

DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

CHALLENGES IN HEALTH CARE INTEGRALITY: THE THERAPEUTIC JOURNEY
OF MOTHERS WITH INTENSE PSYCHIC SUFFERING

Ueslei Solaterrar da Silva Carneiro¹ Gessica do Carmo de Aquino² Vlândia Jamile dos Santos Jucá³

Resumo

Este estudo teve como objetivo mapear o Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres/mães que apresentam uma condição de sofrimento psíquico grave, observando a integralidade no cuidado, respeitando sua condição de mulher e sua fragilidade psíquica. Valeu-se do método da história de vida com a condução de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e vídeo, e posteriormente transcritas. Foram realizadas entrevistas com seis mulheres e, a partir dos dados produzidos, foram definidas quatro categorias temáticas: 1) Equipamentos e Estratégias Formais de Tratamentos; 2) Equipamentos e Estratégias Informais de Tratamento; 3) Rede de Suporte Social e 4) Engajamento Político-Social. Nas análises empreendidas, percebe-se que os IT's são construídos de modos diversos e fragmentados. Em linhas gerais, as mulheres, com o apoio de alguns familiares, amigos e profissionais são protagonistas na construção do itinerário terapêutico percorrido, no entanto, a integralidade que, neste caso, pressupõe uma oferta de cuidados que ultrapassa os esforços individuais e demanda ações articuladas entre a saúde mental e a saúde materno-infantil mostrou-se frágil, sendo observadas situações de desamparo e ausência de uma oferta de um cuidado mais articulado para a mulher, considerando sua condição de mãe e de alguém cuja trajetória de vida está marcada pelo sofrimento psíquico grave.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico; maternidade; sofrimento psíquico grave.

Abstract

This paper aims at mapping therapeutic itinerary (IT) of women/mothers with severe psychic suffering, observing the integrality in care in relation to the account for their female condition and psychic fragility. We used the life history method with semi-structured interviews, recorded in audio and video and later transcribed. We have performed interviews with six women and have created four theme categories: 1) Equipments and formal strategies of treatment; 2) Equipments and informal strategies of treatment; 3) Social support network and 4) Political and social engagement. Throughout analyzes it was found that the it was constructed in various and fragmented modes. In general, women supported by family, friends and professional were protagonists in constructing therapeutic itinerary. However, the integrality (that is based on an offer of care beyond individual efforts and that demands articulated actions between mental health and the maternal/child health) proved to be fragile. It was also observed lack of an articulated care and absence of a comprehensive approach related to their condition as mothers and severe psychic suffering subjects.

Keywords: Therapeutic itinerary; maternity; severe psychic suffering.

INTRODUÇÃO

Para uma aproximação atenta, crítica e reflexiva acerca da saúde mental feminina se faz necessário, antes de tudo, a demarcação de um contexto histórico-cultural mais amplo. Assim, como aponta a Organização Mundial de Saúde (2000), para se tentar compreender as condições que estão imbricadas na saúde mental da mulher em suas relações com a saúde materno-infantil um diálogo com as questões relativas às construções de gênero se torna relevante e esclarecedor.

Uma retomada histórica da definição dos papéis de gênero na sociedade nos mostrará um elemento amplamente presente nas diversas culturas nas quais coube à mulher o cuidado da prole e a manutenção da ordem doméstica, bem como a socialização inicial das crianças (Soares, 2008). Numa análise acerca deste assunto, Chodorow (2002) traz que “a maternação das mulheres é um dos poucos elementos universais e duráveis da divisão do trabalho por sexos.” (p.17).

Deste modo, a experiência da maternidade associada cultural e socialmente à condição de mulher esteve frequentemente presente em diferentes momentos e contextos, fomentando discursos sobre a maternidade que trazem a ideia de que a mulher/mãe que se recusa a assumir o seu papel estaria na posição de uma desnaturada, uma doente, um monstro que não respeita aquilo que é da sua “natureza” (Badinter, 1985). Por outro lado, há autores, a exemplo de Badinter, que não só criticam essa noção, bem como defendem a visão de que a maternidade antes de ser uma experiência biológica, determinada apenas pelas leis naturais é uma experiência humana, engendrada através da interconexão de elementos psíquicos, culturais e sociais (Chattel, 1995).

Partindo do pressuposto de que as funções que foram delegadas aos diferentes gêneros ao longo do tempo são diferentes e determinadas por componentes sócio-culturais, espera-se que as particularida-

des e idiosincrasias destes grupos sociais sejam levadas em consideração no estabelecimento dos serviços de atenção à saúde, bem como na orientação das políticas de atenção às mulheres na sua saúde concebida integralmente.

Neste sentido, o objetivo principal do artigo é refletir acerca do Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres com um histórico de sofrimento psíquico grave que, em decorrência de sua psicopatologia e das fragilidades referentes à assistência, foram eventualmente afastadas de seus filhos (as) e/ou enfrentaram adversidades de várias ordens para desempenhar o papel de mães, observando se houve a promoção da integralidade no cuidado, respeitando sua condição de mulher e sua fragilidade psíquica, nas suas andanças pelas diferentes instâncias e formas de tratamento.

A definição de IT não é simples, nem unidimensional, apresentando-se de modo bastante polissêmico. Ressalta-se a importante contribuição de Alves e Sousa (1999) que, a partir da literatura socioantropológica, o definem como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.” (p.133), atentando-se para os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas forma de tratamento, pontuando a importância que a participação do usuário tem no processo de produção de cuidado (Mângia & Muramoto, 2008; Gerhardt, 2009).

Chama-se atenção ainda para o fato de que a análise do IT não se limita a identificar a variedade de serviços e a utilização que as pessoas fazem das instâncias de cura num viés apenas interpretativo e explicativo. É preciso demarcar que o processo de “escolha” é bastante complexo devendo ser compreendido dentro de um contexto sociocultural no qual a dinâmica do percurso individual esteja em cruzamento com as possibilidades e os direcionamentos que os diferentes macroprocessos culturais ensejam (Massé, 1995, Gerhardt, 2009).

Segundo o sistema de classificação dos cuidados sobre as doenças e processos de tratamento proposto por Kleinman (1978) os cuidados em saúde podem ser localizados em três subsistemas que irão estabelecer as diferentes formas por meio dos quais a experiência da doença irá ser vivenciada e os itinerários terapêuticos delineados. O subsistema “profissional” é tomado por Kleinman representando a medicina científica e os métodos médicos tradicionais; o “folk”, por sua vez, é composto por agentes de cura que, mesmo não reconhecidos pelo subsistema oficial, desfrutam de um lugar de destaque nas comunidades às quais pertencem, ao passo que o “popular” liga-se ao campo leigo no qual ficam evidentes práticas como a automedicação, bem como a ajuda e conselhos de familiares e vizinhos (Helman, 2003).

Toma-se como pressuposto à noção de integralidade como intercruzamento de dimensões e planos de ação, através da superação da fragmentação que não permite reconhecer o usuário como sujeito de desejos, possibilidades, direitos e capacidade de apropriação de seu projeto de saúde e, mais do que isso, não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos (Merhy, 2005).

Mediante estas considerações iniciais, observar como se deu a construção do itinerário terapêutico das que aglutinam três condições – a de ser mulher, a de carregar o estigma da loucura e a de ser mãe - aparece como uma oportunidade para refletir se é possível falar em integralidade no contexto em questão e, caso não seja, quais os entraves para que a articulação do cuidado se efetive.

MÉTODO

Devido a sua natureza os IT's requerem uma abordagem que permita a construção de relações entre a conduta singularizada dos sujeitos e a dimensão sociocultural. Como forma de se alcançar os objetivos propostos para este trabalho, utilizou-se o método da história de vida

que permite ao pesquisador o acesso a um conteúdo que é singular, mas que também comporta em si traços de um conteúdo macrossocial que é compartilhado por vários atores (Gaulejac, 2005, Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007).

Foram entrevistadas seis mulheres/mães moradoras, atualmente, na cidade de Salvador-Ba. Os critérios de elegibilidade para escolha das entrevistadas foram: 1) mulheres com sofrimento psíquico grave que, em decorrência desse sofrimento, experimentaram impactos importantes em seus laços sociais; 2) mulheres com filhos (as) acima de cinco anos para que fosse possível reconstruir, através de suas histórias de vida, os impasses, as perdas e as conquistas obtidas enquanto mães; 3) mulheres que estavam em acompanhamento em um CAPS ou em um ambulatório de saúde mental.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo, realizadas em um encontro com duração média de 2h cada, sendo posteriormente transcritas e categorizadas. Ao longo das entrevistas, realizou-se a leitura integral do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem na Universidade Federal da Bahia que emitiu parecer favorável (CAAE: 207202412.0.0000).

O material produzido foi trabalhado por meio da Análise do Discurso (Gill, 2002). Ao abordar as narrativas, foram adotadas as precauções que Bourdieu (1998) traz acerca da ilusão biográfica quando afirma que “o relato autobiográfico se baseia sempre na preocupação de dar sentido, de tornar razoável, de extrair uma lógica ao mesmo tempo retrospectiva e prospectiva, uma consistência e uma constância (...) constituídos em etapas de um desenvolvimento necessário.” (p.184).

Na Tabela 1 se tem uma breve apresentação das seis colaboradoras do estudo.

(VER NO FINAL)

Ressalta-se que a apresentação do “diagnóstico” aqui empreendido baseou-se no discurso das entrevistadas. É importante destacar que a escolha pelo uso do termo “sofrimento psíquico” ao invés de transtorno ou doença se deu em decorrência da ênfase do estudo recair sobre as experiências vivenciadas, independentemente de uma ordem ou norma preconcebida (Amarante, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro categorias temáticas construídas com base nas histórias narradas para este trabalho são as seguintes: Equipamentos e Estratégias Formais de Tratamento, Equipamentos e Estratégias Informais de Tratamento, Rede de Suporte Social e Engajamento Político-Social. Passemos, então, às principais discussões e direcionamentos que os dados apontam para cada categoria temática.

Equipamentos e Estratégias Formais de Tratamento

Esta categoria tem como base de referência a subdimensão “profissional” da classificação proposta por Kleinman (1978). Como local de destaque nas falas das mulheres/mães, tem-se o Hospital Psiquiátrico como lugar que em diferentes momentos estiveram internadas e nos quais foram vivenciadas situações de maus-tratos. Uma das colaboradoras, internada por conta de uma depressão pós-parto, afirma que “fiquei doida como diz o pessoal né? Surtei e aconteceu um monte de coisa, fui internada no sanatório, um técnico de enfermagem me agrediu pra me amarrar sozinha, muntou em mim, quebrou meus ponto da cesariana, eu sofri muito.” (C6). Nas falas das entrevistadas pode-se perceber que as memórias das internações em manicômios são marcadas por sentimentos de medo e desamparo, bem como por experiências de violência e despersonalização:

“(...) é a de que eu estava assim, num lugar de pânico to-

tal. Um sanatório, que é realmente desumano. (...) eu tinha a sensação de que era algo da época de Hitler. Algo assim, você chega e as pessoas estão deitadas nuas, jogadas, e os gritos a noite, e eu não suportava os gritos a noite. Meu deus, eu tinha um medo horrível, tinha um medo, eu tive medo.” (C4)

As situações e percepções narradas pelas participantes desta pesquisa aludem ao que Goffman (1961) teorizou e denominou de instituição total. Para este autor, “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (pg. 11).

A lógica do tratamento nos moldes manicomial, pautado no isolamento e em internações prolongadas, mostra-se ainda mais inoperante diante do recorte da saúde mental e da maternidade, no qual o enfraquecimento dos vínculos e da relação entre as mulheres e seus filhos (as) por meio do afastamento do convívio com estes aparece como um evento crítico e que contribuiu sobremaneira para agravar o sofrimento experimentado.

A possibilidade de construção e exercício do papel de mãe foi reiteradamente impossibilitada não só pela barreira física, mas também pela contenção química e situações de invasão pelas quais passaram as mulheres. Um aspecto muito relevante e recorrente nas suas narrativas diz respeito às relações estabelecidas com os profissionais envolvidos nas instituições pelas quais passaram. Em muitos casos, notam-se situações de descuido e violação do corpo das mulheres.

“As vez a gente conta, quando a gente tá com depressão, pra eles e eles diz que a gente tá confusa. (...) Eu lembro que o médico começou a apalpar meu seio e começou a me ali-

sar, aquilo tava me incomodando, ai eu pedi a ele pra fazer xixi. Eu lembro que eu peguei uma cadeira de ferro e dei uma cadeirada nele, ele ai me conteu, ai eu também fiquei queta, né. Não quis mais me desamarrar que eu fiquei com medo dele me matar. Mas, eu era muito esperta assim, de ver segurança abusar, eu já vi segurança abusar de paciente (...) as vezes tem paciente que engravida dentro do hospital, os outros diz: -Ah, foi dos doidos! -Mentira! Porque quando você toma aquele remédio, você não tem vontade nenhuma de ter nada com ninguém!” (C2)

“Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?”. Essa clássica frase de Foucault (2006) retomado por Amarante (2011), serve-nos para colocar em questão como tais práticas se sustentaram ao longo de alguns séculos, silenciando a fala das ditas “loucas” que em nome de um saber/poder, mesmo que precário, tiveram seus direitos mais básicos subtraídos, suas vozes silenciadas e seus corpos invadidos.

De acordo com as colaboradoras, o manicômio serviu, muitas vezes, para despersonalização das mesmas no que tange à falta de autonomia e ao tratamento que iguala todos como se não houvesse sujeito de desejo por trás dos diagnósticos e rótulos pelos quais eram constantemente chamadas em substituição aos seus nomes de origem. Apenas este fator já seria, sem dúvida alguma, suficiente para surtir efeitos iatrogênicos na identidade de pessoas que estão numa situação de fragilidade emocional e psíquica.

Acrescenta-se a tais processos de despersonalização, o excesso de medicalização que, na realidade, os reforça. Na fala da colaboradora 2 tem-se que “quando eu vim do hospital eu tomava tanto remédio, nega, que eu não tinha nem capacidade de tomar um banho. Acho que paralisa seus ossos, uma casa eu não varria, eu não fa-

zia nada, só engordando, inchada de remédio”. Ou ainda, “acho que o CID foi feito pra psiquiatra medicar. O grande fabrico da loucura é num parar, toma-lhe remédio nos loucos (...). Eu sei que os remédios é um paliativo que muda nossas vidas, mas a terapia é maior.” (C1). Diante de situações como as relatadas, como dar conta de alimentar, acarinhar, acompanhar, enfim, de cuidar dos filhos? Como é possível ser “louca”, mulher e mãe?

Dito isso, não se pretende aqui fazer uma apologia ao não uso das medicações. É um fato que este é um recurso que esteve presente no IT das mulheres/mães aqui entrevistadas, apresentando-se em muitos momentos como fundamental. O que se problematiza e se critica é o uso em excesso e como única estratégia terapêutica possível. Na fala da colaboradora 1, pode-se visualizar o quanto esta estratégia, se utilizada dentro de um projeto terapêutico mais amplo e com a implicação do sujeito, é importante e fundamental no processo de assistência e até mesmo como forma de possibilitar condições para o fortalecimento dos vínculos com seus filhos (as):

“Eu não sei o que sou, a única coisa que eu sei que sou é maluca beleza, isso aí eu tenho certeza. Sim, porque também se eu disser que sou maluca beleza hoje é porque eu me dedico e tomo meu remédio, porque se eu não tomasse o meu remédio eu era louca furiosa”

Outro instrumento da rede formal de tratamento que está presente no discurso das mulheres/mães são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, no Brasil, estão inseridos no contexto da Reforma Psiquiátrica. O CAPS, não obstante seja alvo também de críticas por parte das entrevistadas, mostram-se muito mais promotores de saúde e permitem a manutenção dos laços sociais e do exercício da maternidade, no discurso das participantes. Neste sentido, a comparação entre os

manicômios e os CAPS ou outros serviços como hospitais-dia estiveram presentes de modo significativo.

Muito embora todos esses avanços na política nacional de Saúde Mental muitos entraves ainda se colocam para a efetivação das suas premissas. Os CAPS ainda trazem em si uma série de aspectos que precisam ser problematizados e repensados, como foi expresso nas entrevistas. A maior parte desses serviços funciona com a oferta de oficinas e atividades padronizadas com horários e rotinas a serem seguidos ao longo do dia; oferta que nem sempre corresponde às necessidades e interesses das usuárias.

Como traz Saraceno (2001), mais do que pintores, atores, artistas e artesãos, os usuários destes serviços precisam estar incluídos na contratualidade social, precisam ser e se sentir cidadãos de direitos. As oficinas e as intervenções artísticas precisam estar, antes de tudo, incluídas em projetos terapêuticos pensados e manejados de modo cuidadoso para que não se convertam em práticas de entretenimento apenas. Em vários pontos o modelo das oficinas e atividades diárias, se encaradas de forma rígida e pouco flexível, se assemelham com algumas características das instituições totais, fazendo-nos questionar se não se estaria havendo uma repetição de algumas práticas, não obstante as diferenças na ordem do espaço físico, da base normativa e do horizonte ético preconizado.

Por isso, estes projetos de cuidado mais do que meras aplicações de uma técnica devem ser entendidos como fruto de um diálogo entre os sujeitos, com seus medos, expectativas e desejos, e os profissionais que se dispõem a atendê-los (Matos, 2004). Desta constatação, surge a importância da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que esteja voltado para o perfil e as especificidades de cada sujeito, incluindo, em sua elaboração, as questões de gênero e a atenção voltada não apenas para o sujeito, mas para sua constelação familiar.

É pertinente pontuar que apesar de todas as questões a serem discutidas e

avançadas, o modelo atual mostra-se mais próximo de um real cuidado e atenção à saúde mental dos seus usuários, sobretudo pelo potencial que mostra no tratamento e manutenção dos vínculos familiares permitindo, como exposto acima, que mães tenham a possibilidade de manter o cuidado dos seus filhos (as) e que estes também possam ser alvo de cuidado por parte dos equipamentos de saúde.

Equipamento e Estratégias Informais de Tratamento

Esta categoria, por sua vez, foi pensada tendo como base o que é definido pelo subsistema “folk” na classificação Kleinmiana, ou seja, as instâncias de cura não oficiais e não legitimadas pelo discurso técnico-científico, mas que exercem papel de destaque no IT de diversas pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico grave e que para as mulheres/mães deste estudo não foi diferente.

“As pessoas levaram pra outro lado, problema espiritual, tem que levar pro candomblé e pê, pê, pê. E eu também sofri isso. Quando eu surtava, na segunda gravidez do meu filho, da primeira também, as pessoas me levavam cada dia prum lugar, um dia eu tava no candomblé, outro dia eu tava no espiritismo, outro dia tava na igreja universal. Todo mundo achava que a cura era no lado espiritual.” (C6)

Ao longo das narrativas foi comum a referência a formas alternativas de tratamento acessadas, de modo que espaços atrelados à religião foram apontados como fazendo parte dos seus IT's. A fé é considerada, para algumas delas, um aspecto importante na trajetória do seu tratamento, ainda que nenhuma tenha relatado exatamente de que forma isso seja alcançado, deram ênfase ao ato de fé e a crença em certas agências religiosas como fundamental para a renovação da força, perseverança no tratamento e suporte para continuar

tendo condições de cuidar dos filhos (as).

Como apontou o próprio Kleinman (1978), a decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação a este e avaliarão os seus resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associadas à experiência da doença.

Essas vias alternativas de cuidado são qualificadas de vários modos e ancoram-se em uma história social e cultural de longa data. Segundo Le Breton (2012), para que possamos compreender melhor a dinâmica que é engendrada pela busca de modos alternativos ao modelo técnico-científico formal cabe pensar um pouco sobre a brecha deixada pela instituição médica que aponta para uma discrepância crescente entre as demandas de cuidado em saúde, de um modo mais amplo, e as respostas que esta vem oferecendo.

A grande questão não é ponderar o valor ou não dessas formas de tratamentos frente à rede formal de assistência, algo que se coloca como importante e inevitável diante de tal constatação é a discussão do papel que estes modelos exercem na vida dessas pessoas. Ou seja, já que é inegável e irrefutável que elas, de algum modo, se valerem desses meios numa tentativa de aplacar o seu sofrimento e de se fortalecer para exercer seu papel de mãe, a atitude de negação e distanciamento desta realidade por parte dos profissionais não parece ser a que mais contribua para a oferta de um cuidado humanizado e integral que esteja em contato com a experiência de vida e as especificidades de cada sujeito.

Rede de Suporte Social

Algo que chamou bastante atenção nas narrativas foi o papel desempenhado pelas famílias de origem no direcionamento das possibilidades do tratamento que veio a ser ofertado a essas mulheres/mães que, por meio do apoio social recebido, tiveram

maiores possibilidades de construção um sentido para suas trajetórias.

A partir das narrativas apresentadas, percebe-se que a relação estabelecida com a família e pessoas do meio social, como vizinhos e comunidade, é de uma ambivalência marcante: “num é que minha família me destratasse depois que eu fiquei doente. Mas, houve muito desencontro de informação e de ideais que ainda acontece na sociedade em si.” (C6), ou ainda, “Assim como nós, as pessoas e os familiares aprendem a lidar com a gente, a gente aprende a lidar com os familiares. No meu caso, eu penalizava meu esposo, depois a segunda vítima era minha filha e por último, eu.” (C3)

Por outro lado, esta mesma família e rede de apoio são vistas como um importante instrumento de suporte social. Ao longo das narrativas, foi dado destaque para a relação estabelecida com os respectivos companheiros e com as suas próprias mães. Se, em muitos momentos, tal relação foi vista de modo bastante negativo e difícil havendo ainda predomínio de situações de conflito, em outros, para algumas delas, essa relação pôde ser ressignificada a ponto de ser percebida atualmente como um fator de agregação e promoção de bem-estar: “hoje minha mãe é uma das melhores coisas que aconteceu na minha vida. A gente tem um relacionamento ímpar, eu cuido muito dela e ela de mim. Eu falo com ela todos dias” (C6).

Por fim, um ponto que esteve muito forte na fala das mães, não obstante todo o itinerário de sofrimento, adversidade e luta pelas quais foram submetidas, é o papel que os filhos de cada uma representam em suas vidas como “cuidadores” e enquanto um fator que mobilizava nas mulheres alguns recursos para sair dos momentos de crise. “Eu sempre voltei nas minhas crises, sempre voltei por causa dos meus filhos, eu não entendia que era por causa do meu marido, eu entendia que era por causa dos meus filhos.” (C4).

“(...) toda vez que eu surtava

e alguém dizia: -vou internar sua mãe! Meus filhos se escondiam debaixo da cama comigo ficava comigo uma semana com fome, mas não deixava ninguém me internar [choro]. (...) então, eu creio, assim, que o que me deixou mais forte, o que me faz ser o ser humano que eu sou hoje, é meus filhos. Quando eu to depressiva passa batom, penteia meu cabelo, me veste uma roupa bem colorida, me chamam de presépio [risos]. Aquela galera ali é meu porto seguro.” (C1)

Num ângulo oposto, quando esta relação de afeto, cumplicidade e amor não pôde ser vivenciada, pelos inúmeros desencontros e retaliações pelas quais vivenciaram, os efeitos de desestabilização também foram sentidos:

“Eu já li sobre casos que fizeram assim, oh: pessoas em depressão em contato de afeto com a família, e outro grupo só tomando remédio, sem contato. Só quem respondeu a pesquisa foram os que tiveram afeto, os outros continuam no mesmo quadro, entendeu? Às vezes eu ia pro centro espírita só pra receber o abraço da entrevistadora [risos]. Tem séculos que não recebo um abraço de um filho.” (C5)

A dificuldade na relação com os familiares, de modo mais amplo, precisa ser pensada para além de dicotomias que avaliam as relações como positivas ou negativas. Os familiares e pessoas próximas a sujeitos em sofrimento psíquico grave precisam também de cuidados. Nem sempre os profissionais das equipes e os serviços de saúde estão preparados para prestar um cuidado que vá além da orientação técnico-informacional e que de fato acolha e valorize o conhecimento prático dessas pessoas nos seus (des) caminhos para cuidar do seu ente querido (Melman, 2006).

Deste modo, o apoio social, dentro

do contexto dos IT's, pode ser um elemento fundamental para favorecer e propiciar não só a ação comunitária, mas também a práxis da integralidade do cuidado e da atenção à saúde mental, desde que leve em consideração as suas múltiplas dimensões e cruzamentos e, por esse motivo, deve ser encarada como prática em saúde (Gerhardt, 2009).

Engajamento Político-Social

Esta é uma categoria empírica fruto da aproximação com as histórias de vida, as andanças e (des) encontros das mães colaboradoras. Pretende-se abordar o quanto o papel que o envolvimento destas mulheres em movimentos político-sociais foi relevante na promoção da sua saúde mental e no exercício da maternidade. Na fala de uma das colaboradoras: “eu percebi que preciso encontrar um eixo, uma coisa que me faça sentir útil diante de mim, da vida. Acho que tô aqui [no serviço] por uma causa política, não tanto pela psicologia” (C5)

“A [nome da associação] é uma família, né? (...) Está aqui às quartas-feiras pra mim é um compromisso muito interessante. Me faz bem está aqui, entendeu? E meu marido não entendia isso, minha família não entendia isso. Aí depois que vim fazendo trabalho de conscientização, que mostrei a ele o trabalho de divulgação, as viagens, aí que o pessoal começou a entender mais sobre a associação e respeitar mais o movimento.” (C6)

Faz-se importante ressaltar que, no caso deste estudo, o que foi visualizado por meio das narrativas não foi exatamente o engajamento proposto como uma forma terapêutica a partir de um serviço ou de uma equipe. O que foi possível perceber é que as mulheres, em suas trajetórias, foram construindo vínculos que lhes permitiram galgar um caminho diferenciado, no qual as inserções em movimentos político-sociais lhes fizeram, e a seus filhos (as) e familia-

res, criar outro olhar, outro contorno sobre si mesmas, sobre sua loucura e sobre o mundo à sua volta.

Por meio das articulações empreendidas, estas pessoas que antes, num modelo de encarceramento e cerceamento da liberdade e da voz, não tinham possibilidade de realizar escolhas, agora, podem ir às ruas, podem se expressar, podem, enfim, compensar, em parte e em certa medida, os longos períodos de opressão e subjugação aos quais foram expostas.

A construção e o exercício da autonomia é um dos pontos exaltados pelas mulheres/mães, que, ao mesmo tempo em que por meio de um olhar mais sofisticado e que não se deixa mais alienar às amarras e às grades que durante muito tempo as prenderam, mostra também que ainda há muito a ser feito e a ser conquistado:

“Eu não acredito em movimento que pensa em si mesmo porque só você é um grãozinho de areia, nós quatro juntos a gente somos uma coisa a mais e se a gente arranjar mais quatro a gente é muito mais ainda. E a gente só vai mudar a história quando a gente puder mostrar pra essas mulheres que elas são capazes, eu sinto por mim.” (C1)

Todo esse movimento de (re) construção de paradigmas acerca da loucura e do papel do louco na sociedade apresenta reverberações claras na saúde, no bem-estar e no empoderamento destas pessoas que passam não só a ser vistas de outro modo, mas a exercer de fato outros papéis sociais. Esta dinâmica resvala também na forma como as instituições de saúde e suas equipes multiprofissionais se deparam com esse novo cenário. Acostumados a lidar com o paciente sedado, sem voz e sem possibilidades de escolha, esse novo perfil do usuário, que não é generalizado, impõe desafios para a equipe.

Diante disso, é interessante notar como esta nova forma de operar dos usu-

ários que são assistidos em determinadas instituições aponta para os limites da prática que os profissionais exercem e da necessidade de estabelecimento de um plano de cuidado no qual estas novas configurações sejam realmente levadas em consideração e nos quais estas pessoas tenham o seu lugar de fala reconhecido e legitimado.

Tendo em vista um modelo de saúde entendido não mais como a ausência de doença e que abarque diferentes âmbitos da vida social, como a parentalidade, e tomando como premissa uma assistência em saúde que seja pautada intersetorialmente, os dados elucidados nesta categoria ganham grande relevância apontando para a necessidade de ser mais explorado ao longo de outros estudos. A colaboradora 4 nos narra:

“Eu já passei tantas coisa, não sei (...) eu acho que a parte ruim eu já passei, é quando a gente não sabe, é como caminhar em um lugar escuro, nebuloso, você sabe que tá na trilha, mas não sabe pra onde tá indo. Loucura não é nada menos que você tá na trilha e não sabe onde tá indo. Ai de vez em quando aparece um foco de luz, um monte de gente gritando assim: vamos pra Brasília!”

Que ao longo do tempo possamos vislumbrar ainda mais transformações e ainda mais luzes a serem lançadas sobre o Itinerário Terapêutico, os encontros e as vidas dessas e de outras mulheres/mãe, assim como de homens/pais, acometidas por um histórico de sofrimento psíquico grave e que, de alguma forma, tem como uma das suas lutas e engajamento político-social, a luta pelo direito de exercer a parentalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao objetivo de mapear o IT de mulheres/mães com histórico de sofrimento psíquico grave, atentando para a promoção da integralidade no cuidado

acessado, percebe-se que muitos caminhos foram traçados, muitas terapêuticas foram convocadas, muitos (des) encontros foram notados e pouca integralidade foi possibilitada. Se tomarmos sua dupla condição, nota-se que o acompanhamento de uma mulher gestante fica sufocado e em segundo plano frente a sua condição de “louca”. As narrativas trouxeram isso mostrando que é incomum a prática do pré-natal e do acompanhamento longitudinal, por exemplo, e quando há é feito de forma incipiente e pontual.

Ressalta-se que a inter-relações entre as interpretações dos sujeitos e os modelos explicativos dos diferentes subsectores terapêuticos não necessariamente se enquadram de acordo com um modelo integrado e coerente, considerando que não se tentou aqui empreender uma geometria do vivido (Alves & Souza, 1999). Os atores sociais que estão envolvidos em tal problemática demonstram nem sempre saber, ou se interessar por saber, acerca da lógica interna desses processos de tratamento que foram “escolhidos”. Do contato com as histórias de vida narradas pelas colaboradoras, observa-se que antes de ser uma escolha o IT trilhado dialoga muito mais com a ideia de uma construção possível para o momento e a situação de cada uma.

Conforme explicitado ao longo do trabalho, o conceito de itinerários terapêuticos e a sua utilização na prática e na pesquisa ainda é recente de modo que ainda se encontram muitas questões teórico-metodológicas em aberto, assim como o papel desempenhado pelo envolvimento político-social na saúde psíquica destas, apontando-se, assim, para a necessidade de mais estudos a este respeito para que se possa valer destes itinerários como recursos importantes na construção de projetos terapêuticos que levem em consideração o contexto real de vida de cada pessoa, bem como as questões sociais de gênero envolvidas neste processo.

Deste modo, para pensarmos a integralidade enquanto princípio norteador e a humanização enquanto política de saú-

de, um duplo e complementar movimento se faz necessário, se por um lado é preciso investir no nível macropolítico, dos programas, investimento estratégico e governança, por outro, é de suma importância o investimento no nível micro, no nível das ações e do fazer, na ponta dos serviços, apontando para a indissociabilidade entre a produção de saúde, a produção de subjetividade e a produção de mundo (Pasche, 2011).

Dessa forma, a cada nova vivência e a cada nova equipe tem-se uma nova experiência de integralidade. Nenhuma organização, nem modelo de saúde podem ser pensados vazios de pessoas com suas crenças, fantasias e paixões, por isso, investir no cotidiano dos serviços apresenta-se como um caminho bastante profícuo, na medida em que o concreto do dia a dia é revisitado não só para se criticar, mas também para que se possa vislumbrar o encantamento do real e das suas vicissitudes (Varela, 2003).

É justamente nos modos de se fazer e produzir saúde de cada equipe que se tem a possibilidade concreta de transformação e construção de outras formas de cuidado. Um cuidado no qual os equipamentos técnicos não substituam nem subestime o valor e o significado de perguntas básicas, um cuidado que, antes de tudo, seja entendido como valor (Gerhardt, 2009) e que de fato exerça a função ética de produzir sentido às experiências dos sujeitos, ou seja, que possa construir um lugar, um ethos, enfim, uma experiência de integração (Figueiredo, 2007).

Para que possamos construir uma saúde pública brasileira concretamente universal e integral, o compartilhamento da responsabilidade é peça chave. É preciso ir além do conceito de integralidade como um ente externo e verticalizado, para investir numa integralidade enquanto práxis cotidiana de saúde que se dá a partir de cada encontro, de cada contato, por meio de um trabalho que estabeleça conexões, que estabeleça pontes sólidas, porém, vivas, de um trabalho que não seja solipsista, que, ao invés de fechar-se em si mesmo e na

técnica, volte-se para fora, para o humano, para que possamos enxergar no horizonte das práticas de cuidado redes capilarizadas, reoxigenadas e reencantadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. C. B.; Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B.; Souza, I. M. A. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. (pp.125-138). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2011). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (3^o ed.). Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badinter, E. (1985). Um Novo Olhar: O Amor Materno. In *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno*. (pp.145-235). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bourdieu, P. (1998). A ilusão biográfica. In : Ferreira, M. de M; Amado, J. (Org.). *Usos e abusos da História Oral*. (2^o ed.; pp.182-186). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Chatel, M. (1991). O Mal-Estar na Procriação: As Mulheres e A Medicina da Reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Chodorow, N. (2002). *Psicanálise da Maternidade: Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher*. (2^a ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Figueiredo, L.C. (2007). A metapsicologia do cuidado, ano XI, n^o 21; pp.13-30. Psychê: São Paulo.
- Gerhardt, T.E. (2009). Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In Pinheiro, R.; Matos, R.A. *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. (2^o ed., pp .279-300). Cepesc-IMS/UERJ-ABRASCO: Rio de Janeiro.
- Gill, R. (2002). Análise de Discurso. In Bauer, M.W.; Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. (pp.244-270). Rio de Janeiro: Petrópolis.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde de doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. (12:85-93). *Social Science and Medicine*.
- Le Breton, D. (2012). *Antropologia do corpo e modernidade*. (2a. ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Mângia, E. F.; Muramoto, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. (vol. 19, n. 3, pp.176-182, set./dez.). São Paulo: Rev. Ter. Ocup. Univ.
- Massé, R. (1985). Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Matos, R.A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). (vol. 20, n. 5). Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública.
- Melman, J. (2006). *Família e Doença Mental*. (2^oed.) São Paulo: Escrituras.
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. Palestra proferida no congresso da Rede Unida, Belo Horizonte.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Women's mental health: an evidence based review*. (pp. 122). Genebra.
- Pasche, D.F.; Passos, E.; Hennington, E.A. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública, 16(11);4541-4548. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva.
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. M. F (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (2^a ed; pp.13-26). São Paulo: Hucitec.
- Silva, A. P; Barros, C.R.; Nogueira, M.L.M.; Barros, V.A. (2007). *Conte-me sua história: Reflexões sobre o método da história*

de vida, vol. I, n.1; pp. 25-35. Belo Horizonte: Mosaico.

Soares, M.V.B. (2008). A Maternidade de Mulheres Portadoras de Transtornos Mentais. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica com Área de Concentração em Enfermagem e Ciências Humanas. Ribeirão Preto/USP 132p.

Varela, F. (2003). O reencantamento do concreto. In Pelbart, P.P.; Costa, R., (Org). Cadernos de Subjetividade (reencantamento do concreto). (pp. 71-86). São Paulo: Hucitec.

Tabela 1: Apresentação das colaboradoras do estudo

Colaboradora	Idade	Qtd. de Filhos (as)	Família de Origem	Interações e "Diagnóstico"
C1	41 anos	Mãe de 3 filhos	Filha de ciganos. De nove filhos ela é a primeira, a mais velha e a única mulher.	Teve o primeiro surto quando ao flagrar o primeiro companheiro traindo-a. Possui diagnóstico de Transtorno Bipolar, esteve internada diversas vezes, sendo que em uma dessas por 3 anos. Tem sido acompanhada por um CAPS e suas crises manejadas com o apoio de amigos e de seus filhos.
C2	33 anos	Mãe de 4 filhas	Terceira filha de 14 irmãos. Conta que a mãe tinha os mesmos problemas que ela quando engravidava.	Teve o que chama de primeiro surto após descobrir que estava grávida da sua primeira filha. Apresentou episódios depressivos atrelados às gestações, sendo internada em sanatórios em Salvador e São Paulo, passando também pelo Hospital Dia.
C3	38 anos	Mãe de uma filha e de um outro bebê que faleceu logo após o nascimento	Penúltima filha entre nove irmãos. Na infância, já apresentava sinais de angústia e ansiedade atribuídas às brigas entre a mãe e o pai que era alcoólatra	A primeira crise ocorreu aos 16 anos, logo após seu casamento que ocorreu uma semana depois do falecimento da sogra. Foi diagnosticada com Transtorno Bipolar do Humor. Foi internada em sanatório, passou por atendimento ambulatorial e está sendo acompanhada por um CAPS.
C4	44 anos	Mãe de uma filha e um filho	Filha de índia e de pais divorciados. É a antepenúltima filha entre doze irmãos.	Passou por dez internações, todas na mesma Clínica e tem como diagnóstico o transtorno bipolar. Também já frequentou dois CAPS.
C5	48 anos	Mãe de um filho e uma filha	Primogênita de seis filhos. Relatou que tinha apoio paterno para enfrentar as dificuldades, mas não tinha o suporte da mãe, que tem a guarda dos seus filhos atualmente.	Percebe que desde criança já tinha manifestações de sofrimento mental. Devido a um incidente interpretado como tentativa de suicídio foi diagnosticada como esquizofrênica e com Transtorno Bipolar. Passou por atendimento psiquiátrico particular e pelo CAPS, hoje faz acompanhamento psicoterapêutico.
C6	40 anos	Mãe de uma filha e uma filha	Filha mais velha de quatro irmãos. Não conheceu seu pai biológico e, como sua mãe viajava frequentemente a trabalho, foi criada por uma tia que a "adotou" como filha.	Diagnosticada com Transtorno bipolar e esquiza depressão. Seu primeiro surto aconteceu com dois meses após o parto da sua primeira filha, sendo internada no Sanatório. Sofreu ainda mais sete surtos, entre eles um dez dias após o nascimento do seu segundo filho. Passou também pelo Hospital Dia e é acompanhada pelo CAPS.