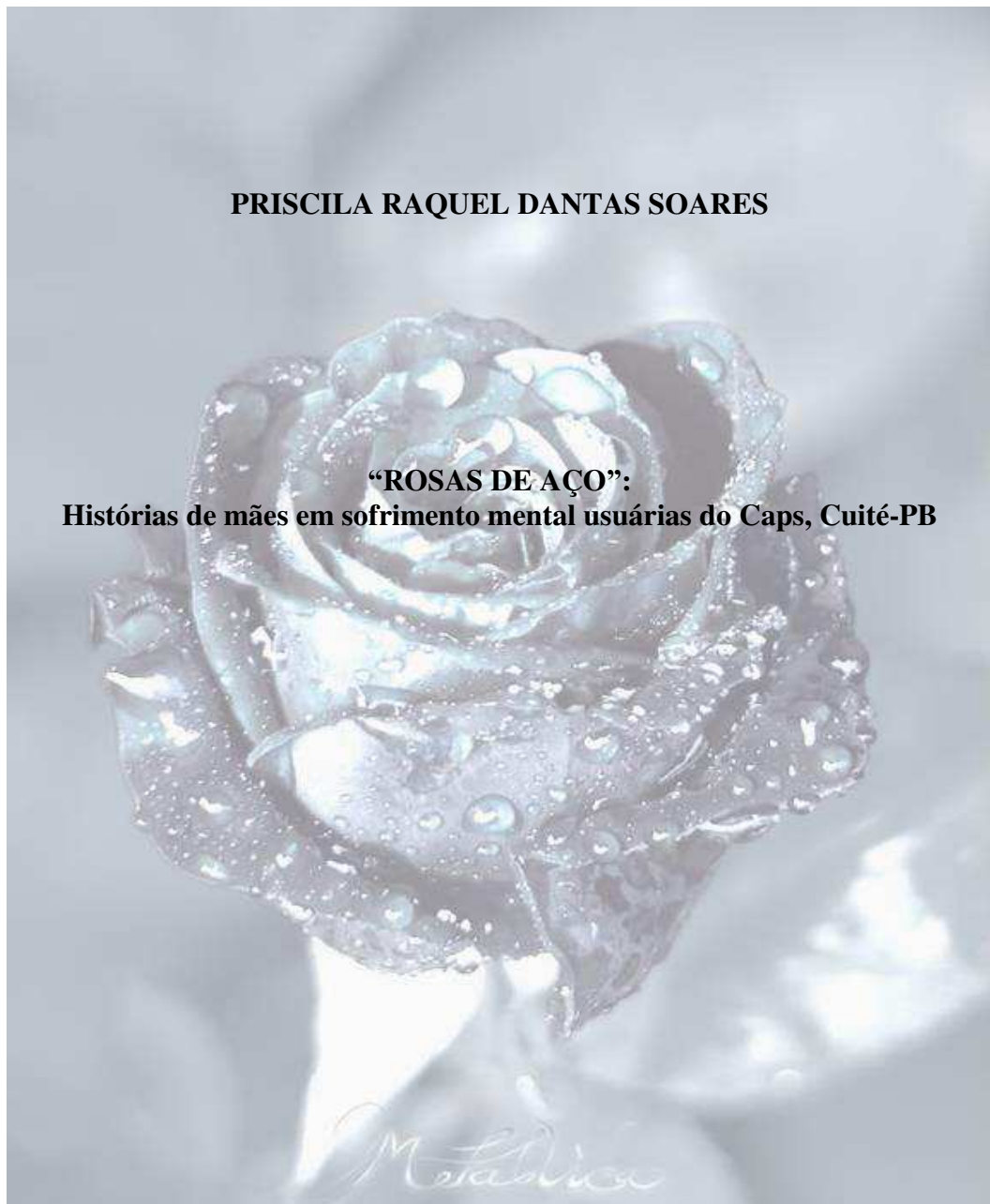




**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PRISCILA RAQUEL DANTAS SOARES**

**“ROSAS DE AÇO”:  
Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do Caps, Cuité-PB**



**CUITÉ  
2014**

**PRISCILA RAQUEL DANTAS SOARES**

**“ROSAS DE AÇO”:  
Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do Caps, Cuité-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Alynne Mendonça Saraiva.

**CUITÉ  
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S676r Soares, Priscila Raquel Dantas.

“ROSAS DE AÇO”: Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do Caps, Cuité - PB. / Priscila Raquel Dantas Soares. – Cuité: CES, 2014.

**73 fl.**

**Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.**

Orientadora: Alynne Mendonça Saraiva.

1. Saúde mental. 2. Estresse psicológico. 3. Sofrimento mental – mães - CAPS. I. Título.

613.86

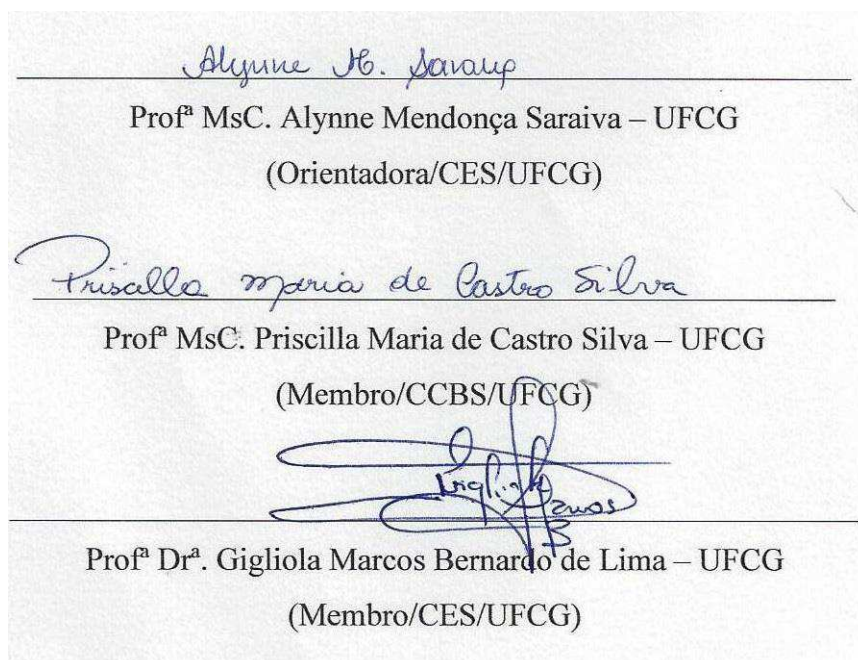
CDU

PRISCILA RAQUEL DANTAS SOARES

**“ROSAS DE AÇO”:  
Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do Caps, Cuité-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**



Cuité – PB, 07 de abril de 2014

A Deus, pelo dom da vida. Por me amparar nos momentos difíceis e não deixar que eu desistisse diante das dificuldades e dúvidas. À minha família, por tudo que fizeram por mim. Por todo incentivo, apoio, carinho e preocupação durante esses cinco anos de curso, que diante das dificuldades sempre me deram força e me encorajaram a prosseguir sem jamais desistir.

Ao meu namorado, que sempre esteve ao meu lado, apoiando-me e mostrando o quanto sou capaz. Seu companheirismo, paciência, dedicação, carinho e amor contribuíam muito para que eu chegasse até aqui.

As mães usuárias do Caps, que tornaram esse trabalho realidade e me proporcionaram momentos de alegria e crescimento pessoal.

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho, última etapa da minha graduação, lembro-me de muitas pessoas em quem ressalto reconhecimento, pois esta conquista se concretiza com a contribuição de cada uma delas, direta ou indiretamente. Hoje eu vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui e nada disso eu conseguiria sozinha. Desta forma, aproveito a oportunidade para agradecer a todas as pessoas que me ajudaram e me apoiaram de alguma forma nesta longa trajetória.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, por me dar forças durante a graduação, em meio às inúmeras dificuldades, por ter me iluminado nas decisões mais difíceis e por ter me guiado para trilhar o caminho mais correto possível.

À minha família, por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando no caminho correto. Agradeço especialmente aos meus pais: à minha MÃE, que não descansou na torcida e que certamente orou dias e noites para que Deus estivesse sempre comigo; ao meu PAI, que nunca pensou duas vezes em investir no meu futuro, é a ele que devo esta formação. Agradeço imensamente por este momento tão marcante em minha vida. E, às minhas irmãs, agradeço pela companhia, pelo carinho e pelos momentos de descontração vividos a cada dia, que nos ajudam a superar as diferenças.

Ao meu namorado, de quem eu mais cobrei apoio e atenção, mas que sei que estas foram coisas que jamais me faltaram. Ofereço um agradecimento mais do que especial, por ter acompanhado passo a passo todos os detalhes deste trabalho, por ter me dado o apoio que necessitava nos momentos difíceis, pelo amor, incentivo, paciência nas ausências, pelo respeito, por ter me aturado nos momentos de pressão e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

À minha orientadora que, com muita paciência e atenção, dedicou seu tempo para orientar-me em cada passo deste trabalho. Agradeço a ideia do tema e aceitação do meu projeto. Sua orientação segura e competente, seu estímulo constante e testemunho de seriedade me permitiram concretizar este estudo. Agradeço também a compreensão de meus limites, auxiliando-me com sua sabedoria de forma imprescindível para a elaboração deste trabalho.

À minha banca examinadora, por aceitar o convite, pelo exemplo, paciência e dedicação em aperfeiçoar este trabalho, acreditando em seu sucesso.

Aos colegas e amigos, pelos momentos de descontração, aprendizado, motivação e amizade. Agradeço especialmente a Aline Pereira e Juliana de Souza por se tornarem as amigas mais presentes e a quem sei que posso recorrer quando precisar. Nós compartilhamos o mesmo sonho e foi através deste que nos conhecemos.

Agradeço imensamente ao corpo docente de enfermagem que me deu de presente o que ninguém jamais poderá roubar: o conhecimento.

Aos profissionais do Caps de Cuité, especialmente a psicóloga Maria do Socorro, que me acolheu no serviço e me auxiliou durante toda a minha pesquisa. Agradeço imensamente toda atenção e carinho.

Às mães que participaram do meu estudo, agradeço a confiança, a receptividade, a atenção, as suas histórias compartilhadas que me proporcionaram ensinamentos para a vida.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a esta universidade, seu corpo docente em geral, a direção e administração que oportunizaram a janela de onde hoje vislumbro um horizonte superior, contagiado pela confiança no mérito e ética aqui presentes.

Lutar e vencer

Quando nascemos viemos com uma missão.  
Desde o ventre somos impulsionados a lutar pela vida  
e aqui conseguirmos superar obstáculos  
gerados pelas circunstâncias do dia a dia.

Lutar é o grande trunfo de quem está disposto a aceitar desafios  
isso não significa que temos que ser perdedores.  
Assim como sucesso tem seu tempo,  
as derrotas não ficam atrás.

Pra ser vencedor é preciso saber lidar com as perdas  
só assim conseguiremos a vitória e seremos agraciados por momentos  
de glórias.

Que isso não nos venha envaidecer.  
Mais que seja acrescido de plenitude e grandeza de espírito.

Eçliane Batista Barbosa



## RESUMO

Estudos mostram que há diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos mentais que homens. Fatores como história de adoecimentos, eventos de vida estressantes, dificuldades conjugal e familiar, baixo nível econômico e educacional, apoio social inadequado, além dos múltiplos papéis que vem desempenhando dentro da sociedade predispõem a mulher a desenvolver algum transtorno mental, pois esta se sente na obrigação de corresponder a todas as expectativas internas e externas. Ao adicionar a maternidade, o conjunto de fatores pode interferir na sua saúde mental. O presente estudo objetiva revelar as histórias de mães que são usuárias do Caps. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa realizada no Caps I Sebastião Paulo de Sousa, no município de Cuité. A amostra é constituída de cinco mães em sofrimento mental, e a produção do material empírico se deu por meio de entrevistas com as colaboradoras. A metodologia utilizada foi a História Oral Temática, proposta por Meihy, e a partir da análise das narrativas foram elaborados dois eixos temáticos: 1) “Um Caminho de Espinhos”: As dificuldades encontradas para exercer a maternidade; 2) “Encontros e Desencontros”: As relações entre mãe, filhos e família. Observou-se que as dificuldades mais marcantes foram as precárias condições socioeconômicas, o sofrimento mental e a violência doméstica. Além disso, observou-se na relação dessas mães com a família e seus filhos, as dificuldades que a condição do transtorno mental acarreta no âmbito familiar e no relacionamento conjugal, existindo ainda o problema que essas mulheres enfrentam quando seus filhos são criados por outras famílias, longe do seu convívio. Ficou evidente que, apesar das dificuldades apresentadas pelas mães, as participantes desta pesquisa ensinam ou procuram manter um sentimento de maternagem, e que o suporte familiar é um fator indispensável na recuperação psíquica e social destas mulheres.

**Descritores:** Mães; Estresse Psicológico; Relações familiares.

## ABSTRACT

Studies show that there are gender differences in the incidence, prevalence and course of mental disorders . Women have higher prevalence rates of mental disorders than men. Factors such as history of illnesses, stressful life events, marital and family difficulties, low economic and educational levels, inadequate social support, in addition to the multiple roles that it has played within society predispose women to develop some mental disorder, since it is feels obliged to respond to all internal and external expectations. When this woman is also a mother, these factors and motherhood itself influence their mental health. This study aims to reveal the stories of mothers who are users of Caps. It is an exploratory and descriptive qualitative study conducted in Caps I Sebastião Paulo de Sousa, in the city of Cuité. The sample consists of five mothers in mental distress, and the production of empirical material was through interviews with the collaborators. The methodology used was thematic oral history, proposed by Meihy, and from the narratives two main themes were developed: 1) “A Path of Thorns”: The difficulties in exercising motherhood; 2) “Matches and Mismatches”: The relationship between mother, child and family. It was observed that the most striking difficulties were the poor socioeconomic conditions, mental suffering and domestic violence. Moreover, it was observed in the relationship of these mothers with their children and family, the difficulties that the condition of mental disorder within the family and carries the marital relationship, and there is the problem that these women face when their children are raised by other families away from the interaction of their friendship. It became evident that, despite the difficulties faced by mothers, the participants in this study desire or seek to maintain a sense of mothering, and that family support is an essential factor in the psychological and social recovery of these women.

**Keywords:** Mothers; Stress, Psychological; Family Relations.

## **LISTA DE SIGLAS**

Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps i	Centro De Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
Caps ad	Centro De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas
Cras	Centro De Referência De Assistência Social
Mtsm	Movimento Dos Trabalhadores Em Saúde Mental
Naps	Núcleo de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
1.1 JUSTIFICATIVA .....	16
1.2 OBJETIVOS .....	17
1.2.1 Objetivo geral.....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO</b> .....	18
2.1 UM BREVE RESGATE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL .....	19
2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	22
2.3 AS MULHERES E O SOFRIMENTO MENTAL .....	25
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	27
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	28
3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	28
3.3 COLABORADORAS.....	28
3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO .....	29
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	30
<b>4 RESULTADOS: “CHORAM AS ROSAS”</b> .....	32
4.1 FRÉSIA .....	33
4.2 BROMÉLIA .....	35
4.3 JASMIM .....	37
4.4 DÁLIA .....	39
4.5 ROSA BRANCA .....	41
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	43
5.1 “UM CAMINHO DE ESPINHOS”: AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA EXERCER A MATERNIDADE .....	44
5.2 “ENCONTROS E DESENCONTROS”: AS RELAÇÕES ENTRE MÃE, FILHOS E FAMÍLIA .....	49

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO III – TERMO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>72</b>



Fonte: Google Imagens, 2014.

## **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A busca incessante dos militantes da luta antimanicomial, a partir da década de 1980, deu origem ao movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que desencadeou diversos movimentos e posteriormente deu origem a um dispositivo legal representado pela Lei 10.216, que dispõe sobre mudanças na assistência em saúde mental. Desde então, houve diversas melhorias no âmbito da saúde e assistência ao doente mental.

Com o grande impulso que o movimento da Reforma Psiquiátrica gerou na saúde mental veio a criação de várias modalidades de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e de promoção de saúde da pessoa em sofrimento mental. Entre esses serviços está o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), principal instituição na rede de saúde mental no Brasil.

O Caps é um serviço de saúde de referência destinado a pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, entre outros, cuja gravidade e/ou insistência indiquem seu acompanhamento em um serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004).

O serviço possui funções que visam a: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária; promover inserção social dos usuários através de ações como educação, trabalho, esporte, cultura e lazer; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde); coordenar juntamente com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem dos pacientes que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Os transtornos mentais, por sua vez, afetam atualmente cerca de 10% da população mundial, com prevalência durante a vida de mais de 25%, e estão entre as principais causas de anos vividos com incapacidade (PEREIRA et al, 2011). No Brasil, levantamentos epidemiológicos mostram uma prevalência de transtornos mentais em adultos de cerca de 30% em um ano. Dados do Ministério da Saúde assinalaram que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais (TM) graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves devido ao uso de álcool e outras drogas e 12% precisam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2007).

Estudos mostraram que existe diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor, os homens por sua vez apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizofrenia, transtornos do controle de

impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Nos transtornos em que a prevalência é semelhante nos dois gêneros, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Nos estudos epidemiológicos de Keber; Falceto; Fernandes (2011) se observaram diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos mentais que homens. Fatores como história prévia de doença psiquiátrica, eventos de vida estressantes, mau relacionamento com o companheiro, baixo nível econômico, apoio social inadequado, mau relacionamento com familiares, desemprego, pouca educação, gestação na adolescência, violência familiar, entre outros predisõem a mulher a desenvolver algum transtorno mental.

A incidência do sofrimento mental na mulher pode também ser influenciada pelos múltiplos papéis que a mesma vem desempenhando dentro da sociedade, sentindo-se na obrigação de corresponder a todas as expectativas internas e externas a si, como ser boa mãe, boa dona de casa, boa funcionária, manter-se atualizada frente às dificuldades de sua profissão, manter-se em boa forma esteticamente dentro dos padrões de beleza estabelecidos, estar atenta às mudanças políticas, dentre outras atribuições. Essa cobrança social da mulher vem como um agravante à sua saúde emocional (MORÉ; CARSWELL, 2012).

O desenvolvimento do sofrimento mental e suas posteriores consequências acarretam agravamento das dificuldades na vida cotidiana e na dinâmica familiar dessas mulheres, principalmente quando mães, tornando evidente que toda a família envolvida precisa de ajuda para lidar com as exigências que a própria doença apresenta através de seus sintomas.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para identificar os sinais do sofrimento psíquico no curso de suas atividades na comunidade. O conhecimento acerca do convívio com as mulheres favorece a equipe como elemento quanto às ações dos profissionais, visando à sua melhor qualidade de vida. Assim, cabe à equipe de saúde apoiar a mulher e esclarecer a família sobre os sintomas de transtornos mentais, a fim de proporcionar conhecimento acerca da doença e, ao mesmo tempo, facilitar a inserção dessa mulher em sofrimento psíquico na sociedade, capaz de realizar suas atividades de vida diária com autonomia.

A escolha da temática se deve à afinidade pelas áreas de saúde mental e obstetrícia. Além do desejo de compreender com mais clareza a realidade em que vivemos e para a qual contribuímos enquanto pessoas e profissionais de saúde e da educação. Entendemos ser pertinente realizar um estudo que proporcione um conhecimento mais abrangente sobre a



vivência de mulheres que passaram pela experiência de ser mãe, enfocando o modo como se dá a relação com os filhos e a família.

Através deste estudo, descobrir-se-ão as particularidades e o modo de enfrentamento do transtorno mental destas mães, e para que os profissionais de saúde possam planejar estratégias na prestação da assistência à saúde deste público de tal forma que proporcione uma melhor qualidade de vida para o binômio mãe/filho, assim como de toda a família.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Com base na história de vida do doente e de seu sofrimento, pode haver uma maior facilidade para a intervenção através de sua cultura, crenças, desejos e esperanças. Assim, direcionar os profissionais de saúde para uma visão holística do doente e a criação de uma relação de confiança, conseqüentemente, uma verdadeira e eficaz relação terapêutica (GONÇALVES, 2013).

O conhecimento da dimensão social e cultural da doença quanto à cura, à melhora, aos tratamentos e aos recursos que a comunidade oferece ajuda as pessoas em sofrimento mental e seus familiares a conviverem com a doença e as obrigações decorrentes desta realidade, com os recursos do sistema de saúde e do seu meio, de modo a melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos (OSINARA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

É de suma importância o conhecimento do contexto de vida da clientela e de seus cuidadores por parte da equipe de saúde. Pois se trata de pessoas excluídas de um universo cultural, do qual apenas os profissionais que as atendem fazem parte. Porém, quando é considerada a realidade na qual familiares e usuários estão inseridos é possível transmitir informações que a equipe julga necessárias, assim como traçar estratégias de atenção às famílias, importante recurso para o enfrentamento do sofrimento mental de forma mais efetiva (PEGORARO; CALDANA, 2008).

É importante ressaltar a alta relevância de os profissionais atuantes na área de saúde mental perceberem a necessidade de desenvolver estratégias que envolvam a família no tratamento da pessoa com sofrimento mental, de forma a ampará-la, apoiá-la e orientá-la no cuidado ao familiar com transtorno mental (WAIDMAN; GUSMÃO, 2001).

Vivemos um momento em que as exigências de saúde aumentam. Uma abordagem constituída de conhecimento sobre a história de vida do indivíduo e o processo de cuidar permite aos profissionais de saúde entender a complexidade e riqueza das relações interpessoais, assim como fazer interpretações particulares dos processos de doença,

valorização pessoal e afetiva, além de revelar o significado que a situação-problema tem para o indivíduo. O enfermeiro, além dos conhecimentos técnicos e científicos, deve desenvolver o seu saber-ser e saber-estar tanto com ele mesmo como na relação com o doente (GONÇALVES, 2013).

O presente estudo é de suma importância por tratar de uma população que muitas vezes é esquecida, estigmatizada pela sociedade e negligenciada por alguns profissionais de saúde. A contribuição deste estudo no âmbito social e da saúde poderá motivar pesquisadores, profissionais e cuidadores a se voltarem para estas mulheres e para a condição que o transtorno mental acarreta em seu cotidiano, possibilitando melhorias na qualidade de vida dessas pessoas.

Enquanto estudante e profissional da saúde, a realização desta pesquisa proporcionou uma visão mais ampla da realidade dessas mulheres acometidas pelo transtorno psíquico, suas dificuldades, o preconceito sofrido, a assistência insuficiente, dentre vários outros fatores que limitam as atividades cotidianas dessas pessoas. A partir disso, observo a grande necessidade de melhorar a assistência a essa mulher e a sua família, de tal forma que o transtorno mental deixe de ser uma sobrecarga, uma limitação e passe a ser um obstáculo a ser contornado, em busca da autonomia.

Diante da temática escolhida foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Quais são as dificuldades encontradas por essas mulheres para exercer a maternidade? Como se desenvolve a relação entre estas usuárias e sua família, principalmente seus filhos?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Revelar as histórias de mães que são usuárias do Caps Cuité-PB.

### 1.2.2 Específicos

- Identificar quais as dificuldades encontradas por essas mulheres para exercer a maternidade;
- Conhecer como se desenvolve a relação entre estas usuárias e sua família.



Fonte: Google Imagens, 2014.

## **2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO**

## 2.1 UM BREVE RESGATE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Ao fazer uma viagem na história da Saúde Mental, nota-se que a loucura, na Grécia antiga, não era vista como algo negativo ou como doença: era vista como um privilégio, pois através do delírio, os “privilegiados” podiam ter acesso a verdades divinas. O que não quer dizer que essas pessoas fossem reconhecidas como normais ou iguais, mas que possuíam uma desrazão que prevaleceu por muito tempo até se desfazer. Gradativamente, a loucura perdeu seu papel de porta-voz da verdade divina e seguiu em uma direção onde representou o mal (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na Idade Média, com o fim das Cruzadas e a ruptura dos focos de infecção, a lepra dá lugar à figura do louco. Os ditos loucos passaram a ser enclausurados juntamente com todo tipo de indesejados sociais: pobres, malfeitores, indigentes, vagabundos (PASSOS; BEATO, 2003). Com a chegada do século XVIII, a loucura é caracterizada como transtorno mental e passível de cura (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

No Brasil, a atenção à pessoa em sofrimento mental só teve início com a chegada da Família Real. Neste período, foi necessário criar um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social, pois naquele momento ocorriam mudanças socioeconômicas, além do crescimento das cidades e das populações. Logo após, em 1852, é criado o primeiro hospício brasileiro (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Nesse século ocorre a valorização do pensamento científico e o surgimento do hospital como espaço terapêutico. No entanto, o manicômio acabou se tornando um lugar de exclusão, que afastava ainda mais o indivíduo de seu convívio social, pois os loucos eram percebidos como seres perigosos e inconvenientes devido à sua “doença”, além de serem unidos aos demais desvios sociais. O hospital psiquiátrico passa a ter a função de confinamento e classificação das pessoas em sofrimento psíquico (PASSOS; BEATO, 2003).

Ao hospital psiquiátrico era destinada a tarefa de isolar os alienados por meio do tratamento moral e lhes reintegrar a razão. Assim, o asilo psiquiátrico se transformou no maior e mais violento espaço da exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995).

Com o fim da guerra, começam a surgir em diversos países discussões quanto ao modelo hospitalocêntrico, evidenciando a necessidade de reformulações (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Posteriormente, a assistência psiquiátrica foi agregada à previdência social, que contratava leitos privados, dando continuidade à criação de hospitais psiquiátricos

privados. Porém, essa medida não surtiu efeito, gerando várias denúncias. Em resposta, o Estado adotou medidas, como produção de manuais, ordens de serviço e resoluções propondo a ambulatorização e interiorização da assistência psiquiátrica, apesar de a maioria destas medidas não saírem do papel (SOUZA; BRAGA, 2006).

A assistência psiquiátrica no Brasil, até a década de 1970, com seu modelo médico e hospitalocêntrico, foi marcada pela má qualidade de assistência aos indivíduos com transtornos mentais, superlotação das instituições psiquiátricas, comercialização da loucura e cronificação do sofrimento mental (VILLELA; SCATENA, 2004).

Na segunda metade da mesma década, inicia-se a maior luta pela redemocratização do país. Denúncias de abandono, violência e maus-tratos faziam parte de um contexto que deu origem ao período de redemocratização onde surgiu, em 1978, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Mtsm) (AMARANTE, 1995).

O Mtsm construiu um pensamento crítico no campo da saúde mental, permitindo visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização, que nada mais é que tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições de vida. Significa não administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades, ou seja, o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para se tornar criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade (AMARANTE, 1995).

Nessa mesma época, ocorria o movimento da Reforma Sanitária, um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde (TENÓRIO, 2002). Desta forma, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Reforma Sanitária impulsionaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil (SOUZA; BRAGA, 2006).

O processo de Reforma Psiquiátrica começou a ser desenvolvido nos encontros de trabalhadores de saúde mental. Dando continuidade a esse processo, foram realizadas em 1987, 1992 e 2001 as Conferências Nacionais de Saúde Mental (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Inicialmente, as discussões objetivaram denunciar as condições precárias da assistência prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos (SOUZA; BRAGA, 2006).

Os trabalhadores de saúde mental fizeram uma autocrítica sobre o papel desempenhado nessa assistência de má qualidade, desrespeitosa e segregadora dos indivíduos com transtornos mentais, e ressaltaram o papel político que deveriam assumir para mudar tal realidade (SOUZA; BRAGA, 2006). Desse processo, destacam-se marcos conceituais, como respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/sofrimento psíquico interfere diretamente na qualidade de vida (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que dispõe sobre mudanças na assistência em saúde mental. Neste projeto continha o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002).

O projeto de lei deu origem à Lei 10.216, e tramitou 12 anos para ser aprovado pelo Congresso Nacional. Porém, antes da aprovação da lei, sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços, e o Ministério da Saúde editara 11 portarias que controlavam os hospitais psiquiátricos em funcionamento no país, além de estimular a criação de dispositivos de novo tipo que dependiam de uma nova sistemática de financiamento público (TENÓRIO, 2002).

Enquanto o projeto de lei tramitou sem ser aprovado, foram originados avanços importantes do processo de reforma que representam iniciativas institucionais bem-sucedidas na formatação de um novo tipo de atenção em saúde mental, a saber: os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e o Programa de Volta para Casa (SOUZA; BRAGA, 2006).

Os Naps eram estruturas abertas, responsáveis pela demanda da região, independentemente de sua gravidade. Ofereciam cuidados 24 horas, todos os dias, com acolhimento para internação, e cada unidade dispunha de aproximadamente seis leitos. O serviço se prestava a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitava frequências variadas ou irregulares ao tratamento, dispunha de consultas médicas e psicológicas, realizava atividades grupais, além de realizar visita domiciliar aos pacientes, respeitando suas limitações. O objetivo do serviço era oferecer maior diversidade de recursos e alternativas de cuidado (TENÓRIO, 2002).

Os Caps, por sua vez, seguem o princípio de que o tratamento dos pacientes psiquiátricos graves necessita de condições terapêuticas totalmente diferentes dos que existiam nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. O atendimento-dia possibilita que o paciente compareça diariamente por toda a semana, caso precise, além de oferecer atividades terapêuticas diversificadas e equipe multiprofissional (TENÓRIO, 2002).

Já o Programa de Volta para Casa institui o pagamento mensal de auxílio-reabilitação, que deve ser pago ao próprio beneficiário no valor de R\$ 240,00, por um período de um ano,

podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade (BRASIL, 2003), para possibilitar a permanência fora de hospital psiquiátrico e a reinserção social ampla de pessoas acometidas por transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica. Esses Serviços Residenciais Terapêuticos nada mais são do que casas localizadas em espaço urbano destinados à morada de pessoas com transtornos mentais graves, articuladas à rede de atenção psicossocial de cada município para a inclusão social dos moradores (SOUZA; BRAGA, 2006).

## 2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Em março de 1986, surge o primeiro Caps do Brasil, na cidade de São Paulo. Esta conquista fez parte de um movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental em busca de melhorias na assistência da saúde mental. À medida que acontece a expansão desses serviços, configuram-se como dispositivos eficazes na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004).

Posteriormente foram criadas as portarias: GM 224/1992, que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental e incorpora novos procedimentos à tabela do SUS; e a GM 336/2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. A partir destas, foram criadas outras portarias que oficializaram e proporcionaram a vasta ampliação na rede de Caps em todo o país (BRASIL, 2002).

Com o avanço na área da saúde mental e, conseqüentemente, na rede de Caps, no final do ano de 2011 o Brasil possuía 1.742 Caps de todos os tipos, distribuídos em todos os estados. O país chegou a 68% de cobertura, se considerado o parâmetro de um Caps para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2012). No estado da Paraíba, atualmente, são 75 serviços em funcionamento, o que representa 1,27 Caps para cada 100 mil habitantes. São 44 Caps I, oito Caps II, quatro Caps III, nove Caps i, oito Caps ad e dois Caps ad III. O Estado ainda dispõe de 18 Residências Terapêuticas, 84 unidades do Programa de Volta para Casa e quatro consultórios de rua (PARAÍBA, 2012).

O Caps é um serviço de saúde de referência destinado a pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, entre outros distúrbios mentais, cuja gravidade e/ou insistência indiquem seu acompanhamento em um serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Este serviço possui funções que visam a prestar atendimento clínico em regime de atenção diária; promover inserção social dos usuários através de diversas ações (educação, trabalho, esporte, cultura e lazer); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde); coordenar juntamente com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Os Caps se diferenciam em cinco modalidades, organizados pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, além de atender o perfil populacional de cada município no qual estiver inserido. Estes serviços devem obedecer à exigência da diversidade profissional, pois cada tipo de Caps possui características quanto aos tipos e à quantidade de funcionários. Assim, as modalidades são: Caps I, Caps II, Caps III, Caps i e Caps ad (BRASIL, 2005).

Os Caps I são os centros de menor porte, capazes de atender as demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Funcionam os cinco dias úteis da semana. Os usuários desta modalidade possuem transtornos mentais severos, persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). A equipe profissional é formada por: médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão; além de equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

Os Caps II são serviços de médio porte, com uma cobertura de mais de 50.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana. O perfil da clientela deste serviço são adultos com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2005). A equipe profissional é formada por: médico psiquiatra; enfermeiro com formação em saúde mental; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; pedagogo; professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão; além de equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

Os Caps III são os serviços de maior porte preparados para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, que geralmente são as grandes metrópoles brasileiras. Funcionam durante 24 horas, todos os dias da semana, inclusive feriados. Possuem cinco leitos no máximo e realizam, quando necessário, acolhimento noturno (BRASIL, 2005).



A equipe profissional é formada por: dois médicos psiquiatras; enfermeiro com formação em saúde mental; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão; além de equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

Os Caps i são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais em cidades com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005). A equipe profissional é formada por: médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; fonoaudiólogo; pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão; além de equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

Os Caps ad são serviços especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são capazes de dar cobertura a cidades com mais de 200.000 habitantes, ou ainda cidades que, por sua localização geográfica ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005). A equipe profissional é formada por: médico psiquiatra; enfermeiro com formação em saúde mental; médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão; além de equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

Ainda há os Caps ad III, uma nova modalidade, que se constitui de um Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Oferecem cobertura regional para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes. A equipe profissional mínima é formada por: médico clínico; médico psiquiatra; enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; educador físico; quatro técnicos de enfermagem; quatro profissionais de nível médio; e um profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa (BRASIL, 2012).

A estrutura física dos Caps deve conter recursos físicos capazes de oferecer um lugar favorável para o atendimento desta clientela específica. Logo, fazem parte deste ambiente: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades realizadas em grupo; espaço de convivência; oficinas para desenvolver com os usuários; refeitório; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Os Caps podem oferecer três formas de atendimento: Atendimento Intensivo, quando o atendimento é realizado diariamente; Atendimento Semi-Intensivo, quando o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês; e o Atendimento Não-Intensivo, oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo, podendo ser atendido até três dias no mês (BRASIL, 2004).

Os Caps proporcionam vários tipos de atividades terapêuticas, como psicoterapia, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Estas ações podem ser realizadas individualmente, em grupo, com familiares, com a comunidade e até em assembleias ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2004).

### 2.3 AS MULHERES E O SOFRIMENTO MENTAL

No Egito Antigo, a loucura em mulheres foi associada à sexualidade. Na Idade Média, as mulheres pobres e da zona rural eram conceituadas como bruxas, explicação dada aos comportamentos estranhos que sugeriam possessão demoníaca. Eram tidas como feiticeiras, por possuírem conhecimento sobre as ervas cujas porções curavam doenças e através da sensualidade sugeriam uma agressão à ordem moral, especialmente ao praticarem a prostituição, o adultério e o aborto (PEGORARO; CALDANA, 2008).

No Brasil, no fim do século XIX e início do século XX, a loucura ainda tinha uma atribuição sexual. O período conhecido como puberdade era visto como propício para o desencadeamento de doenças como a loucura e a histeria, e ambas necessitavam de cuidados específicos. Como tratamento se recomendava o asilo para as perturbações julgadas mais prejudiciais e o casamento para as perturbações ditas menores (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Fatores epidemiológicos apontam que as mulheres possuem o maior índice de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares. Pode-se afirmar que fatores externos como aspectos socioculturais, legais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais também afetam a saúde mental feminina (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Principalmente durante as fases do ciclo reprodutivo há o envolvimento de elementos estressores, deixando a mulher mais vulnerável para o surgimento de transtornos mentais. Fatores como alterações neuroquímicas e hormonais, alterações de personalidade, predisposição biológica são atuantes neste momento da vida das mulheres (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

As mulheres estão expostas, desde a infância, a tarefas monótonas e repetitivas de cunho doméstico, as quais se estendem ao mercado de trabalho, nos casos de mão-de-obra não qualificada. A monotonia dessa rotina, associada à parca possibilidade de mudança traz frustrações para as mulheres que desejam realização profissional, levando-as a não buscar formas de realizar o que desejam, seja por terem filhos e/ou por pressão de seus maridos. Isso pode ser um fator que acarretará transtornos mentais, pois a realização pessoal é uma das necessidades de mais alto nível no ser humano (ARAÚJO et al., 2006).

O trabalho profissional pode proporcionar para as mulheres novas experiências, maior oportunidade de socialização e uma forma de escape do confinamento do espaço doméstico. Porém, para as mulheres trabalhadoras, a superposição de responsabilidades com família, casa e trabalho é um grande gerador de estresse, podendo provocar sofrimento psíquico e sentimentos de baixa autoestima (ARAÚJO et al., 2006).

Sabe-se que, quando uma pessoa é diagnosticada com transtorno mental, a evolução e adesão ao tratamento dependem bastante do apoio familiar. O sentimento de família envolve identidade, a sensação de pertencer, aceitação, amor, carinho, raiva, medo, ódio. E, para que a família consiga ajudar a mulher em sofrimento mental, é necessário um acolhimento e o conhecimento do contexto social da vida desta mulher, das relações familiares desde a infância, das relações interpessoais e da vida profissional. A família precisa saber que as alterações de comportamento são manifestações dos sintomas da sua doença (MORÉ; CARSWELL, 2012).

Quando a mulher é acometida por transtorno mental, a família toda é afetada, pois ela é responsável pela organização das ações do grupo, e os filhos são os mais afetados, pois na maioria das vezes deixam de ir à escola, ao médico e ficam sem uma assistência para suas necessidades básicas (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Muitas mulheres com transtorno mental sofrem discriminação e são excluídas do convívio familiar e social por apresentarem sintomas que as pessoas não compreendem, e muitas vezes se tornam estigmatizadas como a mulher “doida”. A família e, principalmente, a população masculina, ao atribuir o estigma à mulher, concede a si mesmo a normalidade. Sabe-se que o estigma social ainda faz parte da vida das mulheres, sobretudo para aquelas

com transtornos mentais. Portanto, há barreiras que as impedem de procurar ajuda específica e ter uma recuperação adequada (MOREÉ; CARSWELL, 2012).

As mulheres têm vergonha dos seus sentimentos perturbados e evitam procurar assistência a sua saúde, pois temem serem consideradas “loucas” pelos familiares e amigos. Desta maneira, há um prejuízo nos diagnósticos de transtornos mentais por serem avaliadas por médicos não especializados, além da falta de informações necessárias sobre o transtorno e o tratamento adequado, dificultando assim um atendimento integral e humanizado, ao qual todas as mulheres possuem o direito. Portanto, é indispensável à desmistificação do transtorno mental através da integração da pessoa acometida pelo transtorno no mercado de trabalho e vida cotidiana, embora a área de saúde mental ainda precise de maior apoio e investimento (MOREÉ; CARSWELL, 2012).



Fonte: Google Imagens, 2014.

### **3 METODOLOGIA**

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Conceitua-se metodologia exploratória como aquela cuja finalidade é descrever e modificar conceitos e ideias, aproximando-os do evento real, ao passo que a descritiva tem a função de delinear as características das pessoas entrevistadas, utilizando para isto a coleta de dados (GIL, 2009; MINAYO, 2008).

No que se refere à abordagem qualitativa, segundo Richardson (2008), é caracterizada por ser uma pesquisa detalhada sobre um devido tema e constituída pelas situações apresentadas pelos entrevistados. O método de pesquisa utilizado para a realização deste trabalho foi a técnica de história oral, que se classifica em: história oral de vida, história oral temática, história oral testemunhal e tradição oral. Para alcançar os objetivos propostos foi escolhida a história oral temática. Trata-se de uma narrativa de uma versão do fato, buscando a verdade de quem presenciou o acontecimento ou que possua uma versão que seja discutível ou contestatória apenas dos assuntos centrais (MEIHY, 2011).

### 3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I) Sebastião Paulo de Sousa, localizado no município de Cuité-PB, fundado em 04 de novembro de 2011 com o objetivo de acolher, acompanhar, promover a reinserção na sociedade e oferecer uma melhor qualidade de vida para essas pessoas em sofrimento mental, pois até esta data a cidade não possuía nenhum serviço que pudesse atender essa população em foco. Este serviço possui 480 usuários cadastrados, acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por: médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, pedagogo, auxiliar administrativo, auxiliar de oficinas, cozinheiro, auxiliar de higienização, porteiro e vigilante. Além da referida cidade, o serviço também é referência para cidades circunvizinhas.

### 3.3 COLABORADORAS

O colaborador é aquele que participa da pesquisa e que vai falar sobre sua experiência pessoal, colaborando desta forma com todo o processo do estudo. A seleção de colaboradores está vinculada à formação da colônia, ou seja, um determinado grupo que tem características

comuns. A partir da definição dessa colônia se forma uma rede, que corresponde a uma subdivisão da colônia (MEIHY, 2005).

A colônia que figura nesta pesquisa foi composta por mulheres que possuem algum transtorno mental cadastradas na instituição de saúde mental acima citada. A rede foi formada por mulheres que são mães e possuem algum transtorno mental. Como critérios de inclusão somente foram consideradas colaboradoras as mulheres maiores de 18 anos que estavam conscientes, apresentando bem-estar físico e psíquico, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e estavam cadastradas no referido Caps I.

Para a escolha das colaboradoras, foi solicitada a ajuda da psicóloga do referido serviço. A mesma indicou e acompanhou as entrevistas, a fim de evitar incômodos ou prejuízos para as usuárias do serviço, bem como para proporcionar um ambiente de confiança entre a pesquisadora e as colaboradoras.

### 3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A coleta do material foi realizada através de questões de coorte (APÊNDICE I), com perguntas subjetivas relacionadas às dificuldades encontradas por essas mulheres para exercer a maternidade e como se desenvolve a relação entre estas usuárias e suas famílias.

Cinco entrevistas foram realizadas no supracitado Caps I, onde as usuárias são atendidas, porém agendadas de acordo com a disponibilidade das mesmas. Cada entrevistada assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) após leitura dos objetivos do estudo e garantia de anonimato. As entrevistas foram gravadas em um aparelho de áudio que permitiu a transcrição dos depoimentos na íntegra para posterior análise do material empírico.

O material qualitativo obtido foi analisado com a utilização da técnica de história oral temática de vida de Meihy (2005). Na história oral, a etapa da entrevista é dividida em três fases: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista.

Na pré-entrevista, foi realizada a visita ao campo, a identificação das depoentes, os esclarecimentos acerca do projeto e os objetivos da pesquisa. Assim, as entrevistas (APÊNDICE I) foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada colaboradora, solicitando-lhe a autorização para o uso do gravador e respeitando o tempo e o local desejado.

Na etapa seguinte, aconteceu a realização da entrevista propriamente dita, no local e horário agendados. Antes de iniciar cada entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser lido e assinado conforme a Resolução 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde. Na etapa da pós-entrevista, as colaboradoras foram informadas que todo conteúdo seria transcrito e passaria por uma conferência, e que poderiam acrescentar ou retirar depoimentos, além de autorizar ou não a utilização dos relatos (MEIHY, 2005).

Após a fase de construção do material empírico por meio das entrevistas, o material foi transformado em texto, sendo submetido às seguintes fases:

1. Transcrição: as entrevistas foram ouvidas e transcritas em seu sentido literal. Durante o processo de transcrição, retiraram-se as palavras repetidas, sem perder as características de cada narrativa. Além disso, registraram-se momentos emotivos durante as entrevistas (MEIHY, 2005).
2. Textualização: nesta fase, foram retiradas as perguntas de coorte e o texto ficou em forma de narrativa. Ainda nesta fase, identificou-se o tom vital de cada entrevista, ou seja, o tema que tem maior força expressiva dentro de cada narrativa. O tom vital corresponde à frase que servirá de epígrafe em cada narrativa (MEIHY, 2005).
3. Transcrição: o texto foi recriado através da ordenação de parágrafos, quando foram retiradas e acrescentadas algumas palavras e frases de acordo com observações e anotações, mas sem modificar o sentido do texto. A partir daí, recriou-se a atmosfera da entrevista, visando trazer ao leitor o mundo das sensações que compõem a história. Com o término da transcrição, o texto foi levado às colaboradoras para a conferência do conteúdo (MEIHY, 2005).

A análise do material empírico foi direcionada pelo tom vital das narrativas. Nesta fase, foi necessário recorrer ao procedimento de análise temática para observar em quais temas elas se prenderam mais e que são, portanto, o de maior relevância pra elas. Foram observados dois eixos temáticos nas histórias dessas mulheres: o primeiro retrata “Um Caminho de Espinhos”: As dificuldades encontradas para exercer a maternidade; e o segundo traz “Encontros e Desencontros”: As relações entre mãe, filhos e família.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os deveres e direitos do pesquisador e sujeito. A Resolução preza principalmente pelo anonimato e sigilo das informações colhidas. Trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia e defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o

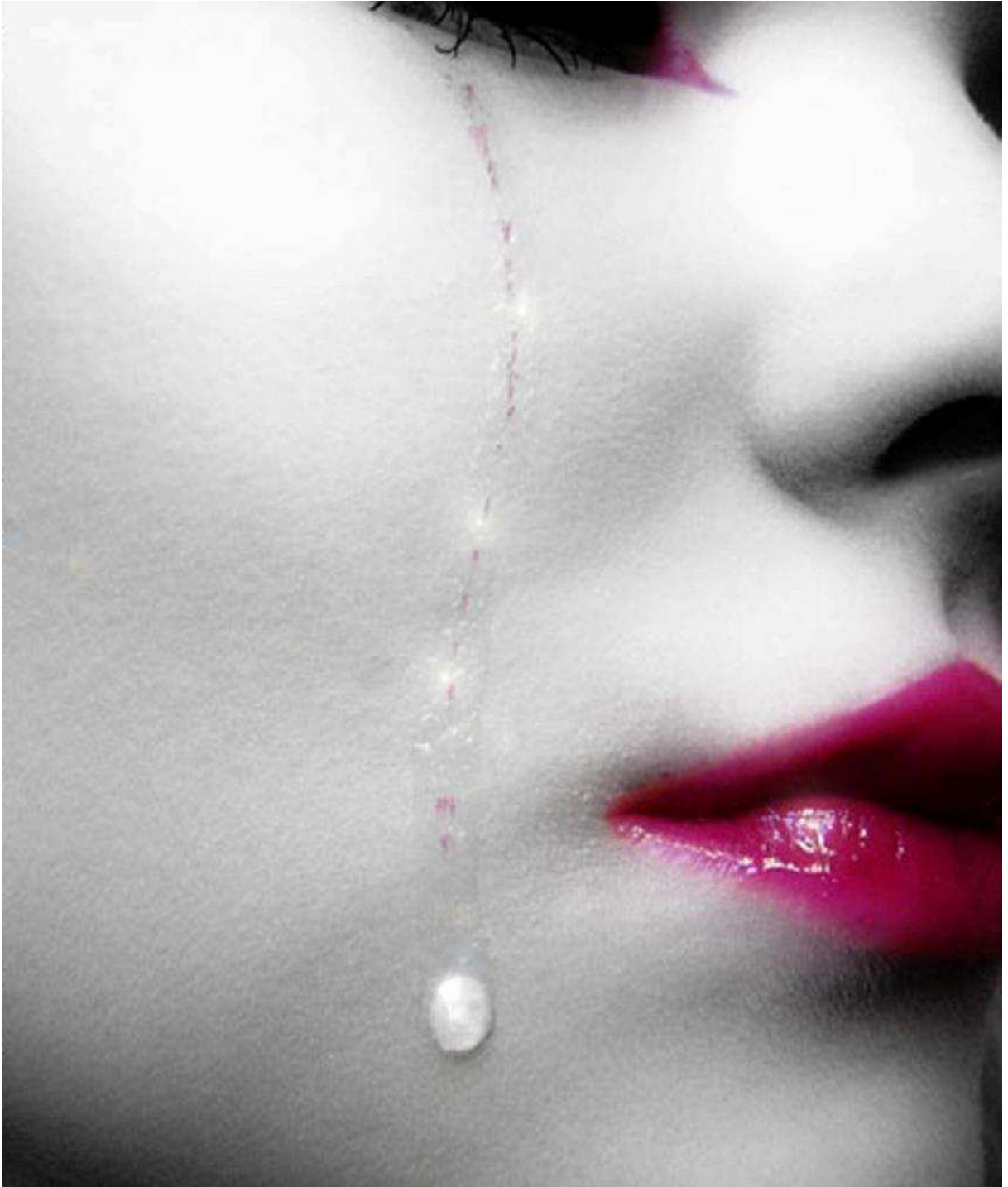


máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência), garantindo que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

No cumprimento dos requisitos éticos, foi solicitado às colaboradoras a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), assim como a assinatura do Termo de Compromisso do pesquisador por parte dos pesquisadores responsáveis (ANEXO II). Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o projeto só foram apresentados às colaboradoras da pesquisa que foram indicadas pela psicóloga do serviço, pois as mesmas devem estar conscientes, lúcidas e terem autonomia para se retirarem da pesquisa a qualquer hora, sem nenhum prejuízo.

Para garantia do anonimato, foram criados pseudônimos com nomes de flores, com significados que lembram características dessas mães uma vez percebidas durante as entrevistas. Os pseudônimos escolhidos foram: Frésia, Bromélia, Jasmim, Dália e Rosa Branca.



Fonte: Google Imagens, 2014.

**4 RESULTADOS: “CHORAM AS ROSAS”**

#### 4.1 FRÉSIA



Fonte: Google Imagens, 2014.

Mulher de estatura mediana, biótipo forte, tem pele branca, cabelos lisos, escuros e curtos. De aparência calma e alegre, se mostrou receptiva e atenta à conversa, emocionou-se ao falar de filhas que não conhece. Assemelha-se à Frésia, que tem por significado ser acolhedora e calma.

***[...] eu tenho vontade de um dia conhecer minhas filhas antes que eu feche os olhos porque eu sinto muita saudade [...]***

*“Eu sou de Currais Novos e tive sete filhos. Quatro nasceram por parto normal, dois por cesário e um foi aborto. Os meus cinco primeiros filhos foram do meu primeiro marido que era muito ruim pra mim, depois ele me deixou e eu não tive condições de criar todos os meus filhos. Os dois últimos são do meu atual marido que é muito bom pra mim.*

*Eu tenho duas filhas que moram em São Paulo, não as conheço, pois as dei quando elas eram pequenininhas e até hoje não sei onde moram, não sei quem são (choro), nunca mais as vi! Quando passa aquele programa de Silvio Santos e vejo aquele povo com aquelas pessoas, eu tenho vontade de um dia ir ao Silvio e a Eliana para ver se consigo conhecer minhas filhas antes que eu feche os olhos porque eu sinto muita saudade, sinto uma dor no meu coração.*

*Tenho outro filho que mora em Natal, que a minha tia adotou, porque eu não tinha condições e ela tinha muito amor por ele. Tenho uma menina que mora em Currais Novos que também não foi criada comigo. E tenho um que mora comigo até hoje!*

*Os dois últimos morreram, estão com Jesus! Quando eu e meu marido fomos morar em Natal, o menino não se deu com o clima de lá, ai morreu com dez meses de pneumonia aguda, e o outro que eu perdi foi de um susto, ai abortei com quatro meses de gravidez.*

*Eu percebi que tinha um problema mental depois do meu último parto em 2004. Os médicos que perceberam, porque eu passei mal na hora da operação, minha pressão baixou, tive convulsão, virou epilepsia e até hoje sou doente. Depois disso, quando fui tirar os pontos, uma mulher me fez uma raiva muito grande e fui parar no médico, quase morri por conta disso!*

*Meu esposo que me levou para o psiquiatra em Picuí, mas também já fui internada no hospital em Nova Floresta umas três vezes. Eu já frequentei outro Caps antes de vir morar aqui, mas já faz um ano e dois meses que sou acompanhada aqui e me sinto muito bem. Eu tomo Carbamazepina, Gardenal, Clonazepan, tomo remédio pra pressão, pro estômago e pros ossos.*

*Eu não tive muita dificuldade pra criar meu filho pequeno, pois tinha minhas cunhadas pra cuidar, porque eu tinha medo de pegar na criança, soltar, porque eu tenho osteoporose nos ossos, artrose, problema de esquecimento e eu fiquei em surto, não sabia o que tava fazendo, então era minha cunhada cuidando de um lado e o meu marido do outro, ele me ajudava muito!*

*Até hoje, quem toma conta de mim é meu marido! Quando dou epilepsia e nas horas mais difíceis ele está comigo! Quando tenho crise de epilepsia a noite ele me limpa, me bota na cama, veste minha camisola, me dá remédio, chá de calmante e quando eu esqueço de tomar meus remédios ele me lembra. Antigamente ele não cuidava de mim, bebia muito, mas hoje não bebe mais e cuida de mim.*

*Depois que adoeci, meus filhos me visitam, me ligam, eles não se afastaram de mim. Minha filha que mora em Currais Novos, apesar dela não ter sido criada comigo, mas ela vai lá em casa, me dá atenção, me perdoou. E o meu filho que mora em Natal, sempre que eu chego ele me dar carinho, me beija, me abraça, liga pra mim para saber como estou. Também tenho um irmão que é maravilhoso, ele liga pra mim de manhã, de tarde e de noite pra saber como eu estou. Meu irmão, meu marido, meu filho que mora comigo se preocupam comigo! Só não tenho contato com as que moram em São Paulo. Só queria que um dia Jesus me ajudasse que eu pudesse ver elas.*

*O meu filho que mora comigo, bebia muito e eu vivia nas ruas procurando ele, mas eu entreguei nas mãos de Deus e ele não me dá mais trabalho. Hoje ele tem 21 anos, trabalha, mas não mora comigo, mora com a mulher dele, mas faz todas as refeições comigo, na minha casa! Às vezes ele é rebelde, fala alto comigo, mas na mesma hora se arrepende, volta, pede desculpas, me beija e diz: “Me perdoa mamãe, que a senhora tem problema e eu falei alto com a senhora, mas me perdoe!”. Chora e me abraça. E, sempre que eu saio pra algum canto, eu tenho que ligar pra ele e dizer aonde eu tô porque ele se preocupa. Tudo que eu preciso ele sempre está à disposição pra me ajudar, pra resolver.”*

## 4.2 BROMÉLIA



Fonte: Google Imagens, 2014.

Mulher de estatura mediana, biótipo forte, tem pele morena, cabelos grisalhos e curtos. Apresentava-se inquieta e um pouco arisca. Não aceitava, nem reconhecia seu sofrimento mental. A Bromélia foi escolhida para lhe representar pois significa resistência.

***[...] Eu tive dificuldade pra criar meus três filhos porque eu tinha que pedir esmola pra dá de comer a eles [...]***

*“Eu moro com meus três filhos na minha casa, em Nova Floresta. Meu marido e meus pais, Jesus já levou! Eu tive dez filhos, por parto normal, mas eu tive que dar uns porque não tinha dinheiro pra criar todos.*

*Eu tive dificuldade pra criar meus três filhos porque eu tinha que pedir esmola pra dá de comer a eles. Eu cuidava deles sozinha e Deus! Dava comida, dava banho, dava tudo a eles, a minha relação com eles sempre foi boa. Já os meus filhos que eu dei, nunca vi, não conheço porque eu dei eles assim que nasceram.*

*Quando meu marido era vivo ele me levava pra pedir esmola no meio do mundo pra gente ter o que comer. Ele bebia, dava muito em mim, eu passava uma necessidade grande! Então depois que ele morreu eu fiquei recebendo uma pensão e agora eu vivo muito bem!*

*Depois que meu marido morreu, eu fui trabalhar na casa de um homem porque ele não tinha mulher, então eu ia lá fazer umas coisinhas, sendo que nós acabamos tendo uma relação, eu engravidei e tive uma menininha dele. É linda a menina, sabida!*

*Quando eu tive a menina, eu paguei pra uma mulher cuidar de mim, da operação e da menina e, quando eu fiquei boa, disse a ela que não precisava mais cuidar da gente porque eu já tinha condições de tomar conta da menina sozinha.*

*Depois disso, essa mulher, juntamente com minha irmã, que queria que a mulher criasse a menina, fizeram uma denúncia ao juiz dizendo que eu era fraca, louca, que a menina estava sendo mal tratada, então o conselho tutelar e a polícia pegaram a menina e entregaram à mulher pra ela criar minha filha.*

*Eu, meus três filhos e o pai da minha filha não conhece a menina porque a mulher que cria ela esconde ela da gente, diz que a menina é dela, que saiu de dentro dela, eu mesmo só*

*vi quando nasceu. Hoje ela tem um ano e dois meses, eu não tenho mais relação com o pai dela, mas ele disse que ajuda com as despesas dela.*

*Eu e meus filhos somos acompanhados no Cras de Nova Floresta, aí o juiz de lá mandou eu frequentar o Caps de Cuité pra ser entrevistada, saber se eu tomo remédio, se tenho algum problema na cabeça pra poder devolver minha filha pra eu criar. Mas eu não tenho problema na cabeça, nem tomo remédio, nunca tomei nada. Mas mesmo assim já faz um mês que sou acompanhada no Caps, eles dizem que eu tenho que ir pra poder receber minha menininha de volta.”*

#### 4.3 JASMIM



Fonte: Google Imagens, 2014.

Mulher de estatura mediana, magra, de pele branca, cabelos lisos, loiros e curtos, mostrou-se um pouco agitada. Quando estava de bom humor, era receptiva, prestativa, bastante simpática, engraçada, porém, quando estava mal-humorada, preferia não conversar. Jasmim é uma mulher alegre assim como a característica desta rosa.

*[...] Eu deixei de cuidar do meu filho porque vivia doente, só vivia sendo internada [...]*

*“Eu moro sozinha, não tenho namorado, nem sou casada, sou solteira. Tive só um filho, por parto normal. Tudo começou quando eu comecei a namorar, aí engravidei! O pai do meu namorado me expulsou do emprego porque eu tinha engravidado, então eu fui embora morar no sítio.*

*Minha mãe ficou comigo muitos dias no sítio, aí eu adoeci e fui morar na cidade. Quando foi pra ter filho, meu irmão veio me pegar de bicicleta e me levou pra o hospital. Quando eu saí do hospital, fui pra casa de uma amiga, com o menino. Não amamenteei, porque não deu leite. Então, depois de uns dias, voltei pro sítio.*

*Minha mãe e minha irmã saíram do sítio e eu fiquei só com menino. Quase não tinha água no sítio e eu também não tinha o que comer.*

*Eu percebi que tinha um problema na cabeça quando eu tive o filho. Disseram que esse problema era por conta da fome. Quem cuidou de mim, quando fiquei doente, foi minha mãe. Ela me dava banho, fazia comida, ajeitava o quarto pra eu dormir. Mesmo assim, fui internada no Dr. Maia. Minha mãe queria que eu tivesse ficado lá mesmo depois que recebi alta.*

*Então, quando melhorei, voltei pra casa de uma amiga. Nessa época o pai do meu filho pediu a guarda dele pro juiz, porque eu não tinha dinheiro para criar meu filho, ele já tava com um mês e quinze dias de vida.*

*Eu deixei de cuidar do meu filho porque vivia doente, só vivia sendo internada. Mas, na época que ele morou comigo, eu nunca deixei de cuidar dele. Mesmo com o pai, toda vida eu levei as coisas pra ele, levava shampoo, sabonete, perfume... e ele ficava contente!*

*Então, passei uns dez anos morando com Dona Maria, uma amiga. Até que um dia ela me disse pra eu vir pro Caps. Eu não sei se ela disse que eu tinha problema na cabeça ou outra coisa. Na verdade, ninguém nunca disse porque eu tenho que vir pro Caps, mas eu venho por conta da alimentação.*

*Quando eu ficava doente, eu ficava muito estressada, quebrava tudo! Eu me estressava com raiva do povo porque o povo tem as coisas e eu não tenho. Mas agora eu tô calma, eu tomo remédio pra dormir e também tomo remédio pra pressão e pra diabetes.*

*Disseram pro meu filho que eu era doida, botaram isso na cabeça dele quando ele ainda era pequeno. Mas aí eu disse que era mentira, que eu não era doida não. Hoje meu filho tem vinte anos, ainda mora com o pai, porque o juiz disse que eu não posso ficar com ele porque não tenho casa, nem dinheiro suficiente. Mas eu já consegui uma casa, só falta ele agora decidir se quer morar comigo ou não.*

*Eu vejo meu filho até hoje. Vou lá sempre que recebo dinheiro e dou um pouquinho a ele, pra ele comprar alguma coisinha. Quando eu vou visitar, ele me dá a benção, fala normal comigo, me dá carinho e sempre vai na minha casa me visitar também.”*



#### 4.4 DÁLIA



Fonte: Google Imagens, 2014.

Mulher de estatura mediana, biótipo normal, cabelos cacheados, escuros e longos, de aparência calma, prestativa, porém séria. Respondia às perguntas tranquilamente. Assemelha-se à Dália por ter uma união recíproca com sua filha, significado desta rosa.

***[...] apesar de eu já estar doente, ela não se afastou de mim em nenhum momento, a relação da gente continuou forte [...]***

*“Eu moro com minha filha, minha irmã, meu cunhado e minha sobrinha, sou solteira, estudei até a 4ª série, tive apenas uma filha por parto normal.*

*Eu conheci o pai da minha filha aqui numa festa e fui embora com ele pra Rio Verde, aí chegando lá engravidei! Nessa época, eu não tinha experiência com relacionamento e achava que qualquer coisa era separação, então eu não aguentei e vim embora pra cá. Com pouco tempo, eu tive minha filha, então ele veio registrou a minha filha e hoje em dia nós somos amigos.*

*Eu tive a depressão depois que eu tive a minha filha, ela tinha uns nove anos. Foi por causa de um rapaz que conheci e fiquei com ele. Ele bebia, mas não era uma pessoa ruim. Depois de um tempo, ele foi embora para Mato Grosso trabalhar, quando ele voltou, parecia outra pessoa, começou a quebrar minhas coisas, bebia e chegava em casa bagunçava, quebrava minhas coisas. Então eu disse pra ele: “Eu não vou criar minha filha desse jeito, você não é o pai da minha filha e nós não damos mais certo, vou me separar de você!”.* Chegou o tempo então que me separei e ele ficou me ameaçando, quebrava as portas, dizia que ia me matar, fazer picadinho de mim! Ele chegou a me bater na rua, mas não mexia com minha filha porque a raiva dele era porque não aceitava a separação.

*Então, fui pra justiça, só que ele não foi preso porque ele entrou com advogado. Coloquei ele até na Lei Maria da Penha, mas não deu em nada, até hoje ele não foi preso. Daí eu fiquei com aquilo na cabeça, aquele sofrimento foi juntando, foi acumulando uma coisa e outra e eu entrei em depressão.*

*Foi uma depressão muito forte que eu tive! Então minha irmã viu que eu não tinha mais condições de ficar sozinha dentro de casa, que eu ia me matar, ia botar fogo na minha*

*casa, eu não me alimentava mais, não dormia, ficava ouvindo vozes, eu cheguei a não reconhecer minha filha como filha, foi muito difícil pra mim! Eu cheguei a um ponto que eu dizia que ela não era filha minha, eu não reconhecia ninguém, aí eu fui internada em Campina Grande.*

*Minha irmã que eu moro com ela hoje me deu todo apoio, ficou com minha filha, levava ela na escola, ia pegar, cuidou dela até eu chegar. Eu e minha filha tinha uma relação muito forte, dormíamos juntas, então minha filha ficava chorando. Quando ela soube do meu problema, ela ficou triste porque a gente era muito apegada e, apesar de eu já estar doente, ela não se afastou de mim em nenhum momento, a relação da gente continuou forte.*

*Quando eu cheguei de Campina, fiquei tomando remédio muito forte e fiquei frequentando o Caps e hoje já faz uns dois anos que sou acompanhada. Hoje eu tomo Sertralina, Risperidona, Neozine e Akineton. Eu tomo meus remédios sozinha, quando eu esqueço, a minha irmã me lembra.*

*A doença não voltou mais. Mas já passei por situações difíceis porque a gente vê um filho pedindo uma coisa e a pessoa não pode dar. Minha filha pedia as coisas pra mim, principalmente nessa época, que tem que comprar material escolar, farda...e fica muito difícil pra mim comprar isso pra ela porque antes eu tirava um dinheirinho, eu tinha direito a um benefício, por conta da depressão, sendo que agora a prefeitura cortou. Então a depressão quer voltar quando eu passo por algum sofrimento, fora isso eu fico normal. Depois que eu comecei a ser acompanhada pelo Caps, graças a Deus melhorou muito, hoje em dia eu e minha filha somos super amigas.”*

#### 4.5 ROSA BRANCA



Fonte: Google Imagens, 2014.

Mulher de estatura mediana, biótipo forte, de pele morena clara, cabelos cacheados, escuros e curtos. Manteve o olhar baixo, demonstrando insegurança ao responder. Aparentava lentidão de pensamentos, muitas vezes se perdendo na conversa. Manteve-se séria durante o diálogo. Rosa Branca demonstra ser uma mulher que tem o pensamento abstrato assim como o significado desta rosa.

***[...] os meus filhos que a família do meu marido criou sabem que eu fiquei doente, mas não vieram me visitar [...]***

*“Eu tive três filhos por parto normal. Dois deles, foi a família do meu marido que criou porque eu não tinha condições, não tinha dinheiro e o outro, o mais velho, eu criei. Eu era casada quando engravidei, então depois que eu tive meus filhos eu adoeci se não me engano. Quando eu descobri a doença, eu não morava mais com meu marido e os meninos já estavam tudo grande, os três.*

*Eu descobri que tinha um problema quando fui na igreja. Um dia eu fui pra igreja Universal com minha cunhada, que ela é da igreja, era uma sexta-feira de noite, aí tinha um boneco com a garrafa de cana e um cigarro na boca, então eu furei o boneco porque elas mandaram eu furar, quando eu furei fiquei doente. Cheguei em casa com aquele fogo quente, medonho! Quando eu soube que estava doente eu já tinha me separado e meu marido já tinha morrido. Já faz uns 8 anos que ele morreu.*

*Eu não sei como minha família reagiu quando descobriu minha doença. É muita coisa! O meu pai cuidou de mim, minha mãe também, todos dois e o meu marido a gente se separou antes disso.*

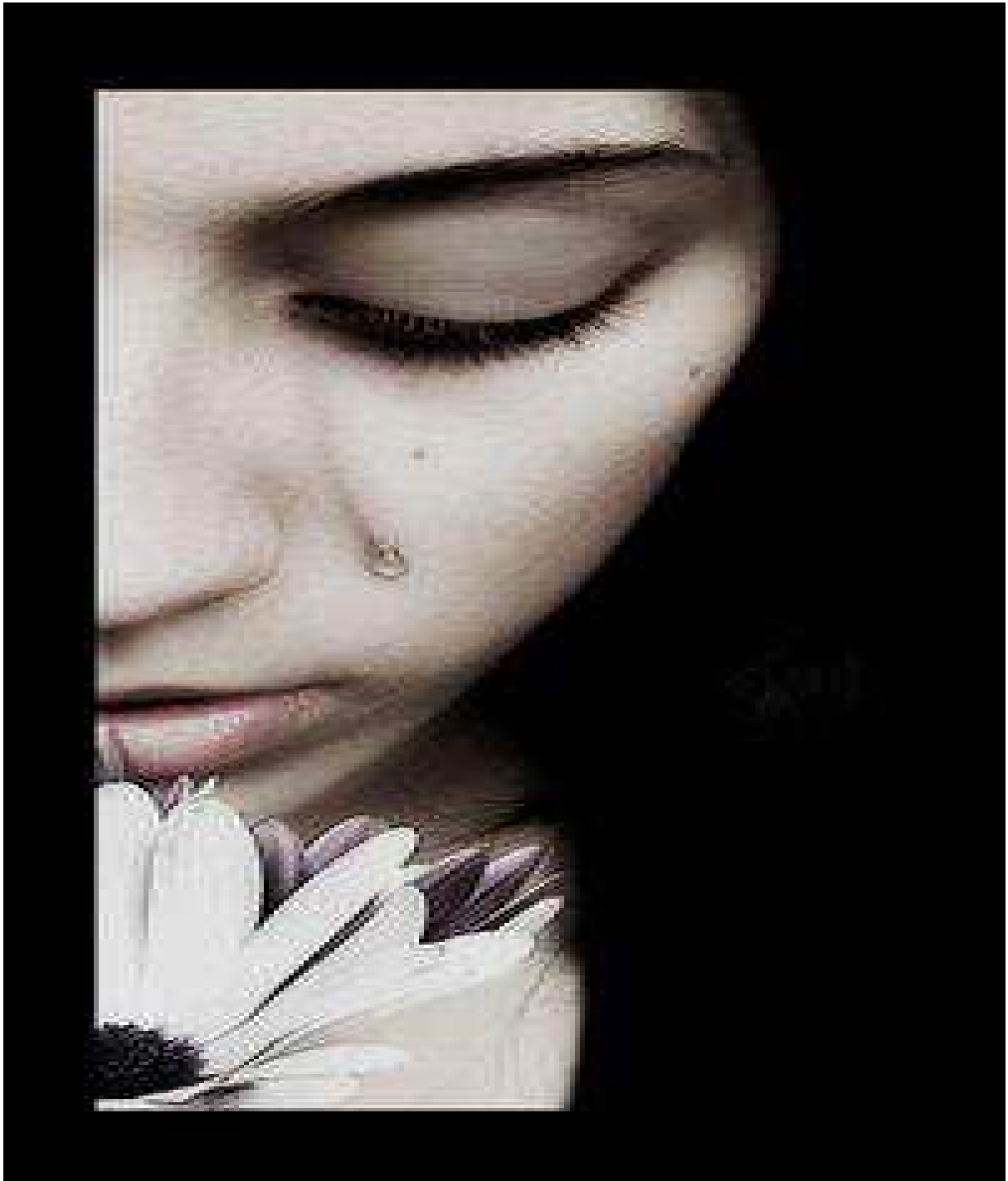
*Lembro que quando eu adoeci, fui sozinha pro postinho, pegar uma receita pra comprar o remédio, porque minha mãe não sai de casa comigo. Aí o médico disse que eu viesse pro Caps.*

*O meu filho, quando descobriu que eu estava doente, me ajudou em casa, não ia mais nem pra escola pra ficar comigo. Já os meus filhos que a família do meu marido criou sabem que eu fiquei doente, mas não vieram me visitar, só a menina que às vezes vinha, mas deixou*

*e nem liga mais. Eu sinto saudade dos meus filhos, não ligo porque não tenho o número do telefone deles e eles não ligam pra mim, só às vezes.*

*Então eu fui morar com meus pais, os meus pais cuidavam de mim, dava banho, trocava de roupa, papai comprava meus remédios, eu ia pra Dr. Cravo. E meu filho foi morar com minha cunhada, mas ele ligava pra mim, eu falava pelo telefone com ele. Depois meu filho foi morar na igreja. Às vezes ele vinha da igreja ia lá em casa, ficava uma horinha, dois minutos e ia embora de novo. Hoje ele é casado, tem filhos, mas só conheço dois.*

*Quando eu ficava doente, eu não conversava, eu não sabia nem o que eles diziam, aí fui internada e passei três meses. Quando recebi alta, fiquei frequentando o Caps, mas não lembro quanto tempo já faz. Então eu venho sempre pro Caps toda semana, aí não adoeci mais, porque eu tomo remédio. Mas venho pra cá porque tenho medo do problema voltar.”*



Fonte: Google Imagens, 2014.

## **5 DISCUSSÃO**

O estudo foi realizado com cinco mulheres, que estão cadastradas no Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I) Sebastião Paulo de Sousa localizado no município de Cuité-PB. As colaboradoras escolhidas foram aquelas mulheres que são mães, que possuem algum transtorno mental, maiores de 18 anos, que estavam conscientes, apresentando bem-estar físico e psíquico, e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Depois de conhecer as histórias de cada mulher, elaboraram-se dois eixos temáticos para respaldar os objetivos propostos nesta pesquisa: 1) “Um Caminho de Espinhos”: As dificuldades encontradas para exercer a maternidade; 2) “Encontros e Desencontros”: As relações entre mãe, filhos e família.

### 5.1 “UM CAMINHO DE ESPINHOS”: AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA EXERCER A MATERNIDADE

Os fragmentos a seguir, recortados das histórias, mostram as dificuldades encontradas por essas mulheres para exercer a maternidade. Entre as dificuldades mais marcantes, observou-se as precárias condições socioeconômicas, o sofrimento mental e, a violência doméstica, como demonstram as falas a seguir:

[...] Eu tive dificuldade pra criar meus três filhos porque eu tinha que pedir esmola pra dá de comer a eles. (Bromélia)

[...] Quase não tinha água no sítio e eu também não tinha o que comer. [...] porque eu não tinha dinheiro para criar meu filho, ele já tava com um mês e quinze dias de vida. (Jasmim)

Eu tive três filhos por parto normal. Dois deles, foi a família do meu marido que criou porque eu não tinha condições, não tinha dinheiro e o outro, o mais velho, eu criei [...] (Rosa Branca)

As classes sociais determinam respectivamente as condições de vida e a inserção na estrutura ocupacional, interferindo assim, no processo saúde-doença. De acordo com Ludermitz; Mello Filho (2002), os conteúdos estruturais das classes sociais, como baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho, podem propiciar situações de estresse, contribuindo para o desenvolvimento dos transtornos mentais comuns (TMC).

A pobreza em si é o fruto de desigualdades socioeconômicas, exclusão social, cultural e política (MELO, 2005). Neste contexto, a pobreza é reconhecida como fator de risco à saúde mental, principalmente se esta se relaciona ao sexo feminino, pois, além das demandas referentes ao papel de gênero (ser esposa, mãe, cuidadora, trabalhadora), quando esta mulher é pobre, sua sobrecarga aumenta caso ela tenha uma múltipla jornada laboral, colocando-se

muitas vezes na posição de chefe da família, ou mesmo contando com baixas remunerações e até falta delas (SPARKS, 2002).

Em relação à educação, sabe-se que esta interfere diretamente na saúde psicológica (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), uma vez que qualifica os indivíduos para certas ocupações, interfere nas suas condições socioeconômicas futuras (LUDERMIR, 2008) e influencia aspirações, autoestima e conquista de novos conhecimentos que podem originar atitudes e comportamentos mais saudáveis (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

As colaboradoras desta pesquisa possuem, em sua maioria, ensino fundamental incompleto, moram com familiares, não possuem emprego, a renda é adquirida através do benefício devido ao próprio transtorno, ou seja, possuem diversos fatores de risco que predis põem ao sofrimento mental, como pobreza, baixa escolaridade, desemprego, baixa renda. Fatores que, além de interferir nas condições de saúde, dificultam a execução da maternidade.

Com um baixo nível de escolaridade e conseqüentemente menos oportunidades de emprego, essa mulher sofre desvalorização social, comprometendo o seu bem-estar psicológico individual (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Virtanen et al. (2003) indicam que os transtornos mentais são mais comuns na população de baixa renda. Além disso, a instabilidade do vínculo empregatício, os baixos salários, a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista também contribuem para o desenvolvimento da ansiedade e da depressão entre trabalhadores informais (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Ainda se pode acrescentar que estas pessoas, por serem sentenciadas como doentes mentais, acabam também por se tornarem excluídas do mercado trabalhista. Este fato interfere no cuidado do filho e no exercício da maternidade, como mostra a fala a seguir:

[...] já passei por situações difíceis porque a gente vê um filho pedindo uma coisa e a pessoa não pode dar. Minha filha pedia as coisas pra mim, principalmente nessa época, que tem que comprar material escolar, farda...e fica muito difícil comprar isso pra ela porque antes eu tirava um dinheirinho, eu tinha direito a um benefício, por conta da depressão, sendo que agora a prefeitura cortou. [...] (Dália)

A doença mental na figura feminina tem suas particularidades, pois acarreta mudanças comportamentais que refletem no exercício da feminilidade, na união conjugal, na atividade laboral e estudantil e, sobretudo, na maternidade, porém não impossibilita a construção do feminino, do vínculo afetivo, da produtividade laboral e intelectual, tampouco a realização do cuidado materno (HENRIQUES, 2013).

Nos depoimentos a seguir, pode-se observar como o transtorno mental afeta a relação maternal, produz prejuízos sociais e desfaz laços familiares.

Eu percebi que tinha um problema na cabeça quando eu tive o filho. Disseram que esse problema era por conta da fome. [...] Eu deixei de cuidar do meu filho porque vivia doente, só vivia sendo internada [...] (Jasmim)

Eu tive a depressão depois que eu tive a minha filha, ela tinha uns nove anos. [...] Foi uma depressão muito forte que eu tive! Então minha irmã viu que eu não tinha mais condições de ficar sozinha dentro de casa, que eu ia me matar, ia botar fogo na minha casa, eu não me alimentava mais, não dormia, ficava ouvindo vozes, eu cheguei a não reconhecer minha filha como filha, foi muito difícil pra mim! [...] (Dália)

Depois disso, essa mulher, juntamente com minha irmã, que queria que a mulher criasse a menina, fizeram uma denúncia ao juiz dizendo que eu era fraca, louca, que a menina estava sendo mal tratada, então o conselho tutelar e a polícia pegaram a menina e entregaram à mulher pra ela criar minha filha. (Bromélia)

É importante ressaltar que alguns transtornos mentais podem ocasionar delírios, alucinações, agressividade. Porém, quando a pessoa em sofrimento está sendo cuidada corretamente e amparada tanto pelos serviços de saúde, como pela família, as crises se tornam menos frequentes, não impossibilitando assim que essa pessoa possa conviver com o restante dos seus entes queridos e ter uma vida em sociedade.

Quando é a mulher quem adocece, a família é muito mais afetada uma vez que ela é a responsável pela organização das ações de toda a família e os filhos, por sua vez, são os mais prejudicados, pois em geral acabam ficando sem assistência para suas necessidades básicas (ROSA, 2003). Outrossim, a sociedade ainda costuma associar o transtorno mental à periculosidade e, em decorrência disso, questionam a capacidade dessas mães de cuidar dos seus filhos. Acham que elas são incapazes de educar uma criança ou não entendem como elas vão cuidar de outro ser se elas mesmas necessitam de cuidados.

[...] Disseram pro meu filho que eu era doida, botaram isso na cabeça dele quando ele ainda era pequeno. Mas aí eu disse que era mentira, que eu não era doida não. Hoje meu filho tem vinte anos, ainda mora com o pai, porque o juiz disse que eu não posso ficar com ele porque não tenho casa, nem dinheiro suficiente. [...] (Jasmim)

Em face disto, Henriques (2013) afirma que mulheres em sofrimento psíquico possuem dificuldades para cuidar dos seus filhos, mas isso não lhes retira o direito de tê-los, quantos quiserem, de cuidar deles e como quiserem dentro ou fora do núcleo familiar, bem como de não tê-los.



Por estes motivos, mulheres com transtornos mentais estão sempre temendo a perda da guarda dos seus filhos, pois, apesar do forte desejo de levar uma vida normal ao lado deles, elas reconhecem sua dificuldade e sentem-se culpadas por compreenderem que os criam de um modo inadequado, têm dificuldades de serem aceitas pela família, assim como de expor às crianças seu transtorno mental e tratamento (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Henriques (2013) relata que, quando um filho é retirado da sua mãe, estas buscam auxílio médico, psicológico e social para seu sofrimento, mas o principal motivo é a tentativa de resgatar o vínculo materno que foi retirado precocemente de sua vida. Essas mulheres mesmo separadas de seus filhos não se desapegam do vínculo já formado e, portanto, buscam incessantemente o direito de exercerem a maternidade, o reconhecimento e o amor dos filhos.

Logo, mães em sofrimento mental podem cuidar de seus filhos, desde que possuam suporte familiar, comunitário e estatal; podem contar com serviços de saúde mental para receber assistência psiquiátrica, psicológica, terapêutica e social de acordo com suas necessidades, mantendo os vínculos afetivos e familiares; e contar com a reinserção social, comunitária e laboral.

Além das baixas condições socioeconômicas e do sofrimento mental vivenciado por estas mulheres, outro aspecto que chama atenção nas narrativas são os conflitos e dilemas emergidos em virtude da violência doméstica sofrida por elas.

[...] meu primeiro marido que era muito ruim pra mim, depois ele me deixou e eu não tive condições de criar todos os meus filhos. [...] (Frésia)

Quando meu marido era vivo ele me levava pra pedir esmola no meio do mundo pra gente ter o que comer. Ele bebia, dava muito em mim, eu passava uma necessidade grande! [...] (Bromélia)

[...] ele começou a quebrar minhas coisas, bebia e chegava em casa bagunçava, quebrava minhas coisas. Então eu disse pra ele: “Eu não vou criar minha filha desse jeito, você não é o pai da minha filha e nós não damos mais certo, vou me separar de você!”. Chegou o tempo então que me separei e ele ficou me ameaçando, quebrava as portas, dizia que ia me matar, fazer picadinho de mim! Ele chegou a me bater na rua [...] (Dália)

Segundo estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (2006), a violência contra a mulher é todo e qualquer ato de violência de gênero que venha causar danos físicos, sexuais, psicológicos ou sofrimento para mulher, incluindo ainda privação de sua liberdade. A cada cinco anos, a mulher perde um ano de vida saudável decorrente da violência sofrida; na América Latina, a violência doméstica atinge entre 25% a 50% das mulheres; estima-se que o custo da violência doméstica oscila entre 1,6% e 2% do PIB de um país, demonstrando que a

violência contra a mulher atinge a sociedade como um todo, e acaba sendo um fator que desestrutura a sociedade (RIBEIRO; COUTINHO, 2011). Além disso, a violência contra mulher também está relacionada à sua condição socioeconômica.

Em relação à violência doméstica contra a mulher, o abuso é repetitivo e frequentemente por questões de controle e dominação. São várias as formas de abuso por parte do parceiro, tais como: agressões físicas como golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, quebras de objetos favoritos, móveis, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família; abuso psicológico por menosprezo, intimidações e humilhação constantes; repressão sexual; comportamentos de controle tipo isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados (DAY et al., 2003).

A reação da mulher à violência se limita pelas opções existentes à sua disposição, algumas resistem, outras fogem e outras tentam manter a paz, submetendo-se às exigências de seus companheiros por medo de represália, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda do suporte da família e dos amigos e a esperança de mudança por parte do marido (DAY et al., 2003).

Com o empenho coletivo dos movimentos de mulheres e poderes públicos no enfrentamento à violência doméstica e familiar e ao alto índice de morte de mulheres no País surge a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012).

No que se refere à prevenção à violência, a Lei nº 11.340/2006 prevê políticas públicas integradas entre os órgãos responsáveis. Desta forma a lei articula a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação. Além disso, a lei apresenta as diretrizes para as políticas públicas, como a promoção de estudos e pesquisas com perspectiva de gênero; o respeito, nos meios de comunicação social, aos valores éticos e sociais da pessoa e da família; a promoção e realização de campanhas educativas de prevenção à violência doméstica e familiar; a difusão da própria lei; a capacitação dos profissionais que trabalham com o tema; e inclusão nos currículos escolares e a disseminação dos valores éticos de respeito à dignidade da pessoa humana com perspectiva de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2012).

Já no que se refere à proteção à mulher, a lei prevê as medidas protetivas de urgência, que devem ser solicitadas na delegacia de polícia ou ao próprio juiz, que tem o prazo de 48 horas para analisar a concessão da proteção requerida. Esta lei ainda protege as mulheres ao estabelecer que a vítima não pode entregar a intimação ou notificação ao agressor, ao tornar

obrigatória a assistência jurídica à vítima e ao prever a possibilidade de prisão em flagrante e preventiva (BRASIL, 2012).

Além disso, o Estado ainda tem a responsabilidade de ajudar na reconstrução da vida das mulheres. E para isso, prevê a assistência de forma articulada entre as áreas de assistência social, com inclusão da mulher no cadastro de programas assistenciais dos governos federal, estadual e municipal; atendimento especializado na saúde, com objetivo de preservar a integridade física e psicológica da vítima; além de assegurar a manutenção do vínculo trabalhista, caso seja necessário o afastamento do local de trabalho (BRASIL, 2012).

A exposição a episódios de vida ameaçadores e que estão fora de seu controle, a pesada responsabilidade pela provisão familiar associada à sobrecarga de trabalho, ou a falta de alguma renda financeira influenciam inteiramente na saúde mental dessas mulheres.

O sofrimento mental, muitas vezes pode ser um fator desencadeador de instabilidade e rompimento familiar. A família muitas vezes se angustia e adoce junto, em virtude do não entendimento sobre a doença, das mudanças no cotidiano e responsabilização pelo seu ente em sofrimento. Quando a família consegue apoiar e amparar a pessoa com transtorno psíquico, torna-se um fator primordial para o sucesso terapêutico. Nesse sentido, esta pesquisa procurou conhecer como se estabelece as relações familiares entre as mães e suas respectivas famílias, através da seguinte categoria.

## 5.2 “ENCONTROS E DESENCONTROS”: AS RELAÇÕES ENTRE MÃE, FILHOS E FAMÍLIA

Sabe-se que o adoecimento de um membro na família, afeta de certa forma os outros membros. Quando este adoecimento é decorrente de um transtorno mental, principalmente se este for severo e de longa duração, geralmente produz fracassos sociais, dificuldades de comunicação e interação nas pessoas atingidas.

O sentimento de culpa pode ser vivenciado por muitas pessoas em sofrimento mental, tanto pela própria necessidade de cuidados e amparo que estas necessitam, principalmente por parte da família, como também pelas renúncias que esta pessoa faz em virtude do próprio transtorno, mesmo que de maneira inconsciente, como demonstra Frésia, ao relatar que a filha a perdoou, por ela não ter tido condições de criá-la.

[...] Depois que adoeci, meus filhos me visitam, me ligam, eles não se afastaram de mim. Minha filha [...], apesar dela não ter sido criada comigo, mas ela vai lá em casa, me dá atenção, me perdoou. [...] Também tenho um irmão que é maravilhoso, ele liga pra mim de manhã, de tarde e de noite pra

saber como eu estou. Meu irmão, meu marido, meu filho que mora comigo se preocupam comigo! [...] (Frésia)

É na família que pessoas com transtornos mentais encontram o suporte para enfrentar tal dificuldade e acreditam que podem contar independente de qualquer coisa. É no núcleo familiar que as relações mais verdadeiras estão, e as soluções para os problemas podem ser encontradas (BORBA et al., 2011).

A convivência com o transtorno mental acarreta sobrecarga caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do familiar em sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises (WAIDMAN; ELSSEN, 2005). A sobrecarga ainda pode ser considerada objetiva e/ou subjetiva. A primeira, identificada com maior intensidade, está relacionada às demandas reais que a convivência com o transtorno mental impõe, enquanto a sobrecarga subjetiva é abstrata, refere-se ao universo dos sentimentos (HIRDES; KANTORSKI, 2005).

Com o impacto do adoecimento, as possibilidades de trocas afetivas ficam reduzidas, impondo aos familiares a vivência de sentimentos e emoções que são difíceis de elaborar e entender. Isto confirma a necessidade de intervenção que acolha o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade e individualidade das pessoas (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

Quando há o envolvimento da família no tratamento da pessoa com transtorno mental, e ao dar suporte a esta para enfrentar as dificuldades no relacionamento com o sofrimento e a sobrecarga, como mostra o fragmento de Frésia acima e o de Dália, posteriormente, a carga emocional da família e do usuário é suavizada, aumentando o nível de interação e empatia entre eles.

Eu vejo meu filho até hoje! Vou lá sempre que recebo dinheiro e dou um pouquinho a ele, pra ele comprar alguma coisinha. Quando eu vou visitar, ele me dá a benção, fala normal comigo, me dá carinho e sempre vai na minha casa me visitar também. (Jasmim)

Minha irmã, que eu moro com ela hoje me deu todo apoio, ficou com minha filha, levava ela na escola, ia pegar, cuidou dela até eu chegar. Eu e minha filha tinha uma relação muito forte, dormíamos juntas, então minha filha ficava chorando. Quando ela soube do meu problema, ela ficou triste porque a gente era muito apegada e, apesar de eu já estar doente, ela não se afastou de mim em nenhum momento, a relação da gente continuou forte. (Dália)

O papel da família em relação à pessoa com transtorno mental é estar presente, cuidar, proteger, demonstrar afeto e compreensão. A família precisa conhecer o transtorno mental, os sintomas e as possíveis limitações que o familiar irá enfrentar devido à doença (BORBA et

al., 2011). Diante disso, o familiar precisa estar preparado para enfrentar as diversas situações que podem surgir em decorrência do transtorno.

As pessoas em sofrimento mental comumente apresentam muitas vezes não só limitações cognitivas, mas também físicas, além das dificuldades de socialização e de comportamentos impulsivos. Já a família vivencia o medo e a preocupação decorrentes destes comportamentos explosivos. Como consequência da falta de conhecimento e incompreensão da doença e de seus efeitos, muitos amigos e familiares se afastam (JORGE et al., 2007), por vergonha, ou como forma de proteção, de não saberem lidar com a situação. Já os que residem com o familiar em sofrimento deixam de sair de casa e evitam o convívio social, pois temem alguma atitude que venha a causar constrangimento (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

A presença do sofrimento mental no ambiente familiar gera mudanças na rotina, nos hábitos e costumes da família. Com o choque do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade da doença podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de descrença, perda do controle e medo, visto que com toda essa alteração, a família acaba vivenciando uma situação de desgaste (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

Dentro do núcleo familiar, o relacionamento conjugal por um lado pode ser um fator desencadeante ou intensificador do transtorno mental, assim como pode ser a base de apoio que a mulher, diante do transtorno mental e da maternidade, possui para superar as dificuldades, como refere a fala da colaboradora:

[...] Até hoje, quem toma conta de mim é meu marido! Quando dou epilepsia e nas horas mais difíceis ele está comigo! Quando tenho crise de epilepsia à noite, ele me limpa, me bota na cama, veste minha camisola, me dá remédio, chá de calmante e quando eu esqueço de tomar meus remédios ele me lembra. Antigamente ele não cuidava de mim, bebia muito, mas hoje não bebe mais e cuida de mim. [...] (Frésia)

Os padrões de influência mútua favoráveis entre parceiros e o suporte emocional estão inteiramente ligados à reação materna, e um suporte emocional apropriado gera um aumento do bem-estar ou uma maior satisfação, influenciando positivamente o comportamento materno (PAULI-POTT et al., 2000).

A falta de um relacionamento confiável é um fator de vulnerabilidade no desenvolvimento de transtornos mentais na mulher. Pois se elas não acreditarem que o marido possa ser o seu suporte, conseqüentemente não procurarão apoio nele, pois não acreditam que ele possa oferecê-lo (ANDERSON; BEACH; KASLOW, 1999).

Há situações em que o transtorno mental pode precipitar o término de uma união conjugal frágil, em que a doença é usada como motivo principal para o rompimento da relação. A partir disso a família de origem assume os cuidados e dar o suporte que essas mães precisam para a organização de sua rotina e espaço doméstico (SOARES; CARVALHO, 2009).

Além das dificuldades que a condição do transtorno mental acarreta no âmbito familiar e as consequências que o relacionamento conjugal pode gerar, ainda existe o problema em que essas mulheres enfrentam quando seus filhos são criados por outras famílias, longe do convívio da mãe biológica.

[...] Eu tenho duas filhas que moram em São Paulo, não as conheço, pois as dei quando elas eram pequenininhas e até hoje não sei onde moram, não sei quem são (choro), nunca mais as vi! Quando passa aquele programa de Silvio Santos e vejo aquele povo com aquelas pessoas, eu tenho vontade de um dia ir ao Silvio e a Eliana para ver se consigo conhecer minhas filhas antes que eu feche os olhos porque eu sinto muita saudade, sinto uma dor no meu coração. (Frésia)

O meu filho, quando descobriu que eu estava doente, me ajudou em casa [...]. Já os meus filhos que a família do meu marido criou sabem que eu fiquei doente, mas não vieram me visitar, só a menina que às vezes vinha, mas deixou e nem liga mais. Eu sinto saudade dos meus filhos, não ligo porque não tenho o número do telefone deles e eles não ligam pra mim, só às vezes. (Rosa Branca)

Apesar da distância e do tempo decorrido dessa separação, a figura do filho não deixa de estar presente na imaginação da mãe. Muitas mulheres mantêm a consciência preservada do período da gestação, do nascimento, apesar do transtorno mental. Por outro lado, é perceptível que as necessidades dos filhos são colocadas em primeiro lugar, com isso se procura protegê-los, adotando muitas vezes medidas que os afastam das mães que não possuem condições suficientes para cuidar (HENRIQUES, 2013).

Os obstáculos para o exercício da maternidade estão ligados a falta de condição financeira, a violência doméstica e a própria doença que interferem no cuidado aos filhos, como foi evidenciado pelas colaboradoras. De acordo com Henriques (2013), o direito da mãe ter um filho e do filho ter uma mãe é retirado em prol de uma ideologia materna que os espaços assistenciais, o aparato jurídico-assistencial, a família e a sociedade criou como adequado para a criação dos filhos.

Em contrapartida, o exercício da maternidade é considerado uma necessidade não somente para o desenvolvimento saudável dos filhos (HENRIQUES, 2013). A responsabilidade de ter os filhos para criar, embora que com suporte familiar, contribui

também para amenizar os efeitos da doença, uma vez que a mulher/mãe estando exercendo a maternidade irá suprir as necessidades do filho e a inserção nesse processo vai servir como uma terapia para sua doença. No relato a seguir, é possível perceber a preocupação e satisfação que a mãe tem ao estabelecer um vínculo sadio com filho.

[...] Mas eu já consegui uma casa, só falta ele agora decidir se quer morar comigo ou não. [...] Eu vejo meu filho até hoje. Vou lá sempre que recebo dinheiro e dou um pouquinho a ele, pra ele comprar alguma coisinha. Quando eu vou visitar, ele me dá a benção, fala normal comigo, me dá carinho e sempre vai na minha casa me visitar também. (Jasmim)

Portanto, fica evidente que ao mesmo tempo em que a maternidade pode interferir na saúde mental da mulher, esta mesma maternidade pode servir como estratégia de enfrentamento em que a mulher irá se revelar uma mãe protetora colocando o seu filho acima de tudo. Essa atitude emocionalmente centrada da mãe servirá para orientar os afetos e conferir uma qualidade de vida ao filho (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

Ficou evidente que apesar das dificuldades apresentadas pelas mães, as participantes dessa pesquisa ensinam ou procuram manter um sentimento de maternagem, e que o suporte familiar é um fator indispensável na recuperação psíquica e social destas mulheres.

Ainda foi possível perceber que a resposta ao estresse é influenciada pelo suporte vindo de outras pessoas. Quando uma pessoa possui uma boa resposta adaptativa ao evento estressor, logo reagirá melhor, como aconteceu com as mães deste estudo, onde todas possuem apoio familiar e são acompanhadas no Caps I de Cuité-PB. Por outro lado, o fato de elas terem apoio não implica dizer que não houve sofrimento, mas que as mesmas conseguiram superar os obstáculos. Embora as histórias apresentem relatos de violência, pobreza, separação, as mulheres se tornaram resilientes.

As colaboradoras do estudo demonstraram que, apesar de todas as circunstâncias geradas por episódios de vida estressantes e o transtorno mental, são capazes de ressignificar o sofrimento vivenciado em suas vidas. Além disso, possuem suporte familiar e assistência à saúde mental, fatores que auxiliam na realização das atividades de vida diária de tal forma que oportuniza o exercício de sua autonomia, permitindo que sejam protagonistas de suas próprias vidas.



Fonte: Google Imagens, 2014.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Diante do que foi exposto, pode-se perceber que os avanços na saúde mental já alcançaram melhores condições de vida para o indivíduo com transtorno mental através de leis, resoluções, portarias e serviços que hoje são oferecidos para esta população em questão.

Porém, de acordo com a literatura, existem ainda desafios a serem superados nessa área. Os índices de transtornos mentais são cada vez maiores em ambos os sexos, embora estudos mostrem que existe diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento.

Mulheres são mais acometidas pelos transtornos psíquicos que os homens. E isto se deve por questões ligadas a história de vida, como mau relacionamento com o cônjuge, baixo nível econômico, apoio social inadequado, dificuldades no relacionamento com familiares, desemprego, baixa escolaridade, gestação na adolescência, violência familiar, além de ser influenciada pelos múltiplos papéis que vem desempenhando dentro da sociedade.

Neste estudo, através da análise das narrativas das colaboradoras foi possível identificar que estas vivem em precárias condições socioeconômicas, provenientes da baixa escolaridade, desemprego, baixa renda que, além influenciar no surgimento do transtorno mental, dificulta a execução da maternidade.

Além disso, a questão de gênero ainda é muito forte na atualidade afetando diretamente nas atividades femininas. Foi observado que a violência doméstica é um fator presente na história de vida dessas mulheres, muitas vezes esse fato pode ser o precursor de um sofrimento mental, como também ser cronificador. Sendo a mulher o pilar de suporte na base familiar, quando esta adocece, a dinâmica familiar é completamente afetada, principalmente os filhos, pois a mulher é a responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado.

Esta pesquisa identificou que a maioria das mães não tiveram oportunidade de criar todos os seus filhos e este é mais um agravante para o seu sofrimento pois essas mães mesmo separadas dos seus filhos por longos períodos não perdem a esperança de poder retomar o tempo perdido longe deles.

Ainda foi possível observar que o transtorno mental permanece vinculado à periculosidade e à incapacidade da pessoa em sofrimento de exercer seus papéis sociais, fazendo com que o aparato judicial seja utilizado de forma constante pela própria família dessa pessoa, para instaurar legalmente essa incapacidade.

Constatou-se também durante o desenvolvimento deste estudo a dificuldade em encontrar publicações que discutam o prejuízo que a mãe sofre ao ter o seu filho retirado do seu convívio. A grande maioria dos periódicos revisados propõe a discussão sobre as

dificuldades vivenciadas pelos filhos de mães com transtorno mental, mas acabam por negligenciar as adversidades e os entraves vivenciados por essas mulheres e as consequências psíquicas e emocionais vivenciadas decorrentes do rompimento da relação mãe e filho.

O estudo me proporcionou ainda uma visão mais ampla da realidade dessas mulheres acometidas pelo transtorno psíquico, suas dificuldades, o preconceito sofrido, o cuidado ainda fragmentado, dentre vários fatores que limitam suas atividades de vida diária. Foi possível perceber o grande sofrimento que a separação dos filhos causa nas mães que não tiveram a oportunidade de cria-los, e as que exerceram a maternidade, fazem-no de forma prazerosa.

O convívio com essas mães durante a pesquisa me proporcionou satisfação, reflexão, ensinamentos, crescimento pessoal e verdadeiros exemplos de vida, coragem e determinação. Despertou a vontade de querer contribuir, melhorar a assistência a essa mulher e a sua família de tal forma que o transtorno mental deixe de ser uma sobrecarga, uma limitação e passe a ser um obstáculo contornado.

Por fim, espera-se que essa pesquisa possa instigar, motivar os profissionais de saúde, pesquisadores e os cuidadores a conhecer com mais afinco a história de vida das mulheres em sofrimento mental, para que possam amparar as famílias de forma mais efetiva, evitando atenção unilateral e permitindo que a própria mulher possa ser a protagonista de sua história.



Fonte: Google Imagens, 2014.

## **REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. pp. 491-494. Jul/Set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>> Acesso em: junho de 2013).

ANDERSON, P; BEACH, S. R. H; KASLOW, N. J. Marital discord and depression: the potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. In: JOINER, T.; COYNE, J. C. (Eds.) **The interactional nature of depression**: Advances in interpersonal approaches. Washington, DC, US: American Psychological Association, 1999.

ANDRADE, L. H. S. G; VIANA, M. C; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clín**, Rio Grande do Sul, v. 33 n. 2; p. 43-54, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rpc/article/view/17065/0>>. Acesso em: março de 2014.

ARAÚJO, T. M; ALMEIDA, M. M. G; SANTANA, C. C; ARAÚJO, E. M; PINHO, P. S. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2: p. 260-9, abr/jun, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a17.pdf>>. Acesso em: julho de 2013.

BORBA, L. O. PAES, M. R. GUIMARÃES, A. N; LABRONICI, L. M; MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45 n. 2, p. 442-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de lei n. 3.657, 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <[www.exclusion.net](http://www.exclusion.net)> Acesso em: mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Secretaria de Vigilância e Saúde. v. 16. n 2 – Abr./Jun. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol16\\_n2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol16_n2.pdf)>. Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei no 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm)> Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)> Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (Caps AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)> Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha** Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012. Disponível em: <[http://www.mulheresdireitos.org.br/publicacoes/LMP\\_web.pdf](http://www.mulheresdireitos.org.br/publicacoes/LMP_web.pdf)>. Acesso em: mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**. 5. ed. Brasília: 2004. p. 243-51. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/233945.pdf>>. Acesso em jul.2013.

BRASIL a, Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em jul. 2013.

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: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**, ano 2, n. 4, ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, ano 7, n. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL b, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SNAS Nº. 224**, de 29 de janeiro de 1992. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: jul. 2013.

BRISCHILIARI, A; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100020&script=sci\\_arttext.>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100020&script=sci_arttext.>) Acesso em: mar. 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

DAY, V. P; TELLES, L. E. B; ZORATTO, P. R; AZAMBUJA, M. R. F; MACHADO, D. A; SILVEIRA, M. B; DEBIAGGI, M; REIS, M. G; CARDOSO, R. G; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr.** RS, 25'(suplemento 1): 9-21, abril 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>>. Acesso em: mar. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, A. M; **A doença mental e a cura: um olhar antropológico**. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 Anos. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/13.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

HENRIQUES, C. S. Mulheres com transtorno mental: reflexões sobre o exercício da maternidade. **Seminário internacional enlaçando sexualidades**, Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosesexualidades/files/2013/06/Mulheres-com-transtorno-mental-reflex%C3%B5es-sobre-o-exerc%C3%ADcio-da-maternidade.pdf>. Acesso em: março de 2014.

HIRDES, A; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2: p. 160-6, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a03.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

KERBER, S. R; FALCETO, O. G; FERNANDES, C. L. C. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 281-7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n6/a04v33n6.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005)>. Acesso em: mar. 2014.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213 –231, 2002.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MELO, H.P. Gênero e pobreza no Brasil. **Relatório do Projeto Governabilidade Democrática de Gênero en America Latina y el Caribe**. CEPAL/SPM. Brasília, 2005. Disponível em:

<[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GEneroPobreza\\_Brasil04.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GEneroPobreza_Brasil04.pdf)>. Acesso em: mar. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MORÉ, A. F. L; CARSWELL, W. A. Mulheres portadoras de transtornos mentais: um estigma social? **Persp. Online: biol. & saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 7, n. 2, p. 01 – 13, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/viewFile/179/147>>. Acesso em: jul. 2013.

MOURA, E. C. C; FERNANDES, M. A; APOLINÁRIO, F. I. R. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-50, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a06.pdf>> Acesso em: jul. 2013.

Organização das Nações Unidas. **Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer**. Informe del Secretario General. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

OSINARA, V. L.M; FUREGATO, A. R. F; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan.-fev., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a11.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.

PARAÍBA, Governo da Paraíba (2012). **Estado da Paraíba é primeiro lugar em número de CAPS no Brasil**. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/57627/paraiba-e-primeiro-lugar-em-numero-de-Caps-no-brasil-2.html>> Acesso em: jun. 2013.

PASSOS, I. C. F.; BEATO, M. S. da F. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**, São Paulo, v. 08, n. 12, pp. 137-158, jul.-dez. 2003. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/307/30701210.pdf>> Acesso em: jun. 2013.

PAULI-POTT, U; MERTESACKER, B; BADE, U; BAUER, C; BECKMANN, D. Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. **Infant Behavior e development**, Cambridge, MA, US, v.23, n. 1, p. 23-39, 2000.

PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 17, n. 2, pp. 82-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/09.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

PEREIRA, M. A. O; PEREIRA JR. A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11>>. Acesso em: mar. 2014.

PEREIRA, P.K; LIMA, L. A; MAGNANINI, M. M. F; LEGAY, L. F; LOVISI, G. M. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2287-2298, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200002)>. Acesso em: mar. 2014.

RIBEIRO, C. G; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 1, jan. - jun. 2011, pp. 52-59. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.gpec.ucdb.br%2Fpssa%2Findex.php%2Fpssa%2Farticle%2Fdownload%2F81%2F142&ei=2Ik1U6iiDYrj0QGE74FY&usg=AFQjCNEGXFD8dmAy4v1Rf71gkQ6iVzAswg>>. Acesso em: mar. 2014.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2008.

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

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.4, p. 591-5, jul.-ago.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>> Acesso em: jun. 2013.

SOARES, M. V. B; CARVALHO, A. M. P. MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E A MATERNIDADE. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17 n. 5, set./out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000500006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000500006&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: mar. 2014.

SOUZA, Â. M. A. e; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200013&script=sci_arttext)> Acesso em: jun. 2013.

SPARKS, E. Depression and schizophrenia in women: The intersection of gender, race/ethnicity and class. In M. Ballou & L.S. Brown (Eds.). **Rethinking mental health and disorder: Feminist Perspectives**. New York: Guilford Press, 2002.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist Ciênc Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=334578&indexSearch=ID>> Acesso em: jun. 2013.

VILLELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M.. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 6, nov.-dec. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lang=pt)>. Acesso em: junho de 2013.

VIRTANEN, P; LIUKKONEN, V; VAHTERA, J; KIVIMÄKI, M. KOSKENVUO, M. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. **International Journal of Epidemiology**, England, v. 32, n. 6, p. 1.015-1.021, 2003. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/32/6/1015.full.pdf+html>>. Acesso em: mar. 2014.



WAIDMAN, M. A. P; ELSEEN, I. O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização [tese]. **Texto Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14 n. 3: p 341-9, 2005. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86831>>. Acesso em: mar. 2014.

WAIDMAN, M. A. P; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: Dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v. 3, n.2, p. 154-162, jul.-dez. 2001. Disponível em: <[ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5041/3807](https://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5041/3807)>. Acesso em: jul. 2013.



Fonte: Google Imagens, 2014.

## APÊNDICE



**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG**

Centro de Educação e Saúde – CES

Curso de Bacharelado em Enfermagem

### QUESTÕES DE COORTE

Título do Estudo: “ROSAS DE AÇO”: Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do CAPS, Cuité-PB

Pesquisadores: Alynne Mendonça Saraiva

Priscila Raquel Dantas Soares

Iniciais do nome:.....Idade:..... Com quem mora:.....

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Viúvo

Escolaridade: ( ) Analfabeta ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Superior

Quantos filhos:.....Qual tipo de parto:.....

Há quanto tempo estar fazendo tratamento? Há quanto tempo você frequenta o CAPS?.....

1. Quando você percebeu que estava em sofrimento mental?
2. Como sua família reagiu ao saber que você precisava de ajuda? Sua família cuidou de você? Como?
3. Você tem ou teve alguma dificuldade em se relacionar com seus filhos?
4. Quais as dificuldades que você encontrou para cuidar dos seus filhos?

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013.



Fonte: Google Imagens, 2014.

## ANEXO I



**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG**

Centro de Educação e Saúde – CES

Curso de Bacharelado em Enfermagem

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**ESTUDO: “ROSAS DE AÇO”:** Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do CAPS, Cuité-PB

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

Eu \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF/MF \_\_\_\_\_ nascida em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “ROSAS DE AÇO”: Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do CAPS, Cuité-PB. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa conhecer a história de vida de mães em sofrimento mental.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos clínicos-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicada por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Cliente /**  **Responsável:** \_\_\_\_\_  
**Testemunha 1 (nome/RG/Tel.):** \_\_\_\_\_  
**Testemunha 2 (nome/RG/Tel.):** \_\_\_\_\_  
**Responsável pelo Projeto:** \_\_\_\_\_

Polegar direito

Endereço Profissional: Universidade Federal de Campina Grande-Campus, Centro de Educação e Saúde. Olho D'Água da Bica S/N, CEP: 58175-000 – Cuité, PB – Brasil.  
 Telefone: (83) 33721900 Ramal: 1954 ou (83) 33721950. E-mail: alynnms@hotmail.com

## ANEXO II



**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG**

Centro de Educação e Saúde – CES

Curso de Bacharelado em Enfermagem

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS  
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/2012 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título do Estudo: “ROSAS DE AÇO”: Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do  
CAPS, Cuité-PB

Eu, **Alynne Mendonça Saraiva**, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora efetiva do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, portadora do RG: 95029017897 SSP/CE, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 02 de setembro de 2013.

Alynne Mendonça Saraiva

Orientadora e Pesquisadora Responsável

## ANEXO III



## TERMO INSTITUCIONAL

Cuité, 02 de setembro de 2013.

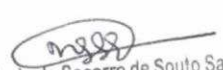
Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada “ROSAS DE AÇO: Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do CAPS, Cuité-PB” desenvolvida pelo pesquisador **Priscila Raquel Dantas Soares**, sob orientação da professora **Alynne Mendonça Saraiva** neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/2012. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.

  
 \_\_\_\_\_  
 Secretaria Municipal de Saúde de Cuité – PB

Kathya Daniella Figueiredo Melo  
 Gerente Atenção Básica

\_\_\_\_\_  
 Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) “Sebastião Paulo de Sousa” de  
 Cuité - PB

  
 Maria do Socorro de Souto Santos  
 Coordenadora do CAPS  
 Psicóloga  
 CRP: 13/5915



## ANEXO IV

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** “ROGAS DE AÇO”  
Histórias de mães em sofrimento mental usuárias do CAPS, Cuité-PB

**Pesquisador:** Alynne Mendonça Saraiva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22360513.2.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 569.540

**Data da Relatoria:** 26/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto abriga uma pesquisa de campo exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, que busca analisar as histórias de vida de mães usuárias de um serviço CAPS localizado em Cuité. A pesquisa toca em questões que envolvem duas grandes temáticas: o sofrimento mental e a maternidade. Os objetivos estão apresentados de maneira clara. A coleta de dados se dará a partir de perguntas lançadas aos sujeitos da pesquisa, que buscam explorar as dificuldades de mulheres usuárias de um serviço CAPS, para exercer a sua maternidade. O material qualitativo obtido será analisado com a técnica da história oral temática de vida. O cronograma apresentado encontra-se atualmente na fase de análise dos dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Revelar as histórias de mães que são usuárias do CAPS-Cuité.

Objetivo Secundário: Identificar quais as dificuldades encontradas por essas mulheres para exercer

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n.  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 595.540

a  
maternidade; Conhecer como se desenvolve a relação entre  
estas usuárias e sua família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esclarecida e adequada, cumprindo exigências de parecer anterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora cumpriu as exigências apresentadas anteriormente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há Inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Considerando que a pesquisa atende aos requisitos éticos, conforme estabelece a Resolução 456/2012/CNS, o parecer da relatoria foi APROVADO Ad Referendum. Coordenação Pro Tempore do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 26 de Março de 2014

Assinador por:  
Maria Teresa Nascimento Silva  
(Coordenador)

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n.  
Bairro: São José CEP: 58.107-870  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br