

CURSO DE PSICOLOGIA

MICHAELA TAMARA RUPPENTHAL

DOENÇA MENTAL E MATERNIDADE: UMA HISTÓRIA SILENCIADA

Santa Cruz do Sul

2015

MICHAELA T. RUPPENTHAL

DOENÇA MENTAL E MATERNIDADE: UMA HISTÓRIA SILENCIADA

Trabalho de conclusão apresentado a Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito básico para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dulce Grasel Zacharias.

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado sabedoria, garra, força e principalmente por ter concedido a oportunidade de concretizar mais este sonho na minha vida. Aos meus pais, Ilgo e Maria Luiza por todo amor, carinho e dedicação, em especial a você mãe, por ter me dado a vida, possibilitando momentos de sabedoria profissional e pessoal, trazendo estabilidade emocional para a construção deste trabalho. Ao meu pai, por estar sempre ao lado da família, nos acompanhando neste percurso. Aos meus irmãos Alexsandro, Adriana, Igor Tiago e Paloma por me proporcionarem momentos de descontração durante minha trajetória acadêmica. À minha sobrinha Monique, pela parceria, cumplicidade, amor e confiança, a todos estes, obrigada por me trazerem felicidade para ir em busca de todos os meus objetivos enquanto pessoa e profissional. Aos demais familiares e amigos por terem me apoiado e terem compreendido minha ausência em alguns momentos.

Referindo-me a amizade, agradeço as minhas amigas da faculdade Mariana Jimenez, Laís Schwarz, Pâmela Azevedo, Letícia Back, Paula Sulzbacher, Vera Hack, Anne Hasselmann, Jéssica Canello e Jéssica Fell, pelos momentos felizes e pelas gargalhas que me fizeram dar. Às minhas amigas de trabalho, Josiele dos Santos, Ângela Rasquinha e a minha colega e também comadre Janite da Silva por terem suportado meu mau humor e mesmo assim terem me incentivado e me ajudado nesta tarefa de conciliar trabalho e estudo. Aos meus amigos (as) de vida, Priscila Haas, Guto Ferreira, Luis Fernando e Marcelo que sempre me apoiaram com toda atenção e carinho e nunca me deixaram fraquejar nos momentos mais difíceis.

À minha professora e orientadora Dulce Zacharias, pelo carinho, atenção, dedicação, pelo exemplo de pessoa e de profissional, que fizeram com que eu quisesse ser cada dia melhor nesta linda profissão. À todos os professores que se fizeram presente nesta caminhada, contribuindo com conteúdos teóricos sempre dinâmicos para a minha formação acadêmica.

Á todos, muito obrigada. Amo vocês!

Michaela Tamara Ruppenthal

“Amar e constituir e zelar por outras vidas
além da sua, é ser parte de um todo,
o qual chamamos de “Família”.

François de Bitencourt

RESUMO

O estudo busca promover a discussão e problematização sobre questões relacionadas à Doença mental e maternidade. Historicamente, envolvendo a reforma psiquiátrica, a saúde mental tem expandido sua atuação, reconhecendo os papéis sociais do sujeito, bem como, o direito a saúde mental, em seus diversos contextos. Ao longo de décadas tivemos muitas conquistas com foco na saúde da mulher, no que se trata de igualdade de direitos, como cuidados físicos e psicológicos. Deste modo o presente trabalho, pretende dar visibilidade a maternidade em portadoras de doenças mentais, sendo importante alicerçar os pressupostos nos direitos humanos e os direitos da família, onde o sujeito não é somente mais um ser acometido a uma doença mental, mas alguém capaz de gerar vidas. Para tanto, foram entrevistados 6 trabalhadores de um centro de atenção psicossocial, e a partir de suas narrativas, sob a perspectiva da teoria sistêmica e a análise de conteúdo de Bardin, buscou-se evidenciar as formas de cuidados expressados pelos trabalhadores do serviço de saúde, fazendo repensar sobre os direitos humanos e os direitos das mulheres a maternidade. Entre os achados, evidenciam-se conflitivas entre os direitos e os cuidados, fator que remete a necessidade de refletir acerca dos direitos desde usuário que estão acometidos a uma doença mental. Conclui-se a partir desde trabalho a importância da realização de novos estudos sobre o tema, auxiliando assim as questões de sofrimento presentes na clínica contemporânea e que possam assim estar ligadas aos desejos das mulheres a maternidade.

Palavras-chave: Doença mental, Maternidade, Direitos humanos.

ABSTRACT

This study seeks to promote discussion and questioning about mental illness and maternity. Historically, involving psychiatric reform, mental health has been expanding its performance, recongnizing the social roles of the subject, as well as the right to mental health, in its diverse contexts. Through decades we've had many achievements focused on women's health, in what relates to equality of rights, such as physical and psychological care. Thus this study seeks to bring attention to maternity of women with mental illness, being important to consolidate the assumption on human and family rights, where the subject is not just another being stricken with mental illness, but someone able to create lives. Therefore, six workers from a psicossocial care center, and from their accounts, under the perspective of sistemic theory and Bardin's content analysis, it sought to evidence the forms of care expressed by the workers of health service, making one think about human rights and women's rights to maternity. Among the discoveries, conflictions between rights and care are evident, which brings the necessity to reflect about the rights of those who are stricken with mental illness. It is concluded from this study the importance of making new studies about the subject, thus aiding the issues of suffering present in contemporary clinics and that may be connected to women's wishes for maternity.

Key-words: Mental Illnes, Maternity, Human Rights

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
2.1 A Doença Mental – Um contexto histórico da Reforma Psiquiátrica.....	9
2.2 A Maternidade – Quais os sentidos atribuídos a maternidade na contemporaneidade.....	14
2.3 A mulher e os direitos reprodutivos – Direitos humanos.....	16
2.4 O ser mulher-mãe.....	20
3 METODOLOGIA.....	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
4.1 A história: Doença mental e maternidade sob a óptica dos trabalhadores.....	25
4.2 O Silêncio: Efetivação dos direitos – Prevenção e cuidados a mulher.....	27
4.3 A Família: Atribuições aos papéis da maternidade cuidados mãe – bebê.....	29
4.4 A implicação pessoal e profissional dos trabalhadores – Procedimentos.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa discutir questões acerca do tema Doença mental e Maternidade. Em algumas experiências de trabalho, pude perceber muitas questões sobre o tema, onde a doença mental pode, por muitas razões, provocar mudanças comportamentais que refletem no exercício da maternidade, mas que não impossibilitam seu exercício e vínculo maternal.

Ao pensar sobre os questionamentos que serão abordados neste trabalho, a doença mental; a maternidade, os direitos reprodutivos, e o ser mulher-mãe, tenho alguns apontamentos, pois a maternidade faz parte de um sistema social, que converge para a reflexão que o transtorno mental pode dificultar o cuidado materno permanente e contínuo, mas não a torna impraticável.

No entanto há discussões que, para que a mesma ocorra, as mulheres precisam lutar pelo direito da livre escolha a maternidade, caso seja seu desejo. Pois assim além das lutas enfrentadas por todas as mulheres, sobre sua sexualidade e seu corpo, as mulheres que enfrentam alguma doença mental ainda têm que lutar pelo direito em exercer a maternidade.

Partimos do pressuposto que a reflexão sobre esse tema não é fácil, pois todos nós estamos imbuídos numa ideologia de maternidade, o que não nos torna neutro diante da realidade abordada, por isso é de suma importância repensar o exercício da maternidade das mulheres com transtorno mental para que tais reflexões a luz do pressuposto da reforma psiquiátrica possa reorientar o processo de trabalho no campo da saúde mental.

Seguindo as questões trazidas, este trabalho tem por objetivo aprofundar a discussão a respeito dos sentidos atribuídos à maternidade para o indivíduo portador de uma doença mental na visão dos trabalhadores de um serviço especializado. Visando investigar quais as preocupações da equipe multidisciplinar com relação à gravidez de pessoas portadoras de doenças mentais e como se expressa essa preocupação no serviço.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Doença mental – Um contexto histórico da Reforma Psiquiátrica

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu a partir da década de 70. Tal movimento foi gerado em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Segundo Arbex (2013) embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

Entre tantas instituições psiquiátricas instaladas no território brasileiro, o Hospital Colônia de Barbacena, inaugurado em 1903, foi o protagonista da mudança por uma reforma no tratamento psiquiátrico, surge com o nome do que foi considerado o maior hospício do Brasil. Conforme cita a autora, Arbex (2013) Em média 70% das pessoas internadas no hospital não tinham diagnóstico de transtornos mentais.

As pessoas que entravam no hospital eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, indivíduos que se rebelavam, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos, alguns eram apenas tímidos. Gente que se tornara incômoda para a sociedade. Conforme os achados, Arbex (2013) relata que os indivíduos eram separados “por sexo, idade e características físicas, tinham que entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos. Os documentos eram confiscados e os que não tinham documentos eram rebatizados pelos funcionários. Alguns indivíduos que lá estavam, eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento.

Segundo Arbex (2013), a internação dessas pessoas se justificava pelo Decreto Presidencial 24.559 de 1934, baixado por Getúlio Vargas, pelo qual qualquer pessoa poderia solicitar a internação de alguém em hospital psiquiátrico apenas com um atestado médico.

Conforme registros coletados, O Colônia lucrava com a venda de cadáveres para os cursos de Medicina. Entre 1969 e 1980 foram vendidos 1.823 corpos, sem autorização dos familiares das vítimas. Quando o hospital estava superlotado havia em média 16 falecimentos por dia, devido à subnutrição, péssimas condições de higiene e

falta de atendimento médico. Em vários atestados de óbito aparece o termo “enterite do alienado” para justificar as mortes por diarreia aguda (ARBEX, 2013).

Ainda conforme Arbex (2013), as condições eram precárias, chegavam a beber água do esgoto e comer ratos que ali passavam. Nas noites geladas no hospital, muitas pessoas tinham suas roupas, esfarrapadas, molhadas e eram colocadas no pátio. Para tentarem sobreviver, ficavam todas juntas e revezavam os que ficavam no meio para as pontas, para suportar o frio. Também dormiam amontoados e muitas vezes os que ficavam na parte de baixo não sobreviviam, por terem sido sufocados.

Neste local, ocorreram mais de sessenta mil mortes, por diversas causas, mortes que poderiam ter sido evitadas se tivessem sido tratadas com dignidade e com cuidados médicos. As mortes aconteciam por fome, frio, doenças e até por eletrochoques. Tal técnica acontecia de forma indiscriminada e a energia da cidade, em algumas situações, não era suficiente para a carga de eletrochoques.

O horror vivido diariamente no hospital foi denunciado diversas vezes na imprensa nacional e internacional, mas, apesar disso, a última cela do Colônia foi desativada apenas em 1994. Além da morte de 60 mil pessoas, muitas tiveram suas vidas roubadas durante o período que permaneceram no hospital. Há histórias de desencontros, entre pais, mães e filhos, histórias de dor, sofrimento e esquecimento.

Histórias como a da interna Sueli Aparecida Rezende, considerada uma paciente difícil e muito agressiva, “arrancou a orelha de muitos pacientes”, se mutilou usando grampos para ferir os pulsos e chegou a matar uma pomba no pátio do hospital e comê-la alegando ser seu único alimento, os médicos cogitaram a possibilidade de arrancar sua arcada dentária para poder contê-la. Em uma das histórias contadas sobre a separação materna, relato de Sueli, que teve duas filhas durante sua internação de 35 anos no Colônia. Estas foram encaminhadas para a adoção, como pelo menos trinta bebês que nasceram no hospital. Sobre sua filha Luzia, nascida em 1986 não se sabe o paradeiro, mas Débora Aparecida Soares teve conhecimento da mãe biológica quando já era adulta e foi em busca de sua história.

Outra história a ser contada, é sobre o menino de Goiás, em 1976, com o fechamento do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil no município de Oliveira, Minas Gerais, 33 crianças foram transferidas para O Colônia passando a conviver com os pacientes adultos. A única diferença entre eles eram os berços no lugar das camas de capim. “Havia berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os

berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles”. (ARBEX, 2013).

Dentre essas 33 crianças, havia um menino chamado Roberto, a obra não informa seu sobrenome nem a cidade de onde era proveniente. O garoto de 9 anos foi enviado para o hospital de Oliveira por ter hidrocefalia. Após quase um ano de internação no Colônia, foi a única criança a ser visitada por um familiar. Quando o pai chegou ao hospital o menino correu em sua direção e possivelmente por causa da emoção teve uma incontinência urinária e molhou sua roupa. “O goiano até tentou esconder o desconforto diante daquela criança desajeitada, mas não conseguiu. Constrangido com o aspecto do filho, o pai disse que sairia para buscar almoço. Deixou a comida lá e nunca mais apareceu”. Após o episódio o menino definhou até a morte (ARBEX, 2013).

Muitas das histórias, de dor e sofrimento são expostas causando uma mobilização generalizada, dando início a um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Neste processo, ocorreu também à crítica do modelo hospitalocêntrico no período de 1978-1991. O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio revelam a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, passam a surgir às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (ROTELLI, 2001).

Neste período, é de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. (AMARANTE, 2008).

São implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos, passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2008). Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. (OLIVEIRA, 2009).

Por sua vez, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2008). É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Nos anos de 1992 á 2000, começa a implantação da rede extra-hospitalar. (OLIVEIRA, 2009)

Marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, é na década de 90 que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. (OLIVEIRA, 2009)

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Em suma, a reforma psiquiátrica é um processo político e social bastante complexo, compreendida como um paradigma em saúde mental, ou seja, como um conjunto de transformações e saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação a doença mental. É também a partir desse movimento que o usuário passa a ser visto como um sujeito social importante, em pleno direito a cidadania, a autonomia, ao acolhimento, e a uma assistência de qualidade, em serviços de base comunitária.

Para Rotelli (2001) a palavra chave que segue a reforma, é a desinstitucionalização, que busca não somente a desconstrução do manicômio, mas o resgate do fenômeno da loucura através de novos conceitos, novas práticas e novos saberes, tendo como fato principal, o sujeito em sua singularidade e não a doença, onde o olhar para apenas dos sinais e sintomas, para uma busca da identidade do sujeito, em sua história de vida

Esta desinstitucionalização propôs o surgimento de novas modalidades de atenção em saúde mental, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), entre outros, que objetiva a reabilitação psicossocial, e (re) inserção social do usuário em saúde mental. A reabilitação nesses novos serviços de saúde é diferente daquela realizada no asilo, distanciando da concepção moral da disciplina do trabalho, onde o sujeito é concebido como incapaz. Ela promove o intercâmbio entre paciente, família, sociedade e trabalho, possibilitando autonomia e liberdade, com resgate da singularidade e subjetividade do sujeito (ROTELLI, 2001).

2.2 A Maternidade – quais os sentidos atribuídos a maternidade na contemporaneidade

Ao longo da história da humanidade podem-se observar constantes transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que caracterizam o modo de viver de épocas, determinando o comportamento e a forma de se relacionar das pessoas deste período, mudanças que refletem também nas relações familiares. A mulher tem desempenhado diferentes funções ao longo da história, reduzindo as barreiras que operam dividindo o que é designado para homens e o que é direcionado as mulheres, misturando-se as responsabilidades entre os sexos.

Durante o século XVII, período denominado de Idade Média, o sentimento de família e de infância praticamente não existia. Neste período prevalecia a cultura Patriarcal, na qual se defendia a superioridade masculina, e a mulher um sujeito que ocupa uma posição inferiorizada, sendo-lhe atribuída pouca ou nenhuma importância. Durante este período quando as crianças podiam prescindir dos cuidados maternos ou das amas, passavam à condição de adultos, migravam para as atividades de adultos. (MELMAN, 1959).

Os casamentos eram por contrato baseando-se em interesses econômicos e alianças políticas, não havendo qualquer manifestação de afetividade entre os casais, ou mesmo entre pais e filhos, o amor conjugal assim como o amor entre a família não era necessário, o importante era ter o poder, o que era obtido através das posses. Fatos estes que para Moura e Araújo, 2004 apud Jardim, 2005, contribuíram para o alto índice de mortalidade infantil neste período, onde a falta de apego das mães em relação aos filhos era justificada pelo pouco tempo de contato que estabeleciam, uma vez que devido às más condições de sobrevivência o tempo de vida das crianças era curto, poucas crianças chegavam à idade adulta.

Conforme cita Melman (1969), este período se caracterizou pela divisão do trabalho entre o que era destinado para os homens e o que era exclusivo para as mulheres, ficando estas restritas ao âmbito das atividades privadas e desvalorizadas. Exercendo o homem desta forma uma dominação econômica sobre a mulher, o que lhe garantia submissão desta aos seus desejos. Durante este período a mulher só era reconhecida e valorizada através da maternidade, sua função "era fornecer o maior número possível de filhos para arar a terra e defender a terra e o estado" (MURARO, 2000 apud JARDIM, 2005).

Estudos relacionados à mulher neste período enfatizam sua definição como a procriadora de vidas. Ribeiro 2002 apud Jardim, 2005 coloca que a mulher como ser biológico, carrega em sua essência a responsabilidade de gerar outro ser semelhante a si, dando continuidade à vida humana. Por gerar, a mulher deveria ficar embutida também dos cuidados primários necessários à sua sobrevivência.

Hrdy 2001 apud Jardim, 2005 segue esta mesma linha de pensamento em seus estudos evolucionistas sobre as espécies, caracterizando as fêmeas como especialmente equipadas para a criação de filhos, devendo ser a maternidade a principal função social da mulher.

Desenvolveu-se neste período uma nova imagem da mulher com relação à maternidade, o bebê e as crianças transformaram-se nos objetos da atenção materna "a devoção e a presença vigilante da mãe surgem como valores essenciais" (MOURA e ARAÚJO, 2004 apud JARDIM, 2005). Com a ampliação das responsabilidades maternas obteve-se uma valorização, através do respeito, da mulher-mãe. Ressalto que, este respeito e admiração restringiam-se ao campo da vida doméstica, ou seja, "é a educadora dos filhos, é a rainha, mas uma rainha sem voz no campo da vida pública - a esta é negada a independência intelectual e econômica.

A mulher passou a assumir além das funções relacionadas aos cuidados essenciais à sobrevivência, a tarefa de educadora e, muitas vezes, a de professora. À medida que aumentava as responsabilidades maternas com relação aos filhos, aumentava o sentimento de sacrifício materno em relação a estes e à família, criando um modelo social, de como deveria fazer uma mãe.

Assim se por um lado às novas responsabilidades da mulher conferiam-lhe um novo status na família e na sociedade, afastar-se delas trazia enorme culpa, além de um novo. Sentimento de "anormalidade", visto que contrariava a natureza, o que só podia ser explicado como desvio ou patologia (MOURA e ARAÚJO, 2004 apud JARDIM, 2005).

A Maternidade na contemporaneidade compõe-se de grandes polêmicas e posições contrastantes, embora ofereça condições que amparam a mãe nos cuidados com o bebê o que implica na facilidade, pelo menos aparente, de desenvolver a função materna, as condições de vida na atualidade tendem a colocar em choque a visão tradicional, do que se espera da atividade materna, com as condições atuais da mulher na sociedade e na família.

Hrdy 2001 apud Jardim, 2005 aponta que ser mãe na contemporaneidade traz questionamentos sobre o que é ser mãe. A sociedade atual gera conflitos por não saber qual posição tomar diante da maternidade e do que representa esta, pois em vez de simplificarem a maternidade, essas novas escolhas expuseram tensões sobre pressupostos tradicionais sobre o que deveriam ser as mães.

A maternidade está vinculada à essência feminina, misturando-se muitas vezes fertilidade com o ser mulher, o que faz com que muitas mulheres procurem encontrar-se e preencher-se através da maternidade, tornando-se difícil mensurar se o verdadeiro desejo de ser mãe encontra-se em forças biológicas, sociais ou psicológicas.

2.3 A mulher e os direitos reprodutivos – Direitos humanos

A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres teve início em 1919, com as primeiras normas internacionais de proteção à maternidade, proibição do trabalho insalubre e perigoso. Normas estas, de caráter protetivo somente, influenciaram todas as legislações do mundo, inclusive a CLT brasileira.

A Carta dos direitos dos usuários da saúde diz que:

“A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política. A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania. Todos os usuários têm direito à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de seu país. Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral. Todo usuário tem o direito de expressão; ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade. Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante. (BRASIL, 2011).

A Declaração e o Programa de Ação, resultantes desta Conferência, reafirmaram os princípios enunciados na Carta das Nações Unidas, de 1945, e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Esses documentos manifestam a preocupação com as diversas formas de violência e discriminação contra a mulher. Declaram, ainda, que os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, ratificada pelo Brasil no mesmo ano, trouxe a igualdade e a autonomia, independente de sexo, e o princípio da não discriminação, que avança na idéia de proteção para a participação igualitária Mas

é, em 1968, na I Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada no Teerã, que define como direito humano a liberdade de decidir sobre a vida reprodutiva.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, assinada na Conferência Interamericana sobre Direitos Humanos na Costa Rica em 1969, regulariza o direito a vida e à integridade pessoal com direito fundamental de todos:

“Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da sua vida arbitrariamente. Direito à integridade física: Toda a pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral” (BRASIL, 2005).

Tais normas têm seu papel essencial ao servirem de base interpretativa para outras normas internacionais, devendo-se pensar em direitos reprodutivos conjuntamente com o direito fundamental a vida e da integralidade pessoal. Para a autora Buglione (2001), citado por Jardim (2005) os direitos reprodutivos centram-se no pressuposto da não discriminação, sendo assim, aos nos referirmos a "proteção à vida desde a concepção", deve ser feita de acordo com o conjunto de fatores que envolvem as condições econômicas, sociais, civis, políticas e históricas, sob pena de que elementos morais, presentes no sistema jurídico provoquem discriminações.

A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, aprovada pela Assembléia-Geral da ONU no ano de 1979 e aprovada pelo Brasil no mesmo ano, inova em seu texto, ao dizer que os Estados têm o dever de adotar medidas para se opor à discriminação e eliminá-la. Tal entendimento é englobado pelos demais instrumentos internacionais

“Para fins da presente Convenção, a expressão discriminação contra a mulher significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos políticos, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.” (JARDIM, 2005).

Somente em 1993, com a Conferência de Direitos Humanos em Viena, ratificada pelo Brasil no mesmo ano, que é dito explicitamente que os direitos das mulheres são direitos humanos.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994, centrou em um enfoque mais abrangente de políticas sociais visando os direitos humanos e a igualdade de gênero, que extrapolam os aspectos específicos do controle da natalidade, planejamento familiar e saúde materno-infantil, preocupando-se com os temas como saúde, direitos sexuais e reprodutivos.

Nesta Conferência visou-se promover a equidade e a igualdade dos sexos e os direitos da mulher, eliminando todo o tipo de violência contra a mulher, garantindo que ela controle sua própria fecundidade, além de afirmar que as mulheres têm o direito individual e a responsabilidade social de decidir sobre o exercício de sua maternidade, assim como o direito à informação e acesso aos serviços para exercer tais direitos e responsabilidades. Enquanto que o homem tem a responsabilidade pessoal e social, a partir de seu comportamento sexual e fertilidade, pelos efeitos dessas decisões na saúde e bem estar de suas companheiras e filhas.

Ventura (2009) cita a IV Conferência Mundial da Mulher, realizada pelas Nações Unidas, em 1995, aprovou uma Declaração e uma Plataforma de Ação, com o objetivo de promover a igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres. O documento tratou dos direitos reprodutivos, nos seguintes termos:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos, estes baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número de filhos e o intervalo entre eles, a dispor da informação e dos meios para tal e o direito de alcançar o nível mais avançado de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito a tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coação nem violência, conforme estabelecido nos documentos de direitos humanos.

Os direitos reprodutivos podem ser um novo paradigma, que rompa com a hierarquia das gerações de direitos humanos, retomando com a ideia da integralidade. Desafiam, ainda, o princípio da universalidade uma vez que, não existe a possibilidade de criarmos um padrão a cerca de com os seres humanos devem reproduzir-se, quantos filhos devem ter e nem mesmo de que forma devem comportar-se na sua vida reprodutiva.

Para Piovesan (1998) citada em Jardim (2005) nosso país não só assinou todos os documentos relativos ao reconhecimento e às proteções aos direitos humanos das mulheres, como apresenta um quadro legislativo bastante avançado no que se refere a

igualdade de direitos entre homens e mulheres. No entanto, muito ainda tem que ser feito no campo do legislativo. Uma das dificuldades apontadas por ela é o fato de compatibilizar ações na área dos direitos humanos com modelos de desenvolvimento econômico e políticos excludentes e, portanto, incompatíveis com esses mesmos direitos. Porém, os Tratados e Convenções Internacionais e as Declarações oriundas das Nações Unidas gera uma espécie de "cultura" jurídica que fortalece os movimentos sociais nacionais organizados em torno da luta pela equidade na lei e na vida.

Os direitos sociais representam o instrumento de efetivação do direito individual, sendo assim de vital importância na garantia dos direitos reprodutivos, a Constituição traz com direitos sociais a saúde, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância e a assistência aos desamparados.

No que tange à saúde reprodutiva e o planejamento familiar é no Título VIII, "Da ordem Social", que a Constituição Federal consagrou a saúde com direito de todos e dever do Estado garanti-la, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196 da CF de 1988).

Traçando um paralelo com os direitos reprodutivos internacionais, principalmente no conceito de saúde definidos pela Organização Mundial de Saúde e pela Conferência do Cairo, que afirma que a saúde não se restringe a ausência de doenças, antes abarca um bem-estar físico, mental e social; podemos alargar os preceitos do artigo 196 da nossa Constituição Federal. Ou seja, ao incorporar o conceito de ser um bem-estar físico, mental e social, a proteção a saúde não se restringe ao universo prescritivo, mas pressupõe a prevenção, o acesso à informação e o respeito à diversidade, respeitando os princípios da dignidade da pessoa humana, a igualdade e a não discriminação. (BRASIL, 1988)

Conforme já mencionado, contempla a Constituição Federal, o direito ao planejamento familiar, fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável. Tal dispositivo constitucional atenta para a liberdade de decisão do casal no que tange sua reprodução, bem como obriga o Estado a proporcionar recursos tanto de informação (educacionais) como científicos para o exercício desse planejamento. De forma clara, o legislador delimitou tal direito, seguindo o entendimento mundial, conforme já analisado através dos estudos do Tratado e Convenções Internacionais. (BRASIL, 1988)

A Tecnologia dos métodos de controle da natalidade, como esterilização surge no início do século XIX, porém foi popularizada na década de 60. Analisando a regulação da esterilização, Buglione (2001) afirma que, possuímos duas opções, primeiramente de pensar a esterilização como uma tecnologia médica que diz respeito apenas ao desejo individual, como uma cirurgia plástica, por exemplo; e a outra é pensar a esterilização dentro do universo das práticas reprodutivas, o que implica ter em mente as relações familiares. Há várias facções que pensam em reprodução, família e métodos contraceptivos giram em torno de três concepções

Pensar sobre a esterilização refere-se ao reconhecimento da reprodução como sendo algo de competência estrita da autonomia e da vontade individual, e, por consequência dos direitos individuais; a segunda defende ser a reprodução uma questão de interesse público, ou seja, devendo (e podendo) ser determinada não pelos indivíduos, mas pelo Estado. Parte-se do pressuposto de que a autonomia é um critério fundante das questões reprodutivas, porém, estas questões não se esgotam nela, devendo-se, ainda, pensar a autonomia de forma contextualizada, sendo necessário problematizar a concepção moderna de autonomia igualmente com as consequências das práticas reprodutivas.

Tais concepções, não de maneira cronológica, podem ser observadas ao longo da história, já previamente analisada, e refletem como a esterilização foi regulada em nosso país e no resto do mundo.

Apesar das várias opiniões acerca do tema, hoje, há muitos métodos para se evitar a concepção, é um direito normatizados entre uma das opções de controle de fecundidade para todas as mulheres e dever do Estado em oferecê-la, gratuitamente, nos serviços de saúde pública, bem como da devida orientação sobre os demais métodos, visando o melhor planejamento familiar, dependendo do grau econômico, social, e psíquico do sujeito.

2.4 O ser mulher-mãe

Vários questionamentos surgiram a partir do tema proposto, diante do qual o estudo visa à maternidade em sujeitos portadores de doenças mentais, com as mais diferentes classificações, envolvendo a capacidade do sujeito em exercer o papel materno, a autonomia perante a decisão de ter ou não ter filhos, a vida enquanto ato que pode ou não trazer a organização e/ou desorganização para o seu meio, a dignidade

desde sujeito enquanto escritor de sua própria história, quanto alguém que determina os limites do exercício da liberdade. Os princípios da dignidade humana, da liberdade de procriação, da liberdade sexual bem como, o direito à maternidade fomentam juridicamente o tema.

As mulheres portadoras de doença mental são pela lei, consideradas sujeitos passivos da curatela. Estando essa mulher sobre os efeitos da curatela, não podendo manifestar sua vontade ou gerenciar a sua própria vida de forma independente, o curador surge com intuito de representar o interditado, protegendo seu bem-estar físico, psíquico, social e emocional, bem como, zelar pela garantia dos direitos fundamentais e administrar seus bens caso os tenha.

Conforme Ribeiro 2001 apud Jardim, 2005 os portadores de deficiência em decorrência do caráter genético da doença apresentam um interesse maior pela relação sexual e, em virtude disso, necessitam de um programa de educação sexual muito mais contundente e informativo em relação aos que não possuem nenhum grau de deficiência.

O conceito de direitos sexuais apresenta-se de forma dúbia sob a perspectiva dos direitos humanos. Em uma vertente, encontra-se o livre exercício da sexualidade sem nenhuma forma de discriminação ou violência, o qual fomenta a liberdade de mulheres de decidir quando desejam reproduzir-se, bem como, tem uma estreita relação com a autodeterminação individual, privacidade, liberdade; e por outro lado, o exercício dos direitos sexuais necessita de políticas públicas eficientes que assegurem a saúde sexual de modo que sejam disponibilizados recursos seguros, disponíveis e acessíveis para desfrutar de uma vida sexual segura (PIOVESAN, 2007 apud JARDIM, 2005).

A liberdade de procriação e o direito à maternidade integram direitos positivadores de uma liberdade esculpida na Constituição Federal, a liberdade de procriar encontra-se assentada no direito à liberdade em sentido amplo. Assim, exercer esse direito à liberdade, portanto, no que tange à procriação, permite fazer ou não fazer, agir ou não agir. Em contraponto, outros questionamentos entram em cena, no que tange, principalmente, ao princípio da dignidade da pessoa humana. Até que ponto o controle de natalidade em mulheres doentes mentais representa a preservação da dignidade? Será que uma mulher nestas condições está, ou não está preparada para o exercício da maternidade sem causar nenhuma consequência jurídica ou social?

O direito à dignidade da pessoa é uma referência institucional unificadora de todos os direitos fundamentais, o que obriga a uma valorização que tenha em conta não

só a defesa dos direitos pessoais tradicionais, mas também os direitos sociais e, em geral, o conjunto de direitos básicos para garantir as bases da existência humana.

3 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa de fundamentação teórica, segundo Trivínos (1987), tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. É de caráter descritivo, e salienta que os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não somente com os resultados e o produto, onde o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa. Onde uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a de sua atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento a vida das pessoas.

Pode-se dizer que a pesquisa qualitativa responde questões como: “o quê”, “porquê”, e “como”, mas na maioria das vezes não pode responder a questão “quando”. Podendo-se caracterizar como uma metodologia, em que em termos gerais envolve pequenas amostras não necessariamente representativas de grandes populações, e prega uma ampla variedade de técnicas de coleta de dados, não simplesmente o formato estruturado de perguntas e respostas, ajuda na interpretação das descobertas que são uma parte integrante dos dados coletados e começa bem antes do trabalho de campo.

Para a realização desta pesquisa segue-se a abordagem qualitativa tendo como metodologia utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1977) esta que, não consiste em apenas um esquema específico, trata-se de um esquema geral no qual podemos verificar um conjunto de técnicas que podem ser utilizadas para tratar os dados e analisar o conteúdo dos mesmos. Análise de Conteúdo é não só um instrumento, mas um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Seguem-se vários caminhos, inclusive dando margem a pesquisas de natureza quantitativa ou qualitativa.

O método da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977) consiste em tratar a informação a partir de um roteiro específico, iniciando com a pré-análise, na qual se escolhe os documentos, após se formula hipóteses e objetivos para a pesquisa, e se realiza a exploração do material, na qual se aplicam as técnicas específicas segundo os objetivos e por fim o tratamento dos resultados e interpretações.

Seguindo esta metodologia, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, mediante concordância de 6 (seis), trabalhadores do serviço especializado, Centro de Atenção Psicossocial, entre eles 1 (um) Psiquiatra, 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica

de enfermagem, 1 (uma) Psicóloga, 1 (uma) fisioterapeuta com cargo administrativo e 1 (uma) terapeuta ocupacional.

A entrevista semi-estruturada segundo Trivínõs (1987), em geral consiste em realizar certos questionamentos básicos, que permitem esboçar novas linhas para vislumbrar outras perspectivas de análise e interpretação no aprofundamento do conhecimento do problema. Apoiando-se em teorias e hipóteses, que interessam a aquela pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Com relação ao termo de consentimento, este foi devidamente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e sobre direitos dos participantes, constando que, há possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento conforme seu desejo. Foram explicados também os procedimentos com relação à ética e sigilo. Mediante a assinatura do termo de consentimento, devidamente esclarecido se deu se início a pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este trabalho foi pensado com o interesse de problematizar os discursos trazidos ao longo dos anos, acerca da maternidade em portadoras de doenças mentais para os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial. Reafirmando o rigor teórico e metodológico do presente estudo, não se pretendem predizer ou generalizar os resultados obtidos. As hipóteses, geradas a partir das narrativas são apenas fruto de uma reflexão que vai se articulando com conceitos teóricos.

Buscou-se, uma relação entre aquilo que foi dito e a teoria que ora elegemos para subsidiar as reflexões. Ao longo das narrativas, alguns pontos instigaram a refletir teoricamente, de modo que neste trabalho, buscou-se clareza e coerência ética, além da problematização conceitual, visando compreender como se dá a prática profissional interligada aos direitos humanos na rede especializada de saúde mental.

Certamente, entendemos que, caso os sujeitos desta pesquisa sejam submetidos à análise, outras hipóteses poderão surgir, devido ao caráter deste tipo de abordagem. Portanto, o que se objetiva é uma aproximação com questões ligadas à problemática da maternidade na clínica contemporânea que podemos ter acesso a partir do método utilizado.

Para esta pesquisa, buscou-se trabalhadores de um serviço especializado localizado na cidade de Venâncio Aires. As entrevistas realizaram-se de forma semi-estruturadas, dentre os participantes estavam um profissional de cada especialidade, como psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, exceto médico clínico e assistente social que até o momento não tiveram disponibilidade para a realização da mesma.

A partir dos conteúdos presentes nas falas dos participantes, algumas questões emergiram, sendo que foram escolhidos quatro pontos para serem aprofundados, a saber: a relação/capacidade da maternidade para o doente mental; a efetivação dos direitos humanos, traduzida pela prevenção e os cuidados a mulher; as atribuições aos papéis da maternidade e a implicação profissional e pessoal dos trabalhadores da saúde.

4.1 A história: Doença mental e maternidade sob a óptica dos trabalhadores

Para iniciar a discussão sobre o tema, é de importante relevância, mencionar a doença mental e seu surgimento, na qual se apresenta com uma barreira que dificulta o contato do indivíduo com o ambiente em que está inserido, tornando-o alienado e na

maioria das vezes privando-o de sua liberdade e da possibilidade do convívio com as pessoas. Para Espinosa (2000) o transtorno mental pode ser entendido como uma alteração fisiológica ou orgânica e psicológica, ou ainda um desequilíbrio emocional causado por fatores externos ou internos.

Compreender a doença mental significa modificar e desconstruir ideologias, crenças e valores em relação a patologias mentais, utilizando princípios norteadores do processo de transformação institucional através da Reforma Psiquiátrica, que tem como proposta transformar o modelo assistencial de Saúde Mental através da construção de um novo estatuto social para pessoas portadoras de transtornos mentais respeitando os princípios fundamentais de cidadania (MURTA, 2006).

Pensando no cuidado ao doente mental, evidenciando a maternidade, podemos refletir a cerca de alguns discursos:

“Quando o paciente é bem acompanhado consegue evitar surtos e conflitos maiores. Pois se consegue fazer a retirada da medicação, principalmente nos três primeiros meses, e intensificar os atendimentos terapêuticos.” A1

“Há muitos fatores a serem pensados, por exemplo, se há condições físicas, sociais, familiares, onde há uma base de apoio muito bem estruturada, salienta que as pacientes têm direitos que devem ser respeitados, dentro do possível.” A2

A partir da década de 1970, ocorreram no País inúmeros casos de denúncias relacionados aos maus tratos de pacientes em instituições psiquiátricas. Então ocorreu a necessidade de uma reforma em todo o sistema de assistência ao portador de doença mental, surgindo desta maneira um novo paradigma em relação à assistência psiquiátrica que propunha a inclusão do indivíduo portador de distúrbio mental na sociedade e no âmbito familiar. A reforma não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas eliminar a prática da internação que é entendida como forma de exclusão social dos indivíduos com doenças mentais.

Partindo dessa necessidade, houve a implementação de instituições que propunham inserir pacientes portadores de doença mental que tinham permanecido internados por um longo período, assim como orientar e ajudar a restabelecer o vínculo com suas famílias, para tanto foi constituído o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estes que tem a intenção de programar uma nova estratégia de trabalho através de

mudanças no plano legislativo, assegurando a atenção no meio sociocultural do portador de transtorno mental (Rosa, et al. citado em Ferreira, 2003).

Os centros de atenção psicossocial buscam englobar de forma efetiva as questões trazidas pela reforma psiquiátrica, contudo, há problemáticas que fogem a rotina desses serviços especializados. O controle de natalidade em mulheres portadoras de alguma patologia é realizado de forma regular, salientando que há uma maior preocupação ao exercício da maternidade. Sobre a maternidade em portadores de doenças mentais, as trabalhadoras relatam:

“Depende da paciente, pois se for de nível com problemas neurológicos, não teria condições. São vários fatores que envolvem uma gestante “especial”. A2

“Depende da patologia apresentada, conforme o caso, o paciente é um risco para si mesmo e para os outros. Ou também é incapaz de administrar a sua vida e de cuidar de uma criança. Há casos que se o paciente se tratar de forma adequada, terá condições de exercer a maternidade.” A3

Nesta categoria entende-se a importância de uma rede de atenção integral à saúde mental que visa favorecer a integração social dos portadores de sofrimento psíquico e qualificar a sua existência.

Conforme Amarante (2003) a desinstitucionalização prevista na reforma psiquiátrica implica em ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, levando em consideração suas potencialidades e possibilidades, como um sujeito imbuído de desejos e de planos.

Para um melhor tratamento se evidencia a singularidade de que cada indivíduo tendo como base a identificação de suas dificuldades e potencialidades, conforme ao que é instituído realiza-se um plano terapêutico buscando melhor eficácia dos tratamentos disponibilizados em cada serviço especializado.

4.2 O silêncio: Efetivação dos direitos – Prevenção e cuidados a mulher

A discussão acerca dos direitos reprodutivos é alvo de muitos questionamentos, principalmente no que se refere à vinculação de processos de doença, seja ela física ou psicológica. A clínica contemporânea, bem como os serviços especializados, buscam a efetivação em maior escala dos direitos dos indivíduos.

Para Flávia Piovesan (1998), direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e reprodução humana, circulando no universo dos direitos civis e políticos, quando se referem a liberdade, autonomia, integridade etc. e aos direitos econômicos, sociais e culturais quando se refere a políticas de Estado. Compreende assim, o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle de natalidade, quanto para procriação sem riscos para a saúde.

Buglione (2001), analisando o conceito da autora, conclui que a partir desta percepção incorpora-se o princípio de que, na vida reprodutiva, existem direitos a serem respeitados, mantidos ou ampliados. Sob esse prisma, imputa ao Estado responsabilidades, bem como ações diretas na promoção do acesso a informação, viabilizando ao cidadão suas escolhas no que tange a reprodução.

Conforme o Ministério da saúde (2011), a carta dos direitos de usuários da saúde, refere-se que é assegurado aos sujeitos, o tratamento adequado e efetivo para seu problema; atendimento humanizado acolhedor livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; tendo também responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada. Tais direitos surgem a partir de uma nova visão, mais expande, do conceito de cidadania.

Na narrativa de A1, refere-se que: *“a maternidade em portadoras de doenças mentais deve ser tratada com muita atenção, pois os pacientes deixam de usar suas medicações indicadas, necessitando de maior suporte.”* A1

Em relação à concepção que a família tem sobre a doença mental pode-se perceber que algumas dificuldades de entendimento da doença mental, bem como da instabilidade afetiva, fatores estes que entendem que o sofrimento mental possui algumas características, tais situações mostram que o familiar tem pouca compreensão sobre a sintomatologia e as mudanças de comportamento do sujeito em sofrimento mental, o que se deve, talvez pela falta de esclarecimento acerca da doença.

“Os sentidos atribuídos a maternidade, apresentam-se no pedido de ajuda das mães para enfrentar a doença e várias perdas recorrentes dessa situação, para poderem relacionar melhor com seus filhos. Cabe ao serviço fazer uma orientação adequada” A4.

Embora alguns estudos mostrem que a convivência da família altera os costumes e hábitos do ser humano, entende-se também que a existência de um doente mental pode desestruturar a rotina da família, exigindo da mesma uma demanda de atenção para com o indivíduo doente. Nesse sentido cada integrante que constitui a família passa a adquirir um papel e significado próprio para conseguir administrar o novo cotidiano da vida familiar. As preocupações da equipe são expressadas:

“Com controle de consultas periódicas, administração correta da medicação, pois algumas medicações são retiradas, ou trocadas dependendo da necessidade. Serviço busca o engajamento da família tanto afetiva quanto social.” A2

Cabe aos profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem que trabalha na área psiquiátrica, informar, esclarecer não somente aos parentes do indivíduo portador de doença mental, mas também a sociedade, para que se possa enfim contribuir para a diminuição de estigmas do passado que ainda atualmente atinge os portadores de doença mental, bem como seus familiares.

4.3 A família – Atribuições aos papéis na maternidade - Cuidados mãe-bebê

Ao longo da história da humanidade podem-se observar constantes transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que caracterizam o modo de viver de épocas, determinando o comportamento e a forma de se relacionar das pessoas, mudanças estas que refletem também nas relações familiares.

A mulher tem desempenhado diferentes funções ao longo da história, reduzindo as barreiras que operam dividindo o que é para homens e o que é direcionado as mulheres, misturando-se as responsabilidades entre os sexos. Porém, embora se modifiquem suas responsabilidades, a maternidade (o gerar um bebê), devido a fatores biológicos, é algo exclusivo das mulheres. Contudo, o valor atribuído ao relacionamento entre mães e filhos ao longo da história nem sempre foi o mesmo, apresentando posições diferentes e muitas vezes divergentes se comparados.

Seguindo o contexto histórico, vinculado aos direitos maternos e as atribuições a este papel, por mulheres portadoras de doenças mentais, segundo Osório (2011), podemos evidenciar que, os novos rumos da família na contemporaneidade seguem com muitas mudanças, tanto nas significações quanto nas relações familiares, referindo-me

aqui, no comportamento humano. O reconhecimento dos direitos das mulheres evidenciando o direito de uma identidade própria, dotado de desejos, responsabilidades, deveres perante seu ciclo familiar, vem se fortalecendo ao longo das décadas. Fator que gera conquistas, e muitas atribuições a mulher, inclusive ao direito a maternidade. Conforme narrativas de A5:

“A mulher que deseja a maternidade, acredito ser a completude do papel feminino. Ser uma mulher como as demais e ser mãe como qualquer outra mulher. Não me parece ser diferente do desejo geral das mulheres em ter um filho. Para algumas há a ideia de solução para a vida e a doença. E ainda há casos onde é realizar o desejo do marido de ter um filho.” A5

Como já referido, na família ocidental, aos papéis de homens e mulheres tem sido diferentes e essas diferenças se evidenciam, por exemplo, no fato de que o trabalho doméstico e o cuidado da prole continuam sendo atribuídos à mulher, ainda hoje, o lugar do pai tem sido menos discutido quando comparado ao papel materno. Essa realidade se repete no imaginário social acerca dos papéis de homens e mulheres no cuidado e na interação com suas crianças.

No caso em evidência, atribuindo o papel materno a mulher com necessidade de auxílio, para com o cuidado com ela e com o bebê, entram questões que permeiam todo ciclo familiar. Onde se busca ajuda parental, sendo familiares ou cônjuge para realização do exercício da maternidade de forma saudável e protegida. O que permeia no discurso das entrevistas é a capacidade do cuidado das mães, ao colocar-se no papel materno, juntamente com auxílio dos familiares.

“A paciente vai exigir mais atenção e orientação de todos, de como agir, cuidar do bebê, conforme o que vai lhe sendo apresentado neste processo.” A2

“As mulheres que aderem ao tratamento conhecendo melhor a si mesmas, tem um resultado positivo, dependendo muito do tipo de transtorno mental. A ajuda da família influencia bastante.” A4

“Algumas pacientes que possuem transtornos graves e é necessário que a família monitore os riscos da gravidez, pois não é aconselhável engravidar. Outros casos a paciente melhora o quadro após a gravidez, com o apoio e cuidados da família e profissionais da saúde.” A4

“Há casos de maior gravidade ou risco em que é dever do médico esclarecer ao paciente, cônjuge e familiares sobre os riscos e os tramites e apoio que será necessário para o desempenho do papel.” A5

Além disso, a identidade feminina esta fortemente relacionada à maternidade, sendo difícil estabelecer os limites entre fatores biológicos e sociais que a determinam. Conforme mencionado trata-se de um conjunto de fatores biológico, psicológicos e culturais, que a compõem levando-a a concretizar uma gestação.

As situações narradas pelos participantes vão ao encontro das reflexões trazidas por Zimmermann (2001) segue dizendo que, relacionando à essência do comportamento feminino a maternidade postula que:

“O instinto de ser mãe está presente em todas as fases da vida da mulher, contribuindo no seu modo de ser, pensar e agir, fazendo parte da psicologia feminina. “É difícil determinar até que ponto esse modo é inato e até onde é estimulado socialmente” (ZIMMERMANN, A.; ZIMMERMANN e COLABORADORES, 2001, p. 29).

Com relação ao que foi trazido anteriormente, as questões que perpassam o contexto de um portador de doença mental, envolvem ampla problematização. Inicialmente se trás questões a cerca da cultura em sociedade, onde se busca a igualdade de todos perante os direitos de ser e estar no mundo. Fator que gera muitas polêmicas e desordem na área da saúde mental como um todo.

O exercício da maternidade, e a atribuição aos papéis maternos, são questionamentos trazidos de forma a tentar vincular os direitos humanos com os desejos da mulher, ou seja, busca-se meios onde se conhece a patologia, analisa e se dá possibilidades, para uma efetivação deste processo.

Aos cuidados, tanto a mãe quanto ao bebê nestas condições de “risco”, busca-se o envolvimento da família, e de assistência de saúde, para manter um quadro psíquico saudável, promovendo assim bom desenvolvimento da criança e um bom vínculo materno. Sendo importante salientar as narrativas dos sujeitos A2, A3, A6:

“As pacientes tem noção de proteção, limites e respeito. Com apoio terão capacidades de proteger e amar, pois são muito sensíveis e observadoras.”A2

“Se não for uma patologia grave e se a paciente estiver se tratando corretamente, pode usufruir de todas as vantagens que a maternidade trás como, por exemplo, um sentido para sua vida, o amor fraternal, etc.”A3

“Os sentidos atribuídos a maternidade, é o mesmo para toda mulher, o amor de mãe é um novo sentido para a vida, uma razão de viver e um motivo para melhorar. A6

4.4 A implicação pessoal e profissional dos trabalhadores – Procedimentos

Pode-se observar seguindo as narrativas dos profissionais do serviço que, de forma geral segue-se o que diz a lei, prevista na constituição, citada anteriormente visando os direitos humanos. Porém, cada caso é avaliado e o procedimento segue de forma singular as necessidades de cada sujeito.

Para tanto, busca-se uma aliança terapêutica entre o serviço, a família e o sujeito em questão, visando melhor convívio social e familiar, efetivação no exercício materno, buscando estratégias para melhoria na qualidade de vida dos sujeitos, acentuando a os atendimentos a essas mulheres e aos seus familiares com a equipe multiprofissional. Os profissionais do serviço trazem que:

“A equipe segue principalmente em dar suporte multidisciplinar durante e após a gestação, com aumento dos atendimentos e das visitas domiciliares. Bem como o acompanhamento sistemático da mãe durante o crescimento da criança.” A1

“Muitas vezes são situações que geram angustia. Mas a posição de uma equipe é deixar clara a situação para todos os envolvidos, com acompanhamento individual e familiar”. A5

“Sempre que surge uma gestante é avaliado com o medico a questão do medicamento, é feito a escuta para trabalhar com a mãe esta nova fase e prepará-la para a maternidade, orientando sobre os cuidados e como agir”. A6

O enfermeiro esta cada vez mais atuante e consciente de seu novo papel e tem condições de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho do exercício profissional. Cabe aos profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem que trabalha na área psiquiátrica, informar, esclarecer não somente aos familiares do indivíduo portador de doença mental, mas também a sociedade, para que se possa enfim contribuir para a diminuição de estigmas do passado que ainda atualmente atinge os portadores de doença mental, bem como seus familiares.

Durante o processo de pesquisa, denota-se também o preconceito e o despreparo de muitos profissionais da área da saúde, que contribuem com a demora da realização da reforma psiquiátrica de forma integral. De acordo com Osório (1996, p. 27), "Os laços familiares, de uma forma ou de outra, continuam ocupando lugar de destaque na maneira com que a maioria de nós vê e vive o mundo; portanto falar de família é enfocar um conjunto de valores que dá aos indivíduos uma identidade e à vida um sentido".

Em suma, a família é reconhecida como a instituição que auxilia a vivência do indivíduo em sociedade, pois nela se formarão as novas gerações de cidadãos e se darão as primeiras experiências de relacionamentos. Diante disso é preciso estimular uma vivência saudável entre pais e filhos mediante o diálogo, a troca de experiência, de afeto, e a convivência entre seus membros. O entendimento e a aceitação da doença mental por parte da família se tornam um elemento de extrema importância na reabilitação do indivíduo com doença mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu apresentar algumas dimensões dos discursos de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial, sobre o exercício da maternidade em mulheres portadoras de doenças mentais. A partir da escuta das narrativas, optou-se em discutir três pontos: a doença mental, a maternidade, e os direitos humanos para a reprodução.

Acerca do que foi apresentado, sobre a doença mental no contexto da reforma psiquiátrica e as políticas públicas que a envolvem, podemos pensar em dois contextos: a problematização dos profissionais que aderem a reforma e aos que resistem a algumas modificações do sistema humanizado e dos direitos dos sujeitos frente ou não de uma patologia.

Além disso, considera-se que o processo da reforma caminha a passos lentos, embora muito já tenha sido feito, e o CAPS é um exemplo do progresso desta nova implementação na rede da saúde, muito ainda pode ser feito, buscando o bem estar do ser e dos que estão envolvidos em seu meio. Ligando a reforma psiquiátrica e os processos evolutivos dos direitos humanos, podemos explicar sobre a maternidade aos indivíduos acometidos a essa patologia, com o objetivo de identificar como é realizada essa atenção especializada e como são pensadas pelos trabalhadores, estes que protagonizam a maior assistência aos que apresentarem necessidades.

Pode-se identificar variadas narrativas sobre o tema, envolvendo outras categorias a discussão, como a Efetivação dos direitos, como se dá a prevenção e cuidados a mulher; as questões que envolvem a família, as atribuições aos papéis da maternidade, os cuidados a si e ao bebê e a implicação pessoal e profissional dos trabalhadores. Destacou-se que, sobre a maternidade em portadoras de doenças mentais, não há apenas uma resposta para a questão. Primeiramente depende qual a patologia, bem como a gravidade da mesma. Também é destacado o desejo da pessoa em questão, em relação a maternidade. Pensando que o desejo exista quando a doença é grave e afeta a capacidade maternal mãe-bebê será necessário um auxiliar no desempenho da função materna ou mesmo em algum momento substituto. Muitos com tratamento e apoio no desenvolver de uma relação afetiva ao longo do tempo.

Verificou-se a importância atribuída também aos familiares para o controle, ou não, da maternidade, no que tange aos cuidados antes e após a maternidade. Sua implicação direta com o familiar, O modo psicossocial tem buscado modificar esse

entendimento, demonstrando a importância da família na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. No momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequada, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar. Deste modo é importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

Ademais, o que se espera com esta pesquisa é fomentar novos estudos na área da maternidade e das doenças mentais, levando também em conta a escassez de trabalhos publicados no país sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental, formação e crítica*. Org. Paulo Amarante e Leandra Brasil da cruz. Rio de Janeiro, Laps. 2008.

AMARANTE, Paulo e col. *Saúde Mental, Políticas e Instituições: programa de educação à distância. A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas*. Rio de Janeiro (RJ): FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, LDA. Lisboa. Portugal, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 01 mai. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde*. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf> Acesso em: 01 mai. 2015

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 01 mai. 2015.

BUGLIONE, Samantha. Ações em direitos sexuais e direitos reprodutivos. Relatório realizado pela Themis: 1999/2001. In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

ESPINOSA, A. (2000). *Psiquiatria* ED. Mc Graw-Hill: Rio de Janeiro.

HENRIQUES, Cibele da silva. *Mulheres com transtorno mental: reflexões sobre o exercício da maternidade*. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades 15 a 17 de Maio de 2013 Universidade do Estado da Bahia – Campus I Salvador – BA.

HRDY, Sarah Blaffer. Mãe natureza: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural. Rio de Janeiro. Campos, 2001. In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

MELMAN, JONAS. *Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais da saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras editora, 2006.

MILES, A. (1982). *O doente mental na sociedade contemporâneo*. Rio de Janeiro: Zahar.

MOURA, Solange M. S. Rolim; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: ciência e profissão*\Conselho Federal de Psicologia. Ano 24. N 1. Brasília. DF. 2004. In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

MURARO, Rose Marie. *A mulher no terceiro milênio: Uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro*. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos ventos, 2000.10 ed. In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

MURTA, G. F. (2006). *Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem*. 2a ed. rev. São Caetano do Sul: Difusão Editora.

OLIVEIRA, F. B. et. Al. *Saúde Mental e estratégia de saúde da família: Uma articulação necessária*. *rev. Psychiatry on line Brasil*. Vol. 14 n° 9. Novembro, 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>> Acesso em: 26 abr. 2015.

OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elisabeth Pascual do. *Manual de Terapia Familiar*. Volume II, Porto Alegre: Artmed, 2011.

PIOVESAN, Flávia. *Temas atuais de direitos humanos*. São Paulo: 1998. In: *Direitos humanos e direito constitucional internacional*. 2ª ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

RIBEIRO, Carmem Sylvia. A influência dos transtornos afetivos do puerpério sobre a relação mãe – filho e o recém – nascido. Sociedade Paulista de psiquiatria clinica. 2002. In: JARDIM, Renata Teixeira. Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. *rev. Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade#ixzz3ZHxUyJ32>> Acesso em: 28 abr. 2015.

ROSA, L. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”*. IN: ROTELLI et al. *Desinstitucionalização*, São Paulo: Hucitec, 2001b, 2ª Ed.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: <<file:///C:/Users/teste/Downloads/84708933-Livro-Introducao-a-pesquisa-em-Ciencias-Sociais-Trivinos.pdf>> Acesso em: 12 junho 2015.

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3 ed. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf> Acesso em: 30 abr. 2015

ZIMMERMANN et. Al. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. cap.2. p. 29-40. Porto alegre: Artmed. 2001. Disponível em: <<https://docsbarraespartana.files.wordpress.com/2012/03/capii.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2015.