

SERIA A MULHER “LOUCA” UMA MÁ MÃE? REFLEXÕES SOBRE MATERNIDADE E LOUCURA

Vlória Jamile dos Santos Jucá¹

Adilane dos Santos Barbosa²

Resumo

A escrita deste ensaio teve o objetivo de revisitar experiências de pesquisa e intervenções no campo da saúde mental, na qual a experiência da maternidade se articula com a da loucura. Trabalhamos a partir da história de vida de mulheres socialmente reconhecidas como loucas, as quais enfrentaram desafios na construção do laço com seus filhos e no exercício da maternidade. Trajetórias nas quais se articulam o sofrimento psíquico, a violência de gênero e o desamparo social. Conhecer suas histórias nos possibilita aprimorar a assistência destinada tanto à elas quanto a seus (suas) filhos. Vamos destacar os seguintes pontos, a partir das três narrativas: as violências de gênero no caso das loucas; a ausência das redes (formais e informais) de suporte e os desafios na construção do laço entre as mães e seus/suas filhos/filhas.

Palavras-chave: maternidade; loucura; desamparo social; violência; gênero.

Abstract

The writing of this essay aimed to revisit research experiences and interventions in the field of mental health, in which the experience of motherhood and madness intersect. We work from the life history of women with psychological suffering and who faced the challenges in building the bond with their children and in the exercise of motherhood. Trajectories in which psychic suffering, gender violence and social helplessness are articulated. Knowing their stories allows us to improve the assistance aimed at both them and their children. We will highlight the following points, based on the three narratives: gender violence in the case of crazy women; the absence of (formal and informal) support networks and the challenges in building the bond between mothers and their sons/daughters.

Keywords: maternity; craziness; social helplessness; violence; gender.

¹ Psicóloga formada pela Universidade Federal do Ceará; Mestre em Comunicação e Cultura Contemporânea pela Universidade Federal da Bahia; Doutora em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. Realizou estágio pós-doutoral em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. E-mail: vladiajuca@gmail.com

² Psicóloga formada pela Universidade Federal da Bahia e Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA. E-mail: adilanebarbosa@gmail.com

Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina

(FRANCISCO, EL HOMBRE, 2016)

Considerações Preliminares: Sobre As Inquietações Que Movem Esse Escrito

A escrita deste capítulo nos possibilitou revisitar experiências de intervenção e de pesquisa no campo da saúde mental coletiva, nas quais a relação entre a maternidade e a loucura se fez presente. Vamos tratar de histórias de vidas e do que nos foi possível, com elas, aprender. Mas, antes de relatar as histórias, vale resgatar como surgiu o desejo de escutá-las e de fazê-las circular.

O desejo de escrever sobre as mulheres loucas e a maternidade despontou em nossas andanças pela saúde mental, ao escutar mulheres que falavam das experiências dolorosas envolvendo a maternidade, sobretudo nos tempos em que os equipamentos criados com a reforma psiquiátrica, com destaque para os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), estavam em fase de implementação e os hospitais psiquiátricos dominavam a assistência. Infelizmente, justo no momento em que escrevemos o presente texto – por uma conjuntura política desfavorável à democracia, ao SUS e ao que a reforma psiquiátrica produziu – os hospitais voltam a ocupar o lugar de carro chefe como resposta à loucura. E é, justo por isso, que se faz ainda mais necessário falar sobre a experiência da maternidade entre mulheres loucas.

Antes, portanto, da implementação da reforma e da implementação dos serviços substitutivos, tais mulheres, sobretudo as de origem pobre, compartilhavam com os homens uma mesma história de desassistência que resultava em frequentes internações em hospitais psiquiátricos. Por vezes, as internações recorrentes faziam com que o hospital deixasse de ser o espaço de reclusão nos momentos de crise para se tornar a morada permanente, quando os laços sociais corroídos finalmente se rompiam. Algumas mulheres nem passaram pelas portas giratórias antes de se tornarem moradoras. Houve,

por exemplo, aquelas que se tornaram motivo de vergonha para suas famílias por terem sido violentadas na adolescência (ARBEX, 2013) e, para resolver o embaraço da honra maculada, foram enviadas para os hospitais psiquiátricos que, sobretudo, no início do século XX no Brasil, serviam a um movimento de higiene social que encontrou na psiquiatria respaldo (COSTA, 2007). Esse higienismo andava de braços dados com os ideais eugênicos e, através da aliança entre psiquiatria e Estado, prometia a construção de uma nação de homens mentalmente e moralmente sãos, desde que algumas medidas preventivas fossem adotadas na saúde pública como, por exemplo, impedir que as mulheres pretas tivessem filhos. A prole das pretas, em sua maioria descendentes de escravos e pobres, supostamente carregaria consigo uma predisposição genética aos vícios e outros comportamentos desviantes.

Mas, voltemos às nossas andanças. Através delas, a primeira autora deste capítulo conheceu uma mulher (Ana), antiga moradora de um hospital psiquiátrico em uma cidade próxima a Salvador, que lhe contou sobre o filho parido no hospital e que dela foi subtraído. O lamento pelo filho perdido e o reclame por reavê-lo foi silenciado, quando suas palavras foram classificadas como delírio. Vinte anos depois, Ana lembrava do filho perdido e, ao transpor as portas do hospital para morar em uma residência terapêutica e ser finalmente tratada em um CAPS, ainda guardava consigo a esperança de reencontrá-lo. A história desse filho perdido ecoou em vários outros momentos quando as autoras deste capítulo tiveram a oportunidade de, em um contexto de pesquisa, escutar outras mulheres, cujas trajetórias similares à de Ana, marcadas pela loucura e pelo desamparo social, incluíam também perdas ou ameaças de perdas similares. Histórias, por sinal, muito conhecidas por profissionais que atuam na saúde mental. O tempo de permanência nos manicômios e as diversas formas de violências às quais essas mulheres foram submetidas levaram a gestações, algumas por relações consentidas e outras, não. Os filhos que nasciam eram com frequência enviados aos antigos abrigos, quando não eram adotados por funcionários do próprio hospital. Essa violência ficava escondida, como tantas outras, sob o manto da bondade e da filantropia.

Conhecer tais histórias fez com que a primeira autora deste capítulo ressignificasse uma memória de infância, quando residia em uma cidade pequena do Nordeste, dessas onde a loucura tinha, até algum tempo atrás, certa licença para perambular pelas ruas. Havia uma mulher louca (vamos chamá-la de Lucia) que visitava sua família esporadicamente para ganhar roupas e sobretudo, bonecas. Sempre, nessas

visitas, Lúcia pedia para ver a menina, filha da dona da casa. A alegria de Lúcia ao vê-la era similar a de receber as bonecas. A menina sentia medo, mas não sabia o porquê. Hoje, com uma distância de mais de 40 anos da cena vivida, é possível dizer que havia certamente o medo da loucura, mas, por outro lado, talvez houvesse, ali, a captura intuitiva de uma dor e de uma história silenciadas. A mãe da menina achava que Lúcia queria as bonecas porque sua mente era infantil. Afinal, assim são as loucas e os loucos, infantis, quando não, perigosos (FOUCAULT, 1994). A menina talvez desconfiasse que o contentamento de Lucia não se devia à sua mente infantil, mas sim a uma perda irreparável, a um luto impossível de se realizar.

Décadas depois, nas andanças pela saúde mental, e já destituída da meninice, ao escutar outras mulheres e as violências por elas sofridas, ocorreu à primeira autora que o desejo de Lúcia em vê-la e em ter suas bonecas talvez fosse o drible encontrado para aliviar a perda de um (a) filho (a). Nunca será possível saber ao certo. Mas, de qualquer modo, esse escrito é para Lúcia, é para Ana, é para todas as mulheres que as autoras encontraram no decorrer de suas trajetórias e com as quais foi possível indagar acerca dos interditos erguidos em torno das mulheres que, loucas e pobres, ousaram ser mães.

As Mulheres E Suas Histórias

Relataremos, a seguir, algumas histórias de vida de mulheres que muito nos têm a ensinar sobre loucura e maternidade, principalmente, quando esse cruzamento ocorre em um contexto de pobreza e desamparo social. Apresentaremos as histórias de Gilda e Amanda conhecidas através de uma pesquisa sobre maternidade e loucura, realizada pelas autoras deste capítulo. No referido estudo, realizado entre os anos de 2014-2015 na cidade de Salvador, tivemos a oportunidade de escutar essas mulheres e os impasses que vivenciaram ao se tornarem mães. A última história, a de Rita, chegou por uma outra via, através de um projeto de extensão coordenado pela primeira autora deste capítulo em um CAPS voltado para crianças e adolescentes (CAPSi), durante os anos de 2015 e 2017, na mesma cidade. O projeto se destinava a um trabalho de oferta clínica construída conjuntamente com a equipe do serviço, através dos projetos terapêuticos singulares, para adolescentes, sobretudo, os que se considerava em uma situação de risco maior. Vamos, portanto, às histórias dessas mulheres e ao labirinto de afetos e de reflexões que suas narrativas colocam em cena.

Gilda

Gilda, filha de ciganos, foi a mais velha de nove filhos e a única mulher. Conta que “nasceu prometida” para casar aos 13 anos com um homem que não conhecia. Por não aceitar tal condição, ela decidiu fugir de casa com um outro por ela escolhido. Sua união com esse homem a fez ser banida da aldeia e renegada por sua família, principalmente pela mãe. Com ele, teve seus dois primeiros filhos. Nessa relação, teve seu primeiro "surto" ao flagrar seu companheiro com outra mulher em sua residência. Nessa ocasião, Gilda teve sua primeira internação, na qual permaneceu por uma semana. Antes disso, ela já havia feito acompanhamento em um hospital psiquiátrico, porque quebrava tudo em casa quando estava irritada, batia no marido e ele não achava esse comportamento “normal”. Diz que sempre foi “muito nervosa” desde a infância e que sua mãe dizia ser “chilique”. Gilda esteve internada diversas vezes, em uma destas internações em um hospital psiquiátrico, ficou por três anos. Já passou por diversos tipos de violência (sexual, agressão física), inclusive, no próprio hospital psiquiátrico, onde relata ter sido abusada sexualmente por um médico. Gilda, após o término do primeiro casamento, envolveu-se em outros relacionamentos e, ao todo, teve cinco filhos, criados sem a ajuda dos pais. Sua fala em relação ao direito de “parir” e poder exercer a maternidade é assertiva: “o que me deixou mais forte o que me faz ser o ser humano que eu sou hoje, é meus filhos. Por isso que eu acho que a gente tem direito de parir”. Relata que nos momentos de crise, quando seus filhos eram crianças e os vizinhos ameaçavam interná-la, os filhos se escondiam debaixo da cama e ficavam trancados em casa com ela para que não a levassem. Sua loucura, como ela destaca, nunca impediu a construção de um vínculo com os filhos que a reconhecem no lugar de mãe. Além da maternidade, ponto de ancoragem importante para Gilda, outras identidades puderam ser experimentadas - que não a de louca - através do seu tratamento no CAPS e os agenciamentos que surgiram desde então, com destaque, para sua inclusão em grupo de teatro e em dois espaços de engajamento político: o primeiro, da luta antimanicomial e o segundo, construído com companheiras que ela conheceu na luta, destinado ao combate da violência contra às mulheres. Gilda realizou vários trabalhos. Foi cabeleireira, ambulante, atualmente se considera artesã. Durante a pesquisa, perdeu seu filho, assassinado, em sua residência, pela polícia. Um filho “maluco” como ela e que fazia um uso abusivo de substâncias

psicoativas. O filho em questão havia sido batizado com a versão masculina do nome da mãe.

Amanda

Amanda nasceu em Salvador, é casada, escritora e aposentada. Tem sua história marcada por diversas situações de violência, inclusive envolvendo uma de suas gestações. Amanda é filha de uma indígena, sendo a antepenúltima filha entre doze irmãos. Suas memórias de infância são marcadas pela violência doméstica, sobretudo do pai para com a mãe. Seus pais se separaram quando ela tinha cinco anos, e por conta do divórcio, ela teve que ir morar com seus tios no interior. Em seu relato, o sentimento é de ter sido abandonada pelo pai e pela mãe. Diz que teve um tratamento diferenciado dos seus primos por não ser filha consanguínea. Aos dezoito anos, Amanda volta a morar em Salvador e, nessa cidade, começa a cursar uma graduação na Universidade Federal da Bahia. É nesse tempo de estudante que ela tem seu primeiro "surto", caracterizado por uma "perda de memória", sendo internada sob a estranha alegação de "intoxicação por maconha". Conheceu seu marido em uma de suas internações. Ele era técnico em enfermagem e, durante a internação, teria abusado dela. O relacionamento que se iniciou com um abuso, no contexto de um hospital psiquiátrico, perdura até os dias atuais. Amanda teve ao todo quatro filhos, três meninas do seu casamento atual, e um filho gerado quando se encontrava na rua, em um momento de crise. Sobre essa gestação, conta que seu marido e sua tia conseguiram uma autorização judicial para que ela abortasse, sem respeitar seu desejo de ter a criança. Na primeira vez que foi a maternidade para realizar o procedimento, conta que estava muito "dopada" e, por este motivo, os profissionais da maternidade se recusaram a realizar o procedimento. A orientação dada à família foi que a medicação fosse reduzida a fim de que Amanda pudesse manifestar-se sobre a continuidade ou interrupção da gestação. Entre idas e vindas, ela entrou no quarto mês e a equipe de saúde contraindicou a interrupção pelo tempo gestacional avançado. Durante os primeiros meses dessa gravidez, seu marido a deixou trancada em casa, segundo ela: "em cativeiro". A gravidez, portanto, não foi interrompida. Depois do parto, seu marido mandou o doutor "cerrar" seu ventre e registrou o filho como se fosse seu. Conta que não queria a ligadura das trompas, pois desejava ter mais filhos, mas, dessa vez, foi feita a vontade do esposo. Amanda já passou por diversas internações. Já frequentou dois Centros de Atenção Psicossocial e, como Gilda, participa da luta antimanicomial e de um

grupo, composto por mulheres tidas como loucas, que atuam no combate à violência de gênero e realizam ações no âmbito da economia solidária, visando o sustento de suas integrantes. O fato de não contar com sua família de origem fomentou, nela, a vontade de manter a família que construiu, evitando que suas filhas e seu filho passassem pela perda das referências de mãe e de pai: *"eu sempre voltei nas minhas crises, sempre voltei por causa dos meus filhos"*. Em relação ao seu desejo pela maternidade e os desdobramentos desse sentimento nos diz: *"Você precisa de uma certa estrutura pra ser mãe, mas se não tiver, você precisa de garra (...) você precisa criar situações. Então, mãe, ser mãe também te faz ser extremamente criativa."*

Rita

Rita foi levada ao CAPSi em decorrência dos seus ataques de fúria, momentos nos quais quebrava objetos em casa e entrava em embates físicos com a avó materna, com quem residia. Após seu acolhimento, foi inserida em um grupo e, nele, começou a falar repetidamente sobre a morte de sua mãe. A mesma cometeu suicídio na presença de Rita, seus dois irmãos e sua avó, através da ingestão de uma grande quantidade de medicações psiquiátricas. Estas medicações estavam disponíveis em sua casa porque a avó de Rita também fazia tratamento em um serviço de saúde mental, sob suspeita de esquizofrenia. A bisavó de Rita também teve sua existência marcada por um sofrimento psíquico muito desagregador. Ademais, sua mãe fazia uso abusivo de álcool há muitos anos e estava aguardando o primeiro atendimento em um CAPS quando se matou. Rita, nos primeiros atendimentos, afirmava que ninguém prestava e dizia não confiar nas pessoas. Uma voz a alertava com relação aos outros. Além de escutar a voz, passou a ver sua mãe morta, deitada ao seu lado. Sobre a mãe, os afetos eram de amor e ódio. Rita lembrava com ressentimento das surras que havia levado, mas ao mesmo tempo se defendia, como podia, do impossível da morte da figura materna. Tomamos conhecimento pela técnica de referência, pouco após nosso primeiro encontro, de que Rita se encontrava gestante, no quinto mês. A gravidez, no entanto, não era visível. Rita nos contou que engravidou porque uma menina que a considerava maluca havia lhe oferecido um lanche na saída da escola. Com fome, ela aceitou o pedaço de bolo e o refrigerante que lhe foi dado. Comeu e adormeceu. Acordou em lugar de "sacizeiro" e, em casa, ao tomar banho, viu que estava sangrando. Depois disso, ficou doente (grávida). Por isso, sua avó a estava levando para fazer "um monte de exame". O médico lhe disse que ela estava com um bebê na barriga.

Ela viu na fotografia, mas achava que se tratava de um bicho, mais parecia um cachorro, nos dizia. Em determinado momento, ela apresentou um sangramento e, por conta desta intercorrência, foi levada pela equipe do CAPSi para uma maternidade. Foi preciso muita negociação para que Rita, em crise, fosse ali atendida. Ela estava em crise, mas no dia, não apresentava nenhum sinal de agitação ou mesmo de agressividade. Acreditava que seu sangramento estava sendo provocado pelo bicho que, em sua barriga, comia suas entranhas. Uma construção delirante se apresentava e, naquele momento, era necessário escutá-la e criar um espaço para que outros sentidos acerca da gestação e da bebê pudessem ser construídos. Ainda acerca da gravidez de Rita, apenas posteriormente foi possível reconstruir que o bebê foi fruto de um namoro com um rapaz do seu bairro que estava envolvido com o tráfico de drogas e encontrava-se ameaçado de morte. O parto era motivo de preocupação para a equipe de saúde mental e foram realizados movimentos para garantir a assistência em uma outra maternidade próxima ao CAPSi que recentemente se tornara referência no atendimento a adolescentes. No entanto, Rosa nasceu, antes da data prevista, em uma ambulância do SAMU e foi, através do trabalho de parto, que Rita saiu de sua desorganização psíquica inicial. Perante as questões apresentadas, sobretudo o delírio que envolvia a bebê, estávamos preocupadas em como seria a chegada de Rosa ao mundo. Para nossa surpresa, parir, vivenciando todo o processo de parto natural, parece ter funcionado com um ritual através do qual Rita se fez mãe e aquilo e o que antes era bicho se tornasse “sua filha”. O desaparecimento do delírio e das alucinações auditivas se deram logo após o parto. O mal-estar na relação com a avó teve uma redução considerável, com a interrupção das constantes agressões físicas. O primeiro ano de Rosa foi acompanhado por duas extensionistas do projeto, através da atenção domiciliar. Em muitos momentos, a maternidade foi particularmente desafiadora para Rita. Por vezes, parecia difícil para ela ler alguns dos movimentos do bebê, como quando a pequena tentava tocar seu rosto e Rita achava que sua filha tentava lhe bater. Intervenções que incidiam na construção do laço entre a mãe e seu bebê propiciavam que Rita pudesse dar outros contornos aos movimentos de Rosa e a seu lugar enquanto mãe. A dupla de extensionistas também acompanhou Rita nos movimentos para voltar à escola, após o nascimento da filha.

Algumas Reflexões Sobre As Histórias De Vida

"Ouçam nossas vozes para entender"

(MARIANO, REIS, 2019)

Quando refletimos sobre as histórias que, conosco, foram compartilhadas, é notória a complexidade das trajetórias nas quais se entrecruzam o sofrimento psíquico, a violência de gênero e o desamparo social. Para acessá-las, o ponto de partida foi escutar as vozes femininas silenciadas sob estigma da loucura. Condição que afetou não apenas as mulheres, mas, pelo efeito de contaminação de um estigma (GOFFMAN, 2008), incidiu também sobre seus (suas) respectivos (as) filhos (as).

Deste modo, o caminho por nós escolhido foi o de colocar em suspensão as discussões moralizantes, travestidas de preocupações técnicas, sobre se essas mulheres devem/ podem ou não ter filhos (as) (CARTEADO, 2007). Tais discussões reproduzem as práticas de silenciamento e a perspectiva higienista na saúde mental. Foi crucial escutá-las e dar visibilidade as suas narrativas. Afinal, não são os profissionais do campo da saúde, da justiça ou da assistência social que podem decidir sobre os corpos dessas mulheres e o direito à maternidade. Aliás, esses corpos ficam mais ou menos vulneráveis às incidências desses discursos a depender da condição socioeconômica e da existência ou ausência de uma rede social de suporte. Independente dos julgamentos morais que atravessam os saberes e seus representantes, essas mulheres têm filhos e é preciso entender como se constroem tais experiências de maternidade a fim de pensar em como as políticas públicas podem melhor assistir tanto as mães quanto seus (suas) filhos (as). De modo algum, esse entendimento nos cega para a complexidade de uma maternidade construída em meio a um sofrimento psíquico grave. Justo por reconhecer os desafios presentes na construção dos laços entre as mães e suas respectivas proles, entendemos ser fundamental uma aproximação da realidade vivida por essas pessoas a fim de aprimorarmos a assistência, sobretudo, em uma perspectiva de rede intersetorial.

Das três histórias relatadas, as quais abrem para uma infinidade de discussões possíveis, vamos destacar os seguintes pontos: as violências de gênero no caso das loucas; a ausência das redes (formais e informais) de suporte e os desafios na construção do laço entre as mães e seus/suas filhos/filhas.

O modo como nossa sociedade está organizada está erigida pelos ditames patriarcais, no qual a violência de gênero é estrutural e naturalizada. As relações de gênero impõem às mulheres um lugar de subordinação. No caso das mulheres em sofrimento

psíquico isso se agrava pela sua condição de loucas. Suas vozes são duplamente silenciadas e deslegitimadas.

A Reforma psiquiátrica trouxe muitos avanços no campo da saúde mental, mas ainda observamos uma invisibilidade no que diz respeito às relações de gênero. As mulheres com sofrimento psíquico têm suas falas desqualificadas diante das situações de violência. Gilda, por exemplo, traz o relato de abuso dentro do hospital psiquiátrico em que ficou internada por três anos. Narra os anos de luta para provar a agressão sofrida, o que foi muito difícil, afinal ela era louca e sua palavra, portanto, desacreditada. No caso de Amanda, a relação com seu esposo já começou por meio de um abuso sexual também no contexto de um hospital psiquiátrico. O fato dela dar seguimento a essa relação fora do contexto hospitalar mereceria uma discussão à parte, para a qual precisaríamos de outras entrevistas a serem analisadas sob um prisma clínico e político. De qualquer sorte, para fins das reflexões tecidas no âmbito do presente texto nos parece fundamental entender que:

A invisibilidade do gênero na reforma psiquiátrica impossibilita a criação de políticas públicas levando em consideração as especificidades de ser homem ou mulher em nossa cultura, bem como retifica e biologiza o sofrimento mental, separando-o de questões sociais. Dentre os desdobramentos da invisibilidade de gênero da reforma, destaca-se a invisibilidade da violência contra as mulheres. (MEDEIROS, ZANELLO, 2018, p. 388)

Segundo Medeiros e Zanello (2018), quando a mulher apresenta um sofrimento psíquico grave e vivencia situações de violência de gênero, o modo como os operadores das políticas públicas percebem a portadora de um "transtorno mental" dificulta ainda mais o reconhecimento da violência, dificultando a realização de um atendimento adequado. As autoras pontuam que os "transtornos mentais parecem ser vistos, muitas vezes, como entidades independentes, separadas do próprio histórico da violência." (p.398). Na mesma direção, Barbosa et al. (2014) sinalizam a inexistência de políticas voltadas para as mulheres vítimas de violência portadoras de "transtorno mental". Existe uma dificuldade dos Centros de Referência em trabalhar com uma mulher com histórico de sofrimento psíquico grave, bem como por parte dos Caps em lidar com as violências de gênero. Não há uma integralidade da assistência nessas condições, deixando essas mulheres desassistidas. Os relatos de violência muitas vezes são desconsiderados frente à loucura, sendo entendidos como sintomas do transtorno. (BARBOSA et al., 2014).

Em relação às redes sociais de apoio com que essas mulheres puderam contar, observamos a escassez e fragilidade das mesmas. Amanda nos conta que nos momentos

de crise fugia de casa e quem ficou a frente do cuidado com os filhos, dando esse suporte foi seu marido. “Porque mal, ou bem, trabalhando ou não, ele é que segurava a onda sozinho. Nunca largou os filhos por nada. Era atrás de mim, e com os filhos, atrás de mim”. Gilda, por sua vez, relata que nos momentos das crises eram com os filhos que contava, tanto no suporte emocional a ela, quanto no cuidado com os mais novos. Tomando o exemplo de Gilda, vale dizer que essas situações nas quais os filhos precisam precocemente cuidar das mães não acontecem sem efeitos. Contudo, as ressonâncias dessa inversão na relação de cuidado não podem ser determinadas a priori.

Para Rita, a solidão tomava uma dimensão importante. Com a morte da mãe, sua avó ficou responsável por ela, sendo que esta avó padecia de um sofrimento psíquico grave que havia se cronificado e precisava cuidar não apenas de Rita, mas dos dois outros irmãos da adolescente. Havia uma tia que morava próximo, a qual foi se aproximando com o avanço da gestação e com as mediações realizadas pela equipe do CAPS. De qualquer sorte, era perceptível as limitações e fragilidades das redes sociais mais informais. No caso de Gilda e Amanda, foi nos dois movimentos sociais - o da luta antimanicomial e da luta contra violência de gênero - além da inserção em um grupo teatral, que ambas conseguiram construir uma rede que operava para além dos momentos de crise; uma rede que agenciava para elas outro lugar no campo social distinto da loucura.

Sobre as redes formais, observamos que as três tiveram como referência trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. No entanto, percebe-se que, pela complexidade dos sofrimentos psicossociais apresentados, redes intersetoriais seriam de crucial importância. Essa conexão entre equipes de saúde e das mesmas com outros setores, como assistência social e educação deixou a desejar. Para Gilda e Amanda, o único ponto da rede acessado, durante muitos anos, foi o hospital psiquiátrico. Considerando a perspectiva de trabalho em rede, mesmo dentro do setor saúde, os desafios são grandes, como foi possível perceber no caso de Rita, nas tentativas de diálogo entre o CAPS e a maternidade. Apesar da maternidade receber os técnicos, a resistência em acolher Rita e dar seguimento ao seu pré-natal, visando inclusive uma melhor assistência durante o parto, eram visíveis. Por fim, este atendimento, tirando uma situação de emergência, não pôde ser viabilizado.

Segundo pontua Carneiro et al. (2014), tomando a dupla condição de mulher e louca, o traço da loucura ganha relevância quando essa mulher precisa ser assistida no

acompanhamento de uma gestação. A saúde materno-infantil recua diante da louca. Por vezes, no momento do parto, essa mulher é colocada no quarto de isolamento, destinado aos casos de parturientes com doenças infectocontagiosas, sob o argumento de proteger outras pacientes. Certamente, em alguns casos, sobretudo nos de crise psiquiátrica no momento do parto, cuidados diferenciados serão necessários. Contudo, nem sempre encontramos uma abordagem que mereça ser qualificada como cuidadosa. Em seu lugar, acontecem isolamentos, contenções desnecessárias e, por vezes, situações de violência que se instauram, entre o medo e o não saber diante da loucura. Para citar um exemplo, na pesquisa onde entrevistamos Gilda e Amanda, encontramos uma mulher que nos contou sobre a experiência dolorosa de ficar contida no leito durante o trabalho de parto. A solidão e a desassistência vividas no momento do parto se prolongam no puerpério e podem se estender indefinidamente.

Tal solidão certamente é acentuada pela intensificação do individualismo no contexto neoliberal, no qual a criação dos filhos é tarefa dos responsáveis: pai e mãe, sendo que, com frequência, sobretudo nas camadas populares, encontramos a figura materna realizando o cuidado com os filhos com pouco, ou mesmo nenhum, suporte social. Contudo, é importante saber que outras experiências de maternidade, mais compartilhadas, são possíveis, como nos demonstra Collins (2019), em seu livro “Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento”. Neste livro, ela nos fala de um modo de maternidade, no qual o cuidado com a prole é compartilhado de forma solidária. E a criação dos filhos se dá de forma comunitária: “(...) as comunidades africanas e afro-americanas reconhecem que atribuir a uma única pessoa a plena responsabilidade pela maternagem nem sempre é uma opção sensata ou mesmo viável.” (COLLINS, 2019, p. 298). Nesse caso, pensando nas mulheres que acompanhamos na pesquisa, observamos um trabalho por parte delas para criar as redes sociais de apoio. A ausência das mesmas agrava o sofrimento de mães e filhos e lança ambos no desamparo, sobretudo, nos momentos de crise. Como afirmamos acima, os espaços de engajamento político têm sido importantes nesse sentido. Através dele, essas mulheres tecem relações solidárias para a sustentação dessa maternidade.

Quando os estudos fazem referência à rede de apoio com que essas mães e seus filhos podem contar, a família é tomada como principal rede de suporte, o que nem sempre acontece. As famílias são múltiplas e, em algumas situações, acabam por reforçar o estigma da “mãe louca”, contribuindo para o afastamento e ruptura do vínculo da mãe

com seus filhos (as) (CARTEADO, 2007; BARBOSA, JUCÁ, 2017; CARVALHO, 2019). Os motivos que levam algumas famílias a atuarem nessa direção são complexos e precisariam ser analisados em estudos dedicados a entender melhor os impasses presentes entre as mães loucas e suas famílias de origem.

A ausência de apoio para a criação dos (as) filhos (as) se acentua quando as políticas públicas de proteção social como as creches mostram-se insuficientes e de difícil acesso. Para que essas mães possam trabalhar ou mesmo realizarem seus tratamentos, esta retaguarda é necessária. Ademais, as creches seriam um importante ponto na rede intersetorial para cuidar dos laços entre as mães e seus bebês. O lugar das creches é destacado por Biroli (2018) - autora de estudos voltados para as questões de gênero, feminismo e democracia – para quem é fundamental pensar na responsabilização pelo cuidado com as crianças a partir de um prisma político. Seguindo o pensamento da autora, as mulheres no exercício da maternidade precisam de apoio e as creches são particularmente relevantes no cuidado compartilhado.

Outra questão a ser pensada é se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm incluído os (as) filhos (as) das mulheres atendidas, sobretudo as crianças, na construção dos projetos terapêuticos. Segundo Campos (2016), a atenção psicossocial não conseguirá oferecer um acolhimento adequado às mulheres se não considerar as especificidades que envolvem as questões de gênero e suas interseccionalidades. A rede social de suporte não pode ficar apenas a cargo da família, que nem sempre se fará presente, em algumas situações precisará também de cuidado e, em outras, romperá laços. Desta forma, creches, escolas, equipamentos do Sistema Único de Assistência Social são pontos importantes de uma rede em potencial.

As redes sociais formais e informais têm, portanto, um papel de destaque na construção e manutenção do laço das mães com seus (suas) filhos (as), podendo contribuir significativamente para que esse vínculo aconteça de modo a não produzir ainda mais sofrimento para as mães e seus/suas filhos/filhas. Nesta direção, os equipamentos de saúde mental – parte integrante da rede formal – precisam ter uma atenção especial para a experiência da maternidade no caso dessas mulheres. Cuidar, inclusive, da construção e da manutenção do laço entre mães e filhos/filhas faz parte da assistência. Como vimos no caso de Rita, adolescente que experiencia a gestação em meio a uma crise psíquica, o trabalho clínico ofertado pelo projeto de extensão em parceria com o CAPS se estendeu no pós parto e envolveu o acompanhamento, através da atenção domiciliar, da mãe e da

filha. As extensionistas assessoraram a construção do laço entre as duas, tendo em vista que, mesmo após sair da crise durante o parto, Rita ainda precisava de apoio para tomar a bebê como uma pessoa, dela, diferenciada. A partir da teoria psicanalítica, sabe-se que para se constituir psiquicamente, o bebê precisa contar com um outro que realize a leitura dos seus movimentos, supondo ali uma alteridade com necessidades próprias. Para Rita, recém saída de uma crise, por vezes, era difícil decifrar a bebê. O trabalho nesse laço entre mãe (ou pai) e o bebê, sobretudo quando se coloca uma situação de risco ou maior vulnerabilidade é conhecida na psicanálise como clínica precoce (CULLERE-CRESPIN, 2004) ou como intervenção a tempo (CAMPANÁRIO, 2021), termo usado para dar ênfase a uma intervenção clínica que, ao ser ofertada enquanto o bebê se encontra em constituição, pode contribuir para dissolver os impasses presentes no seu desenvolvimento, comumente atrelados à relação dele com seus cuidadores mais imediatos.

Se o trabalho na construção desse laço é fundamental, uma atenção especial para os filhos/ as filhas dessas mulheres devem operar longitudinalmente. Os filhos/as filhas fazem parte da família das mesmas e, assim sendo, precisam também de um olhar cuidadoso. Como vimos nos casos de Gilda e Amanda, momentos de crise acontecem ao longo da vida e algumas podem ser particularmente desagregadoras. Para que filhos/ filhas não fiquem desamparados, dois movimentos nos parecem particularmente importantes: a inclusão dos mesmos no cuidado destinado às suas mães e o lugar que um equipamento de saúde, como o CAPS, pode desempenhar na construção e/ou fortalecimento de uma rede protetiva em torno da família. Movimentos desta natureza evitam uma cena recorrente no campo da saúde mental: a perda do poder familiar por parte das mães, cujos filhos/filhas foram colocados em unidades de acolhimento por suas mães serem loucas. As mães que perdem os filhos, em grande parte, são mulheres pobres e sem rede social de suporte. Políticas públicas da assistência em rede certamente reduziriam, de modo significativo, a separação operada pela justiça, a qual, com recorrência, agrava sofrimentos já existentes.

Considerações Finais

No decorrer deste ensaio, trabalhamos com histórias de mulheres “loucas” e os impasses vividos pelas mesmas no exercício da maternidade. Mulheres que, mesmo atravessando momentos de intensificação do sofrimento psíquico, não abriram mão da

maternidade. Tentamos tornar audíveis suas vozes desqualificadas e silenciadas. Pessoas cujos corpos, marcados pelo estigma da loucura, foram violentados até pelas instituições que, delas, deveriam cuidar. Conhecer tais histórias é condição para aprimorar a assistência destinada tanto à elas quanto a seus (suas) filhos (as), inclusive, para romper com um destino que se repete: o das separações que poderiam ter sido evitadas e colaboram para a institucionalização de crianças e adolescentes pobres.

A partir das histórias narradas, discutimos três aspectos: as violências de gênero no caso das loucas; a ausência das redes (formais e informais) de suporte e os desafios na construção do laço entre as mães e seus/suas filhos/filhas. Percebemos que as violências de gênero são potencializadas no caso das mulheres "loucas" por motivos diversos: as violências institucionais presentes nas internações realizadas nos hospitais psiquiátricos; o desamparo em que ficam as mulheres nos momentos de crise e o descrédito através do qual suas denúncias são desqualificadas.

A ausência de redes formais e informais de cuidado para essas mulheres e suas proles intensifica o sofrimento e deixa ambas em uma situação de grande vulnerabilidade que, por vezes, resulta em situações que são interpretadas como "negligência" ou como atos de violência dessas mães para com seus (suas) filhos (as). Situações que levam ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes, retirados de suas mães sem que condições tenham sido ofertadas para que a separação não acontecesse. Naturalizam-se os afastamentos como se o problema residisse apenas na "loucura" materna. Para que tais separações não aconteçam e para que a maternidade possa ser exercida com dignidade, nos casos de sofrimento psíquico grave, o cuidado iniciado no pré-natal deve se estender na construção do laço entre a mãe e seu bebê, através de uma rede a ser costurada a partir das necessidades de cada caso.

Finalizamos com o sentimento de que ainda há muito a discutir e, sobretudo, a se fazer em termos de políticas públicas que efetivamente dialoguem na tessitura de redes de proteção e cuidado para as mulheres com grande vulnerabilidade psíquica e social. Para tanto, formar profissionais atentos para as particularidades de uma maternidade exercida em meio a situações de muito sofrimento psíquico é urgente. Temos aqui, certamente, uma dívida histórica, a qual pode crescer diante dos retrocessos vividos na saúde mental, campo hoje marcado pelo retorno do manicômio como carro chefe da (des) assistência.

Referências

- ARBEX, D. Holocausto brasileiro. Rio de Janeiro: editora Intrínseca, 2013.
- BARBOSA, A. S.; JUCÁ, V. J. S. Maternidade e loucura: questões jurídicas em torno do poder familiar. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 243-260, 2017.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances em Psicología Latino americana*, 32(2), p. 309-320, 2014. [dx.doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09](https://doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09)
- BIROLI, F. *Gênero e Desigualdades – Limites da democracia no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- CAMPANÁRIO, I. S. Intervenção a tempo em bebês com impasses ao desenvolvimento psíquico. *Estudos de Psicanálise*, (55), 51-56, 2021.
- CAMPOS, I. O. *Saúde mental e gênero em um Caps II de Brasília: Condições sociais, sintomas, diagnósticos e sofrimento psíquico*. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2016.
- CARNEIRO, U. S. S.; AQUINO, G. C.; JUCÁ, V. J. S. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave, *Rev. psicol. (Fortaleza, Online)*, v. 5, n.1, p. 46-57, 2014.
- CARTEADO, M. Ela não pode ser mãe! Quando maternidade e loucura se cruzam. In: SILVA, M. V. O. (Org.). *IN-tensa. EX-tensa: A Clínica Psicossocial das Psicoses*. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares / UFBA, p. 223-227, 2007.
- CARVALHO, B. C. B. Maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- COLLINS, P. R. *Pensamento feminista negro: Conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Tradução Jamile Pinheiro Dias. Boitempo, 2019.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Garamond, 2007.
- CULLERE-CRESPIN, G. *A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano*. Casa do Psicólogo, 2004.
- FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- GOFFMAN, E. (1988) *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução M. Nunes, 4. ed. LTC, 2008.
- MARIANO, A.; REIS, N. Ouçam nossas vozes. [Vídeo Campanha Ouçam Nossas Vozes], São Paulo, Janssen Brasil, 2019.

MEDEIROS, M. P.; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), p. 384-403, 2018. <https://doi.org/10.12957/epp.2018.38128>