de amostrar mais dados para gerar a teoria. (p. 79).

Visto que não há uma teoria a ser testada, pode-se dizer que há um foco de interesse por parte do pesquisador. Há uma questão norteadora que não é de antemão definida, isso se dará ao longo do contato com o fenômeno, sua geração e análise.

Tendo esta condição em mente e para que a pesquisa possa fluir de forma indutiva, a proposta da Teoria Fundamentada em Dados, sugere algumas posturas que são esperadas do pesquisador tendo em vista a importância de se captar um objeto complexo, como é o cotidiano humano e suas relações.

Miasso (2006) destaca na obra de Glasser, 1978, um conceito importante para esta fundamentação que é a Sensibilidade Teórica, a qual consiste nada mais que a própria sensibilidade para quem faz a pesquisa ante ao fenômeno estudado. Como uma característica pessoal, isto dá condições para a formação de relações entre os dados, a percepção de seus significados nem sempre explícitos, a proximidade necessária para que o pesquisador possa “assumir o papel do outro” – o participante – com o uso de um termo do Interacionismo Simbólico para fazer compreensível este conceito. Isto pode ser desenvolvido através do contato com a literatura da área em estudo, que dará algumas noções dedutivas para o contato com o contexto da pesquisa.

Entretanto, questiona-se qual a influência do pesquisador, o qual lhe cabe realizar a interpretação das interações e também dos significados compartilhados, nessa realidade, considerando que também está em interação e em busca de compartilhar seus símbolos com esses participantes. Percebe-se que há interações de contextos (o contexto da pesquisa com o contexto o qual pertence o objeto de estudo) em que não se faz possível descartar para a estruturação da pesquisa essa ocorrência, mas reconhecê-la e apontar sua presença para o fenômeno.

Outra importante consideração salientada pela autora, com base na mesma obra, diz respeito à estruturação da amostra trabalhada, denominada Amostragem Teórica. Trata-se da coleta em si, em sua codificação e análise.

A cada passo da coleta o pesquisador deve estar atento para captar dos entrevistados as categorias emergentes, que nortearão a obtenção, codificação e análise de seus dados. Isto

implicará no processo de saturação teórica desses dados, momento quando a coleta pode ser finalizada. “O objetivo da amostragem teórica é evidenciar eventos que sejam indicativos de categorias, e não de pessoas” (MIASSO, 2006, p. 52), ao que então se valoriza a saturação pelo aspecto da qualidade dos dados e o que podem oferecer para a compreensão do fenômeno – e não em restringir seus esforços para atingir um número significativo (no sentido estatístico) de participantes.

Serão apresentadas nas próximas páginas como se deu a sistematização dessa pesquisa em termos da caracterização de seus participantes, os locais onde foi realizada a coleta dos dados, os instrumentos utilizados, aspectos éticos e qual o tratamento dispensado para estas informações obtidas sob a perspectiva da *Grounded Theory*.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Sujeitos

Foram definidos como participantes desse estudo mães portadoras de transtornos mentais e os profissionais de saúde, inseridos no serviço de atendimento a essas mães.

Foram definidos os seguintes critérios para a formação do grupo de mães participantes da pesquisa: mulheres portadoras de qualquer tipo de transtorno mental, há mais de um ano, que tivessem ao menos um filho na faixa etária dos sete (7) aos doze (12) anos de idade, que fossem usuárias de um serviço público de atendimento ambulatorial em saúde mental, da cidade de Ribeirão Preto (SP), que residissem neste município, mais precisamente no Distrito Norte – subdivisão territorial elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – compreendidos por: 1 Centro de Saúde Escola, 5 Unidades de Saúde, 1 Unidade Básica Distrital de Saúde e 2 Unidades de Saúde da Família. Jardim Aeroporto, Marincek, Quintino Facci I e II, Ribeirão Verde, Simioni, Valentina Figueiredo e Vila Mariana.

A escolha por esta distrital foi em razão de já haver um contato anterior com as Unidades de Saúde dessa região, bem como, o conhecimento de parte da área que a compõe. Este contato prévio se deu ao longo do segundo semestre de 2004, em que a pesquisadora, como docente colaboradora de uma disciplina estágio, para um curso superior da cidade, realizou com os alunos o diagnóstico de saúde do local, bem como outras atividades de reconhecimento dos bairros.

Nesse primeiro grupo, não se tomou como recorte a idade e o tipo de transtorno dessas mulheres, pois se entende que a diversidade das vivências possibilitou dados capazes de retratar a complexidade do fenômeno estudado. Com relação ao tempo de incidência do transtorno (acima de 1 ano), tem-se que a portadora-mãe nesse período, já familiarizou-se

com as intercorrências de sua psicopatologia e pôde manter sua vida em andamento, apesar das mesmas.

A respeito da idade de corte do (s) filho (s), passada a fase dos primeiros anos em que a criança requer muito da atenção e cuidados, a mãe pode estar em condições de refletir a sua trajetória e sua maternidade em exercício nesse período. Ainda que haja outras demandas pertinentes a cada etapa do desenvolvimento, a criança paulatinamente torna-se menos dependente da mãe. Dessa forma, não se tomou como prioridade os aspectos do desenvolvimento da criança, o que deu espaço para a maternidade e o ser mãe (como função e papel, respectivamente) vivenciado por essas mulheres portadoras de transtorno mental.

Também foi adotado, como critério, a residência no Distrito Norte (assim denominado segundo a própria Secretaria da Saúde) de Ribeirão Preto e estar sendo acompanhada pelo serviço público de atendimento ambulatorial em saúde mental do município.

Com relação ao número de participantes, a proposta inicial foi de completar o primeiro grupo com 20 entrevistas e utilizar a análise de conteúdo como referencial metodológico. Considerou-se também, que à medida que ocorresse a análise dos dados é que de fato seria obtido o número de participantes que correspondesse à riqueza e valorização dos aspectos singulares do objeto de estudo, devido ao efeito de saturação.

A saturação dos dados representa segundo apontam Fontanella, Ricas e Turato (2008) “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.” (pg 17).

A opção por adotar o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico, e a Teoria Fundamentada em Dados, como referencial metodológico, ocorreram após o contato com alguns trabalhos que fizeram uso desses referenciais e o estudo dos mesmos. Somente então

se obteve condições de identificar a adequação desses referenciais frente ao objetivo dessa pesquisa.

Ressalta-se que a Teoria Fundamentada em Dados não define previamente qual o “n” irá corresponder à constituição do grupo de participantes para as entrevistas, tendo em vista que o que deve ser levado em consideração é a representatividade com que irá espelhar o contexto de estudo (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008).

Desse modo, conforme anteriormente exposto, foram realizadas 20 entrevistas, que no decorrer das análises realizadas, totalizaram um grupo de dez participantes na constituição dos resultados.

Para preservar a identidade dessas mulheres, estarão identificadas ao longo da pesquisa apenas com a letra “M” e o número em seqüência de sua apresentação.

Apresenta-se a seguir, o Quadro 2 onde se encontra a caracterização dos participantes do estudo.

<i>Mãe</i>	<i>Idade</i>	<i>Instrução</i>	<i>Filhos</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Diagn.</i>	<i>Tratamento (anos)</i>
<i>M1</i>	33	2°. In.	3 (9,12,13)	Casada	Do lar	F 41	5 anos
<i>M2</i>	36	2°. G	2 (10,13)	Solteira	Autônoma	F 25.2	5 anos
<i>M3</i>	31	5ª série	2 (14,7)	Solteira	Prestadora de serviços	F 41.9+ 61.9	5 anos
<i>M4</i>	31	2°. Inc.	2 (6,8)	Amasiada	Doméstica	F 32+ 41.2	5 anos
<i>M5</i>	42	1°. G	2 (12,22)	Casada	Afastada	F 60.3+32. 3	2 anos
<i>M6</i>	35	1°. G	3 (17,15,12)	Casada	Doméstica	F 33.1	1 ano
<i>M7</i>	26	2°. Inc.	2 (8, 6)	Casada	Do lar	F 41+32	1 ano
<i>M8</i>	34	1°. G	2 (14,12)	Casada	Manicure	F 34.1	2 anos
<i>M9</i>	29	8ª. Série	4 (10, 8, 8, 4)	Separada	Cabelereira	F 32.1	2 anos
<i>M10</i>	46	----	3 (26,24,7)	Casada	Do lar	F 33.2	8 anos
<i>M11</i>	35	----	2 (11,14)	Casada	Doméstica	F 40.2	5 anos
<i>M12</i>	36	1°. Inc.	4 (15,12,6,4)	Casada	Do lar	F 20.9	1 ano
<i>M13</i>	35	4ª. Série	5 (18, 15, 13, 9, 2)	Amasiada	Do lar	F 20	5 anos
<i>M14</i>	37	2°. G	3 (16,13,11)	Casada	Afastada	F 34.1	2 anos
<i>M15</i>	43	4ª.série	2 (12,19)	Separada	Do lar	F 60.3	1,5 ano
<i>M16</i>	34	2°.g	1 (10)	Separada	Operária	F 34.1 +41/ 41.2	7 anos
<i>M17</i>	34	7ª.série	3 (16,10,5)	Casada	Afastada	F 25	3 anos
<i>M18</i>	38	7ª.série	4 (20,17,9,3)	Amasiada	Operária	F 20	5 anos
<i>M19</i>	32	1°.g	3 (15,12,6)	Casada	Do lar	F 12.06	1 ano
<i>M20</i>	46	5ª. série	7	Separada	Autônoma	F 44+32.1	2,5 anos

Quadro2: Quadro referente ao perfil das participantes do Grupo de mães.

As participantes possuem em média 34 anos, grau de instrução até o ensino médio completo, 3 filhos em média, 70% vivem união estável (inclui-se casadas e amasiadas), 50% possuem atividade ocupacional e entre as demais encontram-se atividades como donas-de-casa (do lar) ou afastadas (e recebendo benefício previdenciário). Com relação ao tempo de tratamento têm-se em média 3 anos e meio e diagnósticos com predomínio dos transtornos afetivos e neuróticos (F30, F40), com a presença de outros quadros diagnosticados, os quais encontram-se pormenorizados no Anexo A.

As entrevistas com o grupo de mães duraram em média 40 minutos, sendo a mais breve com 22 minutos e a mais extensa com 47 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas mediante o consentimento das participantes.

Com relação aos profissionais informantes-chave do serviço de saúde, foi realizado o contato com a equipe de profissionais técnicos do serviço em questão e estes foram convidados a participar de uma entrevista sobre os aspectos das práticas oferecidas para e sobre a clientela em foco neste estudo.

Os dados obtidos com esse segundo grupo subsidiaram a compreensão acerca das fontes de suporte possíveis a essas mulheres disponibilizadas pelos serviços de saúde mental, como essas mulheres são compreendidas pelos serviços de saúde, no exercício da maternidade. Assim, pôde-se ter acesso aos recursos disponibilizados no serviço de saúde mental para essa população, considerando suas especificidades, as potencialidades e as dificuldades para o cuidado quanto à maternidade para essas mulheres.

No Quadro 3 tem-se a caracterização dos informantes-chave dos serviços de saúde mental entrevistados.

<i>Profissional</i>	<i>Especialidade</i>	<i>Tempo de serviço</i>
<i>Médico</i>	<i>Psiquiatria</i>	<i>8 anos 96</i>
<i>Médico</i>	<i>Psiquiatria</i>	<i>3 anos 36</i>
<i>Enfermeira</i>	<i>Psiquiatria</i>	<i>6 meses</i>
<i>Assistente Social</i>		<i>12 anos 144</i>

Quadro 3: Quadro referente aos profissionais e tempo de serviço dos participantes do estudo.

Assim, constitui-se por dois médicos psiquiatras, uma enfermeira e uma assistente social. O tempo médio de serviço no local desses profissionais onde ocorreu parte da coleta

dos dados foi de 8 anos e meio. As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram gravadas e transcritas mediante consentimento escrito dos participantes.

4.2. Local

Pode-se dizer que o contexto de desenvolvimento da pesquisa se deu em dois locais. O primeiro considerou-se o serviço onde ocorreu o levantamento de prontuários e contato com os profissionais técnicos da equipe de saúde mental.

O serviço de saúde mental em questão localiza-se na região central da cidade de Ribeirão Preto e atende às regiões distritais Norte, Sul e Leste, além das cidades de Dumont e Serra Azul. O acesso a esse serviço, como aos demais especializados da rede do município, se dá por encaminhamento médico de qualquer unidade de saúde. Possui profissionais da área de medicina e enfermagem (especialistas em saúde mental), serviço social, psicologia e terapia ocupacional.

Em um segundo momento, a coleta se deu nos domicílios das entrevistadas após pedido de autorização e consentimento escrito. Como um dos critérios de inclusão das mães participantes era de que fosse moradora de uma região específica da cidade de Ribeirão Preto, considera-se importante deter-se um pouco mais sobre as características desse bairro.

O Distrito Norte é formado pelas seguintes unidades de saúde: Jardim Aeroporto (Centro de Saúde Escola), Marincek, Quintino Facci I, Simioni, Valentina Figueiredo e Vila Mariana; Unidade Distrital de Saúde Norte: Quintino Facci II, Unidade de Saúde da Família Ribeirão Verde e Núcleo de Saúde da Família Heitor Rigon.; o que ao todo resume-se em: 1 Centro de Saúde Escola, 5 Unidades de Saúde, 1 Unidade Distrital de Saúde e 2 Unidades de Saúde da Família.

Esta distrital de saúde compreende um número estimado de 101.218 habitantes. A população moradora é de classe média baixa a baixa, tendo bairros caracterizados por casas estruturadas e outros constituídos por regiões de favela, sem asfalto, iluminação pública e esgoto.

4.3 Material

Para abordar as mães participantes foi desenvolvido um roteiro de entrevista semi-estruturada, onde foram abordados temas relacionados à doença mental, à maternidade e ao suporte social (Apêndice A).

Para a entrevista com os informantes-chave dos serviços de saúde, na modalidade semi-estruturada, foram abordadas suas percepções sobre essa clientela, principalmente na expressão de sua maternidade. Para tanto foram tratados aspectos sobre como entendem suas necessidades, suas limitações, como o serviço atendia a essas mães e quais mecanismos desenvolveram para lidar com as interfaces para o cuidado, prevenção e promoção da saúde mental dessa clientela e o fortalecimento do exercício de sua maternidade (Apêndice B).

A entrevista é tida como recurso de grande utilidade para os estudos qualitativos, por ser a porta de acesso para uma qualidade diferenciada de dados “que nenhuma outra estratégia prevê, quando se trata de pesquisa com sujeitos humanos” (BIASOLI, 1989, p.2). Possibilita-se que atitudes, valores, sentimentos venham à tona na relação entrevistador-entrevistado, assim como o reflexo de acontecimentos anteriores no discurso presente.

Especificamente, a entrevista semi-estruturada constitui-se um recurso privilegiado para a pesquisa qualitativa, porque permite enriquecer o encontro pesquisador e participante, em que ambos são valorizados na construção dessa relação, que é única.

As perguntas semi-estruturadas possibilitam ao informante exercer sua contribuição à pesquisa com espontaneidade e autenticidade para transmissão dos dados (TRIVIÑOS, 1987). Para este estudo foram formulados dois roteiros (um para cada grupo de participantes), utilizados como base para o desenvolvimento da entrevista, que ocorreu nos moldes de um diálogo com o participante.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Estudo Piloto

Como procedimento padrão de pesquisa em que há o uso de entrevista, foi feito o estudo piloto dos roteiros utilizados tanto com profissionais de saúde mental, como com mães portadoras de transtornos mentais. Este estudo ocorreu em um serviço de hospital-dia, pertencente a um hospital escola do município, onde foi possível o contato com profissionais disponíveis para participação. Também foi possível obter a indicação de mulheres com o perfil necessário que estivessem em atendimento por este serviço. Esta etapa se desenvolveu ao longo dos meses de janeiro a abril de 2006.

Foram entrevistados três profissionais (uma enfermeira, uma assistente social e um médico residente em psiquiatria) e três mães acompanhadas pelo mesmo serviço.

Os questionários aplicados ao grupo de mães não sofreram alterações com relação às questões propostas, mas percebeu-se que o piloto deu à pesquisadora melhor conhecimento acerca de possíveis pontos que mereceriam maior esclarecimento, que apenas as questões em si não contemplariam. Assim, a entrevistadora passou a procurar explorar de modo mais diretivo, ao longo da coleta, sobre a vida com o transtorno mental e a maternidade dessas mulheres.

Com relação ao questionário aplicado aos profissionais, a redação de algumas questões foram alteradas, com o objetivo de torná-las mais direcionadas ao profissional, de forma a estimular a expressão de sua própria opinião e não somente ecoar a fala de um serviço de saúde. Então, onde antes era “Como o serviço de saúde entende a maternidade associada a um transtorno mental?”, passou-se para “Como você entende o processo de maternidade associada a um transtorno mental?”. Duas questões foram alteradas com esse intuito e mais duas acrescentadas para dar ao profissional abertura para expressar seu olhar sobre o cuidado

específico dessa demanda e possíveis sugestões para que pudessem ser implementadas ao serviço onde estavam.

5.2 Coleta dos dados

A coleta dos dados, como já citado, foi desenvolvida em dois momentos. O primeiro refere-se ao levantamento dos prontuários para seleção das participantes mediante os critérios estipulados. Esta primeira etapa se estendeu do dia 23 de maio até o início do mês de agosto de 2006 – quando foi possível concluir uma lista com as possíveis participantes do estudo.

Para se chegar a essa lista final, foram dados os seguintes passos:

- através das folhas de atendimento do mês de maio de 2006, foram observadas quais eram mulheres e em seguida o seu local de residência (tendo em vista os bairros que constituem a Região Norte);

- após este primeiro levantamento, foram verificados em cada prontuário dos casos selecionados os demais critérios de inclusão: tempo de atendimento, ter filhos e faixa etária dos mesmos;

- aquelas que se enquadravam nos critérios para pesquisa foram observadas a classificação de sua doença segundo o Índice de Classificação de Doenças (CID 10), a data do próximo atendimento, qual profissional a acompanhava, a confirmação do endereço e telefone quando disponível.

Os registros selecionados foram sorteados para formarem uma lista, de ordem aleatória, percorrida até que se atingisse a saturação dos dados¹.

¹ Posteriormente, verificou-se que este procedimento adotado para o levantamento dos prontuários é eticamente inadequado. A forma correta seria através do intermédio de um profissional do serviço, que teria o acesso – assim como o paciente – aos dados do prontuário. Essa conduta evitaria a pesquisadora de incorrer a questionamentos das mulheres selecionadas acerca da confidencialidade de seu tratamento. Assim, mesmo que a pesquisadora não tenha sido submetida a esses questionamentos pelas participantes, reconhece-se que houve um erro no trato dessa questão.

Finda esta fase, por já se estar em contato com o serviço de saúde mental, optou-se por dar início às entrevistas com os profissionais técnicos do local. Assim, após ter apresentado os objetivos da pesquisa para a coordenação do serviço, ficou combinado que a pesquisadora estaria presente em uma reunião de equipe, quando então faria o convite à participação dos profissionais.

Devido a compromissos dos próprios integrantes da equipe, só foi possível a participação no final do mês de agosto e nem todos puderam estar presentes neste dia. Ao relatar ao grupo sobre a proposta e posteriormente o convite, a pesquisadora notou certo desinteresse de alguns ao observar as expressões faciais. Além disso, foi desencadeada uma discussão acerca de direitos autorais sobre as entrevistas e a crença de que nem todos os pesquisadores que já passaram por lá deram retorno ao serviço. De qualquer modo, o convite foi aberto a todos os profissionais que compunham a equipe.

Para tanto, foi deixada uma planilha para que os interessados anotassem a sua disponibilidade de horário para participar da atividade. Foi reiterado o convite informalmente, um a um, o que valeu a participação de uma enfermeira e de uma assistente social, além dos dois médicos que já haviam demonstrado interesse.

Todas as entrevistas ocorreram no local e período de trabalho dos participantes, mediante consentimento escrito, inclusive para gravação, o que possibilitou posterior transcrição das mesmas.

As entrevistas com os profissionais ocorreram entre os meses de setembro e outubro de 2006.

Após a conclusão deste grupo de entrevistas, no final do mês de novembro a pesquisadora deu início às entrevistas com mães, o que seguiu até o começo do mês de fevereiro de 2007. As entrevistas ocorreram exclusivamente aos finais de semana, quando eram viáveis para ambas as partes – entrevistadora e entrevistadas.

A abordagem às usuárias do serviço de saúde mental se deu da seguinte forma²: em alguns casos, quando se tinha o número disponível, era feito o contato telefônico prévio, quando se explicava sobre o que se tratava o trabalho e realizado o convite para participação. Quando aceito, era então agendado um horário, aos finais de semana, mediante a disponibilidade da entrevistada.

Para aquelas que não tinham telefone, era feita a visita às casas e então, o contato e convite à participação. Em alguns casos, agendava-se um horário ou então a entrevista ocorria naquele mesmo momento.

Nas ocasiões em que não foram encontrados os endereços registrados em prontuário, passou-se para o próximo da lista; quando a moradora não foi encontrada deixou-se recado com algum responsável e retornou-se em outro momento. Quando não foi encontrado ninguém na casa – após busca de informações sobre hábitos de horários entre os vizinhos – procurou-se retornar até mais duas vezes no mesmo endereço.

As entrevistas geralmente ocorreram em local reservado da casa, em que as entrevistadas tiveram a preocupação de pedir a colaboração dos familiares para não serem incomodadas ou interrompidas.

Veza ou outra apareceu alguém que queria saber sobre o trabalho feito pela pesquisadora, ou de filhos querendo a atenção da mãe. Em apenas uma casa, a entrevista foi feita na presença dos filhos, contando até com a participação dos mesmos em alguns momentos. A duração média de cada entrevista foi de 30 a 40 minutos.

² Novamente, mediante à importância de uma conduta ética em pesquisa com seres humanos, este procedimento considera-se inadequado pois quebra o sigilo dos dados pessoais (como nome, endereço, telefone, etc) contidos nos prontuários, os quais o serviço de saúde é responsável. A condução correta dessa etapa teria que ter sido realizada com o auxílio de algum funcionário do local, para que se pudesse estabelecer esse contato prévio e verificação da disponibilidade. Somente então, a pesquisadora poderia dar início ao seu trabalho de coleta dos dados.

Houve apenas um caso de não aceitação em participar da pesquisa, em que por contato telefônico, a pessoa já se justificou e não quis agendar com a entrevistadora. Outra situação ocorrida foi de mães cujos filhos já haviam ultrapassado a idade estipulada.

A entrevistadora foi bem recebida nas casas por onde passou. As participantes se abriram e foram receptivas ao contato, chegando às vezes a oferecer sucos, refrigerantes, ou algum “belisco” que a família estivesse comendo naquele momento – só para recordar: por ser tratar de finais de semana, o clima mais descontraído e de encontro de familiares ocorreram com certa frequência.

Este procedimento (ir à casa da entrevistada) fez-se necessário tendo em vista uma otimização da coleta dos dados, pois requereu apenas o deslocamento da pesquisadora até o local para a entrevista e não o contrário – o que demandaria recursos para tanto, não provisionado para a realização desta pesquisa.

Este procedimento também ofereceu maiores chances de se conseguir o agendamento com a participante – já que todas as entrevistas aconteceram em finais de semana, o que facilitou encontrá-las em suas residências, muitas vezes na realização de afazeres domésticos.

Todas as entrevistas foram realizadas mediante consentimento de participação livre e esclarecido e gravadas, com posterior transcrição das mesmas.

5.3 Aspectos Éticos

Como primeiro passo necessário para atender ao item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram obtidas autorizações para pesquisa dos locais onde ocorreram o estudo piloto e a pesquisa em, inclusive da Coordenação Municipal de Saúde Mental e da própria Secretaria Municipal de Saúde.

Com tais documentos em mãos foi possível a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Seguindo os preceitos, todos os convidados tornaram-se participantes mediante consentimento livre e esclarecido (Apêndice C e D: consentimento destinado aos participantes, mães e informantes-chave).

Ressalva-se que algumas condutas realizadas foram posteriormente avaliadas como inadequados para a realização da coleta dos dados, como manuseio e sigilo das informações contidas nos prontuários das pacientes, o que poderia ser contestado pelas mesmas (vide notas de rodapé 1 e 2).

5.4 Análise dos dados

O primeiro procedimento tomado para dar início à análise dos dados foi transcrever as entrevistas feitas, o que deu condições para poder seguir aos próximos passos dentro da Teoria Fundamentada em Dados, descritos a seguir.

O ponto fundamental desta proposta metodológica está na comparação constante dos dados, tanto no momento de coleta quanto principalmente de análise. Os dados são divididos em unidades menores, conceitualizados e relacionados entre si.

Para melhor compreensão de como se deram as etapas de análise, seguem as seguintes ações propostas por Strauss e Corbin (1998): **codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.**

Uma vez que esta pesquisa trabalha com entrevistas semi-estruturadas, após a transcrição das mesmas, a leitura e busca de suas unidades de análise foram feitas linha por linha, parágrafo por parágrafo (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Strauss e Corbin (1998) afirmam sobre a importância de se questionar sistematicamente os dados, pois este exercício facilitará ao pesquisador a capacidade de identificar os significados possíveis para o participante do fenômeno em estudo.

Assim, na primeira fase da análise, denominada **codificação aberta**, os incidentes foram codificados e comparados entre si, estando aptos a serem categorizados. A representação da categoria ocorreu utilizando-se a própria linguagem dos dados, ou também a pesquisadora utilizou de suas próprias palavras para atribuir uma categoria aos índices codificados.

Desse modo, cada fenômeno observado no material coletado foi categorizado e denominados substantivos pois representam a substância do dado.

Nesta etapa, para observar se o dado em questão se relacionava com o fenômeno que se desejou conhecer e se acrescentou algo aos mesmos, considerou-se importante questionar sobre a relação que o dado tinha com a pesquisa, ou que tipo de categoria o incidente observado indicou e se indicou.

Nisto também consistiu a extração das categorias abertas: realizou-se a comparação entre os próprios dados, em suas diferenças e similaridades, quanto ao foco da pesquisa (CASSANI, CALIRI e PELÁ, 1996).

Observa-se a seguir a codificação aberta de trechos de algumas das entrevistas:

TRECHOS DA ENTREVISTA	CÓDIGOS ABERTOS
M 5: [...] conta que desde pequena que eu tenho depressão. Foi me levar no psiquiatra mas não tinha, não tinha como fazer o tratamento porque não tinha nada na cabeça. Então eu tenho depressão desde criança. [...]	Tendo depressão desde criança
M 5: [...] tentei quando era criança, minha mãe conta, e tentei depois de adulto cinco vezes [...]	Tentando suicídio na infância e na fase adulta
M 6: [...] Eu acho que esses sintomas tava faz tempo em mim e eu não... [...]	Achando que já tinha os sintomas há muito mais tempo
M 8: [...] E... minha mãe também tem depressão, na minha família a minha tia tem depressão, os cinco filhos dela tem depressão [...]	Tendo casos de depressão na família
M 4: [...] E depois que eu tive isso, já apareceu outros casos na família de pessoas mais velha que eu. [...]	Descobrimo outros casos na família

Quadro 4 – Exemplos de codificação aberta de trechos das entrevistas com as mães.

Este primeiro conjunto de categorias, obtidas em cada entrevista analisada, pôde ser classificado, na verdade, como subcategorias, pois fizeram parte e subsidiaram um escopo maior de informações advindas com os passos seguintes.

Como o processo comparativo foi constante e se deu entre os dados obtidos, as conexões feitas entre os códigos abertos deram condições para o passo seguinte que foi a obtenção da **codificação axial**. Este processo se encerrou quando não foram encontrados novos dados, ou seja, quando ocorreu a saturação.

No quadro a seguir tem-se um exemplo de como foram organizadas as categorias abertas para a etapa da codificação axial.

CATEGORIAS ABERTAS	CODIFICAÇÃO AXIAL
Explicando o surgimento da doença: problemas de saúde	Explicando o surgimento da doença-fatores predisponentes
Explicando o surgimento da doença pela gravidez	
Explicando o surgimento da doença pela separação dos pais	
Achando que já tinha os sintomas há muito mais tempo	
A doença surgindo repentinamente	
Vivenciando períodos de adoecimento	

Quadro 5 – Exemplos de codificação axial realizada com base em algumas das categorias abertas das entrevistas com as mães.

As codificações realizadas foram reorganizadas de forma a buscar representar uma nova categoria, o que exigiu capacidade de abstração suficiente para não inferir além daquilo que os dados apresentavam, ao captar a força conceitual que reúne as subcategorias (NICO et al. 2007; YUNES, SZYMANSKI, 2005).

Observa-se que controle sobre a inferência do pesquisador na pesquisa qualitativa é almejada até certo ponto, uma vez que ao tomar contato com os dados ocorre inerente interpretação de seus significados para o próprio pesquisador e para o participante, viabilizando o interacionismo simbólico – na busca de colocar-se no lugar do outro.

Foi preciso observar diferenças e similaridades para formular novas categorias, tendo em mente de que maneira o fenômeno em estudo foi vivido pelos participantes, como estes o apresentaram (CASSANI, CALIRI, PELÁ; 1996, MIASSO, 2006).

A obtenção deste novo agrupamento permitiu que se estabelecessem novas relações, que formaram um conjunto de categorias mais abstratas e abrangentes, capaz de identificar em si as codificações a qual representou (ALMEIDA, 1997).

Segundo Strauss e Corbin (1998), nas palavras de Almeida (1997)

nessa etapa do processo utiliza-se um paradigma de códigos envolvendo condições, contexto, ação/interação, estratégias e conseqüências. O uso desse modelo capacita, o pesquisador, a pensar sistematicamente sobre os dados e relacioná-los em formas mais complexas. (p.38).

Pensar a codificação axial implicou em questionar o fenômeno em estudo, o porquê do fenômeno ter acontecido (suas **causas**), o **contexto** em que o fenômeno aconteceu, o que foi feito pelos participantes quando esse fenômeno aconteceu (**estratégias**), o que facilitou ou dificultou as ações sobre esse fenômeno (**condições intervenientes**) e quais **conseqüências** quando ocorreu a ação sobre esse fenômeno (STRAUSS, CORBIN; 1998).

Com isso, foi possível selecionar as categorias mais significativas, tendo como foco o paradigma de codificação que permitiu identificar as características (propriedades e dimensões) do objeto estudado.

Por fim, chegou-se então à **codificação seletiva**, que foi a base para a obtenção da **categoria central**, onde todas as demais categorias encontraram-se relacionadas e quando emergiu a teoria referente aos dados obtidos. A codificação seletiva foi um processo semelhante à codificação axial, mas em um nível mais abstrato (MIASSO, 2006).

Esse momento de construção da teoria implica em “sintetizar toda a história construída a partir dos dados obtidos e ser capaz de explicar as diferenças e semelhanças encontradas nas experiências.” (YUNES e SZYMANSKI, 2005, p.6).

Ao longo desse processo, foi necessário lançar mão de anotações e *insights* que ocorreram a respeito dos códigos e categorias, pois ajudaram na organização dos dados (STRAUSS, CORBIN; 1998). Também foi feito uso de esquemas onde se pôde visualizar o processo das conexões estabelecidas, o que torna mais claro ao leitor o raciocínio feito pelo pesquisador (YUNES, SZYMANSKI, 2005).

Assim, tem-se a figura 2 onde reúnem-se os fatores analisados em função da categoria central.

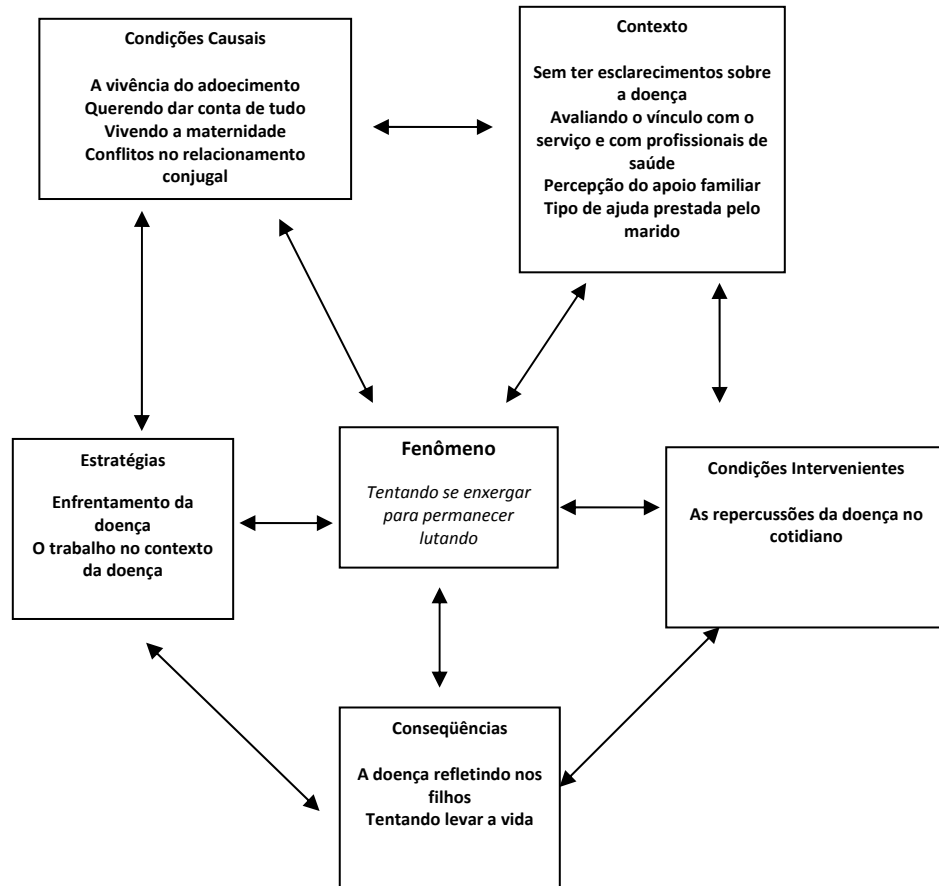


Figura 2: Esquema de representação dos resultados obtidos.

A próxima etapa consiste na apresentação detalhada de cada fator relativo ao fenômeno em estudo, bem como as categorias que os constitui.

6. RESULTADOS

Os resultados obtidos decorrem da análise de dez entrevistas dentre vinte realizadas, em que foi possível se chegar aos elementos constitutivos da categoria central do fenômeno em estudo, que foi nomeada como **“Tentando se enxergar para permanecer lutando”**.

Os relatos das entrevistadas contaram um percurso de vida com nuances semelhantes entre si, em que tornar-se mãe de modo inesperado, era uma condição na qual se instalava o adoecimento mental. Em linhas gerais, essas mulheres demonstram maior vulnerabilidade aos eventos de vida geradores de crises do desenvolvimento humano, que conseqüentemente conduzem ao desempenho de novos papéis sociais – os quais as entrevistadas experimentam dificuldades nessa passagem e desempenho.

É neste contexto que surge a doença mental, quando vivenciam momentos em que não encontraram meios para lidarem com suas limitações, mas vendo-se exigidas – principalmente por si mesmas – em desempenhar com maestria suas atribuições, como a que se espera de uma mulher ao tornar-se mãe.

Essas mulheres também trouxeram, de modo marcante, o viés decorrente do transtorno mental em suas vidas, sendo este uma condição com que lidam diariamente na certeza (e vivência) de se tratar de uma doença crônica que afeta diretamente a qualidade de suas relações. Assim, a doença mental perpassa seus discursos e lhes possibilita um olhar crítico sobre si mesmas, por meio de questionamentos e a possibilidade da ocorrência da próxima crise.

Mesmo estando todas em tratamento, convivem com o sentimento de incerteza sobre si e sobre o que repercutem nos filhos com seu transtorno mental. Essas mulheres travam uma luta diária para buscarem em si mesmas a força para encontrarem-se, em meio aos papéis que assumiram e/ou lhe foram atribuídos e, assim, poderem estar consigo mesmas.

Outro aspecto relevante, diz respeito a como relatam seus entendimentos acerca do que é ser mãe e de como se percebem neste papel. As entrevistadas trouxeram verbalizações que expressam conceitos socialmente aceitos, com dizeres referentes à maternidade como evento de maior relevância em suas vidas, em que suas existências adquirem sentido através dos filhos.

Contudo, perpassam essas falas, as limitações que enfrentam em função de seu quadro psiquiátrico, em que o cuidado dos filhos e o doméstico apresentam-se como fatores estressores para sua condição.

O relacionamento marital trazido pelas entrevistadas ocupa um lugar secundário em seus discursos. Tendo histórias de separações, traições, em alguns casos de violência doméstica como contexto, se não se encontram atualmente separadas, aquelas que vivem uma relação estável relataram conviver com maridos que se tornaram cuidadores.

Entre aqueles que não abandonaram suas companheiras em meio às dificuldades decorrentes da presença do transtorno mental, os que se encontram ao lado dessas mulheres assumiram cuidados e tarefas domésticas.

A família de origem surge nesse contexto em dois lugares distintos, daquela que auxilia em meio aos momentos de crise, mesmo sem saber ao certo o que está se passando com a filha/irmã, mas estando ao seu lado para ajudar a organizar e realizar práticas da rotina doméstica. A outra posição está na ausência, quando estando doentes, essas mulheres não recorrem aos familiares por impedimentos como a distância em que se encontram, ausência de disponibilidade em solicitar ajuda ou porque a família de origem também possui outro ente portador de transtorno mental, podendo, nesse caso, ser as próprias mães dessas mulheres.

No esteio das fontes de apoio acionadas, os serviços de saúde são pouco reconhecidos como aptos a lhe prestarem auxílio frente às dificuldades que enfrentam no dia-a-dia da convivência com a doença.

Algumas citam profissionais de referência como o médico pediatra dos filhos, ou o médico ginecologista, que se mostraram capazes de indicar a essas mães a necessidade de ajuda específica, quando então foram encaminhadas ao atendimento especializado.

Neste tipo de serviço, encontraram escuta para as manifestações da doença, que se torna o enfoque principal do contato com o profissional de saúde. Mesmo diante de questionamentos realizados pelo médico psiquiatra acerca do dia-a-dia, as entrevistadas tiveram dimensão de que estas perguntas vinham somente em função de sua doença.

Por outro lado, merece destaque o lugar que o profissional psicólogo adquire para aquelas que tiveram oportunidade de contato com um – sendo para tratamento individual, ou em grupo ou prestado para os filhos – que então viria por intermédio das sessões de orientação aos pais (geralmente apenas à mãe, o que usualmente ocorre neste tipo de atendimento).

Para que se possa compreender como todos esses fatores se relacionam e subsidiam a categoria central, apresentam-se seus relacionamentos, observando-se as suas condições causais, o contexto em que se dá o fenômeno, quais estratégias são acionadas em sua ocorrência, quais condições se fazem presentes para a realização dessas estratégias e as conseqüências das ações tomadas frente ao fenômeno.

6.1 A categoria central: “Tentando se enxergar para permanecer lutando”

[...] e prá não voltar prá lá (ao estágio inicial da doença – nota da autora), você tem que se agarrar, entendeu? É tipo, você ter que se olhar no espelho e conseguir se enxergar. Você tem que se enxergar ali independente de qualquer coisa, não é enxergar só a sua imagem, mas eu acho que é um todo ali prá conseguir permanecer, lutando de pé. (M1).

Na realidade trazida por essas mulheres o fenômeno que norteia suas experiências fica expresso pela categoria **“tentando se enxergar para permanecer lutando”**, pela qual se encontram **sem ter esclarecimentos sobre a doença** da qual são portadoras – sendo este

elemento parte do contexto onde ocorre o fenômeno. Também participa deste pano-de-fundo, a **avaliação que fazem do vínculo com os serviços e com o profissional de saúde**, sendo estes fontes de informação e esclarecimento, ou de maior desorientação frente à nova realidade de vida, impressa pela doença mental.

Participa da realidade dessas mulheres a convivência com o **tipo de ajuda prestada pelo marido**, que pode ocorrer ou não e quando ocorre pode ser fonte geradora de estresse, visto que se trata de mulheres com elevado nível de exigência para si e conseqüentemente para os outros, com relação às tarefas domésticas.

Fecha este contexto do fenômeno a **percepção do apoio familiar**, o qual representa a re-atualização de dores emocionais contidas na infância ou de apoio de acordo com o que os familiares podem disponibilizar.

Em meio a esta realidade, como condição causal do fenômeno central está a própria **vivência do adoecimento**, a busca de explicação pelos **fatores predisponentes para o surgimento da doença** e pelos **fatores desencadeantes da doença**. Corroboram para que se viva na busca por se enxergar e permanecer lutando - característica esta que lhes traz muito sofrimento. Fortemente associada a esta postura de luta surge o **querendo dar conta de tudo**, quando não se permitem receber ajuda ou mesmo perceber-se em necessidade de.

Outro elemento que constitui como causativo para a ocorrência deste fenômeno para sobre os **conflitos no relacionamento conjugal**, visto que algumas delas relatam experiências de grande desgaste do relacionamento marital, culminando em rompimentos violentos (físicos e emocionais) ou na vivência tumultuada em meio às manifestações do transtorno mental e suas decorrências.

Vivendo a maternidade surge como fator causal, pois assume uma série de representações as quais reforçam as expectativas sociais e **sentidos da maternidade**, com os

quais se encontram impossibilitadas de cumprir, quando então é vivido como um fardo – **o peso da maternidade.**

Contando com a necessidade de tentar se enxergar, em meio ao contexto em que se encontram inseridas e lidando com os fatores apresentados como causais, para essa busca pessoal, para que possam permanecer lutando com a doença frente aos papéis que lhe cabem desempenhar, as mãe portadoras de transtornos mentais lançam mão de algumas ações frente à ocorrência deste fenômeno.

Assim, passam ao **enfrentamento da doença**, quando vivem entre a adesão e a desistência do tratamento, revelando uma **trajetória de idas e vindas**. À medida que conhecem melhor a si mesmas, também se mostram capazes de conhecer o curso da doença em suas vidas, associando eventos pessoais com as crises ou momentos de piora do quadro. Momento este que demonstram o **entendimento do curso da doença**.

Outro recurso que procuram disponibilizar para lidar com o fenômeno emerge quando **tendo outras fontes de apoio** essas mulheres podem dedicar-se um pouco mais a si, contando com a colaboração de vizinhos para auxiliarem no cuidado dos filhos e assim poderem ir à consulta médica, ou mesmo tendo ao seu lado profissionais (como psicólogos) que as auxiliam a compreender tanto os espectros do desenvolvimento dos filhos, quanto a si próprias em sua doença.

Ainda como estratégia, buscam inserir **o trabalho no contexto da doença**, tendo em vista ser um recurso ao qual podem se agarrar e assim sentirem-se melhor. Por outro lado o trabalho e as dificuldades de inserir-se nele podem indicar a gravidade do adoecimento mental.

Nas ações empregadas como estratégias frente ao fenômeno, existem condições que interferem e que não estão sob o controle das entrevistadas, **as repercussões da doença no cotidiano**, em que se dão conta de como as manifestações do transtorno mental interferem em

suas atividades diárias e em seus relacionamentos. Desse modo, as participantes acabam **sentindo-se vulnerável aos impactos da doença** convivendo com o medo de novas crises e/ou com o desespero advindo de tentativas de suicídio.

Ademais, como fator interveniente que reverbera sobre as ações tomadas diante do fenômeno de tentar encontrar a si mesma como condição para uma luta individual e diária, está presente quando **percebem o estigma associado à doença mental**. Neste sentido, depara-se com o estigma e incompreensão de pessoas próximas como os filhos, o companheiro, os vizinhos. Tais condições afetam sobremaneira o fenômeno em si, tendo em vista criarem impedimentos para as ações empregadas.

Com as estratégias adotadas para lidarem com o fenômeno apresentado como categoria central, as conseqüências possíveis destas ações recaem para que se possa agir sobre **a doença refletindo nos filhos**, quando estas mães percebem que a maneira como se encontram interfere nos recursos dos filhos ao lidarem com situações inesperadas de vida.

Outra conseqüência que esperam obter com suas ações é poder simplesmente ir **tentando levar a vida**, disponibilizam-se a conviver com as mudanças decorrentes da doença, além de desenvolver maneiras de lidar com o preconceito existente para com aqueles que portam um transtorno mental.

Mediante essa breve introdução acerca dos resultados, tem-se que o fenômeno perpassa e é perpassado pelos elementos apresentados, no movimento dessas mães em tentar se enxergar (em meio às demandas externas e internas) para que assim possam permanecer lutando – sendo como se constitui a vivência da maternidade como portadoras de transtornos mentais.

Para compreensão da apresentação dos resultados, no corpo do texto as categorias estão identificadas em negrito e itálico (exemplo: *“querendo dar conta de tudo”*), enquanto

as subcategorias, apenas em negrito (vide exemplo: “**explicando o desencadeamento da doença - fatores predisponentes**”).

Os diagramas elaborados têm o propósito de auxiliar na visualização do relacionamento das categorias com o fenômeno, enquanto categoria central. Assim, cada um apresenta as categorias (em negrito) e suas subcategorias contidas em: condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias e conseqüências.

6.2 As condições causais para o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”:

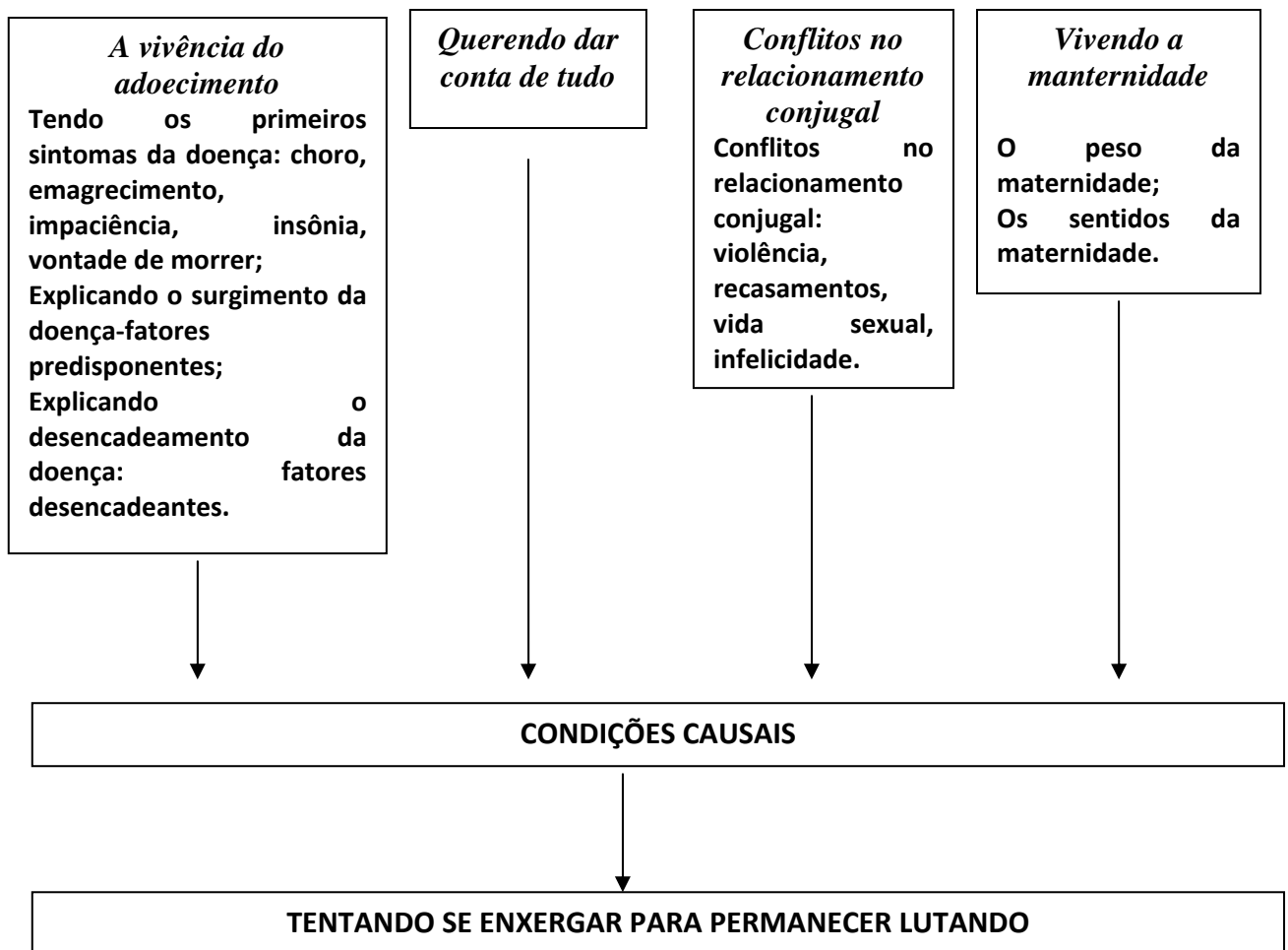


Figura 3: Diagrama representativo das condições causais para a categoria central “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

O diagrama acima representa quais são as **condições causais** para o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”, formadas pelas categorias: “*a vivência do adoecimento*”, em que se incluem as manifestações dos primeiros sintomas da doença, a explicação dos fatores predisponentes e desencadeadores da doença; “*querendo dar conta de tudo*”; “*conflitos no relacionamento conjugal*” em que se encontram situações de violência, traições, desafetos e recasamentos; “*vivendo a maternidade*”, em que temos os sentidos atribuídos à maternidade, bem como o peso que representa ser mãe para essas mulheres.

A conjunção destes fatores contribui para causar o fenômeno, pois eles representam aspectos limites na vida dessas mulheres, os quais conduzem à busca de si para que possam continuar e permanecer em sua luta interna (a qual redundando na busca por tentar se enxergar).

Tais aspectos limites referem-se aos papéis que desempenham, sendo eles o de mãe, esposa, dona-de-casa e o que lhes mostra ser menos familiar, que é o de portadora de um transtorno mental.

A vivência do adoecimento traz como a doença passou a fazer parte do dia-a-dia dessas mulheres, tanto pela sua ação insidiosa e paulatina instalação, como seu rompante em meio aos primeiros sintomas. Assim, formam esta categoria o relato de “**tendo os primeiros sintomas da doença: choro, emagrecimento, impaciência, insônia, vontade de morrer**” quando referem como estes eventos foram significativos para a ocorrência do fenômeno de estar “tentando se enxergar para permanecer lutando”, posto que passam a não mais se reconhecer em meio a essas manifestações e sensações:

Só que na época de... quando ele melhorou tudo e ele tava em casa, aí eu peguei e não tava conseguindo dormir. Aí foi onde começou a me dar crise de choro, choro... Aí eu procurei um médico, aí o médico achou que podia ser tireóide, aí ele pegou e fez o exame e não deu nada. Aí ele falou que era depressão mesmo. Eu só chorava, e não queria comer, só ficava dentro de casa, não queria ver ninguém. (M7);

Um dia à noite eu comecei a sentir mal, e desse tempo prá cá eu emagreci muito. Eu pensava muito em morte, eu pensava que eu ia morrer, sentia mal estar físico também, né, dor de

cabeça e... Aí começou dificuldades, não tinha vontade de sair, auto-estima muito baixa, e... Ah! Foi muito difícil! Eu não consigo explicar o que mesmo que causou isso. (M4).

A doença surge e manifesta-se atingindo a qualidade das relações dessas mulheres, até então ativas e inseridas em sua dinâmica familiar como cuidadora principal dos demais membros da família.

Passam então, elas próprias a buscarem por fatores que possam explicar este evento, posto que muitas vezes nem mesmo o profissional de saúde mostra-se hábil para tranquilizá-las frente ao curso da doença mental, até então não diagnosticada.

Dessa maneira, procuraram elencar e assim manter-se **“explicando o desencadeamento da doença - fatores predisponentes”**, em que se incluem a vivência da gravidez; a separação dos pais; a existência prévia de sintomas que hoje conseguem identificar; a presença de doenças físicas anteriores ou como algo que surge repentinamente.

A respeito da relação do surgimento da doença mental relacionada a uma doença física:

Depois que eu operei, é, passou a piorar, eu já tava fazendo tratamento psicológico, eu já tava tomando remédio que o próprio clínico no posto começou a dar porque eu não tava legal. Foi antes de eu operar... (M1).

Sobre o relacionamento com a gravidez:

Então, a gente não tem certeza de quando foi que começou. Mas a gente tem mais ou menos uma idéia de quando foi a gravidez dos gêmeos minha. Porque foi bastante complicada, em vários aspectos, então foi daí que eu me lembro que foi a minha primeira situação de depressão (M9).

A questão da separação dos pais foi citada por mais de uma mãe:

Eu percebi pela separação do meu pai e da minha mãe. Eu tinha 14 anos, aí eu, meu mundo assim parou né, caiu (M2);

Na sétima série mesmo, eu perdi até a sétima série. Porque minha mãe se separou dele em abril, então aí eu peguei e parei de estudar. Eu não queria estudar e eu só chorava. Eu não aceitava. Então desde lá que eu perdi a sétima série, aí depois a minha mãe voltou a me matricular, aí trocou eu de escola e aí depois ela me voltou prá outra, aí que era perto da casa do meu pai, aí eu via mais ele. Mas desde lá assim, eu acho que já mexia comigo. (M7);

Apesar que hoje eu acho que começou na infância. Porque eu sou filha de pais separados, então eu fiquei morando com o meu pai, então eu fiquei assim, durante uma fase eu tinha muita revolta com a minha mãe, que eu achava, eu me sentia abandonada por ela. (M4).

A respeito de ter os sintomas há muito mais tempo:

É depressão, decorrente de um câncer que eu tive, eu já tive... eu já... minha mãe conta que desde pequena que eu tenho depressão. Foi me levar no psiquiatra mas não tinha, não tinha como fazer o tratamento porque não tinha nada na cabeça. Então eu tenho depressão desde criança. (M5);

ou da doença surgindo repentinamente: *Ah, não sei explicar. Foi tão de repente! (M6).*

Esta categoria tem relação de causa com o fenômeno, pois se trata daquilo que as mães participantes elegem como causadores diretos da doença, a qual conduz à “perda de si mesmas” e realça a necessidade de entenderem quem são e como devem se posicionar dali em diante.

Além dos fatores que as predispueram ao fenômeno, também procuram elencar quais **fatores** foram **desencadeadores** diretos da manifestação **da doença mental**. Entre eles encontram-se os modos de lidar com as demais pessoas caracterizando submissão e sujeição a influências dos outros:

Antes eu agüentava qualquer coisa e não fazia nada, até chegou o ponto dessa depressão que consegui eu chegar a ser agressiva com uma pessoa, dependendo do caso [...] (M3);

Aí eu me envolvi com o pessoalzinho barra-pesada, aí nós fomos viajar prá Brasília, prá mostrar o nosso trabalho artesanal. Aí quando chegou lá, eu assim, as pessoas... meu pai e minha mãe fala que foi quando eclodiu a doença [...] (M2).

Também se referem à sobrecarga emocional vivenciada em determinado período da vida como fator desencadeante da doença estando principalmente relacionada à família:

Então ficou tudo corrido, foi tudo na mesma semana. Então a médica fala assim que pode ter sido, que pode ter sido assim... devido o estresse que eu... ou muita coisa aconteceu, devido a minha menina ter ficado internada, o meu marido... E os dois tem bronquite também, direto eu tenho que correr com eles... (M7);

E a primeira crise forte mesmo de depressão que eu tive, foi depois da morte da minha avó. Eu fui criada pela minha avó, não fui criada pela minha mãe. (M8).

Outro elemento com o qual buscam explicar o desencadeamento da doença é através do nascimento dos filhos, estando também relacionados o peso de uma gravidez não planejada, o que, em alguns casos, remeteu à vivência de complicações na gestação, além da recorrência do não planejamento a gravidez:

E fiquei com medo de contar prá minha mãe, porque minha mãe nem esperava que ia contar prá ela que eu tava grávida [...] (M6);

[...] a gente não tem certeza de quando foi que começou. Mas a gente tem mais ou menos uma idéia de quando foi a gravidez dos gêmeos minha. Porque foi bastante complicada, em vários aspectos, então foi daí que eu me lembro que foi a minha primeira situação de depressão. (M9);

Grávida de gêmeos! Eu falava: ‘Gente, o que que eu vou fazer da minha vida?’. Foi assim, uma coisa assim, que eu não sei nem como foi [...] (M9);

Eu sempre tive uma educação muito rígida, muito severa, então meu mundo desabou quando eu descobri que eu estava grávida. Foi o fim do mundo, eu perdi o chão, eu perdi o rumo. (M1).

Outra condição favorável ao fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando” apontado pelas mães com transtornos mentais é a postura que assumem de **querer dar conta de tudo**, o que as impede do contato consigo e suas necessidades, diluídas em meio às ocorrências externas e de cuidado do outro. Quando se percebem nesse lugar e na dificuldade de lidar com tudo à volta é que se dão conta da necessidade de mudança.

As mulheres relatam experiências de enfrentamento de situações cotidianas de forma muito solitária, são elas apenas que assumem a realização das atividades domésticas e, principalmente, de cuidado dos filhos. Desse modo, apresentam uma auto-exigência elevada, o que lhes serve de medida para que cobrem também daqueles que se dispõem a dividir as tarefas consigo:

[...] E mãe perfeccionista, eu queria ser mãe educadora, tudo certinho, a mãe educadora que dava conta de tudo da casa. (M8);

[...] E por outro lado, também, foi muito complicado ele ajudar sabe? Porque com essa coisa, eu, por ser exigente demais comigo, eu não admitia que ninguém me ajudasse. (M9).

Ademais, as participantes se percebem *vivendo a maternidade* com significados diversos, como a maternidade dando um sentido à vida, a qual reflete como uma experiência normalizadora frente ao que já vivenciam com o transtorno mental, sendo estes **os sentidos da maternidade** para estas mulheres: *[...] Eu me sinto realizada como mulher (M2);*

Eu me sinto mãe, como qualquer outra mãe (ri), que erra, acerta, e... tá aqui prá ajudar os filhos. (M8);

Mas como mãe, eu sou uma pessoa normal eu acredito, faço tudo dentro da medida do possível.. (M5).

A maternidade acaba lhes trazendo crescimento pessoal, pois passam a ter novas ações na interface com o transtorno mental. Assim, aspectos como amadurecimento; reativação de mágoas contidas na infância em sua vivência como filha; sentimentos de independência, paciência, responsabilidade e sensibilidade encontram-se como reflexos da maternidade em suas vidas, sendo fator causador do fenômeno de tentar se enxergar e permanecer lutando, posto que oferecem uma diversidade de significados dentre os quais procuram a si mesmas para que possam continuar lutando:

É prá mim parar de tomar remédio, parar de tentar se matar. Agora eu me espelho mais em um ou outro (filho) (M3).

Desse modo, a construção de sua identidade como mães também constitui fator para se compreender com vivem a maternidade. Sua causalidade do fenômeno está na sua relação com o momento em que estão à procura de si – *tentando se enxergar*:

Ai, eu acho muito difícil. Eu acho que tem que tá muito preparada e também consciente, com a vida estabilizada. Tanto de uma parte, como da outra, tanto o homem quanto a mulher. (M10);

[...] Eu acho que eu não serviria prá ser mãe não. (M10).

Neste esteio, também emerge a dedicação aos filhos com a busca de fazer o melhor para os mesmos, por vezes abrindo mão da satisfação de suas necessidades, adiando planos, buscando meios de oferecer condições e recursos pessoais aos filhos mesmo que não os tenham:

[...] mesmo que a gente não tenha, a gente procura prá poder dar, sabe? É uma obrigação de ter alguma coisa boa prá dar, ser um bom exemplo, né, mesmo que eu não possa passar a intenção é essa, a melhor. (M1).

Por outro lado, essa mesma dedicação e cuidado as levam a ter sentimentos conflituosos com relação aos filhos, quando expressam a sensação de distanciamento dos mesmos, sentimentos de serem desrespeitadas por eles, vivendo o cuidado como uma obrigação quando se encontram sem disposição interna nem mesmo para si, o que também pode gerar raiva por essa obrigação:

Eu tomei uma raiva do meu marido, não podia vê ele. Batia na minha barriga, xingava esse bebê na minha barriga, sabe? Eu falava: ‘Eu não quero esse bebê, não sei o quê’, uma coisa horrorosa (M6).

O peso da maternidade torna-se mais um fator de conflito que as conduz para a busca de si mesmas e tentativas de se encontrarem, pois aponta para a divergência interna com que essas mães lidam constantemente nos seus papéis maternos em meio ao transtorno mental:

Aí eu fiquei doente, então eu não aceitava ficar doente assim, eu tinha que ficar boa prá mim cuidar do meu filho. (M5);

[...] eu fiquei... complicou mais né, porque eu já era depressiva né. E depois é... com a gravidez, com o filho, então ficou mais difícil prá mim, porque aí vc tem que se preocupar não é só com vc, né, é com os filhos, entendeu?(M5);

Então eu me sinto, eu acho que assim... eles me julgam demais, eles cobram demais, mesmo sem saber, com a atitude deles. Eles cobram demais, eles puxam demais de mim que eu não consigo dar.(M1).

Tendo em foco as condições que causam a categoria central, também há **conflitos no relacionamento conjugal**, cuja realidade vivida por essas mulheres em seus casamentos e relacionamentos também justificam o fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*.

Com relação a esse aspecto, trazem vivências de infidelidade do companheiro, a busca por novas chances em um recasamento, em meio à infelicidade conjugal em que se encontram, devido à presença de violência e uma vida sexual com este companheiro que lhes parece sem sentido:

Aí teve um dia que o Otávio (nome fictício – nota da autora) me agrediu, eu tive que ir na delegacia, abrir queixa. Eu não queria fazer isso, mas acabei fazendo porque no que ele me agrediu eu tive que ir prá delegacia, fazer corpo de delito, fiquei toda machucada. (M3);

E até mesmo como mulher, porque eu falo assim, eu não... gosto, queria ter alguém comigo, que me fizesse feliz, tudo, e eu não tinha. (M9).

Há também uma perda para estas mulheres quando permanecem nas relações ausentes de afeto, em que o compromisso é apenas mantido, mas sem maiores investimentos emocionais. Ocorre uma desistência desse aspecto de suas vidas, em que o marido torna-se uma figura indiferente frente às outras demandas com que lidam diariamente:

Na época eu não aceitava, eu achava que ele tinha casado comigo, tinha que viver ali era comigo. Hoje eu já sei que o caminho não é esse. Hoje eu tenho outros problemas, tenho o problema da droga, tenho o meu problema de saúde, tenho problema que meu outro filho é menor, tenho que pensar na educação, estudo. Então ele... ele chateia, mas é pouco. (M5).

Desse modo, esses eventos são causais para o fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*, pois evocam as diferentes circunstâncias que cercam a mulher em sua vida cotidiana.

6.3 O contexto em que se dá o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”

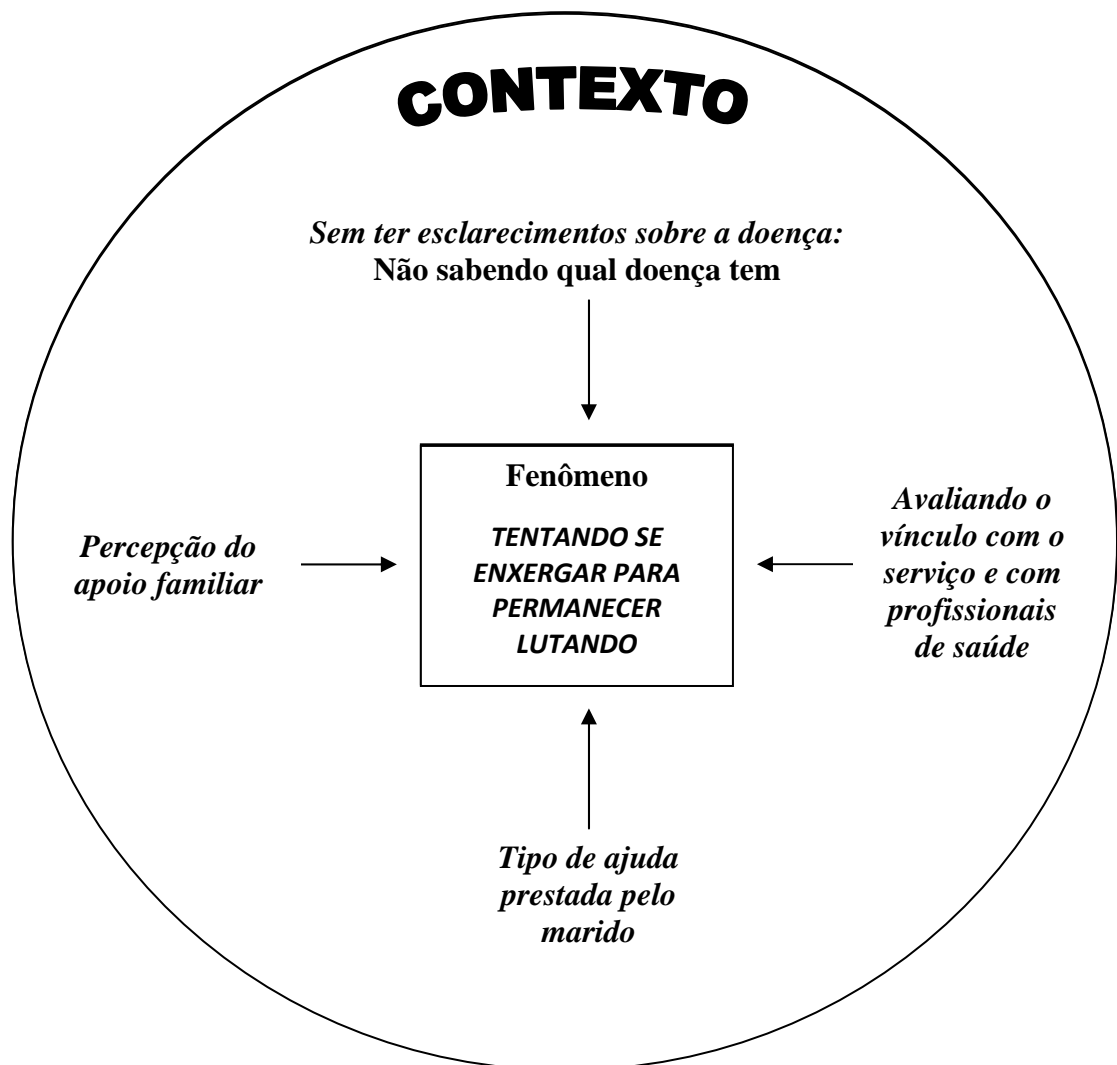


Figura 4: Diagrama representativo do contexto presente para a categoria central “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

A figura 4 traz a representação do contexto em que se insere a categoria central “Tentando se enxergar para permanecer lutando”, o qual aponta para os elementos que se fazem presentes na vida das mães portadoras de transtornos mentais.

Desse modo, a situação em que o fenômeno acontece envolve o *tipo de ajuda prestada pelo marido*, ou seja, a ajuda do companheiro sendo efetiva ou ausente para essas mulheres, assim como a *percepção do apoio familiar*, o qual também pode estar presente como ajuda de fato, representando um apoio ou como fonte de estresse o contato. Há, ainda, situações em que percebem a ausência da ajuda advinda da família.

Outro elemento que contextualiza a categoria central é que essas mulheres encontram-se em um determinado momento *sem ter esclarecimentos sobre a doença*. Mesmo desconhecendo o diagnóstico médico, **que doença têm**, buscam entender sua condição para poder dar continuidade a suas vidas.

Avaliando o vínculo com o serviço e com os profissionais de saúde configura outro elemento para o contexto da categoria central, por meio dos contatos realizados com os profissionais de saúde e suas impressões sobre os mesmos, como percebem e avaliam a inserção dos serviços de saúde em suas vidas.

Estas quatro categorias apontam para quais as condições de vida encontram-se as mães portadoras de transtornos mentais, categorias estas que contextualizam o fenômeno central “Tentando se enxergar para permanecer lutando”.

“Sem ter esclarecimentos sobre a doença” engloba a vivência de não compreensão do que passam a viver com a presença da doença em suas vidas, em meio à realidade de sua maternidade e busca pela continuidade de tocar a vida adiante.

As mães relatam o contato com o desconhecido, que possui o poder de afetar diretamente seus relacionamentos e modo de ser e estar no mundo. Isso envolve desde a

ausência de um diagnóstico para os sintomas manifestos, a vivência das crises, o não saber do que se tratava, ou seja, **não sabendo qual doença têm:**

Aí eu não sabia o que é que eu tinha, que eu não comia, não consegui comer, comecei a emagrecer muito. (M3);

[...] a gente não tem muito esclarecimento, não tem, né... Então você fica meio que à mercê, meio que sem saber... (M1).

Nestas condições, foi freqüente a confusão com outras enfermidades que poderiam causar sintomas semelhantes:

Prá mim assim, eu achava que até que era tireóide. Que a médica falava assim, que era assim: muito choro assim, era por causa que era tireóide. (M7).

O serviço de saúde e o tipo de contato estabelecido com os profissionais de saúde trazem a caracterização de como se dará a aproximação e o entendimento que será conformado sobre o transtorno mental. A maneira como são auxiliadas a lidar com a inserção da doença em suas vidas contextualiza a idéia presente na categoria central “tentando se enxergar para permanecer lutando”, pois reflete em que meio este fenômeno está inserido.

Dessa forma, a categoria **avaliando o vínculo com os serviços e os profissionais de saúde** refere-se ao que consideram a ajuda prestada e recebida e quais impressões essas mães têm sobre as mesmas:

[...] fiquei mais no ambulatório e quando eu não vou eu vou aqui no postinho, que é um quarteirão quando eu não tô boa, que eu tô com dor no corpo. (M17);

[...] então a pessoa pegou os meus podres. Aí eles armaram prá me intenar. Uma vez me amarraram lá no Santa Teresa, me amarraram assim ó.[...] Aliás isso não pode ser feito, tem formas de conter a pessoa. Foi a Carla (nome fictício – nota da autora), uma menina que trabalha lá que chama Carla, que me prendeu assim... (M2);

[...] eu acho que eles nem tem muito conhecimento, a não ser o ginecologista que sempre eu passo. Então eu procuro me informar do medicamento que eu tomo, quando eu vou tomar algum outro tipo de medicamento. Mas a pediatra geralmente nem toma conhecimento. (M4).

Para o serviço especializado que presta atendimento a essas mães, segundo o grupo de profissionais entrevistados há uma compreensão de que o contexto em que elas vivem pode ser um fator de entrave para a evolução do tratamento. Isso implica em considerar que trata-se de um serviço público em que a maior parte atendida provém de camadas populares mais carentes, que encontram-se em maior vulnerabilidade social.

Dando um pouco mais de informações obtidas junto a esses profissionais, para que se possa melhor compreender com qual retaguarda essas mães podem contar no serviço especializado, não há referências por parte dos profissionais entrevistados de uma atuação específica desenvolvida para atender às mães portadoras de transtornos mentais. Há o cuidado de prestar um acompanhamento familiar através das visitas realizadas pelo Serviço Social e se necessário acionar a própria família para dar o suporte necessário às mães com transtornos mentais.

Com relação ao contato estabelecido com a rede básica, há um distanciamento com a linha de frente da assistência à saúde, ficando restritas ao serviço especializado às demandas apresentadas decorrentes da doença mental. Isso também se dá pelo fato de as ações da saúde mental na rede básica terem uma inserção limitada entre os profissionais de saúde. Demandas específicas como laqueadura de mulheres em estado de interdição constituem um dos tipos de relação com que a rede básica e a especializada formam algum tipo de trabalho em conjunto. Contudo, os serviços têm pouca interlocução, permitindo às usuárias contar apenas com o tipo de atendimento especializado visto que o atendimento básico – via de regra – não supre essa necessidade.

A forma como se expressa a acolhida do serviço especializado é percebida pelas mães como fonte de orientação e informação. Assim, trazem:

Eu não posso reclamar não. Toda vez que eu procurei, eu fui bem recebida. (M5);

Aí ele conversou bastante comigo, me acalmou, explicou né. Então deu prá ter uma idéia mais ou menos, não assim falando que aquilo lá era uma doença, falando que era uma fase, sabe, me apoiou, foi super amigo. (M1).

Especificamente sobre o cuidado dos filhos, o profissional de psicologia é citado como fonte de orientações para esta demanda apresentada pelas mães, além do médico pediatra em alguns casos:

Eu conversei com o psiquiatra, ele falou que eu tinha que voltar a fazer a... conversar com a psicóloga, porque eu tava passando por uma fase muito difícil. ‘Você tem voltar urgente a conversar com a psicóloga, porque vai te ajudar você passar por essa fase da adolescência’, então ela falou assim que tá passando em crise. (M8);

A psicóloga que dá. (orientações sobre os filhos – nota da autora) (M10).

Entretanto, nem sempre a percepção ou a ajuda de fato para essa específica necessidade (o cuidado dos filhos) é atendida pelos serviços de saúde. Por outro lado, as mães não recorrem aos mesmos por não reconhecê-los como fontes de informações para este tipo de dúvida ou de também não identificar em si a necessidade desse tipo de orientação.

Neste contexto de ajuda em que está inserido o fenômeno, tendo a forma como o serviço de saúde disponibiliza seu apoio ao cuidado dos filhos, as mães portadoras de transtornos mentais podem também acionar a família.

Assim, trazem sua *percepção do apoio familiar* sob diversificadas nuances, como tendo ajuda para o cuidado dos filhos, em que demonstram a forma como esta ajuda acontece dentro da realidade e necessidades das mães portadoras de transtornos mentais, vindo a suprir e/ou complementar o apoio recebido pelo serviço de saúde:

Mas eles me ajudam bastante, tanto em relação a estar com as crianças prá mim trabalhar, quanto com relação ao meu tratamento, a minha mãe me ajuda muito porque ela é bastante... Ela conhece e eu acho que quem tá de fora, percebe as coisas melhor do que a gente. Então a minha mãe é assim, uma pessoa que eu tenho muito a aprender ainda. Porque ela me ajuda muito, me orienta bastante, me apóia... Me ajudam todos eles. (M9);

[...] quando ele chorava, aí eu ligava prá minha irmã, essa que faleceu... Quando me dava as crises, ela ia lá prá cuidar do menino e me ajudava, me ajudar a fazer as coisas, lavar roupa... a ficar comigo o dia inteiro. (M10).

A percepção sobre esse apoio também recai para o tipo de ajuda prestada, entre ausências e limitações:

“Minha família me dá total apoio. Total assim, entre aspas né... Total apoio assim... é total apoio. Não posso me queixar da minha família não. Eles me dão muito assim, mais do que ajuda física, eles me dão muito que é prá eu me esforçar mesmo Eu enxergo isso por um lado positivo, mas é mais uma ajuda assim psicológica sabe?” (M2);

[...] sempre moramos aqui né. Eu não convivo muito com a minha família, são bem distantes. Talvez porque são depressivos também... Então, é, depressivo com depressivo, não dá certo. Vc vai lá... porque o depressivo tá sempre reclamando de alguma coisa. Então eu ia na casa dos meus familiares, da minhas primas que são casadas e têm filhos, eu voltava com muito problema na cabeça, era pior prá mim. (M8).

Tais aspectos referem-se principalmente à família de origem, enquanto **o tipo de ajuda prestada pelo marido** adquire uma clara condição de acontecer ou não, diferentemente da ajuda de familiares, que se apresenta sob uma diversidade de nuances. Nos casos em que o marido assume a postura de cuidador, esta é somada ao seu papel de provedor da casa:

Ele me ajuda muito, ele quando tá em casa ele limpa a casa, faz comida, lava roupa, tal... só não passa roupa, mas o resto ele me faz. E ele viaja muito, me deixa muito sozinha... (M10);

Até que ajudou o meu marido cuidar deles, nunca deixou faltar nada, sempre cuidou muito bem da família dele. Da nossa família né? (M6).

Por outro lado, quando o casamento já se encontra fragilizado, a ajuda necessária pode não vir, pois já não há mais o vínculo marido-mulher, o que acaba por refletir nas condições de ausência de ajuda enfrentada pelas mulheres que retrataram a realidade de casamentos desfeitos:

O meu casamento já estava em crise, eu fiquei com a minha família. Eu tive apoio da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos. Agora, do meu marido não. (M5).

Isso posto, tem-se que as categorias *sem ter esclarecimentos sobre a doença, avaliando o vínculo com o serviço e com profissionais de saúde, percepção do apoio familiar e tipo de ajuda prestada pelo marido* são formadoras do contexto onde se dá o fenômeno “*tentando se enxergar para permanecer lutando*”. Em meio a essas situações de vida é que as mulheres buscam a si mesmas para também sentirem-se equilibradas quanto ao exercício de suas várias atividades. Frente às condições causais e ao contexto em que vivem, as mães portadoras de transtornos mentais, na vivência do fenômeno, desempenham algumas estratégias de ação, as quais serão relatadas na seqüência.

6.4 Estratégias de ação na interação com o fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”

As mães portadoras de transtornos mentais, diante da busca por tentar se enxergar em seu contexto de vida e para lidar com as condições causadoras do fenômeno, exibem ações em resposta a esses aspectos. Desse modo, as estratégias empregadas são atribuídas de significados que lhes possibilitam interagir com o fenômeno e assim poder criar condições de ajuste a sua realidade.

Compreendem que para tanto, o modo de *enfrentamento da doença* e sua adequação às várias demandas de seu cotidiano, se faz quando se percebem **entendendo o curso da doença**. Ainda que tenham uma **trajetória no tratamento de idas e vindas**, acabam por aprender sobre suas manifestações e sobre seus reflexos na vida cotidiana e sobre o cuidado dos filhos. Ao entenderem melhor o transtorno mental também se vêem em necessidade de acabar **tendo outras fontes de apoio**, visto que passam a perceber que sozinhas não darão conta de tudo.

Procuram além de fontes externas de apoio, manterem-se constantemente **conciliando papéis – portadora de transtorno mental e mãe**, com o que lidam com as demandas da doença em seu cotidiano e também com as atribuições maternas dentro da família. Relatam dificuldades e sobrecarga, mas seguem adiante *para permanecer lutando*.

Outra estratégia que emerge em interação com a categoria central diz respeito à inserção do **trabalho no contexto da doença**, com o que se vêem impossibilitadas de manterem-se produtivas, o que lhes sinaliza a necessidade de busca de ajuda. O trabalho também representa a reconquista dessa posição, desse papel social, no momento em que retomam suas atividades paulatinamente, garantindo a elas maiores possibilidades de se *enxergarem no espelho* ao estarem em contato com o mundo externo, para além do espaço doméstico.

Nesse sentido, para dimensionar a condição laboral de cada entrevistada tem-se três mães qualificadas como “do lar”, sendo que uma delas realiza informalmente a venda de produtos de catálogo. Em atividade de vendas semelhantes tem-se mais uma mãe, enquanto as demais: duas trabalham como diaristas, uma manicure, uma cabeleireira e uma prestadora de serviços (atua como segurança em festas). Apenas uma encontrava-se afastada no dia em que foi entrevistada.

Tem-se a seguir a representação das estratégias mobilizadas pelas mães portadoras de transtornos mentais:

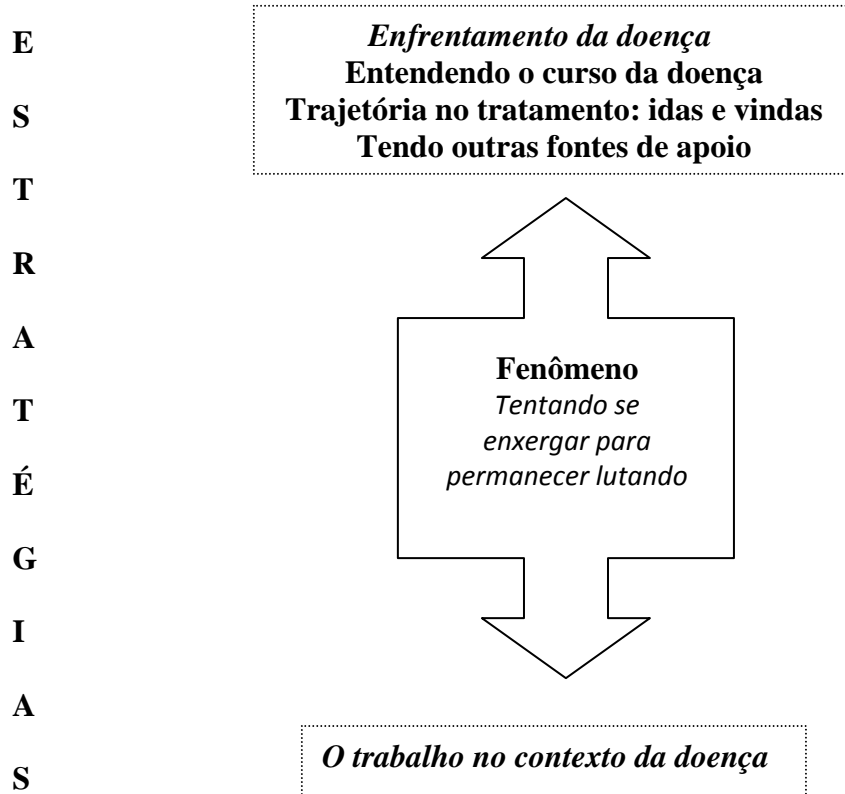


Figura 5: Diagrama representativo das estratégias acionadas frente ao fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

Como citado, diante do fenômeno vivenciado, as mães portadoras de transtornos mentais disponibilizam meios para que possam agir no *enfrentamento da doença*, por meio do reconhecimento das manifestações do transtorno mental em suas vidas. Desse modo, à medida que buscam informações sobre o curso do transtorno, verificam que tanto suas mudanças de humor ocorrem em função de seu quadro psicopatológico quanto em função de eventos externos aos quais são expostas. Pode-se dizer que o que torna marcante a estratégia de enfrentamento é que as mães participantes mostram-se mais conscientes de sua doença, o que lhes permite reconhecer e delimitar o que cabe à doença e aos demais eventos de vida, sendo um deles a maternidade.

Desse modo, uma das estratégias que desenvolvem em vista o fenômeno é a de **entendendo o curso da doença** estar mais aptas a lidarem com suas intercorrências e

imprevisibilidade – ainda que estas manifestações as coloquem em uma maior restrição de suas vontades e atitudes.

Este aprendizado envolve a busca ativa por informações:

a gente pega uma revista velha daqui, vc lê uma matéria no jornal de lá, a gente vê alguma coisa na televisão de lá... Então vc vai buscando [...] (M1).;

e também de perceber a si própria, sobre como acontecimentos diversos podem afetar o curso do transtorno:

Olha, eu fiquei um pouquinho mais forte né. Eu sei que quando tem a minha TPM eu sei que vai acontecer, eu vou ficar chorona. Daí tudo que aconteceu durante o mês, nesse período da menstruação eu sei que me afeta tudo. Coisa que eu agüentei, que eu não esqueci, nessa época me afeta. Até tinha falado pro doutor me dar mais calmantes na época por causa da TPM. E... ele até tinha dado, mais depois tirou, não sei o que é que aconteceu que eu não me lembro agora, mas ele tirou. (M8).

O aprendizado que depreendem deste contato com a enfermidade ocorre principalmente com a prática diária de se estar portadora de um transtorno mental, o que representa a submissão a um tratamento contínuo e acompanhamento de suas condições de saúde. Por outro lado, se há a possibilidade de controle por meio de medicação e tratamento, também há a possibilidade de crises e intercorrências em função do transtorno mental:

Mas as crises vinha assim de repente. Às vezes à noite, de manhã... Às vezes eu acordava de madrugada sentindo mal. (M4);

Eu vou fazendo tudo prá não internar, que eu prefiro ficar em casa mesmo. (M10);

É uma coisa que acabou com a minha vida.. durante oito anos, sabe? Acabou mesmo. Acabou. Naquela época... que agora faz parte, mas assim, durante oito anos consumiu toda a minha vida. (M1).

Como rotina, essas mães acabam convivendo com as facetas com que a doença se apresenta no cotidiano e tendo que aprender a lidar com as mesmas para que possam exercer suas demais atribuições como mãe, esposa, trabalhadora, etc. Desse modo, as manifestações

do transtorno mental, como alteração de humor e de sua expressão, decorrente de um retorno dos sintomas, bem como o uso de tratamentos como eletro-choque, ou o vislumbrar o seu estado mental como um estímulo para que *permaneçam lutando*, reflete a realidade e o modo como essas mães lidam com o fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*.

Outra forma com que desempenham uma ação em razão do fenômeno, diz respeito a trajetória pessoal escrita com relação ao tratamento, o qual se caracteriza por idas e vindas.

Assim, a subcategoria **trajetória no tratamento: idas e vindas** trata da maneira como as mães significam o tratamento, desde os momentos iniciais – quando partem em busca de ajuda e iniciam o acompanhamento no serviço especializado – aos contatos iniciais com a medicação e seus efeitos colaterais.

O início do tratamento caracteriza-se por ser um ponto final de tentativas anteriores em buscar a compreensão do que estaria se passando, o que pode se dar por meio do contato com profissionais da rede básica, como pela maneira como os familiares se mobilizam para apontarem a essa mãe de que algo não vai bem. Geralmente essa trajetória pelos serviços de saúde se dá por meio do contato com médicos clínicos e, na maioria das vezes, com neurologistas.

Nesta subcategoria estão contidas experiências de descrença com relação aos tratamentos prestados, momentos em que não são cumpridas as expectativas com relação à melhora, quando então algumas mães desistem temporariamente de seguir adiante:

Parei, parei de... porque eu pirei bastante, mesmo fazendo tratamento, quando eu vi que isso não tava tendo uma... não que não tava tendo uma resposta, mas que não tava tendo um diagnóstico igual você falou, aí eu fiquei bem mal. (M1).

Indo em frente com o tratamento realizado para o cuidado de sua saúde mental, as idas e vindas passam a significar melhora, a percepção de sua reconquista de si e dos

relacionamentos de sua convivência. Nisso inclui-se comparar-se ao estado anterior ao tratamento e ao atual, já sob a realização do mesmo:

Eu acho que ficou melhor, as crianças também acha. Que antes era muito nervosa, qualquer coisinha batia, era muito brava. Qualquer coisa que ia fazer tava gritando. Um dia joguei até uma faca nele, furou o pé dele. Batia muito nela, ela foi minha primeira filha, batia muito. (M6);

Ah, eu não sei se uma melhora... Eu sei que depois do tratamento eu melhorei muito. Porque prá quem não tinha esperança nem de viver mais né, eu acho que eu melhorei muito. Pelo tratamento. (M4).

Inclusive sentindo-se em melhores condições para cuidar dos filhos:

Depois que eu fiz o tratamento, que eu tô no tratamento melhorou, porque agora eu já durmo melhor, já me alimento, já tenho sono, já tenho força prá lidar com o meu filho quando ele tá aqui, quando ele vem da fazenda. (M5).

Tendo outras fontes de apoio constitui-se em mais uma estratégia implementada frente ao fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*, ao apresentar a busca por auxílio além daquele prestado pela família e pelo tratamento. Trata-se de iniciativa por recorrem a meios de contemplar suas necessidades, o que culmina em um fortalecimento dessas mulheres na condição de mães e portadoras de transtornos mentais:

[...] aqui nessa rua no final tem a última casa do lado de lá, tem um casazinho de velho que já é de idade. E eles tem telefone, de vez em quando eu vou lá, pedir prá eles ligar de lá. (a respeito de ajuda para cuidar das filhas, que moram em outra cidade – nota da autora) (M2);

[...] e as minhas patroas também não me mandou embora uma época, que elas me ajudavam né, falava que ia passar, tal. E o dia que eu não tava bem eu não ia trabalhar, o dia que eu tava um pouquinho melhor eu ia. Às vezes eu ia e voltava também. (M4).

A procura pelo auxílio prestado por vizinhos ou a identificação com uma religião também são significados como outras fontes de apoio e por isso caracterizam-se por estratégias utilizadas pelas mães quando se encontram na condição expressa pelo fenômeno.

Ademais, também se utilizam de informação como **outra fonte de apoio**,

E agora eu tô levando a sério porque depois eu li muuito... hoje em dia a televisão tá mostrando muito sobre a doença, a gente entende que não é frescura, eu não agüento mesmo. (M8);

Porque eu não entendia depressão, hoje eu entendo mais... procuro saber, se tem alguma coisa prá ler, tudo, eu leio...[...] (M10);

com o quê passam a ter maior compreensão sobre os fatos decorrentes do transtorno mental.

O conhecimento sobre a doença lhes dá condições de discernimento e avaliação de si e das situações de vida, vez que passam a contar com o respaldo de informações, que por terem sido obtidas mediante seus próprios interesses, passam a ter maior correspondência com suas demandas particulares.

Conciliando papéis: portadora de transtornos mentais e mãe, como subcategoria, além de uma estratégia acionada quando em contato com a categoria central, na busca por poderem se enxergar e permanecerem lutando, reflete como essas mulheres encontram-se constantemente na busca por si mesmas.

Envolve dois significados de maior representação, o primeiro refere-se a tentativas constantes de conciliar a doença com os cuidados à família. Nesta primeira ação, tem-se o contato com situações cotidianas de família, possíveis à medida que encontram clareza em ao menos um de seus papéis sociais, o de mãe:

Então às vezes eu deixo até de ir em médico porque ele fica falando e às vezes eu não posso sair. E eu não posso deixar ele sozinho que ele mexe muito com fogo, e eu não tenho ninguém aqui com quem eu possa deixar...[...] (M10).

O segundo grupo de significados atribuídos aos papéis que buscam conciliar, diz respeito à realidade vivida entre aquelas que tiveram a guarda de filho(s) delegada à responsabilidade a outra pessoa.

Essa condição é recorrente entre mães portadoras de transtornos mentais, sendo o transtorno em si, entre outros elementos, apontado como a não garantia de condições

suficientes e adequadas para que possam manter todo o controle do cuidado consigo. Assim, essas mães deparam-se com a necessidade de recorrerem à disponibilidade de terceiros para lidarem com a perda da guarda dos filhos:

Aí eu cheguei na minha mãe, eu tava morando com a minha mãe eu falei prá ela ‘Mãe, se ela for comigo, eu vou perder o Wesley.’. Aí demorou ela entender isso. ‘Agora que você vai precisar de mim?’, ‘Se vc não for eu vou perder’. Tava escrito na intimação. (M3).

Desse modo, a categoria **enfrentamento da doença** retrata as ações mobilizadas por essas mães quando em contato com o fenômeno, ao que respondem por tentar fazer o que for melhor para a família e em casos mais extremo, buscar meios de acesso aos filhos quando desprovidas de direitos como a guarda dos mesmos, o que corresponde, desse modo, a como reagem ao fenômeno tendo em vista sua realidade.

A segunda categoria presente como estratégia realizada, compreende **o trabalho no contexto da doença**, em que há presente outro papel – o de trabalhadora – e em como se encontram na posição de estarem *tentando se enxergar*. Neste aspecto, utilizam como estratégia a desistência da tarefa laboral, posto que não conseguem mais conciliar suas atividades com as demandas decorrentes do adoecimento e do exercício da maternidade.

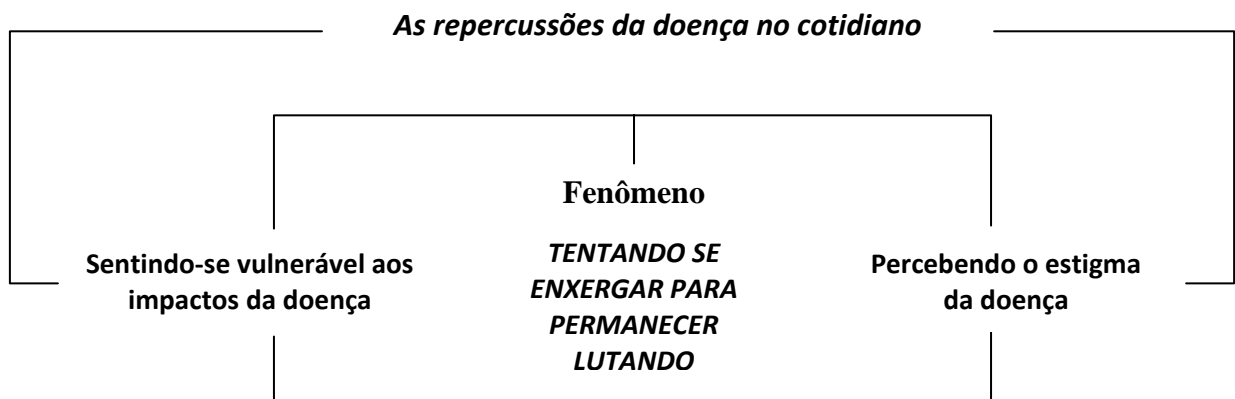
Assim, representam o trabalho por meio do reconhecimento de seus próprios limites, o que auxilia a delinear para essas mães o que consideram que são capazes e em condições de realizar.

Posto que este conjunto de recursos as auxilie a reconhecer suas necessidades, suas limitações e conseqüentemente poder se enxergar em meio a suas vivências, as categorias **enfrentamento da doença e o trabalho no contexto da doença** dão, portanto, a medida do que conseguem executar.

Contudo, há condições, também presentes na realidade dessas mães, que permeiam as ações (ou não ações) que realizam frente ao fenômeno e o modo como as conduzem, denominadas condições intervenientes – as quais se apresentam a seguir.

6.5 As condições intervenientes ao fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”

Condições



Intervenientes

Figura 6: Diagrama representando as condições intervenientes ao fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

As condições intervenientes encontradas na realidade dessas mulheres podem ser representadas por uma única categoria *as repercussões da doença no cotidiano*, tendo duas subcategorias: **sentindo-se vulnerável aos impactos da doença** e **percebendo o estigma da doença**. As condições intervenientes representam situações que influenciam as estratégias implementadas, no sentido de facilitar ou dificultar suas ações.

A doença repercute na vida das mães portadoras de transtornos mentais quando estas percebem que domínios antes pessoais tornam-se subjugados à doença: os hábitos de higiene, o cerceamento de vontades e desejos (sair, libido sexual), além de uma plena desmotivação para a realização de tarefas domésticas e alterações significativas de seus estados de humor.

Ao buscar apropriar-se dos significados da doença, trazem aquilo que parecia distante – uma categoria psicopatológica – para algo mais próximo, que permite até a relativização de suas conseqüências. Assim, mediante a forma como a doença repercute no cotidiano das mães é que se dá a significação da enfermidade:

E o psicólogo deu o diagnóstico de que era esquizofrenia. Na verdade, todo mundo é esquizofrênico né, porque esquizofrenia quer dizer “mente partida”, todos temos a mente partida né [...] (M2);

O meu humor varia muito, só que é uma luta, entendeu? Sempre que eu tô com problema agora eu penso que é passageiro, que vai passar, que eu vou melhorar. (M4).

Partindo diretamente para as subcategorias, tem-se o entendimento de que há além da sintomatologia presente no transtorno mental, conseqüências que se encontram no campo mais subjetivo, o que envolve os relacionamentos e em como são afetados, bem como a maneira que o entendimento alheio sobre sua condição lhe recai.

Quando se mostram **sentindo-se mais vulnerável aos impactos da doença** as mães referem a situações limites, pois envolvem o medo das crises e as tentativas de suicídio experimentadas. De modo geral, a doença desempenha um grande impacto no cotidiano dessas mães, pois se faz presente de modo constante agindo sobre as condições para a tomada de ações sobre o fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*.

Quanto ao momento em que se encontram **percebendo o estigma da doença** ocorre não apenas o dar-se conta do que representa socialmente uma doença mental, mas de também encontrarem barreiras de aceitação entre aqueles por parte de quem aguardavam acolhimento, como familiares:

Aí minha mãe me levou no hospital das clínicas prá fazer um eletro. Não deu nada no eletro. Aí falou que eu queria chamar a atenção, eu levei uma coça (ri)... [...] (M5);

e mesmo profissionais de saúde:

Aí ele falou que foi um piti que me deu, né. Que eu tinha que manter a calma, que eu não podia deixar, me deu um piti. Mas mesmo assim, prá tirar a dúvida, me encaminhou prá um neurologista. (M1).

A incompreensão de pessoas próximas sobre seu estado de saúde é marcante para os significados que atribuem ao estigma da doença, pois também há a própria incompreensão de si com relação ao transtorno.

Ademais, atribuem a si o perfil de “louca” quando entram em contato com outros portadores de doenças mentais por meio do serviço especializado, ou quando realizam uma autocrítica sobre suas ações e atitudes:

Falei “Gente, será que eu tô ficando louca, alguma coisa?”. Porque eu não entendia depressão, hoje eu entendo mais...[...] (M2).

Desse modo, ao passo que há alguns fatores pertinentes ao contexto e outros identificados como condições causais, há outros elementos, já citados, que também agem sobre as maneiras com que essas mães vão conseguir lidar com o fenômeno *tentando se enxergar para permanecer lutando*.

A seguir, apresenta-se as conseqüências decorrentes desse fenômeno na vida dessas mães.

6.6 As conseqüências decorrentes do fenômeno “Tentando se enxergar para permanecer lutando”

Conseqüências



Figura 7: Diagrama representando as conseqüências do fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

Como conseqüências ao fenômeno vivenciado pelas mães portadoras de transtornos mentais, o que se tem é a preocupação acerca da **doença refletindo nos filhos**, sobre o quanto os filhos encontram-se vulneráveis à doença materna revelando a percepção das participantes sobre este aspecto.

Outra subcategoria tratada como conseqüência do fenômeno é que essas mulheres mostram-se **tentando levar a vida**, ante todas as dificuldades que enfrentaram para o exercício de suas atribuições maternas com o curso da doença.

Observando a subcategoria **a doença refletindo nos filhos**, essa conseqüência se dá desde o momento da gestação, quando ocorre a associação do transtorno mental com a maternidade, vez que essas mulheres vivem nessa fase a instalação da doença ou o seu agravamento:

[...] por mais que ele falasse que acompanhava a minha gravidez, ele nem mexe comigo prá saber se era menina e tal... Aí deu mais depressão. Aí onde eu, quando eu tive ela que piorou mais ainda. Porque a parte de pai mesmo, eu posso falar que naquela época não teve. [...] (M3).

Importante ressaltar, que o quadro de transtorno mental associado à gravidez se repete em gestações posteriores.

Além da perspectiva do acometimento da doença ao longo da gravidez, as mães também apresentaram como consequência ao fenômeno a percepção da doença refletindo nos filhos, com o qual referem temer que seu comportamento possa influenciá-los e até deixá-los suscetíveis a desenvolver eles mesmos um transtorno mental.

Também significam essa subcategoria por meio da compreensão que seus filhos ficam mais agitados quando elas não estão bem:

Tipo assim, em relação, eu ficava, eu fico muito agitada, eu fico muito nervosa, eu fico impaciente de tudo... Então isso a primeira coisa que reflete é nos filhos. E... assim, muitas vezes eu não percebo que eu tô em crise. Eu só vou perceber a hora que eu vejo que os meninos tá dando muito trabalho. (M9).

Além disso, deixando de ser um temor, para tornar-se um fato, as mães expressam situações em que os filhos vivenciam também a doença materna e acompanham suas manifestações ativamente:

E eu comecei a conversar com ela e perguntar por que que ela tava sentindo medo, tão triste e ela falou que era porque ela tava cansada de me ver deitada, desanimada, e que aquilo deixava ela muito triste, que eu só brigava com o meu marido [...] (M8);

Porque os meus meninos vê eu chorando muito. Então eles falava: ‘Ai mãe, de novo? Já chorando?’, eles falava. (M7).

Por fim, outra consequência que decorre do fenômeno, é a subcategoria **tentando levar a vida**, em que estão incluídos significados de resignação frente à doença:

Não é fácil, cada dia é um dia. Vc tá hoje aqui, tô fazendo comida, eu sei que ainda eu não sou organizada, não consigo mas eu tento levar, eu não esquento a cabeça. Aí, hoje é um dia, na hora que eu terminar eu acabei, (M1);

mas em outras circunstâncias, representa uma acomodação e aceitação das mudanças advindas com o transtorno mental:

Só que aí eu tento tocar a vida pra frente. Eu voltei a estudar, gosto de estudar, trabalhar, tenho vontade de melhorar, deter uma profissão melhor... De ter condições de dar um estudo melhor pras minhas filhas. (M4);

além da expressão de mudanças de vida após a doença:

Eu acho assim que trouxe mais sensibilidade... mais assim, mais maturidade né, mais sapiência também. (M2);

com o quê passam a aceitá-la e vencer o próprio preconceito em resposta ao fenômeno vivido por essas mães.

Com base na análise realizada dos dados, tem-se que para as mães portadoras de transtornos mentais, a vivência da maternidade significa tentar se enxergar, olhar para si mesma para além de suas funções e atribuições dentro do contexto familiar, assim como, tentar perceber-se além da doença mental. O movimento feito por essas mães

A maternidade no contexto da doença mental envolve lidar com o desconhecimento sobre a mesma e também com os tipos de suporte com que pode contar: da família de origem, do serviço de saúde e do relacionamento conjugal.

Enquanto esses fatores compõem o pano de fundo da vivência da maternidade dessas mulheres, têm-se aqueles que irão despertar essas mães para a busca de seus significados, sendo a vivência do adoecimento um deles. A maneira como significam a maternidade exerce força suficiente para que sua vivência esteja representada na luta constante por buscar a si mesma, vez que a doença mental lhe confere este rearranjo de sua identidade.

Neste sentido, a ocorrência desses estados, podendo ser considerados limites, são complementados por uma exaustão interna dessas mães, vindo que não há mais como levar adiante relacionamentos conjugais precários e também o alto nível de auto-exigência frente suas responsabilidades.

A forma como a doença mental se faz presente no cotidiano das mães portadoras de transtornos mentais pode gerar interferências nas ações e atitudes que serão postas em prática para a busca de si. Através do enfrentamento da doença e de como significam o trabalho, reconhecendo-se em condições ou não para executá-lo – ou seja, pondo em teste outra função social que desempenham – essas mães podem alcançar alguns resultados com estas estratégias.

Quais reflexos que a doença mental materna terá nos filhos constitui-se uma das conseqüências da vivência dessas mulheres. Outra conseqüência que atingem com suas ações para tentarem se enxergar e permanecerem lutando, diz respeito a assumirem uma postura de convivência com esses elementos – ou seja, simplesmente tentar levar a vida para que possam dar espaço para uma maior diversidade de expressões de vida.

Segue como fechamento deste capítulo, um esquema representativo da interação dos fatores elencados presentes na maternidade de mães portadoras de transtornos mentais:

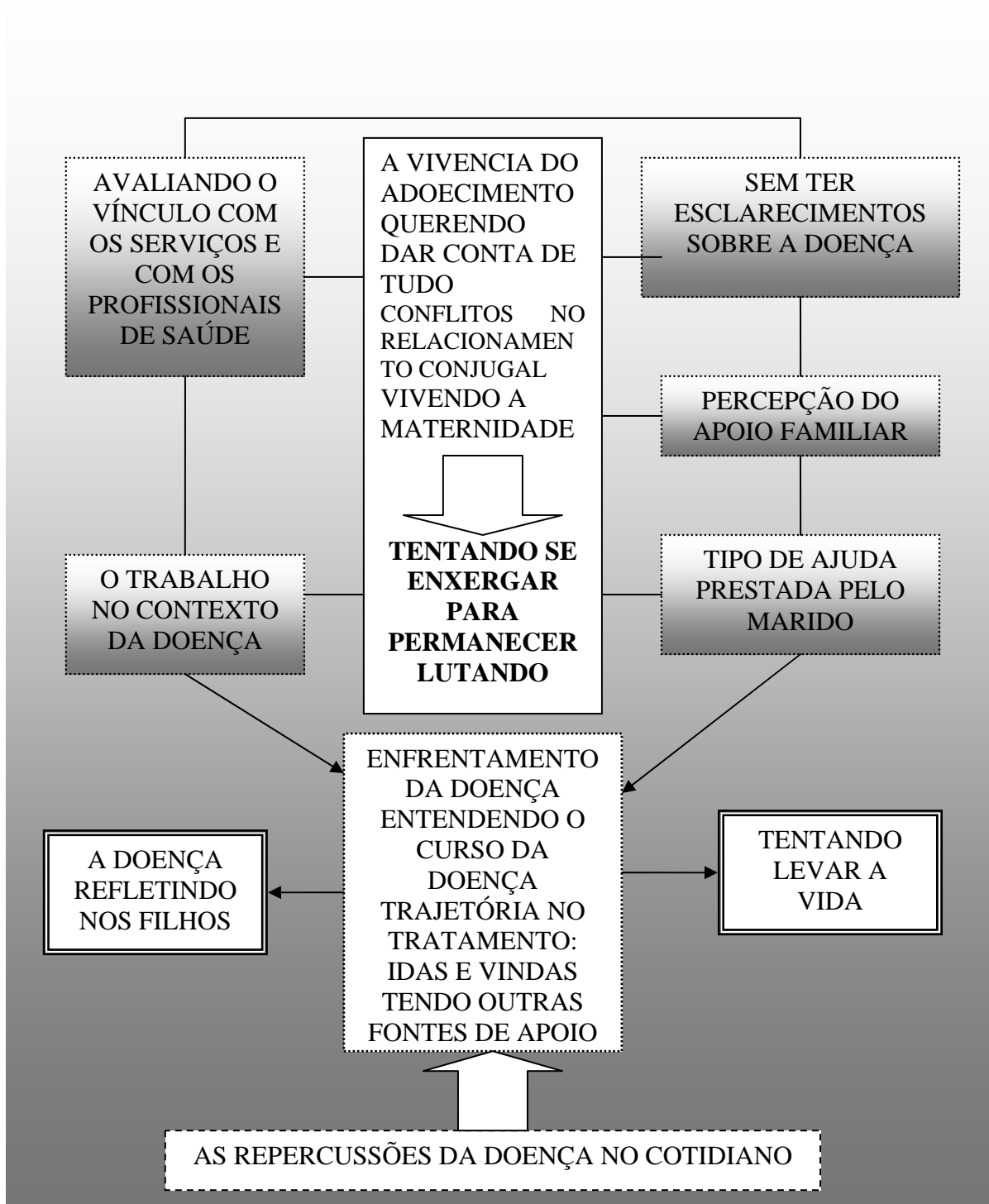


Figura 8: Tentando se enxergar para permanecer lutando: o significado da maternidade para mães portadoras de transtornos mentais.

"A viagem da descoberta não consiste em buscar novos cenários, mas ter novos olhos" (Proust, 1920).

7. DISCUSSÃO

Nesta etapa do trabalho tem-se a análise de alguns aspectos relativos à maternidade das mães portadoras de transtornos mentais, os quais fazem parte da teoria obtida através dos dados coletados – que foi possível por meio da utilização da Teoria Fundamentada em Dados como referencial metodológico para análise dos mesmos.

Sem a pretensão de esgotar as possibilidades de diálogo com a literatura pertinente às questões que emergiram na fala dessas mulheres, a discussão que se faz dará maior enfoque ao modo como a maternidade em concomitância ao transtorno mental na vida das entrevistadas se faz presente.

Mediante a realização da análise dos dados, é possível considerar que a maternidade de mulheres portadoras de transtornos mentais possui grande enfoque sobre a reconstrução da identidade, em meio ao contexto de vida em que se encontram e com os recursos internos que disponibilizam.

A maternidade, como fenômeno de vida, reúne significações e valores que remetem à aquisição e atribuição de funções e expectativas que recaem sobre a mulher, que exercem importante impacto sobre a dinâmica de vida pessoal e familiar.

A esse respeito, a maternidade como ideal feminino é uma construção social apoiada no aspecto biológico (BADINTER, 1985; SCAVONE, 2001), que nos dias de hoje ainda encontra ecos para reforçar a posição da mulher como cuidadora e responsável pelo espaço doméstico (BRAGA; AMAZONAS, 2005; AZEVEDO, ARRAIS, 2006; BARBOSA, ROSA-COUTINHO, 2007).

A recorrente valorização feminina sobre características socialmente aceitas e seus estereótipos (SOARES, CARVALHO, 2003) também foi identificada na fala das mães portadoras de transtornos mentais, as quais apontaram a maternidade como uma experiência capaz de atribuir valorização social e à própria vida. Estas características são complementadas com concepção da maternidade como um evento “normalizador” da vida adulta, ou seja, lhes garantindo a realização de uma expectativa social relativa ao gênero feminino (SANDS, 1995; DIAZ-CANEJA, JOHNSON, 2004; MONTGOMERY et al., 2005).

A construção da função materna, na fala dessas mulheres entrevistadas, inicia-se a partir da experiência de uma gravidez muitas vezes não planejada, algo que atualmente, em vista aos recursos de controle feminino sobre a concepção (SCAVONE, 2001), resultou em sentimentos de terem, antes de tudo, falhado consigo mesmas. Scavone (2001) ressalta que frente à disponibilidade de recursos para a contracepção, a possibilidade de escolha em ter ou não ter filhos aliada às mudanças sociais referentes ao desempenho da maternidade/parentalidade demonstra ser uma característica de nosso tempo, decorrente de um exercício reflexivo sobre a realização pessoal e social. Assim, é possível situar a fala dessas mulheres como uma cobrança pessoal pela não realização de uma escolha reflexiva.

A construção da maternidade das mães portadoras de transtornos mentais pode ser analisada por meio do conceito de *parenting* (parentalidade) proposto por Jay Belsky (1984). Nesta perspectiva, são observados fatores como os recursos psicológicos individuais dos pais, fontes de estresse e suporte presentes no contexto em que estão inseridos e a qualidade da relação estabelecida com a criança.

As mães que compuseram o grupo para o desenvolvimento desse estudo têm em comum o fato de serem portadoras de algum tipo de transtorno mental (dentre eles: transtorno de pânico, esquizoafetivo misto, ansioso, de personalidade, distimia, fobia, associados a transtorno depressivo ou episódios depressivos), que acaba por afetar a qualidade de seus

recursos internos emocionais. Referem a dificuldades na lida com a doença no dia-a-dia e descrevem mudanças ocorridas em seus relacionamentos as quais hoje conseguem associar à presença do distúrbio mental em suas vidas.

Conforme observado na introdução e revisão bibliográfica do presente estudo, poucos trabalhos brasileiros debruçam-se sobre a temática da saúde mental feminina, e menos ainda a respeito dos aspectos da maternidade nesta perspectiva. Assim, para fins de reflexão acerca dos efeitos da presença da doença mental materna na qualidade dos cuidados e do vínculo formado com a prole, há pesquisas que indicam que filhos dessas mães vivenciam intensamente sentimentos de culpa, tristeza e piedade com relação à genitora, quando esta se encontra em crise (RIEBSCHLEGER, 2004). Além disso, tendem a apresentar maiores dificuldades escolares em termos de comportamento e aprendizagem (MORDOCH, HALL, 2002).

Este estudo não teve como objetivo adentrar as questões referentes ao desenvolvimento infantil das crianças filhas das participantes, tendo priorizado buscar contribuir para o preenchimento da lacuna com relação ao tema da saúde mental materna. Assim, frente aos dados coletados, a possibilidade de análise da qualidade da relação com os filhos como um dos fatores que compõem a parentalidade somente se faz possível pela significação atribuída pelas participantes sobre este aspecto.

Considerando a perspectiva materna sobre a realização desses cuidados, estudos com mães depressivas apontam que percebem com maior dificuldade e peso as intercorrências típicas do desenvolvimento infantil, assim como possuem impressões negativas a esse respeito – o que as conduz a um questionamento interno sobre sua capacidade em prover cuidados aos filhos (SCHWENGBER, PICCININI, 2005; AZEVEDO, ARRAIS, 2006).

É possível identificar a semelhança com o que apresentam as mulheres entrevistadas nesta pesquisa. Referem, com relação à realização dos cuidados familiares e tarefas

domésticas, uma necessidade de “querer dar conta de tudo” – situação que as leva a, ainda que não conseguissem realizá-los, não abrirem mão daquilo que se trata de atribuições referentes ao lugar da mulher na família.

Observa-se também que as entrevistadas verbalizam de modo mais enfático sobre as dificuldades vivenciadas em um aspecto mais amplo (em seus relacionamentos com a família, com o companheiro, com o cotidiano perpassado pela doença). Ao abordar a maternidade tendem a reproduzir visões estereotipadas, mas também acrescentam “o peso da maternidade”.

Importante considerar que o cerne desta categoria (o peso da maternidade), ou seja, a maternidade como um fardo, está fortemente associada à conjugação do ser mãe em meio ao transtorno mental – a soma de duas condições de vida que exigem muito de seus recursos internos. Estudos conduzidos por Diaz-Caneja & Johnson (2004) e Montgomery et al (2005) apontam para condições semelhantes sobre o posicionamento de mães portadoras de transtornos mentais com relação à significação da maternidade, os quais demonstram se tratar de uma experiência de sentimentos ambíguos – a expectativa de que amem os filhos em oposição ao empobrecimento de manifestações afetivas decorrentes da doença mental.

Por outro lado, as mães entrevistadas atentam-se para os reflexos que sua doença pode exercer sobre o comportamento dos filhos, quando observam uma relação existente entre como elas próprias – as genitoras – se encontram em face aos sintomas de sua enfermidade e as reações e recursos manifestos de suas crianças. Desse modo, é quando expressam a importância de realizarem o tratamento – estratégia frente ao fenômeno – para que tenham como consequência uma maneira de minimizar esses efeitos, refletindo uma postura de cuidado consigo e com o outro (SANDS, 1995; OYSERMAN et al, 2000; DIAZ-CANEJA, JOHNSON, 2004).

Seguindo a proposta de parentalidade feita por Belsky, a capacidade de exercício da função materna também pauta-se nas fontes de estresse e suporte presentes no contexto de vida do genitor, nas quais incluem-se: o casamento, as redes sociais e de trabalho.

Conforme exposto anteriormente, esses fatores irão exercer a função de bem-estar ou estresse psíquico mediante como serão significados/vivenciados pela mãe, podendo ser um meio de fortalecer a auto-estima materna caso percebido como um suporte emocional e afetivo.

Na realidade apresentada pelas mães portadoras de transtornos mentais o casamento advém, em alguns casos, como consequência de uma gravidez súbita, exigindo a união do casal em função de formalizar a constituição familiar que se inicia.

Outros relatos apontam para a união conjugal como submissão a uma situação de ameaça, revelando a presença da violência doméstica na vida de algumas que desenvolveram o transtorno mental. Também sua ocorrência pode, ainda, representar, o cumprimento de uma expectativa social, na qual a busca por um parceiro responde a uma necessidade de dar uma identidade para si própria, em meio a um contexto de vida onde o desejo encontra-se no outro. Tais significações mostram-se na categoria “conflitos no relacionamento conjugal”, a qual se constitui em uma condição causal para a ocorrência do fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

O casamento em si, como construtor da identidade, e pertinente à realidade das mulheres portadoras de transtornos mentais é outro aspecto negligenciado na literatura científica. No entanto, quando se observa quais os efeitos que a doença mental pode acarretar na libido e desejo sexual, assim como os efeitos colaterais dos medicamentos sobre a vida sexual da pessoa em tratamento, é possível vislumbrar as consequências negativas para o relacionamento conjugal neste contexto (CORDÁS, LARANJEIRAS, 2006; ARAÚJO, BRUNS, 2007).

A inserção do parceiro nos relatos das mães entrevistadas surge, além da anteriormente citada, no contexto em que se dá o fenômeno, com o fator “tipo de ajuda prestada pelo marido”, o qual assume duas possibilidades opostas: a de ocorrer ou não.

Quando o companheiro assume ativamente a prestação dos cuidados, isto se dá, na verdade, na realização das tarefas domésticas não mais desempenhadas pela portadora de transtorno mental, e também pela provisão dos bens necessários à manutenção da casa e dos membros da família.

Pergoraro (2007), em seu estudo, mostrou que quando a mulher é acometida pelo transtorno mental, seu contexto familiar nuclear requer a inserção de uma rede de apoio podendo ser formada pela família de origem (mãe, irmã) e pelo companheiro.

Contudo, foi visto que o marido fica restrito principalmente ao papel de provedor, fato este em que, nesta presente pesquisa, encontram-se também maridos que lavam, limpam, cozinham, cuidam dos filhos – atividades que a pesquisadora teve a oportunidade de observar na residência de algumas das entrevistadas.

Em contrapartida, há situações em que a presença da doença mental acaba por precipitar o término de uma união conjugal frágil, sendo a doença o pretexto necessário para o seu rompimento. É neste contexto em que a família de origem vem mais fortemente se fazer presente, para prover os cuidados e suporte com que essas mães contam para a organização mínima de sua rotina e espaço doméstico.

Os relatos apresentados pelas entrevistadas versam em nuances, como a presença efetiva da família como recurso para suporte, sendo este desempenhado em meio ao total desconhecimento sobre a doença e suas manifestações, onde o que conta para a realização da ajuda é o espírito de solidariedade presente no conjunto familiar. Também pode se dar de modo efetivo quando esta família de origem, por já ter vivido anteriormente essa realidade, possui um saber sobre como lidar e identificar as situações decorrentes da manifestação do

transtorno mental – quando então as entrevistadas citavam o acometimento da doença mental em suas próprias mães, tias ou avós.

Outra situação encontrada, sendo esta mais delicada e que trazia certo prejuízo emocional às mulheres com transtornos mentais, trata-se de quando a ajuda prestada pela família de origem também representa a retomada de relacionamentos distanciados por situações anteriormente vividas – como a separação dos genitores e do grupo de irmãos. Nestes casos foram relatados sentimentos de mágoa, ressentimentos, a tentativa e elaboração das lacunas emocionais vividas em suas histórias pessoais.

Serapioni (2005) localiza a inserção da família e da rede de apoio informal, como vizinhos, como importante instrumento para o fortalecimento e realização dos cuidados nessas condições, tendo em vista as restrições apresentadas pelos serviços de saúde, e em maior amplitude, pela capacidade limitada das políticas públicas em abarcar adequadamente estas demandas.

Por outro lado, ainda que exista a potencialidade da família como fonte privilegiada em prover cuidados, há uma lacuna entre sua disponibilidade e seus recursos para lidarem com a realidade de cuidar de um membro portador de transtorno mental. Se atualmente as políticas públicas em saúde mental, em busca pela desinstitucionalização dos tratamentos aos portadores de transtornos mentais contam com a família em uma função chave para sua efetivação, há uma clara deficiência (para não dizer uma ausência) em assistir e preparar o núcleo familiar para esta atribuição (WAIDMAN, JOUCLAS, STEFANELLI, 1999; OLIVEIRA, LOYOLA, 2004).

Pererira e Júnior (2003) a esse respeito trazem relevante observação sobre a idealizada expectativa dos serviços de saúde acerca da família, considerando-a como um grupo nuclear de harmoniosas relações de parentesco, que por si mesmo seria um recurso terapêutico, e a crença na obrigação da família de cuidar de seu ente enfermo.

Assim, nessas condições, a família, quando acionada como fonte de apoio requer ser preparada e orientada. Ao que tange às entrevistas realizadas, por buscar nessa ajuda prestada pela família a realização de aspectos práticos de organização doméstica (por sua vez, geralmente realizada por alguma outra mulher da família), poucos foram os relatos sobre a percepção de se sentirem cuidadas em suas necessidades afetivas e relacionais.

Os serviços de saúde, como mais uma possibilidade de suporte a essas mães, ocupa um espaço restrito em suas significações de apoio. Por outro lado, é no serviço especializado onde podem encontrar o tratamento para os sintomas e manifestações desconhecidos, até então não denominado como doença, mas sim como um *piti* ou um estado emocional de temporário descontrole, em que se percebe um reducionismo do conceito da doença mental (RODRIGUES, FIGUEIREDO, 2003).

Há uma recorrente dificuldade das entrevistadas em reconhecer os serviços de atenção básica como recurso de apoio para as dificuldades enfrentadas com o cotidiano da doença mental. Em contrapartida, esta fala é reforçada pelas limitações de preparo do serviço em lidar com esta demanda, o que evidencia a necessidade de implementação de ações voltadas para a saúde mental na atenção primária em saúde (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Os profissionais do serviço especializado, que participaram do estudo como informantes-chave, referem ao distanciamento existente com os serviços de atenção básica, até mesmo em razão da pouca inserção que o saber em saúde mental possui nesse nível de atendimento.

Com relação ao serviço especializado, as mulheres participantes significam esse suporte por meio das informações que passam a obter através do tratamento, quando vinculam-se ao profissional psiquiatra e assim passam a melhor compreender as manifestações do transtorno. Com isso, disponibilizam de maiores condições para

desenvolverem recursos e estratégias de enfrentamento da doença, como meio de tentar se enxergar e permanecer lutando.

Ruzzi-Pereira (2007) observa em seu estudo um reconhecimento do profissional psiquiatra como fonte de suporte para as mães portadoras de transtornos mentais. Na pesquisa em questão aqui desenvolvida, pode-se acrescentar que o profissional psicólogo também ocupa o lugar de suporte quando na condição de prestar atendimento psicoterápico aos filhos das mulheres portadoras de transtornos mentais. O grupo de mães aponta esse contato como uma possibilidade de terem esclarecidas dificuldades em lidarem com as questões relativas ao desenvolvimento dos filhos e em como suas manifestações da doença interferem no relacionamento com os mesmos.

Os informantes-chave do serviço especializado consideram relevante a inserção de ações que possam abarcar de maneira mais qualificada a família do portador de transtorno mental para a realização da assistência, atribuição reservada ao profissional de serviço social.

Ao observar a demanda específica das mães portadoras de transtornos mentais, não há disponível até o momento neste serviço estratégias para o atendimento dessa demanda, o que denota um olhar massificador de sua clientela, desconsiderando as diferenças de gênero como observam Mowbray, Nicholson & Bellamy (2003).

O atendimento a mulheres portadoras de transtorno mental, para que seja efetivo, necessita considerar o diagnóstico (maior vulnerabilidade entre as mulheres ao desenvolvimento de alguns tipos específicos de transtornos mentais); o abuso de substâncias (devido ao padrão diferenciado de etiologia e uso); a vitimização nas relações conjugais; os efeitos do uso de medicação; e a atenção para os diversos papéis sociais desempenhados pelas mulheres como membros de uma família, mães, esposas em suas expectativas, desejos e possibilidades vividas em função das diferenças de gênero (SANDS, 1995; MOWBRAY, NICHOLSON, BELLAMY, 2003).

Ruzzi-Pereira (2007), em estudo realizado com mães depressivas, em sua relação com a parentalidade (parenting) e o suporte social recebido, encontrou menor nível de satisfação com o suporte social recebido por essas mulheres se comparado ao grupo controle, formado por mães não portadoras de transtornos mentais. Contudo, é possível uma ressalva ao se considerar que as fontes de apoio formais e informais as quais as mães podem acessar possuem de fato algumas limitações que podem não contemplar as necessidades de cuidado dessas mulheres, conforme observado no presente estudo.

Outro fator constitutivo da parentalidade segundo a visão de Belsky, diz respeito ao modo como o genitor tem sua identidade fortalecida através das relações de trabalho, podendo representar uma fonte de estresse ou fortalecimento da auto-estima, vez que contribui para o alcance de condições estruturais adequadas para o exercício da parentalidade.

O enfoque trazido pelas mães portadoras de transtornos mentais dá um significado diferenciado à questão do trabalho, tendo lhes servido como um indicador das inadequações pelos quais os sintomas da doença passaram a imprimir em seu cotidiano. Desse modo, ao perceberem-se improdutivas, contam com mais um elemento para partirem em busca de ajuda.

Como um dos elementos que constituem a parentalidade, mantendo-se em relação aos demais fatores anteriormente mencionados, os recursos internos e a história de vida da genitora também fornece dados sobre como se dará a construção das funções maternas.

Tendo já apresentado alguns aspectos pertinentes à realidade de mulheres portadoras de transtornos mentais, um dado que merece ser abordado para se ampliar a compreensão da vivência dessas mães, diz respeito à ocorrência da doença mental associada ou posterior ao período de gestação.

Os relatos obtidos junto às entrevistadas referem uma concomitância ou agravamento das manifestações do transtorno com a vivência da gravidez. Conforme anteriormente

apresentado, a gestação não planejada e sua recorrência são trazidas como situações desestabilizadoras na dinâmica individual e familiar das mães entrevistadas. Além disso, tem-se que a mulher encontra-se mais suscetível ao desenvolvimento dos transtornos mentais no período puerperal devido aos efeitos das ações hormonais desencadeadas pela gravidez. (CAMACHO et al., 2006; TUONO et al., 2007).

As histórias das mães que participaram desse estudo, seus relatos em que contam suas trajetórias e em como têm buscado resgatar a si próprias em meio a esses eventos, tratam de uma realidade específica e ao mesmo tempo comum a tantas outras mulheres. Específica por se tratar de uma temática ainda pouco explorada nos estudos científicos brasileiros, nem por isso de menor relevância – tendo em vista seu potencial preventivo para a atenção e cuidado da saúde mental.

Contudo, ao então aproximar-se deste objeto (aparentemente) pouco conhecido, o contato com o mesmo desperta para identificações e semelhanças que então aproximam a vivência dessas mães e mulheres às demais, não necessariamente diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais. O que possibilita a existência de um tênue limite entre realidades femininas seriam os recursos internos, um maior grau de fortalecimento e menor grau de vulnerabilidade frente aos eventos adversos, ou não, próprios da vida.

Para finalizar, pode-se considerar que no campo da saúde mental, a inclusão das questões de gênero possibilitará a melhor adequação da prestação dos cuidados e assistência, posto que o indivíduo doente – nesta denominação visto como algo genérico – é antes de tudo um homem ou uma mulher, que nessas condições recaem expectativas e atribuições sociais construtores do processo saúde-doença.

Como última etapa, seguem-se as considerações finais sobre o estudo e reflexões sobre o mesmo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que este trabalho possa contribuir para o conhecimento de como se dá a vivência da maternidade no contexto da doença mental, considerando que em meio aos resultados obtidos com a Teoria Fundamentada em Dados tenha se propiciado ao trabalhador técnico da saúde mental identificar e reconhecer os elementos que a compõem e assim poder clarificá-los à paciente, em auxílio à busca por permanecer lutando.

Conforme observado na fala das mães entrevistadas, a informação sobre a doença, bem como o maior conhecimento sobre os eventos de vida subsidiam a tomada de ações que lhes garantam lidar com o fenômeno “tentando se enxergar para permanecer lutando”.

Observando este aspecto, perguntou-se ao longo do contato com os dados e sua análise, sobre os reflexos da doença mental materna nos filhos, não apenas no que tange ao comportamento infantil, desempenho de aprendizagem e/ou escolar. Considera-se que há um grande número de trabalhos que apresentem a criança apenas na perspectiva dos aspectos citados (comportamento e aprendizagem), havendo uma lacuna de trabalhos que enveredem pelas percepções e sentimentos filiais com relação à genitora portadora de transtorno mental.

Buscando complementar os olhares sobre a dinâmica familiar e a convivência com a doença mental, outra perspectiva que ainda não mereceu atenção, que também revela sobre o funcionamento e modo de assistir a família que se encontra nessas condições, trata-se de conhecer a perspectiva do marido que se torna cuidador de sua esposa. Quais suas dificuldades na lida com a doença? O que enfrenta ao assumir este papel? Como também pode ser cuidado? O que representa para si a vivência da conjugalidade nessas condições? A que se mostram dispostos a assumir nesse lugar? O que representa cuidar daquela de quem se esperava os cuidados?

Adentrando nesse espectro, também se deparou com outro tema que pode contribuir para o entendimento dessas famílias e ação da doença mental em sua dinâmica, o qual seria buscar conhecer e compreender como se dá a vivência das relações maritais no contexto do adoecimento mental. Olhar para o que representa encarar as mudanças que decorrem a partir da entrada do transtorno mental na vida do casal.

Foi visto sucintamente que essas mulheres vivem o relacionamento conjugal em segundo plano ou que o mesmo representou em sua história, mais um fator para que se precipitasse a instalação da doença mental. Como poder fortalecer essas relações? O que podem contribuir como fator de proteção da construção da identidade e da saúde mental?

Por fim, outra questão que merece atenção e que não foi explorada nesse estudo (o que não quer dizer que não tenha surgido) diz respeito às questões referentes à perda da guarda dos filhos por parte de mães portadoras de transtornos mentais. Possivelmente, ao ampliar os olhares sobre a questão da parentalidade e não se restringindo apenas à presença do transtorno mental, novas possibilidades de fortalecimento dos vínculos familiares poderão ser construídas.

Não se pode, por fim, deixar de apontar para as relações com pesquisador e sujeito e seu enquadre no referencial teórico aqui adotado. Foi praticamente inevitável não identificar-se com as experiências das participantes, que, como foi exposto, vivem em um tênue limite entre dar conta ou não das pressões diárias em que se encontra a mulher atualmente.

Questiona-se também as implicações, nos relatos das entrevistadas, sobre os significados que as participantes atribuíram à pesquisadora, que identificava-se antes de tudo como parte de uma instituição de ensino, mas com acesso aos dados do serviço onde eram atendidas. Além da questão ética envolvida, é possível refletir sobre quais as interações e significados compartilhados por essas mães para se fazerem em interação na relação com a pesquisadora – pensando por meio do referencial teórico adotado (Interacionismo Simbólico).

Tendo em vista o que este estudo propiciou conhecer sobre as especificidades das mães, mulheres portadoras de transtornos mentais, pode-se contar com outros recursos para a melhor adequação dos serviços de saúde para o atendimento do usuário, o que não necessariamente requer a formação de novos serviços, mas a inclusão de novos saberes, olhares e posturas frente àquele/àquela que busca por atendimento.

Buscando especificar para o tema em estudo, a formação de grupos informativos para essas mães, em que se abordem os cuidados referentes aos filhos, bem como se dê abertura para que as mães possam expor suas concepções e experiências, pode constituir-se como um recurso relativamente simples como meio de adequar o atendimento. A informação sobre o desenvolvimento e a discussão sobre suas concepções favorecem o fortalecimento da autoconfiança e conseqüentemente no desempenho da parentalidade.

Outra sugestão de atuação junto a mães portadoras de transtornos mentais trata-se de não apenas o suporte advir dos serviços formais, mas também poder contar com o suporte informal da família – e daí de suma importância orientá-la e acolhe-la nos serviços de saúde – assim como poder contar com outras mães que já estejam mais fortalecidas emocionalmente para que sirvam de multiplicadoras entre seus pares.

Finalmente, é importante considerar a contribuição desse trabalho para a inserção do profissional de saúde mental no contexto do tratamento dessas mães, como aquele profissional que pode tanto reunir o discurso biológico da medicina – na fala da psiquiatria – como em realizar uma assistência mais ampla e capaz de abarcar necessidades para além das prescrições e efeitos colaterais. Ao profissional de saúde mental, mesmo advindo de formação e conhecimentos técnicos específicos, requer maior habilidade em estabelecer um contato mais humanizado do cuidado, com a possibilidade de realizar uma abordagem da mãe portadora de transtorno mental de modo a ter uma escuta privilegiada para demanda destas mulheres, desprovidas do reconhecimento de suas necessidades.

Esta postura coaduna com a proposta de formação de equipe multiprofissional para a atuação em saúde mental, onde os saberes de cada área constroem propostas de cuidado e atenção, sem perder suas especificidades na assistência, mas aptos a um olhar integrativo das necessidades do usuário do serviço.

Considera-se como possível limitação desta pesquisa a não definição de um transtorno mental em específico como critério de seleção das mães participantes, trazendo uma variedade de olhares permeados pelos diferentes tipos de transtornos encontrados. No entanto, Montgomery et al. (2005) considera positivamente este elemento para o conhecimento da variedade de comportamentos nessa dinâmica, ao que pode ser observado neste trabalho. Ademais, por ter seu tema na maternidade como evento de vida comum a essas mulheres, este dado comum entre as mães entrevistadas pôde suplantar as diferenças diagnósticas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. **Vivendo com a incerteza da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama.**1997. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

ARCANGIOLI, A.-M. Introdução à obra de Winnicott.In: NASIO, J.-D. (Dir.). **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p.177-201.

ANDRADE, L.H.S.G., VIANNA, M.C., SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v 33, n.2, p. 43-54, 2006.

AQUINO, E.L.M. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n especial, p. 121-132. 2006

ARAÚJO, A.R.; BRUNS, M.A.T. Sexualidade feminina e depressão: diálogos entre antidepressivos e psicoterapia. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Pernambuco, v.1, n.2, p. 241-245, 2007.

AZEVEDO, K.R.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n.2, p. 269-276, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARBOSA, P.Z.; ROCHA-COUTINHO, M.L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 163-185, 2007.

BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs) **Psiquiatria sem hospício.** Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 128p.

BELSKY, J. The determinants of parenting: a process model. **Child Development**, Chicago, v.55, n. 1, p. 83-96, fev. 1984.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Entrevistas: formatos e análises. Ribeirão Preto, 1989. Mimeografado.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégia na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G. & BIASOLI-ALVES (orgs) **Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa**. Ribeirão Preto: Editora Legis Summa, 1998, p. 135-157.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n.3, p. 233-239, set-dez 2000.

BLUMMER H. **Symbolic interactionism: perspective ADN method**. Berkeley: University of California, 1969. 207p.

BORGES, C. F. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n. especial, p. 21-29, 2003.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 226p.

BRAGA, M.G.R; AMAZONAS, M.C.L. Família: maternidade e procriação assistida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n. 1, p. 11-18, jan/abr. 2005.

BRUNNER, J. **A cultura da educação**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 186p.

CAMACHO 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.

CASSIANI, S.H.de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem na pesquisa interpretativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez.1996.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**. New Jersey: Prentice Hall, 1989. 205p.

CHEMNITZ, W.C.; SWANSON, J.M. **From practice to grounded theory**. New York: Addison-Wesley Pub. Co, 1986. 259p.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família de doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 200. 213p.

CORDÁS, T.A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 168-173, 2003.

DIAZ-CANEJA, A.; JOHNSON, S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, Londres, v.39, p. 472-482, 2004.

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E. R. et al. **Perspectivas antropológicas da mulher 3**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983. p. 15-43.

ERICKSON, E. H. **Identidade: juventude e crise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

FIGUEIREDO, L.C.M. **Psicologia uma introdução**. Uma visão histórica da psicologia como ciência. São Paulo: EDUC, 1994.

FIORAVANTI, C. Fragilidades expostas. **Pesquisa Fapesp**, São Paulo, 2005. Disponível em: www.revistapesquisa.fapesp.br/?ed=137&lg=. Acesso em: 15 de outubro de 2007.

FLECK et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n. 4, p. 431-8, 2002.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

GASTAL, F.L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Revista Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 245-254, set/dez 2006.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997. 107p.

JUNIOR G.O. Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n. 14, v. 1, p. 87-102, jan/jun. 2002.

JÚNIOR, R.C.R.; MOURA, M.L.S.; BOURNSTEIN, M.H. Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.17, n.1, p. 104-113.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres?, **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 74-79, 2006.

KINRYS, G.; WYGANT, L.E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, supl. II, S43-50, 2005.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 1-5, maio 1999.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, jul-set. 2000

LUZ, M. T. (Org) **Lugar da mulher** (estudos sobre a condição feminina na sociedade atual). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MIAN, L. **Comportamento, auto-percepções e eventos de vida de crianças que convivem com mães com história recente de depressão**. 2003, 100f. Pró-forma (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MIASSO, A. I. **“Entre a cruz e a espada”**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 269p.

MONTGOMERY, P. et al. Keeping close: mothering with serious mental illness. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 54, n. 1, p. 20-28, 2006.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MORDOCK, E.; HALL, W.A. Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and researches implications. **Archives of Psychiatric Nursing**, Madison, v. XVI, n. 5, p. 208-216, out., 2002.

MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.24, n.1, p.44-55, 2004.

MOWBRAY, C. T.; NICHOLSON, J.; BELLAMY, C.D. Psychosocial rehabilitation service: needs of women. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v. 27, n.2., p. 104- 113, outono 2003.

NICHOLSON, J. et al. Focus on Women: Mothers With Mental Illness: I. The Competing Demands of Parenting and Living With Mental Illness. **Psychiatric Services**, Rockville, v. 49, n. 5, p. 635-642, maio 1998.

NICHOLSON, J. et al. Focus on Women: Mothers With Mental Illness: II. Family Relationships and the Context of Parenting. **Psychiatric Services**, Rockville, v. 49, n. 5, p. 643-649, maio 1998.

NICHOLSON, J. et al. Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families. **National Mental Health Information Center**, Massachusetts, 30 jul. 2001. Disponível em: www.mentalhealth.samhsa.gov. Acesso em: 31 maio 2004.

NICO, L.S. et al. A *grounded* theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, 2007.

NUNES, M., JUCÁ, V.J., VALENTIM, C.P.B. As ações de saúde mental no Programa de 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.

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M. A família do paciente psiquiátrico: uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p. 213-222, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Women's mental health: an evidence based review**. Genebra, 2000. 122 p.

OYSERMAN, D. et al. Parenting among mothers with a serious mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**, Washington, v.70, n.3, p. 296-315, jul., 2000.

PEGORARO, R.F. “**Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico.**” 2007. 272.f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.

PEREIRA, M.A.O.; JÚNIOR, A.P. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

RENNÓ JR. et al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas de pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, supl. II, S73-76, 2005.

RIEBSCHLEGER, J. Good days and bad days. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v.28, n.1, p. 25-31, summer, 2004.

RODRIGUES, C.R, FIGUEIREDO, M.A.C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n. 1, p. 117-125, 2003.

RUZZI-PEREIRA, A. “**Doença mental materna: ações de *parenting* suporte social.**” 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

SANDS, R. The parenting experience of low-income single woman with serious mental disorders. Families in society. **Families in Society** , Milwaukee,v.76, n.2, 1995, p. 86-89.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, v.2, n.2, p. 46-71, 1998.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Revista Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.5, n. 8, p. 47-60, 2001.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.22, n.2, p. 143-156, abr-jun. 2005.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, supl., p. 243-253, 2005.

SOARES, J.S.; CARVALHO, A.M. Mulher e mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 39-44, 2003.

SOUZA, D.B.L.; FERREIRA, M.C. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-25, jan/abr. 2005.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v27, SII, S 41-2, 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. Newbury Park: Sage, 1990. 267p.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan-abr. 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TUONO, V.L. et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil., **Epidemiologia e serviços de saúde**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 85-92, 2007

VASCONCELLOS, C.T.D.V.; VASCONCELLOS, S.J.L. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1041-1049, maio 2007.

VENANCIO, A.T.A. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 183-305, 2004.

WAIDMAN, M.A.P.; JOUCLAS, V.M.G.; STEFANELLI, M.C. Família e doença mental. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n. 1/2, p. 27-32, jan/dez, 1999.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva & grounded theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 1-8, 2005.

APÊNDICE

Apêndice A

Roteiro de entrevista para as mães participantes

I) Levantamento de dados demográficos (através de prontuário e com a própria entrevistada):
Nome, idade, escolaridade, condição conjugal, ocupação da entrevistada e do cônjuge, número de filhos, pessoa (s) com quem reside, diagnóstico psiquiátrico, tempo de tratamento.

II) Questões propostas:

A) *Sobre o transtorno mental:*

Como foi o seu processo de adoecimento mental?

Quais mudanças seu adoecimento mental ocasionou em sua vida?

B) *Sobre a maternidade:*

Como foi quando teve seu (s) filho (s)?

O que é ser mãe para você?

Como você se vê e se sente como mãe?

Quais mudanças a maternidade trouxe para sua vida?

C) *Sobre os recursos acionados:*

A família lhe presta algum tipo de ajuda? Qual? Para o cuidado do (a/s) filho (a/s)?

O (s) serviço (s) de saúde lhe (s) presta (m) algum tipo de ajuda? Qual? Para o cuidado do (a/s) filho (a/s)?

A quem ou onde mais busca auxílio para o cuidado do (a/s) filho (a/s)?

Apêndice B

Roteiro de entrevista para o informante-chave do (s) serviço (s) de saúde

I) Caracterização do informante: nome, formação, função desempenhada no serviço, tempo de trabalho no local atual.

II) Questões propostas:

Como é dada a assistência às mulheres portadoras de transtorno mental que são mães?

Quais as demandas apresentadas por essa população de mulheres (que são mães) a esse serviço de saúde? Há especificidades?

Quais recursos e atividades de assistência do serviço são disponibilizados para mães portadoras de transtorno mental?

Tendo em vista essa demanda, como você se envolve com o serviço prestado pela rede de assistência básica à saúde? Quais seriam as estratégias, modos e mecanismos de interação com esses serviços para o cuidado dessas mulheres?

Como você entende o processo de maternidade associada a um transtorno mental?

Como você (como profissional de saúde) se sente frente a esta demanda?

Para você, o que requer maiores cuidados e atenção no acompanhamento dessas mães?

Alguma sugestão que poderia ser implementada para a assistência dessas mães?

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADO

Meu nome é Marisley Vilas Bôas Soares, sou psicóloga e faço doutorado no Departamento Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

Gostaria de convidá-la a participar do trabalho “A maternidade para mulheres (mães) portadoras de transtorno mental”, que tem como objetivo conhecer suas dificuldades do dia a dia na lida com os seus filhos. Quero saber o que você acha que é a maternidade sob seu ponto de vista, como vive e se relaciona com seu (a/s) filho (a/s).

Para isso, farei entrevistas com mulheres, que tenham ao menos um filho entre 7 a 12 anos, atendidas pelo Ambulatório Central de Saúde Mental (da rua Visconde do Rio Branco), que morem na região Norte da cidade de Ribeirão Preto. Também serão entrevistadas algumas pessoas que trabalham nesses serviços e aqueles que fazem o atendimento no posto de saúde do seu bairro.

A nossa entrevista terá perguntas sobre a sua vida, a maternidade, como se sente como mãe e as situações vividas, difíceis ou não, e como você as enfrenta. Se você concordar, a entrevista será gravada e depois transcrita.

Se você aceitar participar desse estudo, procurarei marcar a entrevista para quando você puder.

Sua participação é voluntária e você é livre para recusar ou deixar de participar dessa pesquisa quando quiser. Tudo o que for conversado entre nós é confidencial e sua identidade não será revelada. Caso concorde em participar, você não estará exposto a riscos e nem terá nenhuma despesa.

Se em algum momento da entrevista ou do trabalho houver alguma dúvida ou reclamação, estou à disposição para ouvi-la e registrá-la, se desejar.

Marisley Vilas Bôas Soares Fone: 3602 3427
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP.

Por favor, leia o parágrafo a seguir, e se concordar em participar, assine abaixo.

Eu compreendo que toda a informação obtida sobre minha pessoa nessa pesquisa será estritamente confidencial.

Assinatura: _____ data: _____

Acompanhante responsável _____ data: _____

Pesquisadora: _____ data: _____

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADO

Meu nome é Marisley Vilas Bôas Soares, sou psicóloga e faço doutorado no Departamento Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar do trabalho “A maternidade para mulheres (mães) portadoras de transtorno mental”, que tem como objetivo conhecer como mães que possuem algum tipo de transtorno mental vivenciam e como se sentem no seu papel de mãe. Pretendo conhecer o que é a maternidade para essas mulheres, como se relacionam com seu (a/s) filho (a/s), quais recursos e ajudas possuem disponíveis para serem mães e como os serviços de saúde lidam com essa demanda.

Serão entrevistadas mulheres, que tenham ao menos um filho entre 7 a 12 anos, atendidas pelo Ambulatório de Saúde Mental (rua Visconde do Rio Branco), que morem na região Norte da cidade de Ribeirão Preto. Também serão entrevistados alguns profissionais desses serviços e aqueles que fazem atendimento na rede básica de saúde do seu bairro –desde que estejam disponíveis para participar.

A entrevista será nos moldes de uma conversa e terá perguntas relacionadas a como o serviço de saúde, o qual trabalha, lida com essa população, como busca assisti-la frente suas necessidades e especificidades. Se você concordar, a entrevista será gravada e depois transcrita.

Os relatórios elaborados e materiais decorrentes desse estudo serão encaminhados aos serviços participantes, como meio de possibilitar um retorno aos mesmos.

Se você aceitar participar deste estudo, procurarei agendar a entrevista de acordo com a sua disponibilidade e agilizar seu tempo para essa participação.

Sua participação é voluntária e você é livre para recusar ou sair do trabalho de pesquisa quando desejar. Toda informação é estritamente confidencial e sua identidade não será revelada. Caso concorde em participar, você não estará exposto a riscos e nem terá nenhuma despesa.

Se em algum momento da entrevista ou do trabalho houver alguma dúvida ou reclamação, coloco-me à disposição para ouvi-lo e fazer o registro da mesma, se assim desejar.

Marisley Vilas Bôas Soares Fone: 3602 3427
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP.

Por favor, leia o parágrafo a seguir, e se concordar em participar, assine abaixo.

Eu compreendo que toda a informação obtida sobre minha pessoa nessa pesquisa será estritamente confidencial.

Assinatura: _____ data: _____

Pesquisadora: _____ data: _____

ANEXOS

Anexo A

Apresentação dos códigos e descrições dos mesmos, segundo o CID 10, referentes aos diagnósticos contidos nos prontuários das participantes do estudo.

F 41 Transtorno de pânico

F 25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

F 41.9 Transtorno ansioso não especificado

F 61.9 Transtorno de personalidade misto

F 32 Episódio depressivo

F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

F 60.3 Transtorno de personalidade do tipo instabilidade emocional

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

F 33.1 Transtorno depressivo recorrente

F 34.1 Distímia

F 32.1 Episódio depressivo moderado

F 33.2 Transtorno depressivo recorrente

F 40.2 Fobias específicas

F 20.9 Esquizofrenia não especificada

F 20 Esquizofrenia paranóide

F 25 Transtorno esquizoafetivo

F 12.06 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabíoides

F 44 Transtorno dissociativo

Anexo B



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 114/2005

Ribeirão Preto, 22 de agosto de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de agosto de 2005.

Protocolo: nº 0554/2005

Projeto: A Maternidade para Mulheres (Mães) Portadoras de Transtorno Mental.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora)
 Marisley Vilas Boas Soares (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
 Prof.^a Dr.^a Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilm^a. Sr^a.

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Pimenta Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP