



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO

PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

ROSA BASTOS LOBO

**PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGAS SOBRE A CLÍNICA DE USUÁRIAS COM
VIVÊNCIAS DE MATERNAGEM NOS CAPS**

Salvador

2024

ROSA BASTOS LOBO

**PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGAS SOBRE A CLÍNICA DE USUÁRIAS COM
VIVÊNCIAS DE MATERNAGEM NOS CAPS**

**Dissertação apresentada ao Curso do
Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Psicologia e Intervenções
em Saúde da Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública como requisito parcial para
a obtenção do título de Mestre em
Psicologia e Intervenções em Saúde.
Orientador(a): prof.^a. Dr.^a Mônica Ramos Daltro.**

Salvador

2024

Rosa Bastos Lobo

**PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGAS SOBRE A CLÍNICA DE USUÁRIAS
COM VIVÊNCIAS DE MATERNAGEM NOS CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, pelo curso Mestrado Profissional Psicologia e Intervenções em Saúde, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde. Área de concentração: Psicologia.

Data da aprovação:

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Isabella Regina Gomes de Queiroz (EBMSP)

Prof.^a Dr.^a. Aline Tonheiro Palmeira (EBMSP)

Prof. Dr. Gerson Moreira Oliveira (EBMSP)

Dedico esta escrita à minha mãe, Luciane.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à prof.^a Dra. Mônica Ramos Daltro, que aceitou conduzir o processo de pesquisa e possibilitou a construção do conhecimento em psicologia.

Agradeço à minha família, pelo apoio durante toda a jornada de aperfeiçoamento dos meus estudos e profissão.

Agradeço ao meu falecido avô, Antônio Teixeira Lobo, que sempre me guiou para caminhos que me conduziram à atual jornada de construção da dissertação em psicologia.

Agradeço, em especial, à querida amiga Dra. Maria José Trabazo Carballal, diretora do Círculo Psicanalítico da Bahia, pelo incentivo para a ampliação da investigação e implicação social da psicologia.

Agradeço à minha analista, Cibele Prado Barbieri, que contribuiu de muitas formas e dentre elas a mais crucial para o meu desenvolvimento: enriquecendo o meu processo de julgamento e raciocínio, por meio da psicanálise, ao me escutar e posicionar-se eticamente.

Agradeço à Dra. Lília Maria Contreiras Corrêa, que me acompanhou durante a elaboração da dissertação, possibilitando medidas de autocuidado e bem-estar em momento de dedicação e entrega.

RESUMO

Introdução: A demanda em saúde mental das usuárias dos CAPS da Bahia no período da gestação e puerpério evidencia a complexidade da intervenção interdisciplinar na RAPS. Tendo em vista que a gravidez e o puerpério de mulheres com transtornos mentais graves são descritos por Botega (2012) como períodos que vão de maior vulnerabilidade à episódios agudos. Priorizou-se, nesta pesquisa, a discussão sobre o manejo assistencial de psicólogas dos CAPS no auxílio às usuárias que expressaram o desejo de exercer os cuidados de maternagem. A maternagem é compreendida, neste estudo, a partir da perspectiva da clínica psicanalítica de Winnicott (2021), e está no foco da ação terapêutica dos profissionais de saúde mental e dos cuidados maternos primários na relação mãe-bebê. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de psicólogas dos CAPS da Bahia sobre o manejo assistencial em CAPS para maternagem de usuárias. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória, construída a partir da análise de conteúdo e análise dos núcleos de sentido de Minayo (2014). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, CAEE Nº 29653119.2.0000.5544. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, com cinco psicólogas(os) da clínica de CAPS e CAPS Ad na modalidade virtual. **Resultados:** No conjunto das entrevistas, emergiram duas categorias de análise que referiam à maternagem. As categorias analíticas identificadas respectivas às discussões foram: Maternagem Possível, Maternagem Negra, Vivências de Uso de Substâncias Psicoativas e Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Práticas de Cuidado Cidadã. As categorias de análise permitiram localizar os núcleos de sentido e a complexidade desta clínica, a importância do trabalho interdisciplinar e da rede de apoio para a vivência da maternidade de mulheres com transtornos mentais. **Conclusão:** A dissertação focaliza uma discussão teórico-descritiva e apresenta um produto bibliográfico como resultado, a saber um artigo científico construído a partir da análise das narrativas das psicólogas entrevistadas em diálogo com a teoria de Winnicott. A maternidade das mulheres com transtornos mentais está afirmada a partir de “uma maternidade possível”. Perspectiva que demanda à clínica o trabalho de suplência, a partir da compreensão sobre as possibilidades de maternar dessas mulheres, de um trabalho interdisciplinar, ativo, de natureza individual e grupal, junto às usuárias diante da promoção da rede de apoio, investindo na sustentação dessa maternagem possível.

Palavras-chave: Maternidade. Transtorno mental. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Clínica Ampliada.

RESUMEN

Introducción: La demanda de salud mental de las usuarias de CAPS en Bahía durante el embarazo y el puerperio pone de relieve la complejidad de la intervención interdisciplinaria en RAPS. Teniendo en cuenta que el embarazo y el puerperio de las mujeres con trastornos mentales graves es descrito por Botega (2012) como un período de mayor vulnerabilidad a episodios agudos, la prioridad de esta investigación fue discutir la gestión de la atención de los psicólogos del CAPS en la ayuda a las usuarias que expresaron el deseo de realizar cuidados maternos. La maternidad es entendida en este estudio desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica de Winnicott (2021), como una acción terapéutica por parte de los profesionales de la salud mental y la atención materna primaria en la relación madre-bebé. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los psicólogos de los Caps de Bahía sobre la gestión de la atención en los CAPS a la maternidad de las usuarias. **Método:** Investigación descriptiva exploratoria, construida a partir del análisis de contenido de significado de Minayo (2014). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública CAEE N° 29653119.2.0000.5544. Las entrevistas se realizaron mediante un guion semiestructurado a cinco psicólogos de la clínica Caps y Caps Ad en modalidad virtual. **Resultados:** En el conjunto de entrevistas surgieron dos categorías de análisis que se referían a la maternidad. Las categorías analíticas identificadas para las discusiones fueron: Maternidad posible, Maternidad Negra, Experiencias de Uso de Sustancias Psicoactivas y Trabajo en Equipo Interdisciplinario y Prácticas de Atención Ciudadana. Las categorías de análisis permitieron localizar los significados centrales y la complejidad de esta clínica, la importancia del trabajo interdisciplinario y la red de apoyo a la vivencia de la maternidad de mujeres con trastornos mentales. **Conclusión:** La disertación se centra en una discusión teórico-descriptiva y presenta como resultado un producto bibliográfico, es decir, un artículo científico construido a partir del análisis de las narrativas de los psicólogos entrevistados en diálogo con la teoría de Winnicott. La maternidad de las mujeres con trastorno mental se afirma desde “una maternidad posible”. Una perspectiva que demanda desde la clínica el trabajo de reposición basado en la comprensión de las posibilidades de la maternidad para estas mujeres, de trabajo interdisciplinario, activo, de carácter individual y grupal, con usuarias a partir de la promoción de la red de apoyo invirtiendo en la apoyo a esta maternidad posible.

Palabras clave: Maternidad. Trastorno mental. Clínica ampliada. Servicios organizados para proporcionar atención de salud mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro de categorias temáticas de conteúdo

53,54,55,56

LISTA DE TABELAS

Tabela de resultados da pesquisa

50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSM-V	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMS/SSA	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	9
2 INTRODUÇÃO.....	10
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo primário.....	15
3.2 Objetivo secundário.....	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1 Saúde Mental no Brasil.....	16
4.2 Serviços estratégicos CAPS, Clínica Ampliada e população assistida.....	20
4.3 Manejo clínico: clínica de gestantes com transtornos mentais graves.....	22
4.4 Processos sociais de emancipação feminina.....	25
4.5 Interseccionalidade.....	31
4.6 Maternagem winnicottiana.....	32
5 METODOLOGIA.....	36
5.1 Desenho de estudo.....	36
5.2 Participantes.....	36
5.4 Instrumentos	37
5.4 Coleta de dados.....	37
5.5 Aspectos éticos.....	38
6. ANÁLISE DE DADOS.....	39
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
7.1 Artigo.....	41
8. Produção decorrente de dissertação.....	71
8.1 Produção teórica.....	71
8.2 Produção técnica.....	71
9. Considerações finais.....	75
10. Referências.....	77

1. APRESENTAÇÃO

A busca pela linha de pesquisa da Clínica Ampliada, em clínica psicossocial, ocorreu a partir da aproximação com a clínica em território de tratamento comunitário em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Rede SUS, durante o período de formação em psicologia que vivenciei.

A aproximação à clínica em território de tratamento comunitário em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Rede SUS caracterizou-se enquanto aspecto positivo vinculado à formação generalista em psicologia. O caráter dinâmico da graduação direcionou a área de investigação científica relacionada aos ideais da reforma psiquiátrica brasileira que me detive, com isto desenvolvi afinidade pela da área de estudo desta pesquisa.

A temática relativa aos cuidados maternos envolvendo mulheres com transtornos mentais emergiu no cotidiano de minha clínica como psicanalista mobilizando o meu desejo de aprofundamento do tema.

Nesta dissertação, exploro a saúde mental no contexto do CAPS, orientando-me pelos referenciais teóricos que escolhi e fundamentando-me nos princípios da psicanálise de Winnicott. Essa abordagem dá forma ao meu trabalho clínico, no qual acompanho pessoas atravessadas por conflitos, transtornos de adaptação, alterações de humor e questões sociais. Os resultados encontrados ampliaram a minha compreensão sobre as políticas de saúde voltadas para o gênero feminino e estão a seguir compartilhados.

2. INTRODUÇÃO

Os serviços assistenciais da rede de saúde pública e de saúde mental no Brasil estão delineados atualmente pelo contexto de território psicossocial em distintos níveis de complexidade na atenção à saúde do usuário. Direcionada pela Rede SUS (Sistema Único de Saúde), a saúde mental é disponibilizada a partir de serviços estratégicos de base comunitária em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). No entanto, as ações terapêuticas de cuidado territorial resultam de um processo de oposição a tratamentos de saúde que violavam os direitos humanos.

Esse processo de mobilização social e de consciência foi decorrente do fracasso de tratamento de práticas asilares nocivas e alienantes em manicômios e hospitais psiquiátricos na década de 1970, no Brasil, baseadas na concepção de saúde enquanto ausência de doença e na exclusão de pessoas que experienciavam a loucura. A antiga perspectiva de tratamento e cuidado suscitava a marginalização de pessoas com transtornos mentais, de modo a não considerar sua reinserção social (Bruscatto, 2012).

A reivindicação da sociedade civil, composta por familiares de pessoas com transtornos mentais e profissionais da saúde mental, eclodiu ao final da década de 1970 na sociedade brasileira. Com a mobilização social e política em diferentes esferas municipais e estaduais, buscava-se novas alternativas de tratamento de saúde em razão do caráter das práticas asilares excludentes.

O movimento social da luta antimanicomial, ao demandar políticas públicas, buscava assegurar ações de saúde que não violassem os direitos humanos dos usuários. Esses acontecimentos adentraram a esfera política com o acontecimento histórico da reforma psiquiátrica brasileira, durante as décadas de 1970 e 1980.

No período da década de 1970, o Brasil vivenciava o Movimento da Reforma Sanitária. Esse processo foi desencadeado pela compreensão da insuficiência acerca do modelo assistencial de saúde de hospitais psiquiátricos de rede privada. Nesse período, emergiu a formação de um grupo importante, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que evidenciou a necessidade de expressão e participação social da população relacionada a políticas públicas de saúde.

A reforma sanitária e o MTSM (Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental) visavam primordialmente a mudança no modelo assistencial, posicionando-se contrariamente sobre a direção única de tratamento em saúde mental, centrada no saber hegemônico psiquiátrico

que correspondia ao ambiente hospitalocêntrico e ao viés biomédico que utiliza o binômio saúde-doença (Bruscato, 2014).

O cenário dos serviços de assistência pública à saúde em contexto internacional, a exemplo do Canadá, apontava para o aspecto insustentável dos custos do Estado com relação às despesas médicas, bem como para a centralização do saber biomédico e das indagações sobre a direção única da abordagem médica de tratamento.

Em resposta a esses eventos, foi divulgado em 1974, no Canadá, o Informe Lalonde, que abordava a promoção da saúde enquanto principal ação de saúde. O documento fundamentou-se no conceito de “campo da saúde” e descrevia os determinantes sociais dessa área, com a divisão em quatro elementos: biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde (Czeresnia e de Freitas, 2009).

Apesar de abordar o modelo assistencial de saúde em perspectiva multidimensional, o Informe Lalonde priorizava a abordagem da mudança de estilo de vida enquanto direcionamento principal, alinhando-se ao viés positivista de prevenção. Essa observação foi destacada a partir críticas da população por negligenciar o contexto social, político e econômico, responsabilizando determinados grupos sociais.

O modelo do documento canadense influenciou políticas sanitárias de países, como Inglaterra e Canadá, e viabilizou a constituição de um novo paradigma em saúde, formalizado pelos países de continente europeu, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Alma-Ata, no ano de 1978, no Cazaquistão, que priorizava discutir estratégias de atenção primária à saúde (Heidmann, Almeida, Boehs et al, 2006).

O conceito de promoção da saúde alcançou reconhecimento internacional apenas na década de 1980, com o declínio do modelo assistencial hospitalocêntrico, em razão das limitações econômicas do Estado e do aumento dos custos da atenção médica em todo o mundo. A partir dessa mudança, passou-se a valorizar a concepção de promoção de saúde, que se fundamenta na concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, busca integrar saberes técnicos e populares e mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e particulares para problemas de saúde.

Em 1986, foi realizada, em Ottawa, no Canadá, a Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, com participação de trinta e cinco países, formalizando a Carta de Ottawa, que se tornou referência ao desenvolvimento dos ideais de promoção à saúde em todo o mundo. A Carta de Ottawa preconiza a saúde como conceito multidimensional, com modelo

participativo de saúde direcionado à população e ao seu ambiente, envolvendo rede de questões de saúde e abordagens integradoras com estratégias diversas e complementares.

Ao vislumbrar o contexto brasileiro, considera-se a Declaração de Bogotá como termo de referência para a promoção de saúde na América do Sul. Conforme esse documento, a promoção de saúde na América do Sul não deve ser dissociada da necessidade de transformação de uma realidade que evidencia muitas desigualdades, particularmente a deterioração na condição de moradia da maioria da população, o maior risco para saúde e a escassez de recursos para o enfrentamento de iniquidade em saúde (Czeresnia e de Freitas, 2009).

Em conformidade com o cenário internacional, o qual evidenciava debates em saúde pública, visualizava-se, no Brasil, o aumento de eventos científicos sobre saúde mental. Foram realizados em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. A tônica dos debates veiculados suscitava a possibilidade de um futuro sem manicômios e práticas de desinstitucionalização dos usuários.

Na década seguinte, 1990, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, foi afirmado o comprometimento do país por meio da assinatura da Declaração de Caracas. O documento assinala as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas, a partir da reorganização de serviços na atenção psiquiátrica na rede de Atenção Primária à Saúde, com a proposta de modelos alternativos de tratamento assistencial em cuidado comunitário, de modo a favorecer a permanência na comunidade (Bruscato, 2012).

Ao final da década de 1980, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e diminuição dos manicômios no Brasil, priorizando o modelo assistencial de base comunitária, foi apresentado ao Congresso Nacional. Após uma década, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, também conhecida como Lei Antimanicomial, que versa sobre a proteção de pessoas com transtornos mentais (Bruscato, 2012).

A luta antimanicomial repercutiu como um marco na saúde, uma mudança abrangente na concepção de saúde mental com mudança de paradigma. A ênfase para a dimensão do contexto biopsicossocial, de atenção comunitária dos usuários, foi priorizada a partir da regulamentação da Lei Orgânica de Saúde, nº. 8.080, de 1990. O direcionamento do SUS promoveu ações em atenção integral, em diferentes níveis de complexidade, bem como o objetivo de reinserção social, autonomia do usuário, tratamento domiciliar e acompanhamento territorial (Brasil, 1990).

Assim como ocorrera com a Lei Antimanicomial, a implementação dos Serviços Estratégicos dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) aconteceu em data anterior à sua regulamentação. O primeiro CAPS foi inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo, consolidado posteriormente com o evento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, e regulamentado com a Lei N°. 3088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2005; Bruscato, 2012).

A consolidação sobre a nova concepção de saúde ocorreu mundialmente, com o posicionamento político realizado em 2001 pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que modificou a compreensão sobre o conceito de saúde mental, rompendo com o paradigma do saber hegemônico biomédico baseado na cura e ausência de doença. E indicou o tratamento de base comunitária em Saúde desenvolvido pelo médico Franco Basaglia, diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste, na Itália, como modelo a ser seguido em saúde mental (OMS, 2001).

O período dos anos de 2003 e 2005 no Brasil foi marcado pelo fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, com a busca por programas de desinstitucionalização dos usuários. Emergiu dessa necessidade uma política diversa para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas, incluindo a estratégia da redução de danos e o desenvolvimento dos programas do governo De Volta Para Casa, Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial, que passaram a replicar no Brasil o modelo estratégico comunitário (Bruscato, 2012).

O progresso seguinte, dado pela saúde mental brasileira, emergiu do aprimoramento das ações de saúde realizadas no SUS. Diante de demanda crescente e precarização de recursos em infraestrutura, bem como identificação de falhas na formação dos profissionais de saúde, houve o reconhecimento da necessidade de mudança no tratamento disponibilizado na rede SUS, de modo a preconizar a humanização dos cuidados no tratamento a partir da Política de Humanização, o HumanizaSUS (Brasil, 2004; Amarante, 1996).

Com a perspectiva do cuidado humanizado em saúde, a PNH (Brasil, 2003) visou qualificar as práticas de atenção no SUS, assim como valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção da saúde. No ano de 2004, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na direção de aprimorar a atenção à população feminina brasileira, que vivencia com maior frequência não só a violência doméstica e sexual como também a desigualdade no acesso à saúde e ao trabalho.

A qualificação da atenção à saúde da mulher fundamenta-se no enfoque de gênero, que aponta para indicadores sociais (IBGE, 2002), rendimentos mais baixos, vivência da situação de pobreza e para o índice de mortalidade materna decorrente de complicação no ciclo gravídico-puerperal, em razão de falta de acesso à saúde, ou seja, ao acompanhamento obstétrico e pré-natal (Brasil, 2004).

A urgência em deliberar ações de saúde para o acompanhamento às especificidades de saúde da mulher foi evidenciada com a implementação do

Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, que objetiva o Parto Humanizado. Essa política de saúde, em conformidade com os pressupostos da lei antimanicomial, visa qualificar o tratamento e a gestão em diversos níveis de complexidade e atenção à mulher (Brasil, 2002).

A ótica das linhas de cuidado à saúde da mulher e de cuidados maternos na Rede SUS apresenta o desafio da complexidade em diferentes níveis de atenção e acompanhamento. Ao direcionar o olhar do cuidado a usuárias dos CAPS que vivenciam o período gestacional e puerperal, são evidenciadas lacunas na área de saúde mental sobre o manejo assistencial em clínica psicossocial, abordando os diversos transtornos mentais e/ou de comportamento durante a gestação e o puerpério.

A partir da identificação de lacunas na área da saúde mental da mulher acerca do manejo assistencial realizado por psicólogos na clínica do cuidado em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), intenta-se, neste estudo, compreender a percepção de pessoas psicólogas sobre a clínica de usuárias dos CAPS atravessadas pela maternidade. O aprofundamento desta investigação visa promover discussões sobre a assistência em saúde mental durante o exercício da maternidade das usuárias dos serviços assistenciais da rede RAPS da Bahia, assim como a descrição das principais intervenções, modo de acolhimento e manejo que dimensionam recursos sociais para a maternidade de usuárias dos CAPS dos municípios de Salvador e Camaçari, da Bahia, no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

Compreender a percepção de psicólogas(os) dos CAPS sobre o manejo assistencial às usuárias com transtornos mentais atravessadas pela maternidade.

3.2 Objetivo secundário

Compartilhar discussões sobre a assistência em saúde mental referente à subjetividade da maternagem das usuárias dos serviços CAPS da Bahia através de um episódio de podcast.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Saúde Mental no Brasil

A saúde mental, tema emergente de saúde pública, desenvolveu-se no contexto brasileiro, durante o período de mobilização social e política da reforma psiquiátrica. A luta antimanicomial no Brasil, estabelecida ao final da década de 1970, evidenciou o caminho em direção à mudança do paradigma de saúde que envolvia a concepção de saúde e bem-estar psíquico, evento histórico que ocorreu em décadas posteriores (Bruscatto, Benedetti & Lopes, 2010).

O novo paradigma da saúde envolveu a reformulação sobre a concepção de saúde mental, admitindo a ampliação de aspectos biopsicossociais para novas diretrizes de tratamento em saúde. (Brasil, 2001) A conquista da reforma psiquiátrica brasileira obteve progresso a partir da formulação de direcionamentos políticos, estabelecidos em eventos sociais, tais como conferências e reuniões de Conselhos Nacionais de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorrera em Brasília, com a luta de profissionais de saúde, membros da sociedade civil, possibilitou o progresso ao longo dos anos. Novos parâmetros, no campo da saúde, foram direcionados com a perspectiva de políticas públicas de saúde de maior atenção para a gestão da saúde e dos cuidados destinados às mulheres em sofrimento psíquico no Brasil (Bruscatto, Benedetti & Lopes, 2010).

A construção de um sistema universal em saúde, o SUS, tornou-se viável com o redirecionamento na concepção da saúde, possibilitando a ampliação de práticas assistenciais de cuidado à saúde e à saúde mental em território. A elaboração e implementação do Sistema Único de Saúde, SUS, com a Lei Orgânica N°. 8.080 de 1990, resultou de intenso debate político e social de movimentos, como a Reforma Sanitária e Psiquiátrica nas décadas anteriores, no cenário brasileiro (Brasil, 1990).

Os debates que ocorreram em contexto nacional acompanhavam mudanças no modelo assistencial de saúde que aconteciam em países, como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e Itália. O alto custo com despesas médicas e assistência à saúde no Canadá, a exemplo, alertava para uma possível crise na saúde pública, fazendo emergir a necessidade de uma abordagem descentralizada do saber médico para tratamentos de saúde. O Informe Lalonde, documento canadense divulgado em 1974, buscava novas resoluções para questões de saúde que impactavam os aspectos econômicos, técnicos, políticos e foi o primeiro a

mencionar o conceito de promoção da saúde e de abordagem preventiva, o qual influenciaria outros países posteriormente (Czeresnia e Freitas, 2009).

Os fundamentos do Informe Lalonde estavam localizados no conceito de campo da saúde, que tem como elementos os determinantes de saúde. O conceito divide o campo da saúde em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, admitindo que dentro deles se encontram diversos fatores que influenciam a saúde (Czeresnia e Freitas, 2009).

A medida de saúde realizada pelo governo ao divulgar o documento estabelecia propostas a partir de cinco estratégias com o objetivo de abordar os problemas no campo da saúde, que envolviam a promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. A promoção da saúde foi estabelecida a partir da ação de informar, influenciar e assistir indivíduos e organizações para que assumissem maior compromisso no que concerne à própria saúde (Czeresnia e Freitas, 2009).

Alinhada com a nova perspectiva de saúde delineada, a Conferência de AlmaAta, que ocorreu em 1978, no Cazaquistão, proporcionou os primeiros avanços em dimensão ampliada de saúde. Foram discutidos parâmetros básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia da assistência, que alcançou reconhecimento internacional, com a produção da Declaração de Alma-Ata, que se constituiu como plataforma de política sanitária da Organização Mundial da Saúde (Bruscato, 2012).

A estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é direcionada pelo SUS, de modo que é caracterizada por sua acessibilidade e abrangência, sendo considerada a “porta de entrada” da Rede SUS para os usuários de saúde. Os cinco princípios da APS são: oferta de serviços diversos com proximidade geográfica com a comunidade; abrangência, que disponibiliza ações de cuidado de saúde; coordenação, que prioriza a utilização de ações baseada em um sistema de informação e avaliação das ações realizadas; continuidade, que propicia um relacionamento com a comunidade ao longo do tempo e viabiliza a promoção de forma consistente e em longo prazo e responsabilidade, desenvolvida pela interação da comunidade em relação aos serviços oferecidos (Ronzani e Rodrigues, 2006).

A área de atuação da APS não se limita ao exercício da clínica, ela também assume responsabilidade sanitária de territórios delimitados, promove articulação de demandas de conservação da saúde e higiene e volta-se para as necessidades frequentes de baixa complexidade, a partir do foco na promoção e prevenção da saúde.

Com a reformulação na assistência à saúde, a psicologia foi admitida em outros contextos e *settings* de atendimento. O psicólogo que estava restrito aos ambientes de hospitais e clínicas passou a ser incluído em equipamentos de saúde que utilizam ações de atenção primária à saúde, como a Unidade Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O conhecimento necessário à atuação para profissionais da psicologia na APS envolve noções de epidemiologia, farmacologia e conceitos de saúde coletiva (Bruscato, 2012).

As atividades realizadas por psicólogos que atuam na APS podem ser elencadas em avaliação psicológica, articulação da rede e visitas institucionais, atendimento grupal e específico em saúde mental, atendimento individual, consultas compartilhadas, atendimento compartilhado, coparticipação em grupos de saúde mental, educação permanente, fóruns, intervenções na comunidade, reuniões técnicas e visita domiciliar (Bruscato, 2012).

Conforme a Constituição Federal brasileira de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde, o país passou a adotar serviços assistenciais em saúde com foco no usuário e no cidadão, e não somente na doença. A constituição da diretriz da hierarquização definiu o sistema de saúde em níveis de complexidade como organização para os serviços e ações no atendimento às necessidades de saúde da população (Bruscato, 2012).

A classificação em diferentes níveis de complexidade se refere à capacidade que uma unidade de saúde possui para prestar assistência, sendo delimitada em serviços de atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária corresponde a equipamentos de saúde baseados na promoção e prevenção, ações de conscientização, realização de campanhas, vacinação e políticas públicas em locais, como a UBS e a ESF.

A atenção secundária corresponde a práticas de saúde no contexto hospitalar, como Hospital Geral, Maternidade e ambulatórios, com realização de consultas, exames e realização de diagnóstico, hospitalização e tratamento. A atenção terciária à saúde envolve ações de saúde que necessitam de recursos de alta tecnologia em saúde, como a Unidade de Terapia Intensiva, com a realização de cuidado integral e constante de equipe especializada (Bruscato, 2012).

O direcionamento dos serviços assistenciais em saúde mental após a implementação do SUS foi reformulado pela Lei Antimanicomial de Proteção a Pessoas com Transtornos Mentais, que propiciou o desenvolvimento da gestão em saúde, a partir de ações de saúde de abrangência integral no contexto comunitário, de atenção psicossocial, com o objetivo de promover a reinserção social e a dignidade no tratamento de saúde.

A Lei nº. 10.216, de abril de 2001, também chamada de Lei Antimanicomial, Brasil (2001), constitui-se como uma das principais políticas que assegura o tratamento integral em saúde, a partir da lógica antimanicomial, resultante do processo histórico de movimento social, cujos ideais iniciaram-se nos anos 70, no Brasil, e foram desenvolvidos na década seguinte (Brasil, 2001).

O movimento da luta antimanicomial, concebido por profissionais de saúde mental e familiares de usuárias de saúde que vivenciavam práticas asilares de exclusão e violência, evidenciando o estigma da loucura, reivindicou e fez emergir a mudança de paradigma no tratamento de saúde mental de usuárias com transtornos mentais graves em condição de marginalização, para o direcionamento do tratamento comunitário e integral em saúde (Bruscato, Benedetti & Lopes, 2010; Amarante, 2014).

A desinstitucionalização surgiu primeiramente na Reforma Psiquiátrica italiana, desenvolvida por Franco Basaglia, e se constitui como conceito de tratamento que supera a lógica da desospitalização. Possui fundamentação em conceitos de institucionalização, poder institucionalizante e neurose institucional, na qual prevalece a descaracterização dos indivíduos em longa permanência, levando à alienação e ao vazio emocional (Amarante, 1996).

A perspectiva de Basaglia reflete a necessidade de desconstrução acerca da exclusividade da psiquiatria para o tratamento da loucura. O modelo assistencial de tratamento em comunidade terapêutica atende a questões éticas, teóricas e políticas em saúde mental, permitindo compreender a experiência da loucura de forma mais subjetiva. Admitindo que a modernização do modelo assistencial não é suficiente para a lógica de tratamento, a proposta desenvolvida com a noção de desinstitucionalização entende que as pessoas com transtornos mentais necessitam da desvinculação do estigma da loucura, por parte da sociedade para a reinserção social (Amarante, 1996).

Dessa forma, compreende-se que a noção de desinstitucionalização está vinculada à necessidade de transformação não só do modelo de tratamento de saúde, mas de todos os participantes, comunidade, familiares, médicos, psicólogos e usuários como protagonistas (Campos e Nicácio, 2004).

O olhar para o enfoque gênero e população vulnerável foi suscitado com a regulamentação do SUS, com a Clínica Ampliada e o HumanizaSUS ou PNH. O aprofundamento na perspectiva de gênero foi iniciado a partir da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

da Mulher, que reconheceu as especificidades do atendimento à saúde para mulheres em diferentes ciclos da vida (Brasil, 2004).

A discussão sobre a desigualdade do acesso à saúde para homens e mulheres evidenciou lacunas para o debate científico sobre a produção de saúde no atendimento às especificidades assistenciais em contexto de CAPS para mulheres e de forma mais expressiva para os serviços de saúde a mulheres negras, a partir da perspectiva racial.

O direito ao planejamento reprodutivo foi a principal área de saúde inserida no contexto de especificidade de atendimento a mulheres nos serviços SUS que obteve um direcionamento político sobre o tratamento em saúde. O estabelecimento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Portaria/GM nº. 569 de 01/06/2000, destinou cuidados no campo da saúde materno-infantil visando à necessidade de acompanhamento médico durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

A política de saúde para a área materno-infantil visa assegurar às usuárias o direito à promoção do ambiente físico adequado durante atendimentos, tendo em vista variadas formas de violência contra a mulher, vivenciadas no ambiente hospitalar, tal como a violência obstétrica, a discriminação racial, a negligência à informação à saúde etc.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento é direcionado pelo HumanizaSUS, objetivando respeito à dignidade da mulher, aos familiares e ao recém-nascido em ambiente acolhedor, bem como o acompanhamento do pré-natal de forma humanizada e segura (Brasil, 2001).

Os estudos nacionais sobre a saúde mental da mulher no período reprodutivo apontaram aspectos da desigualdade de gênero à qual o sexo feminino é exposto, que causam maior propensão e vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos associados durante a gestação.

Apesar do reconhecimento da necessidade de discussões científicas e de políticas públicas voltadas para campo da saúde e para o cuidado materno-infantil, são identificadas lacunas no processo de manejo dos psicólogos e da equipe de saúde mental nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para o atendimento à clínica de usuárias gestantes e puérperas.

4.2 Serviços estratégicos nos CAPS, na Clínica Ampliada e na população assistida

A clínica ampliada constitui-se a partir do contexto psicossocial de demanda do cuidado em território preconizado pelo SUS, em serviços assistenciais em saúde mental. Os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) caracterizam os espaços de atendimento a partir da equipe multiprofissional de saúde.

Os serviços estratégicos CAPS surgiram a partir da lógica da desinstitucionalização, com a Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de atender determinada população em sua comunidade local, a partir de uma rede articuladora. Os dispositivos dos CAPS visam prover atendimento clínico aos usuários, atendendo diariamente com a finalidade de amenizar sintomas e evitar reinternações, bem como apoiar a rede primária à saúde em suas respectivas ações de Saúde Mental (Bruscato, 2012).

Os dispositivos estratégicos estão divididos conforme abrangência populacional por região de município, de modo que o CAPS I atende a abrangência de municípios com 20.000 a 50.000 habitantes, pessoas com transtornos mentais graves, persistentes e uso de álcool e outras drogas; o CAPS II municípios com população acima de 50.000 habitantes com transtornos mentais graves, persistentes e uso de álcool e outras drogas, o CAPS III possui abrangência para municípios de 200.000 habitantes e realiza atendimentos 24 horas com leitos de internação; CAPS Ad atende municípios com mais de 200.000 habitantes exclusivamente pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas e o CAPS i para populações com mais de 200.000 habitantes realiza atendimentos para crianças e adolescentes com transtornos mentais (Bruscato, 2012).

O perfil das usuárias da Rede SUS que vivenciam a maternidade de Salvador é definido por apresentar a intersecção de iniquidades em determinantes de saúde, como moradia, saneamento básico, educação, emprego e renda.

Conforme o modelo de análise de determinantes sociais de saúde de Dalgren e Whitehead, as DSS podem ser analisadas com início em características individuais, como sexo, idade e raça. Adentrando a camada externa, encontra-se o estilo de vida e comportamento, e, na camada sucessiva, são destacadas as redes comunitárias de apoio. Na camada mais próxima a aspectos individuais, estão situados fatores relacionados à condição de vida e de trabalho, acesso a alimentos, ambientes e serviços essenciais, tais como saúde e educação (Buss e Filho, 2007; Paim, 1975).

O último nível das DSS é composto por macro determinantes, como condições econômicas, culturais e ambientais. A partir disso, considera-se que as usuárias do Sistema Único de Saúde de Salvador vivenciam determinantes sociais de saúde que repercutem na qualidade de vida, no acesso à educação em saúde, educação, transporte, moradia e condições de trabalho. (Alvarenga, Souto, Oliveira & Santana, 2018). Esses determinantes sociais de saúde são identificados no estudo de Alvarenga, Souto & Santana (2018), a partir da análise

das variáveis sociodemográficas. A vulnerabilidade social dessa população buscou elucidar as principais questões que são identificadas na vida das usuárias do serviço de saúde público de Salvador, o que possibilitou concluir que a maioria possui entre 26 e 39 anos, possui ensino fundamental completo, não trabalha fora de casa, é múltipara e possui número médio de moradores da casa de aproximadamente cinco pessoas (Alvarenga; Souto, Oliveira, & Santana, 2018).

A partir do levantamento de dados sociodemográficos da população de Salvador, foram identificadas afecções perinatais da mulher, que descrevem as principais causas de complicação e óbito relacionadas à saúde da mulher. Aspectos da cultura local evidenciaram os principais conflitos que emergiram na esfera social. Observou-se elevado número de casos de violência doméstica e psicológica, o uso de substâncias psicoativas e o aumento do número de diagnóstico de transtornos mentais do humor, como a depressão maior com tentativa de suicídio (Alvarenga, Souto, Oliveira & Santana, 2018).

4.3 Manejo clínico: clínica de gestantes com transtornos mentais graves

O conhecimento sobre o período da maternidade foi impulsionado pelo saber da ciência que, por vezes, durante a década de 1980, esteve relacionado ao discurso do saber médico-científico. O saber que se destacava pelo caráter científico na época ocorria a partir da fala dos profissionais de medicina que destacavam os cuidados maternos e o caráter vital de sua função para o progresso da vida infantil saudável de bebês, exercendo influência direta para o desenvolvimento de uma organização psíquica e física sadia. A maternidade em contexto de disfunção em saúde mental materna, no qual a mãe se encontra debilitada, apresentando algum tipo de prejuízo em área do funcionamento executivo humano, emergiu enquanto discussão após a valorização dos cuidados maternos pelo saber médico (Ariès, 1990; Badinter, 1985)

A temática da maternidade e o desenvolvimento da maternagem para mulheres que apresentam transtornos psiquiátricos tornou-se acessível a partir de maior atenção aos cuidados durante o período gestacional descrito por Badinter (1985), que mencionou em seus escritos o filósofo francês Rousseau (1965) ao pormenorizar aspectos da nutrição, dieta alimentar de gestantes, e a atenção provida por mulheres de classe abastada e, também, mulheres menos favorecidas economicamente. As questões levantadas por Badinter (1985) envolvem, portanto, aspectos socioeconômicos e morais, relativos ao conhecimento acerca

dos principais cuidados em saúde materno-infantil, orientados por pressupostos médicos-científicos (Badinter, 1985).

A maternidade associada ao contexto de diagnóstico para mulheres com transtornos mentais prévios à gravidez é concebida na literatura médica e em perspectivas históricas, associada a um período de maior vulnerabilidade de sintomas psiquiátricos graves, com episódios de mania. Conforme Gomes, Benevides e Almeida (2022) e Botega (2012), a maternidade em si é analisada como um período de vulnerabilidade para a manifestação de sintomas depressivos (Botega, 2012; Gomes, Benevides & Almeida, 2022).

Esse período é determinado pela maior suscetibilidade a episódios estressores durante a gestação, a exemplo dos quadros de ansiedade patológica e transtorno do pânico associados a complicações, como deslocamento de placenta, aborto, parto prematuro e baixo peso ao nascer. A sintomatologia do transtorno da personalidade obsessiva-compulsiva foi identificada com taxa significativa, incidindo em 30% das mulheres brasileiras que vivenciaram o período de início do ciclo gravídico.

A prevalência de transtornos psiquiátricos em gestantes no Brasil revelou que aproximadamente 15% das mulheres brasileiras atenderam a critérios de diagnósticos para quadros de depressão e transtorno de humor. A depressão perinatal foi o transtorno psiquiátrico mais comum, com taxas de 7% (Recife, PE) a 43% (São Gonçalo, RJ) em mulheres no Brasil. A prevalência desse transtorno no mundo variou entre 10% e 20% na população do gênero feminino. Essa variação ocorreu em função das características distintas das regiões, em razão de fatores culturais e do instrumento de coleta (Cantilino, Neves, & Jr, 2023).

Fatores de risco identificados na pesquisa desenvolvida por Cantilino (2023) no Brasil revelam o desenvolvimento de sintomas mencionados. Associaram-se à dificuldade em relacionamentos interpessoais e aos antecedentes psiquiátricos das gestantes com transtornos. Aproximadamente 85% das mulheres brasileiras relataram sintomas depressivos leves, acompanhados de labilidade emocional e irritabilidade. No entanto, não ocorre prejuízo na relação social ou mesmo na relação mãe-bebê.

Durante a gravidez, quadros de disforia pós-parto (puerperal blues) e depressão foram identificados como transtornos de humor leves e comuns. No período puerperal, diante da maternidade, observou-se a ocorrência de quadros psiquiátricos moderados e graves para a saúde mental da mulher. A depressão puerperal caracterizou-se pela classificação de transtorno mental grave, com início da sintomatologia de forma insidiosa, após a terceira

semana do pós-parto, incidindo em 15% das puérperas, assim como pela classificação do transtorno psicótico durante a gravidez (Botega, 2012).

As pesquisas nacionais que versaram sobre a saúde mental da mulher no período reprodutivo identificaram que o sexo feminino apresentou maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos associados durante a gestação. Conforme o estudo de Gomes, Martins, Almeida e Benevides (2022) em contexto internacional, mulheres grávidas com doenças psiquiátricas possuíam taxas elevadas de resultados adversos durante a gravidez, apresentando complicações e comorbidades como pré-eclâmpsia, cesariana e diabetes gestacional.

A depressão pós-parto, transtorno grave do humor, foi incluída em 1994 como especificador do Transtorno Depressivo Maior pelo DSM-IV, ao identificar um episódio grave de depressão no período do pós-parto (DPP), persistindo na classificação do DSM-V. A DPP afeta aproximadamente de 10% a 15% das mulheres e prejudica interações mãe-bebê.

A literatura médica atual menciona o período de início dos sintomas, em função da ocorrência da identificação de sintomas depressivos durante a gravidez. A depressão perinatal (DPN) e a depressão pós-parto (DPP) divergem sobre o tempo de duração do período do pós-parto, que varia desde o início da gravidez até quatro semanas do pós-parto.

O transtorno depressivo maior caracteriza-se por sintomas de ansiedade, agitação, concentração e tomada de decisão prejudicada, assim como sintomas do transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Identificaram-se problematizações, com ideia e temor envolvendo acidente com o recém-nascido, contaminação, doença, perda do bebê, sufocação e pensamentos sexuais sobre o bebê. Para a classificação do diagnóstico, observou-se o início do quadro depressivo no período perinatal. Conforme Cantilino (2023), mulheres brasileiras desenvolvem início da depressão dentro de oito semanas após o parto, possuem maior probabilidade de apresentar depressão grave em relação àquelas que têm início da depressão durante a gravidez. (Cantilino & JR, 2023).

A complexidade do estado psicológico das mulheres durante o período da gestação e o puerpério é discutida por autores da psicologia, como Soifer (1980), Maldonado (1991) e, também, Winnicott (2021), que amplia a discussão e o enfoque a questões de relacionamento interpessoal familiar influenciando sobre as repercussões da maternagem das mulheres.

Durante a gestação, pronunciam-se características de regressão materna. Analisada na perspectiva de Maldonado (1991), tal identificação é tecida como natural, saudável e

necessária para a construção do vínculo mãe-bebê. Conforme Maldonado (1991), a partir da psicologia da gravidez, a gestação pode ser descrita como uma fase que simboliza o desenvolvimento normal e biológico da mulher e, também, como um período de crise e transição (Maldonado, 1991).

O período gestacional da mulher apresenta um aspecto marcante para além da manifestação da voracidade oral, identifica-se a tendência à regressão. A busca pela identificação com o bebê mobiliza a mãe durante o período gravídico, de modo que é possível identificar comportamentos introspectivos e de ambivalência afetiva (Maldonado, 1991).

O segundo trimestre do ciclo gravídico é caracterizado pela alteração corporal significativa, verifica-se o aumento da sensibilidade a medida que passa a sentir o bebê real em seu corpo. Essa fase é nomeada de “personificação do bebê” e caracteriza-se pela percepção da mãe sobre a forma dos movimentos fetais e a comunicação mãe-bebê, que se torna presente (Maldonado, 1991).

O último trimestre do período gestacional é marcado por sintomas de ansiedade em razão da proximidade do parto, esse estado psiquiátrico é nomeado por Winnicott (2012) de “preocupação materna primária”. Para Maldonado (1991), trata-se de certo estado de crise peculiar da mãe no puerpério, que ocorre durante algumas semanas e meses ao final da gravidez e revela maior identificação com o bebê. Nessa crise, a mãe passa a vivenciar a mesma ansiedade do bebê, que irá vivenciar durante o parto. Com isso, ela passa à posição de maior vulnerabilidade e necessidade de proteção (Dias, 2021).

O acompanhamento psicológico pré-natal e o auxílio durante o período do puerpério atuam favorecendo a intervenção precoce e possibilitando a conquista de maior autonomia de papéis sociais (ser mãe, exercer atividade profissional) que podem ser cerceados em função do desenvolvimento de quadro grave de sofrimento mental.

4.3 Processos sociais da emancipação feminina

O cuidado na área de saúde materno-infantil destina-se à construção subjetiva da simbolização do período gestacional e o conseqüente vínculo relação mãe-bebê. Assim espera-se, de acordo com Soifer (1980), que a gestação transcorra de modo singular e subjetivo para cada mãe que atravesse e apresente vivências de sintomas de ansiedade relativos ao nascimento do bebê (Soifer, 1980).

O período gestacional suscita a redução de atividades realizadas pela mulher. Esse fator preponderante auxilia transformações internas e externas, corporais e psíquicas, que são necessárias ao desenvolvimento da mãe para com o bebê durante a gestação e no período puerperal (Winnicott, 2021).

A maternagem caracteriza-se por deter uma ação de potencial afetivo, com o desenvolvimento de diferentes funções (nutritiva e libidinal) que são exercidas durante o estágio inicial da vida pelos cuidados da primeira pessoa a que o bebê atribui como provedora de segurança – a figura materna (Duvidovich & Winter, 2005).

O auxílio do acompanhamento em saúde mental realizado em clínica psicossocial, também compreendida pela equipe multiprofissional, cujo direcionamento orienta-se pela diretriz da clínica ampliada, promove a integralidade da atenção à saúde e o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (Winnicott, 1982).

O processo cultural-histórico que envolveu a construção do vínculo materno ocorreu por meio do caminho à liberdade para as mulheres e teve início no século XVII, com o acesso ao terreno intelectual, a partir do componente da cultura, com a história da arte, letras e trabalhos de artesã, confecção de roupas e relacionado à prática de ensino junto a crianças. (Beauvoir, 2019)

A construção do sentimento de família ocorreu juntamente com a descoberta do período da infância, com o reconhecimento e a valorização do período reprodutivo no século XVII. O sentimento de família estava presente em classes mais abastadas, nas quais se prezava pela educação escolar, moral e religiosa das crianças, que ocupavam um lugar importante e destinavam um futuro planejado (Aries, 2021).

Aspectos valorizados pela família medieval foram dissolvidos ao longo do tempo, a prática de relações sociais e os arranjos matrimoniais que envolviam os bens e a posse de terras se tornaram malsucedidos, à medida que outros valores alcançaram espaço no sentimento de família ao qual a família moderna seria constituída (Aries, 2021).

A autoridade patriarcal do chefe da família moderna restituiu um atributo importante que esteve presente na origem do sentimento familiar, a necessidade de intimidade perante a sociedade e a união dos membros da família em relação a uma casa que garantisse conforto, assegurando os laços (Aries, 2021).

Ao final do século XVIII, observa-se o surgimento do conceito de amor materno com a valorização dos cuidados maternos e a importância do papel da mãe para o desenvolvimento social e afetivo do bebê. Com a assimilação desses novos valores, emergiu a conquista de

ideais iluministas, a exemplo das considerações que tecia o filósofo Rousseau sobre a necessidade da aproximação da mãe com o recém-nascido (Badinter, 1985).

De maneira similar à construção do sentimento de intimidade das famílias francesas a que se referia o filósofo Rousseau, a obra “História da Vida Privada no Brasil”, de Novais e Algranti (1997), afirma o significado da vida privada em meados do século XVI, na qual se realizavam atividades de administração de bens, de cuidados com a casa e com os filhos. Conforme Algranti (1990), as casas dos luso-brasileiros no período colonial estavam situadas a muitos quilômetros de distância da vida pública, mas, apenas no século XVIII, a acentuação do sentimento de intimidade fora reconhecido com maior clareza.

A disposição arquitetônica das casas no período colonial do Brasil colônia foi estabelecida conforme a disposição da classe econômica, indicando que casas que priorizavam o número de cômodos, a utilidade dos aposentos, a guarda e os entornos com jardins e quintais correspondiam a famílias mais abastadas, já as casas das classes humildes possuíam pouca separação de vizinhos e muros, muitos moravam em sobrados.

Conforme Algranti (1997), a função das mulheres no período colonial do Brasil, em meados do século XVI, estava voltada para o ambiente doméstico, ficava a cargo delas a limpeza da casa, a preparação dos alimentos, o comando dos empregados e trabalhos com a agulha.

Referindo-se às mulheres dos sertanejos do Rio Grande do Norte, Mawe confirma para o século XIX a importância das mulheres nos domicílios, enfatizando que o trabalho feminino consiste inteiramente nos serviços domésticos. Os homens tiram leite de vacas e cabras. As mulheres fiam e se ocupam das tarefas das agulhas (Algranti, pág .71, 1990).

O reconhecimento da necessidade de intimidade construída no interior do domicílio foi perceptível com o decorrer dos anos, quanto à adoção de costumes, como não receber visitas durante as refeições e com a reunião da família à mesa.

No início do século XIX, é possível identificar, de acordo com Algranti (1997), alguns costumes que ilustram a vida íntima dos colonos. Os significados que a vida íntima representa para chefes de família são identificados em cadernos de assentos, que apontam o hábito de registrar, por meio de anotações, os acontecimentos diários, despesas e gastos para a educação dos filhos.

O que chama a atenção nos registros do comerciante de Santos e que destoa das visitas esporádicas que os sertanistas e muitos dos primeiros colonizadores faziam a seus domicílios de origem é exatamente um “sentimento familiar”, um certo cuidado e atenção com os filhos e com a esposa, que se reflete, quer num presente ofertado, quer na preocupação em voltar para a “minha casa e minha esposa”, como escreve Aguiar, tão logo que os negócios permitissem (Algranti. pág. 108, 1990).

Ariès (1980) aponta a importância do período de estudos e a frequência às instituições escolares como aspecto fundamental de valorização da vida infantil e juvenil em diversos países da Europa. Esse processo de reconhecimento dos valores da família sucedeu de forma similar no Brasil, com a influência da colônia portuguesa a partir da incorporação de costumes lusitanos.

Os cuidados com os filhos eram constantes e requeriam gastos consideráveis. Ora era a farda e todo o enxoval de um filho cadete, ora era o telhado da casa de outro que necessitava de reparos, ou livros e mesadas de um estudante. Era o pai abastado e generoso que providenciava o bem-estar de toda a família (Algranti, pág. 112, 1990).

O sentimento relacionado à maternidade e maternagem no Brasil foi marcado pelo período das transformações econômicas de ascensão da classe burguesa ao final do século XVIII, tendo como pano de fundo a mudança do status de país colônia para o Brasil como sede do governo português.

A mudança da família real e da corte portuguesa para o Rio de Janeiro, no início do século XIX, em razão da efervescência política dos regimes absolutistas na Europa, suscitou o interesse do governo português pelas cidades brasileiras. Nesse período, promoveu-se a adoção dos costumes coloniais europeus para o Brasil. Os valores cultivados pelas famílias europeias priorizavam a mulher e a criança, assim como a família amorosa. Esses valores foram fortificados pelas práticas higienistas.

As estratégias higienistas do Estado esbarravam em costumes e hábitos da família colonial. A partir disso, a tarefa de reconversão das famílias ao Estado pela higiene foi delegada aos médicos. A mãe passou a ser reconhecida como mãe higiênica, que foi reivindicada pelo saber médico ao condenar as “mães mercenárias”, referindo-se às amas de leite que promoviam o aleitamento materno diante da recusa das mulheres de classe burguesa.

O saber médico auxiliou as mulheres a desempenharem o aleitamento a partir da insistência, com isso a função da mulher esteve confinada ao ambiente doméstico. Nesse momento da época colonial, passaram a ser valorizados os cuidados maternos com o novo olhar para a manifestação do amor materno, assim como identificado no discurso do filósofo Rousseau a respeito da dieta das gestantes, do aleitamento e da necessidade da mulher de permanecer junto à criança para o seu desenvolvimento sadio (Badinter, 1985; Moura e Araújo, 2004).

A partir desses acontecimentos pôde-se observar maior valorização da função da mulher, enquanto mãe e esposa. Esse reconhecimento envolveu a prática de cuidados com a higiene

e a dieta alimentar da mãe durante o período gestacional e no puerpério. O progresso dos valores familiares e a necessidade de intimidade semeada no núcleo familiar possibilitou o afastamento do grupo da sociedade em geral e o processo de separação de atividades mercantis da sociedade como um todo (Badinter, 1985).

A mudança na configuração da sociedade progrediu de maneira simultânea ao avanço das ciências médicas, com descobertas científicas, modernização e fenômenos de urbanização e industrialização. A concentração da população em grandes centros urbanos reverberou na eminência do mercado de sistema capitalista, com a elevação da classe burguesa e a hegemonia do saber médico. A mulher do final do século XIX era impelida a dedicar-se ao lar e aos filhos, associada à imagem de educadora. Exercia cuidados maternos de modo a demonstrar que possuía o instinto materno, mito desenvolvido em torno da figura da mulher natural e ideal (Badinter, 1985).

A emancipação da mulher caminhou com o reconhecimento do papel de mãe e da necessidade dos cuidados na infância, da educação das crianças e adoção de costumes morais e religiosos. A intelectualidade disponível primeiramente às mulheres da classe burguesa viabilizou a emancipação do pensamento e da mentalidade a que estavam aprisionadas (Aries, 1980).

A busca pelos direitos da mulher desenvolveu-se no século XIX com o movimento reformista que reivindicava igualdade de gênero. A primeira conquista de trabalho evidencia aspectos da desigualdade de gênero, ao negligenciar a condição de diferença biológica da mulher em relação ao homem. Observavam-se trabalhos em fábricas de manufatura, com agulha, e na tecelagem. As circunstâncias deste trabalho revelam a exploração à qual as mulheres das camadas menos abastadas se depararam ao tentar garantir autonomia (Beauvoir, 2019).

O desenvolvimento da psicanálise alcançou a influência sobre a posição da mulher na sociedade durante as décadas de 1980 e 1990, no Brasil. Os discursos psicanalistas de Winnicott (1986) e Klein (1986) contribuíram para o reforço do papel materno por meio dos estudos amplamente divulgados acerca da função da mãe para o desenvolvimento cognitivo do bebê. Isso repercutiu em longo prazo para uma perspectiva individualizante não apenas sobre o discurso materno como também sobre a construção da parentalidade (Moura e Araújo, 2004).

O movimento seguinte relativo à igualdade de direitos visou reformular a construção moralista da figura da mulher, moldada por valores que centralizam o homem enquanto principal figura paterna ao final do século XIX. O movimento feminista almejava desvincular

a função da maternidade ao papel da mulher na sociedade e alcançar a conquista de escolha da maternidade (Scavone, 2001). A modernidade possibilitou a conscientização das mulheres por meio da aquisição da liberdade intelectual, econômica e moral ao obter reconhecimento do saber médico pela realização dos cuidados de maternagem, influenciando aspectos cognitivos e sociais durante o período da primeira infância (Beauvoir, 2019; Scavone, 2001).

Na atualidade, é possível identificar o predomínio de discussões sobre políticas para mulheres envolvendo o enlace de fatores, como raça, classe e etnia. Questões de interseccionalidade foram identificadas e vinculam-se a questões sociais do mesmo modo que Butler (2019 apud Campos & Winograd, 2022) menciona e discute o papel do patriarcado e o viés cultural machista que se expressa majoritariamente a partir de fenômenos sociais de violência e de feminicídio (Campos. & Winograd, 2019).

A mortalidade materna de mulheres negras é identificada na contemporaneidade pela literatura nacional, com índice significativo de 66% quando comparado a 17% de mulheres brancas. As principais pesquisas da área de saúde pública indicam que essa população se caracteriza por apresentar elevada vulnerabilidade, vinculada a questões de desvantagem social, baixa representatividade na universidade, de conciliação da função materna e exercício do trabalho remunerado (Oliveira, 2019).

O discurso pertinente à maternidade de mulheres negras tem apresentado número crescente em discussões científicas no meio acadêmico. O intercâmbio de saberes nesse espaço caracteriza-se como fundamental para a construção e o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a abrangência da interseccionalidade e integralidade de serviços assistenciais em saúde mental.

Questões sociais vinculadas à violência, à maternidade romantizada e à maternidade como parte da construção da identidade da mulher são fatores biopsicossociais destacados pelos estudos atuais. Verifica-se que o direito reprodutivo está relacionado a questões de gênero e raça e a respostas universais sobre o corpo da mulher e suas escolhas em discussões sobre políticas de saúde.

4.4 Interseccionalidade

A elaboração da teoria da interseccionalidade apresenta em sua origem pontos de semelhança com a história do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Saúde

Mental no Brasil. A mobilização de civis, pessoas com ensino superior completo, a exemplo dos profissionais das ciências sociais, é identificada nos primeiros passos de construção da teoria. A menção ao termo “interseccionalidade” foi cunhada primeiramente pela advogada americana Kimberlé Crenshaw nos anos 80.

O termo surgiu após a imersão de estudos feministas iniciados nos Estados Unidos, durante a década de 1980, que abordavam e discutiam a desigualdade de gênero a partir do olhar à condição de discriminação social que mulheres negras vivenciavam no cotidiano. A perspectiva interseccional advém da compreensão da construção da identidade de determinada pessoa ou grupo, a partir elementos indissociáveis, que devem ser analisados integralmente na formulação de políticas públicas que visam dirimir desigualdades sociais.

A partir disso, identifica-se que a interseccionalidade abrange questões de identidade e opressão, tendo em vista que esse movimento surgiu como resposta teórica a questões de diversidade dentro do movimento feminista, no grupo das mulheres. A perspectiva interseccional examina como distintas as categorias sociais e culturais, que interagem em diferentes níveis em termos de desigualdade social (Nogueira, 2017).

A principal crítica que essa teoria realiza refere-se ao modo de compreensão sobre os fenômenos de opressão. Tal teoria faz uma abordagem multidisciplinar de compreensão, pois considera que as opressões relacionadas a sexo/gênero, raça/etnicidade, classe, religião e nacionalidade não agem de forma isolada e independente umas das outras, essas formas de opressão se sobrepõem e estão inter-relacionadas, formulando um sistema de opressão que viabiliza a interseção de diversas formas de discriminação.

Conforme Adrien Wing (ano apud Nogueira, 2017), a teoria da interseccionalidade é definida a partir da noção de identidade multiplicativa e não aditiva, a partir da perspectiva da multidimensionalidade de vivências de sujeitos marginalizados, formulando, com isso, um posicionamento crítico à compreensão da identidade enquanto camadas removíveis e separadas.

O pensamento interseccional visa expandir a análise do gênero, colocando ênfase sobre o entrecruzar das opressões e dos privilégios. Esse viés pode ser considerado ao identificar a população feminina das usuárias dos CAPS dos municípios de Salvador e de Camaçari.

O perfil das usuárias atendidas na Rede RAPS é majoritariamente expresso por mulheres afrodescendentes, que se encontram em situação de pobreza e convivem com transtornos

mentais. A maternidade para usuárias dos CAPS de Salvador e Camaçari é marcada pela sobreposição de opressões de raça, classe e gênero, multiplica-se a essa localização as considerações do contexto de exclusão social vivenciado por pessoas com transtornos mentais.

Diante da especificidade identitária desse grupo, emerge a discussão da psicologia em clínica psicossocial sobre as possibilidades do exercício da maternagem para essas mulheres. A contribuição do pensamento interseccional se faz imprescindível para a psicologia realizada a partir dos princípios e diretrizes da Clínica Ampliada, que tem por objetivo principal atender às demandas de saúde, jurídica, social e afetiva às quais o grupo está contextualizado historicamente.

4.5 Maternagem Winnicottiana

Há, para a psicanálise, distintas formas de abordar processos subjetivos de saúde mental durante o período gestacional, que transforma a vida da mulher. Questões fundamentais da saúde materno-infantil são descritas pela complexidade e abrangência dos cuidados maternos (Zimmerman, 1992).

Saúde mental da mulher e relação mãe-bebê são temas fundamentais discutidos por diferentes vieses de escolas da psicanálise. O referencial teórico psicanalítico de Winnicott (2021), pediatra e analista da clínica na primeira infância, exerceu contribuição por meio da teoria do amadurecimento. Esta teoria inclina-se na perspectiva da discussão sobre os processos de maturação do bebê em meio à capacidade da mãe de fornecer um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento da instância psíquica do eu integrado do bebê (Winnicott, 1982).

A abordagem do referencial psicanalítico de Winnicott observou a complexidade de exercer a maternidade quando são identificados na mãe sintomas incapacitantes que inviabilizam o maternar saudável, que pressupõe o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (Winnicott, 1982).

O referencial teórico psicanalítico apresenta leituras distintas sobre modos de viver e compreender a maternidade. Optamos por incluí-los com objetivo de evidenciar a

complexidade envolvida na análise desse fenômeno, o processo de maternagem de mulheres com transtornos mentais.

A maternagem formulada pelas construções da psicanálise psicossomática de Winnicott (2021) descreveu o desenvolvimento de duas funções distintas que ocorrem simultaneamente na relação materno-infantil, a função nutriente e a função libidinal. A realização de cuidados de higiene, nutrição e desenvolvimento cognitivo constituem-se como ações atribuídas à figura materna (Duvidovich, e Winter, 2005) (Winnicott, 1982).

A função da maternagem na psicanálise de Laplanche (1988) foi desenvolvida com finalidade de cuidado auxiliar no suporte egóico para o estabelecimento de vínculo terapêutico com usuárias com transtornos mentais que se encontravam psiquicamente regredidas e fragilizadas. A maternagem buscou reparar frustrações vinculadas à fase oral do Complexo de Édipo, por meio da relação terapêutica de apoio especializado em saúde mental.

As intervenções promovidas pela clínica psicanalítica contavam com a utilização de técnicas gráficas e projetivas e com o fortalecimento da estrutura psíquica do paciente (Duvidovich & Winter, 2005). A fundamentação teórico-clínica do psicanalista Winnicott (2021) foi desenvolvida com asserções sobre modos distintos de fornecer cuidados maternos. Para esse autor, configura-se como imprescindível a observação do desenvolvimento de recursos psíquicos maternos, tal como o estado de preocupação materna primária, que antecede o contexto para a realização da maternagem suficientemente boa.

As explorações de Winnicott (2021) sobre os estágios primitivos dos bebês e a maternagem possibilitaram à psicanálise maior alcance na proximidade acerca dos cuidados maternos. As construções teóricas de Winnicott foram guiadas para a análise do ambiente facilitador que o bebê demanda durante o desenvolvimento do *self*, instância psíquica e corporal que representa o primeiro estágio da Teoria do amadurecimento (Winnicott, 2001).

A clínica winnicottiana dos cuidados na primeira infância desenvolveu explorações a partir de estudos psicanalíticos sobre recursos psíquicos maternos fundamentais para a identificação materna na relação mãe-bebê. A função materna obtém ampla perspectiva de atividades que afetam o desenvolvimento maturacional do bebê.

O enfoque da psicanálise winnicottiana ampliou as contribuições sobre o papel da mãe com o olhar analítico sobre a função de ego auxiliar que a mesma possibilita ao bebê. O desenvolvimento do estado da preocupação materna primária possibilitou a vinculação natural da relação mãe-bebê. Identificou-se com isso, que tal aquisição possibilitou o

estabelecimento dos recursos psíquicos para a maternagem suficientemente boa (Winnicott, 1982).

A teoria do amadurecimento de Winnicott, formulada com a fundamentação da psicanálise, apresentou discussões psicanalíticas sobre questões da saúde materno-infantil na clínica do primeiro ano de vida do bebê. Essa abordagem psicanalítica destinou estudos que envolveram contribuições de processos psicossomáticos dos bebês durante estágios do amadurecimento, que caminham em direção à independência e à integração do *self* integrado.

A ênfase da teoria da psicanálise winnicottiana discute o estágio primitivo em que se identifica a dependência absoluta do bebê, evidenciando o caráter fundamental dos cuidados maternos na relação mãe-bebê. Esse vínculo é predominantemente caracterizado pelo estado de não integração do *self* e a dependência absoluta do bebê que luta para se expressar no sentido de abolir sensações de desconforto e obter nutrição (Winnicott, 1982).

Winnicott descreveu a vivência do bebê a partir do estado de não integração no início da vida. Para esse autor, a vivência de não integração caracteriza-se como natural e pertinente à imaturidade relativa ao tempo de vida e à falta de inteireza e integração psicossomática. Esse estado distingue-se da desintegração, que ocorre após ser alcançada a integração em circunstâncias defensivas do *self* para com o ambiente. Tal estado, peculiar ao estágio primitivo, direciona a conquista ao estado de integração em momentos breves de excitação vivenciados pelo bebê. Ao longo do processo de amadurecimento, sob o ambiente facilitador de cuidados maternos adequados, o estado de integração passa a se tornar duradouro e contínuo (Dias, 2021).

A perspectiva psicanalítica winnicottiana descreveu a relação mãe-bebê por meio da caracterização de fases que apresentavam aspectos psíquicos e subjetivos da interação materna relacionados aos da fase de dependência absoluta do recém-nascido.

Aspectos relacionados ao contexto do desenvolvimento prematuro do bebê foram mencionados a partir das circunstâncias do estágio inicial, ao serem observadas pontuações relativas à incapacidade de se diferenciar, auxílio para obter nutrição e mobilidade restrita. O ambiente facilitador descreveu primeiramente a mãe e a sua percepção ao identificar as necessidades do bebê, apresentando-se como suficientemente boa (Dias, 2021).

O estágio de dependência absoluta envolve os cuidados realizados pela mãe que vivencia o estado da preocupação materna primária, conforme Winnicott (2021). O olhar dessa

perspectiva teórica ressalta a sensibilidade ampliada dos cuidados durante os últimos meses da gravidez e o mês inicial do puerpério.

A identificação com o bebê revela a regressão temporária e promove melhor adaptação às necessidades que surgem. Discute-se, em saúde mental e no campo da perspectiva psicanalítica, a capacidade do exercício da função materna para tal desprendimento (Winnicott, 2001).

O desenvolvimento do vínculo com o bebê é discutido por Winnicott a partir do segurar (*holding*) e do manejar (*handling*) o recém-nascido, com objetivo de promover conforto e prevenir o abalo mental com sentimento de ansiedade terrorífica. O segurar deficiente repercute de modo a promover a sensação de despedaçamento que o bebê pode vir a vivenciar e verificar que a realidade exterior pode gerar desconforto psíquico. Essa situação é descrita pela psicanálise como uma vivência de ansiedade psicótica (Winnicott, 2001).

Os cuidados envolvidos durante o manejar fornecido pela mãe suficientemente boa envolvem o desenvolvimento do corpo psicossomático do bebê. A apresentação de objetos é um dos termos que Winnicott designa para a realização do impulso criativo do bebê, concretizado com a introdução da capacidade de relacionar-se junto à corporalidade de objetos do mundo. O desenvolvimento humano para Winnicott constitui-se como uma herança filogenética perante um processo de maturação que esteve vinculado ao acúmulo de vivências em um ambiente especificamente facilitador (Winnicott, 2023).

O ambiente maturacional é imprescindível em estágios iniciais de dependência absoluta. Quando vivenciado de forma saudável, possibilita a imersão para o desenvolvimento no estágio de dependência relativa, o qual tende a voltar-se para a independência (Winnicott, 2023)

Nesta pesquisa, a maternagem é compreendida como um intrincado processo que envolve a mãe, o bebê e a relação que se estabelece entre eles. A identificação da mãe com o bebê, a capacidade de oferecer cuidados adequados e a criação de um ambiente facilitador são elementos primordiais para o bebê e a vivência feminina.

A psicanálise considera a maternagem um conjunto de funções que envolvem aspectos nutricionais e libidinais, com ênfase na relação mãe-bebê. Winnicott (2021) está no centro dessa análise e é um dos psicanalistas que ilustram a complexidade desse estudo, ressaltando a importância da identificação da mãe com o bebê e o ambiente facilitador para o desenvolvimento saudável da vida psíquica do bebê. Na leitura proposta, destacaram-se também as mudanças histórico-culturais na construção da maternidade na

contemporaneidade em diálogo com as lutas das mulheres por emancipação, bem como questões atuais de interseccionalidade e políticas de saúde, promovendo uma visão mais abrangente da maternagem.

5 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada a partir do método de análise de sentido de categorias temáticas de conteúdo de Minayo (2014).

5.1 Desenho de estudo

A seguinte investigação científica caracterizou-se pela abordagem da pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória fundamentou-se pela busca de informações apuradas sobre determinado grupo social e valeu-se de técnicas que não exercem manipulação sobre fenômenos sociais. Esse método de investigação científica utiliza a técnica da entrevista semiestruturada, objetivando descrever, interpretar e classificar os dados de acordo com o contexto psicossocial da atuação em saúde (Piovesan e Temporini, 1995).

5.2 Participantes

A pesquisa ocorreu a partir da seleção de participantes pelo método Bola de Neve – *Snowball* (Dewes e Cunha, 2013) e a psicóloga orientadora dessa dissertação foi considerada a “Semente”, para o processo de indicação das participantes. Foram selecionados(as) cinco psicólogos(as) com experiência de mais de um ano em clínica CAPS dos municípios de Salvador e Camaçari, na Bahia, com CRP-03 ativo, que não se encontravam grávidas ao momento da pesquisa e que atendem/atenderam na clínica de usuárias com vivências de maternagem.

Os participantes mobilizados para a pesquisa foram cinco (05) pessoas psicólogas contactadas por meio do aplicativo WhatsApp.

5.3 Instrumentos

O delineamento da pesquisa realizou-se com o método construtivo-interpretativo e pela realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram delineadas a partir da elaboração do roteiro com perguntas abertas, objetivando a abrangência qualitativa das respostas sobre a assistência em saúde mental na clínica psicossocial dos CAPS desenvolvido por pessoas psicólogas. (Pope, 2005)

A entrevista semiestruturada foi eleita como estratégia de coleta de narrativas pelo seu potencial de combinar elementos de perguntas predeterminadas com a flexibilidade para explorar tópicos emergentes durante a entrevista. A sua utilização permite explorar respostas mais aprofundadas, especialmente úteis quando se investiga fenômenos complexos e multifacetados (Creswell & Clark, 2013).

5.4 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2023, pela modalidade virtual, por meio da plataforma Zoom, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme pactuado com cinco (05) psicólogas que possuíam experiência na área de atuação da clínica psicossocial em CAPS III e CAPS Ad da Bahia há mais de um ano.

As entrevistas foram realizadas a partir da disponibilidade das profissionais, acionadas, que atenderam aos requisitos do estudo. Cinco (05) psicólogas com experiência de mais de um ano em clínica psicossocial dos Caps da Bahia que atendem e atenderam usuárias dos Caps, vivenciaram a maternidade. O contato com os participantes ocorreu via WhatsApp. Foram disponibilizadas duas modalidades de entrevista: a modalidade presencial e a modalidade virtual, por meio do aplicativo Zoom. Todas optaram pela entrevista online.

Um questionário com dados sociodemográficos foi enviado com antecedência (via Forms) junto com o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE). As entrevistas se realizaram a partir das seguintes questões:

1. Qual a sua percepção sobre a clínica com mulheres com transtorno mental?
2. Na sua percepção, qual o lugar da maternidade para mulheres com transtornos mentais?

3. Como compreende o manejo na clínica psicossocial dos Caps com mulheres com transtorno mental que são atravessadas pela questão da maternidade?
4. Na Clínica da maternagem das usuárias dos CAPS há prevalência de raça/cor ou etnia?

Objetivou-se, com isso, interpretar informações relativas à percepção de pessoas psicólogas sobre a maternagem de mulheres com transtornos mentais. Em momento posterior à realização das entrevistas, realizou-se o processo de transcrição e armazenamento dessas em um *pen drive*.

5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, de forma a assegurar a defesa e a proteção dos participantes. Antecedendo a aplicação dos instrumentos de pesquisa, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, segundo a resolução CONEP N°. 196 de 1996. CAAE: 29653119.2.0000.5544. Número do Parecer: 4.353.757. (ANEXO v) A garantia da confidencialidade foi estabelecida pela Resolução N°. 466/2012 do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A proteção da identidade dos(as) participantes foi assegurada com a codificação dos dados, com a utilização de nomes fictícios e lugar reservado para a realização das entrevistas.

6. ANÁLISE DE DADOS

A presente pesquisa realizou-se com a metodologia de análise de conteúdo com foco na produção de sentido das categorias temáticas de conteúdo de Minayo (2014). Foram delimitadas cinco categorias temáticas de conteúdo que emergiram nas fala das psicólogas entrevistadas, possibilitando a partir disto a localização de unidades de significação.

Esse processo de análise envolve 3 etapas: (1) **Pré-Análise**: que consiste na organização inicial do material a ser analisado. Inclui a leitura flutuante, catalogação dos documentos, formulação de hipóteses e definição de categorias preliminares e indicadores. (2) **Exploração do Material onde se** codifica o material conforme as categorias definidas. Sequencialmente classificação dos dados, recortados em unidades de registro e contexto. (3) **Tratamento dos Resultados e Interpretação** onde a partir da organização e análise se produz a interpretação, consolidação dos dados em categorias finais e redação final.

(Minayo,2021)

Nessa pesquisa as unidades de significação que emergiram da fala das psicólogas entrevistadas foram descritas em: 1. Maternagem Possível; 2.

Maternagem Negra; 3. Vivências de Uso de Substâncias Psicoativas; 4. Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Práticas de cuidado cidadã.

Os núcleos de sentido suscitados pelas falas das psicólogas entrevistadas decorrentes das categorias temáticas foram elencados em: Maternidade em contexto de vulnerabilidade, Maternagem e o cuidado atravessado por questões raciais, Maternidade e uso de Substâncias Psicoativas (SPA's), Maternidade e vivências de desamparo, Intervenção em Saúde mental nos CAPS para construção de vínculos.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi delineado com a proposta de apresentação dos resultados alcançados a partir do formato artigo científico. Objetivou, desta forma, um maior alcance de perspectiva no meio acadêmico e no campo da saúde mental. Ao evidenciar discussões fomentadas pelas(os) psicólogas(os) trabalhadoras dos serviços assistenciais especializados dos CAPS III e AD acerca de suas perspectivas sobre o fazer na clínica psicossocial com usuárias que apresentam grande vulnerabilidade e vivenciam a maternidade, tornou-se possível identificar de que forma concebem e posicionam-se no cotidiano das práticas de cuidado, no tocante à políticas públicas de saúde, tais como proteção, atenção integral à saúde e garantia de direitos à pessoas com transtornos mentais graves, parto humanizado em território, atenção materno-infantil e atenção integral à população negra.

O Artigo denominado **IMPASSES DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL COM MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES** está a seguir apresentado na íntegra.

IMPASSES DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL COM MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

RESUMO

O cuidado em saúde mental realizado por psicólogas dos CAPS da Bahia às usuárias em situações de maternidade permitiu discutir os principais impasses e desafios da clínica materno-infantil nesses serviços. A partir de uma perspectiva biopsicossocial alinhada à psicologia antimanicomial, este estudo explorou as percepções das psicólogas sobre as especificidades da clínica com mulheres com transtornos mentais graves atravessadas pela experiência da maternidade. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, cuja a análise esteve baseada no método de análise de conteúdo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogas(os) que atuam ou atuaram em dois CAPS da Bahia, utilizando o método bola de neve para seleção dos participantes. A análise destacou os núcleos de sentido: *Maternidade em contexto de vulnerabilidade, Maternagem e questões raciais, Maternidade e uso de substâncias psicoativas (SPAs), Maternidade e vivências de desamparo e Intervenção em saúde mental para construção de vínculos*. Os resultados indicam que, segundo as psicólogas entrevistadas, a clínica psicossocial do CAPS promove um cuidado interseccional que considera as questões étnico-raciais, as condições de vulnerabilidade e a precariedade psíquica vividas pelas usuárias. O artigo dialoga com o referencial teórico de Winnicott, sugerindo que a clínica ampliada praticada pelas psicólogas do desenha o CAPS como um ambiente facilitador para a maternagem ao oferecer assistência integral em saúde mental, articulada em rede de apoio. As práticas realizadas pela equipe de saúde mental do CAPS refletem aspectos do conceito winnicottiano de “maternagem suficientemente boa”, ao mesmo tempo em que reconhecem os desafios enfrentados pelas usuárias, como baixa adesão às estratégias de redução de danos durante a gestação, vivências de internações e desfiliação social. O estudo destaca a importância de uma abordagem em Clínica Ampliada, com perspectiva interseccional para apoiar essas mulheres na construção de vínculos e no exercício da maternagem, considerando suas subjetividades e contextos de vida.

Palavras-chave: Psicologia. Maternidade. Transtorno mental. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

I. Introdução

O caminho para a maternagem de mulheres com transtornos mentais prévios à gravidez é concebido como uma experiência atravessada por fatores psicossociais e associado a um período de vulnerabilidade. Conforme Gomes, Benevides e Almeida (2022) e Botega (2012) a maternidade é um período do desenvolvimento humano naturalmente marcado por muitas mudanças e expectativas.

Os efeitos da gestação repercutem de forma singular em cada mulher e envolvem alterações hormonais, sobrecarga psíquica, acúmulo de atividades, escolhas realizadas e o cotidiano da vida. Quando à esse quadro se sobrepõe transtornos mentais e precariedades sociais e econômicas a dimensão de vulnerabilidade se coloca evidente (Botega, 2012; Gomes, Almeida e Benevides; 2022).

A ideia de vulnerabilidade nos campos da Saúde Coletiva, da Assistência Social e da Saúde Mental é tratada por autores como Czeresnia e Freitas (2009) para além do conceito de comportamento de risco, considerado uma iniquidade individual em saúde, de acordo com as determinantes de saúde - situada historicamente também em perspectiva intrapsíquica – trata-se de pensar em um fenômeno que inclui leituras sobre determinantes sociais de saúde, produção de cidadania e desigualdade social. Ao afirmar a dimensão de vulnerabilidades estamos referindo um campo interdisciplinar que envolve múltiplos aspectos capazes de exercer influência sobre bem-estar do sujeito.

Compreende-se a partir dessas considerações o campo interdisciplinar das determinantes sociais de saúde, que incluem o direito à cidadania, aspectos socioeconômicos e acesso à saúde, informação e prevenção. Esse campo abrange práticas de hábitos de vida saudáveis - aspectos comportamentais individuais – tais como lazer, esporte, alimentação saudável; busca por tratamento de saúde, capacidade para estabelecer vínculo com profissionais de saúde, contar com apoio afetivo e social do grupo familiar para assistência e suporte; contar com emprego e renda, assim como moradia adequada e saneamento básico (Czeresnia e Freitas, 2009; Bruscatto, 2012).

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um importante território de cuidado para as mulheres gestantes com transtornos mentais em condições de vulnerabilidade nas capitais brasileiras. Trata-se da clínica psicossocial, ancorada epistemologicamente na luta antimanicomial, que oferece estratégias de cuidado em clínica ampliada (Brasil, 2014) que possibilitem a essas mulheres com transtorno exercerem alguma maternagem, a maternagem possível.

A Clínica Ampliada, é uma importante diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2004) da rede SUS (Sistema Único de Saúde) e considera a dimensão do sujeito inserido em sua comunidade. É moldada a partir da construção do trabalho interdisciplinar com base no contexto da rede familiar, considerando suas possibilidades de reinserção social e autonomia do usuário (Schneider, Cerutti, Martins e Nieweglowski, 2014; Ministério da Saúde, 2004).

Esse conceito de clínica, representa um desafio para as psicólogas brasileiras, que, em sua maioria, são formadas em uma clínica pautada em referências biomédicas, contrastando com o novo campo das políticas públicas, o que exige uma ampliação das concepções de clínica, de sujeito e de saúde na prática de cuidado (Alves, Marques e de Souza, 2021)

Nessa perspectiva, o fazer em psicologia busca superar a visão fragmentada do cuidado e valorizar o protagonismo da gestante com ou sem transtorno mental, promovendo um cuidado mais humanizado e atento às particularidades de cada mulher e sua realidade, favorecendo sua autonomia e a reinserção na vida social e profissional.

O perfil das mulheres gestantes no Nordeste brasileiro foi desenhado no estudo desenvolvidos por Alvarenga, Souto, Oliveira & Santana (2018) que identifica que são majoritariamente adultas, entre 26-39 anos, com ensino fundamental completo, negras, multíparas. Entretanto, chamam também atenção para o elevado número de mulheres nessa condição que são vítimas de violência doméstica - de natureza física e/ou psicológica- e usuárias de substâncias psicoativas assinalando a condições de vulnerabilidade e sucessibilidade ao desenvolvimento e/ou agravamento quadros de transtornos mentais.

O perfil das usuárias dos Caps de Salvador e Camaçari, na Bahia, é composto por aproximadamente 90% de mulheres negras. De acordo com Oliveira (2019), a vivência da maternidade para a população feminina negra envolve maior propensão a sofrer violência obstétrica, física, sexual assim como discriminação racial. Esta afirmação é corroborada pela Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, que apresenta dados elevados de morbimortalidade materna relativa à esta população, que apresenta 70% maior frequência de casos de mortalidade materna quando comparada à população de mulheres brancas. (Brasil, 2017; Rodrigues e Alves, 2021; Cunha Nunes e Lopes, 2023)

Conforme o estudo de Cantilino (2023), a prevalência de transtornos psiquiátricos em gestantes brasileiras apontou que aproximadamente 15% das mulheres atenderam a critérios diagnósticos para quadros de depressão e transtornos de humor. Para esta pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil, a depressão perinatal foi identificada como o transtorno psiquiátrico mais comum, com taxas variando entre de 7% (Pernambuco) a 43% (Rio de Janeiro). No mundo, essa prevalência, varia entre 10 e 20%, considerando diferenças culturais e regionais (Andrade, Viana e Silveira, 2006; Cantilino, Neves, & Júnior, 2023)

De acordo com o estudo de Dalgalarondo (2019), fatores de risco são identificados no desenvolvimento dos sintomas de humor mencionados, e associam-se à dificuldade de relacionamentos interpessoais e antecedentes psiquiátricos. Aproximadamente 85%, entre grávidas e puérperas brasileiras relataram sintomas depressivos leves, acompanhados de labilidade emocional e irritabilidade, no entanto não ocorre prejuízo na relação social ou mesmo na relação mãe-bebê. Quadros de disforia pós-parto (*puerperal blues*) e depressão são identificados como transtornos de humor leves e comuns mais frequentes no período puerperal, em períodos mais avançados da maternidade a maior ocorrência foram de quadros psiquiátricos moderados e graves para a saúde mental da mulher (Dalgalarondo, 2019; Botega, 2012).

No entanto, conforme Botega (2014), a depressão puerperal é encontrada em seu estudo a partir da classificação de transtorno mental grave. Com início da sintomatologia de forma insidiosa, a depressão puerperal ocorre após a terceira semana do pós-parto incidindo em 15% das puérperas, assim como transtorno psicótico durante a gravidez (Botega, 2012). Afetando aproximadamente 10-15% das mulheres e prejudica interações mãe-bebê (Cantilino e Júnior, 2023).

A dependência química em mulheres, compõe o trabalho de psicólogas que atuam em CAPS, é descrita por Hochgraf, Kachani, Carezzato e Brasiliano (2023) como Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Esse quadro demanda um trabalho específico de rompimento de estigmas no processo de cuidado, pois esses tonalizam negativamente a vivência de pessoas do gênero feminino.

O transtorno por uso de substâncias é determinado pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. A dependência química envolve um padrão patológico de comportamentos relacionados a seu uso, considerando ações de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos. (Hochgraf, Kachani, Carezzato e Brasiliano, 2023)

O curso de desenvolvimento dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) acomete homens e mulheres de forma distinta. A população feminina costuma iniciar mais tardiamente o uso de substâncias psicoativas por motivos como estresse, sofrimento psíquico e controle do peso. A população masculina é levada a iniciar o uso de substâncias pelos amigos e as mulheres pelos companheiros. Conforme aponta o estudo de Cantilino (2023) as mulheres tendem a ter menos sintomas de abstinência de álcool quando comparadas aos homens, e tendem a sofrer mais com a fissura do que os homens, apresentando recaídas (Cantilino, Neves e Júnior, 2023).

O período gestacional para mulheres dependentes químicas é marcado pelas consequências do uso nocivo com desfecho negativo para o feto e para o desenvolvimento infantil; tal como deficiência intelectual leve e moderada, síndrome alcoólica fetal (SAF), baixo peso para a idade gestacional, malformações faciais e defeitos no septo ventricular cardíaco.

Dentre os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), a ingestão de álcool durante o primeiro trimestre de gravidez gera um risco doze vezes maior da criança apresentar alguma anormalidade, corroborando o fato de que o uso da substância psicoativa durante a gestação eleva o risco 65 vezes. As substâncias que lesam a placenta, como a cocaína/crack e tabaco ocasionam ao feto problemas secundários como parto prematuro, baixo peso ao nascer, deslocamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia (Cantilino, Neves e Júnior, 2023; Gomes, Almeida e Benevides, 2022; Bastos, Lima e Rodrigues, 2019; Moraes, 2021).

O suicídio, é também uma grave questão de saúde mental e suas ideações. São decorrentes do agravamento do quadro de um episódio depressivo agudo e está associado ao uso de álcool em pessoas com TUS, mais frequente e 8 a 10 vezes com maior frequência quando comparado com a população geral. Em relação ao gênero feminino, o estudo de Hochgraf, Kachani, Carezzato e Brasileiro (2023) aponta que mulheres alcoolistas apresentam 17 vezes maior propensão a morrer de suicídio do que pessoas sem esse diagnóstico (Cantilino, Neves e Júnior, 2023).

Esses autores localizam a vivência da maternidade por mulheres com transtornos mentais graves como uma experiência de risco e vulnerabilidade para a mãe e o bebê. Os transtornos mentais afetam e são afetados pelos processos biológicos, emocionais, simbólicos, sociais que envolvem a gestação e o puerpério.

Mas como se dá o processo de cuidado dessas mulheres no CAPS? Como psicólogas que atuam no CAPS percebem as especificidades da clínica com mulheres grávidas ou puérperas, frente a presença de transtornos mentais graves? Como psicólogas percebem o exercício da maternagem vivida por essas mulheres?

Essas questões guiaram o desenvolvimento da pesquisa que deram origem a esse artigo especialmente porque sabemos que a concepção de maternidade foi estrategicamente romantizada ao longo da história da sociedade ocidental que afirma a maternagem como algo constitutivo da identidade da mulher. (Weiss & Baggio, 2023).

A perspectiva feminista dos estudos interseccionais denuncia essa premissa de romantização do lugar materno e sua profunda relação com a vivência da mulher branca, com tempo e condições econômicas para assumir a responsabilidade pela educação e cuidado cotidiano e próximo dos filhos. Tal premissa desconsidera a condição de desigualdade social das mulheres negras, que sempre foram separadas dos filhos para trabalhar, que sofrem violência

e agressões em função da discriminação racial que impactam suas vivências de maternagem, desde a escravidão (Campos & Winograh, 2021).

Nesse cenário as autoras desse artigo assumem, desde o início, a impossibilidade de pensar a maternidade e o processo de maternagem fora de uma análise interseccionada pois a vida das mulheres que estão inseridas em grupos minorizados e são atravessadas por algum tipo de opressão e que detêm representação inexpressiva em relações de poder na sociedade em que vivem (Collins, 2022). Assim faz-se necessário conhecer os percursos de cuidado que são oferecidos a essas mulheres, de forma a contribuir, não só com as lacunas na bibliografia, mas também ambicionando provocar uma reflexão sobre as singularidades envolvidas na clínica de gestantes atravessadas pela doença mental.

Nesse artigo, consideramos que a perspectiva de leitura sobre o fazer em psicologia a partir da abordagem interseccional é especialmente relevante quando a prática clínica se volta a promoção da saúde e o bem-estar de pessoas que enfrentam múltiplas formas de marginalização, como é o caso, de grande parte das mulheres com transtornos mentais graves acompanhadas em CAPS.

Conforme apontam os estudos de Paulino, dos Santos e Santarosa (2021), Raffo, Medeiros e Lazzaretti (2021) e também de Bastos, Escorsim e de Lima (2019) o perfil de mulheres assistidas nos CAPS pode ser comparado ao de mulheres encarceradas, tendo em vista a vulnerabilidade que enfrentam, pois possuem baixa escolaridade, possuem transtornos mentais graves e lidam com discriminação racial referente à cor/raça.

O aporte teórico da perspectiva interseccional de Nogueira (2017) e Collins (2022) alerta para a característica identitária da interseccionalidade, e múltipla de opressões que essas pessoas vivenciam, sendo assim constitui-se como uma determinante social que não pode ser negligenciada em momento de análise social de direitos e perspectivas (Nogueira, 2017; Collins, 2022; Raffo, Medeiros e Lazzaretti, 2021; Bastos, Escorsim e de Lima, 2019; Paulino, dos Santos e Santarosa, 2021).

A convergência entre a clínica ampliada e a prática interseccional se manifesta no reconhecimento da complexidade das experiências individuais e na busca por abordagens de cuidado que transcendam os modelos tradicionais e reducionistas e afirmem que o cuidado deve ser integral, levando em consideração fatores sociais, culturais e estruturais que influenciam o cotidiano da vida.

Destacamos como suporte ao desenvolvimento dessa clínica a Política Nacional de Humanização (2004), a Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (Brasil, 2013), ambas constituídas como ferramentas de visibilidade da população negra e às desigualdades existentes de acesso e qualidade dos serviços assistenciais à saúde, bem

como visibiliza os indicadores de mortalidade materna (Brasil, 2013) e violências. Políticas públicas dessa natureza ambicionam mudanças no comportamento social e embora publicada há mais de uma década, a literatura de Bastos, Escorsim e Lima (2021), Barbosa (2023), Santos & Casetto. (2022), Vieira e Castanho (2021) segue descrevendo o sofrimento psíquico de gestantes e puérperas nos contextos da saúde especialmente entre usuárias atravessadas por questões relativas à raça, cor, classe social que se agravam quando se somam as questões psiquiátricas e da negritude (Oliveira, 2019; Bastos, Escorsim e Lima, 2021; Barbosa, 2023; Santos e Casetto, 2022; Vieira e Castanho, 2021).

Considerando esse cenário, esse artigo buscou conhecer a percepção de psicólogas sobre os impasses pertinentes a clínica de cuidado a mulheres com transtornos mentais atravessadas pelas questões da maternidade. Tais impasses estão apresentados em diálogo com a teoria de Winnicott e a perspectiva interseccional.

I. Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, realizada a partir do método de análise de conteúdo de Minayo, com a identificação de categorias temáticas a partir da análise dos núcleos de sentido. Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir do método Bola de Neve (Dewes e Cunha, 2013) e a semente (pessoa que indica o primeiro participante) foi a orientadora desse estudo.

Foram convidados 5 (cinco) participantes, trabalhadores de saúde mental no CAPS. Com experiência de atuação contexto da clínica psicossocial maior que 2 anos, psicólogos com CRP ativo. Os participantes foram contactados através do aplicativo Whatsapp, por chamada de vídeo e não deveriam estar grávidas ao momento da entrevista e afirmaram já ter tido experiência de atendimento clínico a mulheres com transtorno mental que estivessem vivenciando a maternidade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com informações sobre dados sociodemográficos e quatro perguntas sobre a clínica de usuárias dos CAPS com vivências de maternagem. A utilização do método Bola de Neve permite explorar respostas mais aprofundadas especialmente útil quando se investiga fenômenos complexos e multifacetados (Creswell & Clark, 2013).

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2023, pela modalidade virtual por meio da plataforma Zoom, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram disponibilizadas duas modalidades de entrevista, modalidade presencial e modalidade virtual, todos optaram pelo virtual, em horário acordado na conveniência de

ambos. As entrevistas foram gravadas com o auxílio do computador. Em momento posterior foram transcritas e analisadas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, de forma a assegurar a defesa e proteção dos participantes. Antecedendo a aplicação dos instrumentos de pesquisa, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE segundo a resolução CONEP Nº. 196 de 1996. CAAE: 29653119.2.0000.5544. Número do Parecer: 4.353.757. (ANEXO v) A proteção da identidade das(os) participantes foi assegurada com a codificação dos dados, com utilização de nomes fictícios e lugar reservado para realização das entrevistas.

A análise das entrevistas realizou-se com a metodologia de análise de conteúdo temáticas proposta por Minayo (2014) que define categorias temáticas de conteúdo e sequencialmente analisa os sentidos produzidos por elas. Foram delimitadas categorias temáticas de conteúdo que emergiram nas falas das psicólogas(os) entrevistadas e o sentidos atribuídos a elas desvelaram as singularidades da clínica psicossocial de dois CAPS da Bahia (Caps II de Camaçari e Caps III Salvador) e apresentadas com nomes fictícios.

I. Referencial Teórico

Para dialogar com as narrativas das psicólogas sobre as singularidades da clínica psicossocial com mulheres, cuja a vida está atravessada pela maternidade e por transtornos mentais severos, começamos a discutir a saúde mental da mulher e a relação mãe-bebê pela abordagem psicanalítica, para quem o tema é fundamental para pensar a constituição psíquica propriamente dita.

Nesse estudo adotamos o referencial teórico de Winnicott (2021), pediatra e analista da clínica na primeira infância, que exerceu contribuição por meio da Teoria do Amadurecimento, centrado na importância do ambiente e das relações interpessoais para desenvolvimento emocional do indivíduo. Esta teoria inclina-se na discussão sobre os processos de maturação do bebê em meio à capacidade da mãe de fornecer um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento da instância psíquica do eu integrado do bebê (Winnicott, 2021).

A clínica winnicottiana dos cuidados na primeira infância considera que recursos psíquicos maternos são fundamentais para a identificação materna com o bebê e conseqüentemente para o fortalecimento do vínculo na relação mãe-bebê. A preocupação materna com os cuidados primários possibilita uma vinculação que dará sustentação à relação mãe-bebê, estabelecendo recursos psíquicos para a maternagem suficientemente boa (Winnicott, 1982; de Vargas Weiss e Baggio, 2023; Barbosa, 2023; Artmann e Lima, 2021).

Entretanto, nem sempre é possível a uma mulher dar conta dessa posição de cuidado e proteção. Na leitura da maternagem winnicottiana proposta destacaram-se também as mudanças histórico-culturais na construção da maternidade na contemporaneidade em diálogo com as lutas das mulheres por emancipação, bem como questões atuais de interseccionalidade e políticas de saúde promovendo uma visão abrangente da maternagem (Nogueira, 2017; Collins, 2022; Akotirene, 2019; Campos e Winograh; 2024).

As mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) do Nordeste do Brasil apresentam determinantes sociais que repercutem na qualidade de vida, no acesso à educação em saúde, educação, transporte, emprego e moradia. Conforme o estudo de Alvarenga, Souto & Santana (2018) realizado em Salvador sobre as variáveis sociodemográficas e a vulnerabilidade social de mulheres gestantes, que buscou elucidar as principais questões identificadas na população feminina de usuárias do serviço de saúde público do Nordeste do Brasil, possibilitou-se concluir que a maioria possui entre 26-39 anos, possui ensino fundamental completo, não trabalha fora de casa, é múltipara e possui número médio de moradores da casa de aproximadamente cinco pessoas (Alvarenga; Souto, Oliveira, & Santana, 2018; Raffo e Medeiros, 2021).

Em seu estudo, Santos e Casetto (2023) descrevem um tratamento realizado na clínica psicossocial do CAPS, ancorado na abordagem clínico-teórica da psicanálise winicottiana junto a mulheres gestantes com transtornos mentais prévios à gravidez. O estudo aponta o potencial de enfrentamento em grupos como estratégia que auxilia positivamente no desenvolvimento da função materna, permite as usuárias o estímulo ao reconhecimento de características da mãe suficientemente boa, a partir das ações de apoio matricial da equipe de saúde mental dos CAPS.

Nesse cenário, a equipe de psicologia e saúde mental aproxima-se da atuação de modo auxiliar, exercido pela função da mãe suficientemente boa, descrita por Winnicott enquanto capaz de promover um ambiente facilitador de aprendizagem, nesse contexto relativo a maternagem das usuárias. O ambiente facilitador é localizado nas ações de acolhimento e orientação da assistência psicológica, bem como o ambiente do Caps que propicia uma vinculação da mulher com a função da mãe, conforme Winnicott (2023). O fazer clínico do grupo e da equipe servem como empréstimo de recursos simbólico-emocionais para as mães com transtornos mentais graves. Com a possibilidade da terapêutica em psicoterapia de grupo, faz-se circular narrativas sobre a maternagem possível, viabilizando o aumento do cuidado na relação e no vínculo mãe-bebê (Winnicott, 2023; dos Santos e Casetto, 2023).

A estratégia de enfrentamento da equipe multiprofissional consiste em um conjunto de ações que potencializam a autonomia das usuárias sensibilizando-as para o exercício do cuidado

sobre si durante a maternidade. As ações da equipe do CAPS alinham-se aos princípios da luta antimanicomial, na perspectiva biopsicossocial, de atendimento integral em território e assemelham-se aos cuidados da mãe suficientemente boa do psicanalista Winnicott (dos Santos e Casetto, 2023; Esswein, Teixeira, Lopes e Piccinini; 2021).

Esse fazer em clínica ampliada faz suporte a um possível de maternar. Portanto, trata-se de uma clínica complexa, atravessada por singularidades que serão a seguir descritas a partir do olhar de psicólogas que afirmaram já ter assistido a mulheres com transtornos mentais graves e desafiadas pelas exigências de maternar.

IV. Resultados

O conjunto das entrevistas revela que os psicólogos entrevistados apresentavam um perfil profissional maduro, todos com mais de 5 anos de experiência profissional e idade acima de 30 anos, como descrito no **Quadro 1**.

QUADRO 1. Perfil sociodemográficos dos participantes.

NOME FICTÍCIO	PATRÍCIA	LAURA	ADRIANA	JOSÉ	WILSON
GÊNERO	FEM	FEM	FEM	MASC	MASC
IDADE	35	62	39	61	40
TEMPO DE FORMADA	9 ANOS	40 ANOS	14 ANOS	30 ANOS	14 ANOS
TEMPO DE CAPS	5 ANOS	10 ANOS	9 ANOS	20 ANOS	5 ANOS
TIPO DE CAPS CLÍNICA	AD	III	AD	AD	AD

A análise das entrevistas realizadas às psicólogas dos CAPS de Salvador e Camaçari, na Bahia, localizou a assistência psicológica e o trabalho de manejo assistencial em clínica psicossocial materno-infantil para auxílio às usuárias. De acordo com as psicólogas entrevistadas trata-se de um exercício complexo e implicado por diversas questões sociais e relacionais, além do transtorno mental em si. As unidades de significação que emergiram da fala das psicólogas entrevistadas foram descritas em: 1. Maternagem Possível; 2. Maternagem Negra; 3. Vivências de Uso de Substâncias 4. Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Práticas de cuidado cidadã.

Os núcleos de sentido suscitados pelas falas das psicólogas decorrentes das categorias temáticas foram elencados em: Maternidade em contexto de vulnerabilidade, Maternagem e o cuidado atravessado por questões raciais, Maternidade e uso de Substâncias Psicoativas (SPA's), Maternidade e vivências de desamparo, Intervenção em Saúde mental nos CAPS para construção de vínculos.

O conjunto de respostas indica que a prática clínica nos CAPS promove um investimento na maternagem como uma experiência possível para mulheres com transtornos mentais graves, e, em acordo com a perspectiva winnicotiana essa prática clínica focaliza, para isso, a possibilidade de cuidar de si e a partir daí poder oferecer algum cuidado ao outro.

“E ela traz essa questão da maternagem, de maternar, e de ter um filho e de ser mãe.” (Laura)

Nesse estudo o CAPS emerge como dispositivo de cuidado possível de oferecer algum nível de assistência e acolhimento às demandas cidadãs e de saúde de mulheres com transtornos mentais em condição de vulnerabilidade através da Clínica Ampliada.

“Quando você lida com uma clientela que é atendida pelo SUS há uma questão social de muita vulnerabilidade, de família às vezes muito desestruturadas, sem nenhum tipo de apoio e vínculo mais consistente de apoio para esse processo de maternidade.” (Laura)

“Tudo começa pelo acolhimento. A forma como a gente acolhe essa pessoa com sofrimento psíquico, o direcionamento do acolhimento e construção da rede de apoio. Não só no serviço do caps, mas onde a gente possa trabalhar em rede, com rede de apoio, a gente vai construindo essa rede de apoio.” (Wilson)

Os fundamentos epistêmicos da prática clínica respondem aos princípios da reforma antimanicomial numa lógica territorializada que tem como dimensão singular o refinado trabalho de investimento na possibilidade dessa mãe maternar.

“A gente trabalha sempre na lógica da redução de danos, a maioria dessas mulheres não consegue se manter numa lógica da abstinência e a gente vai criando estratégias, tanto dentro do processo terapêutico quanto da dinâmica de uso, que elas não se coloquem em situação de risco, não sofram violências, para que esse uso seja o menos prejudicial para o bebê.” (Adriana).

“A equipe do Caps está em todos os níveis de cuidado, na questão da segurança, no registro do filho, para matricular e integrar o atendimento na rede básica desde o acompanhamento pré-natal da gestante, até depois de ter o filho, no puerpério. Há uma intensificação do cuidado dessas pessoas, em todos os níveis.” (José)

O trabalho clínico envolve inclusive a ofertar, à mãe e ao bebê, assistência para o manejo de cuidados primários investindo nas possibilidades de estabelecimento de vínculo entre a mãe e o CAPS e a mãe e o bebê, sem julgar e romantizar a maternagem. Para as psicólogas entrevistadas, trata-se de uma clínica apta a oferecer-se como espaço de apoio às condições psíquicas da paciente e às demandas do bebê, distanciada da leitura moral da incapacidade do cuidado e do estigma relativo à maternidade das usuárias de Substâncias Psicoativas (SPA's).

A gente percebe uma dificuldade desse cuidado dessa relação afetiva quando criança, quando bebê, quando a gente lida por exemplo com esse público recém parida, a gente vê essa dificuldade da mãe em ofertar o cuidado mais primário, de amamentação, de cuidados de banho, de troca de fralda, muitas vezes a gente vê a dificuldade da mãe em se reconhecer como mãe e responsável pelo cuidado. Muitas vezes o próprio sofrimento psíquico da mulher faz com que ela não possua esse vínculo com a criança, muitas vezes esse cuidado é direcionado para a rede de apoio da mãe. (Wilson)

Esse caso que eu falei que eu acompanhei pelo matriciamento era uma mulher que tinha, eu acho que ela estava na sexta gestação, e eu acho que de forma geral os profissionais tem uma leitura muito moral sobre a maternidade entre mulheres com transtorno mental. Eu acho que tem muito esse olhar da incapacidade do cuidado, e a discussão era com a Equipe da Atenção Básica que acompanhava ela, a gente precisa garantir que ela faça ligadura de trompa por que essa mulher não pode mais ter filho, porque ela não dá conta de cuidar. (Patrícia)

“Muitas vezes em situações, principalmente de surto psicótico nesse período, nessa relação da mãe com a criança, a gente vê que há um corte na relação da mãe com a criança e a gente procura fortalecer essa rede de apoio, procura trabalhar nessa vinculação da mãe com a criança.” (Wilson)

Nesse cenário foram delimitados os Impasses da Clínica psicossocial, identificados nas entrevistas e categorizados no **Quadro 2.**, a partir das unidades de significação: Maternagem possível, Maternagem Negra, Vulnerabilidade como Condição, Vivências de Uso de Substância Psicoativas e Rede de Apoio.

Unidade de Significação	Núcleo de Sentido	Unidade de Contexto	Unidade de Registro/Fragmento
Impasses da Clínica Psicossocial			
Maternagem Possível	Maternidade em Contexto de Vulnerabilidade	Patrícia e Adriana falam sobre a complexidade das usuárias dos CAPS	<i>Há um esforço de cuidar-se para a melhor maternagem possível, e eu acho que a gente no cuidado também tem esse desafio de construir uma relação, de construir esse lugar da maternagem para essa mulher o mais saudável possível e articular tudo com a rede de suporte, porque nenhuma mulher sem a rede de suporte vai ter uma relação boa com a maternagem, vai ser sofrido para qualquer mulher, ainda mais para essa sem apoio, ainda mais alguém que já essa tem Vulnerabilidade prévia.</i>
Maternagem Negra	Maternidade em aspectos étnico-raciais	Adriana fala sobre racismo institucional	<i>Ela relatou que estava sentindo muita dor e que ouviu dos profissionais que estavam no hospital de que ia se</i>

			<p><i>acostumar com a dor e eu tenho certeza que se ela fosse uma mulher branca ela não ia escutar esse tipo de coisa, né, como se por ser uma pessoa negra ela teria mais resistência à dor.</i></p>
<p>Vivências de Uso de Substâncias Psicoativas</p>	<p>Maternidade e Uso de Substâncias Psicoativas</p>	<p>Adriana fala sobre a vulnerabilidade psíquica do TUS e outros transtornos no gênero feminino</p>	<p><i>Há um estigma ao usuário do paciente que faz uso de substâncias psicoativas e quando esse usuário é uma mulher, esse estigma é ainda maior.</i></p> <p><i>A gente trabalha sempre na lógica da redução de danos, a maioria dessas mulheres não consegue se manter numa lógica da abstinência e a gente vai criando estratégias.</i></p>
<p>Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Práticas de Cuidado Cidadã</p>	<p>Intervenção em Saúde mental nos CAPS a partir da rede de apoio para construção de vínculos</p>	<p>Wilson e Adriana falam sobre vínculo familiar e falta de rede de apoio para maternagem</p>	<p><i>Muitas vezes em situações de surto psicótico nesse período, nessa relação da mãe com a criança, a gente vê que há um corte na relação da mãe com a criança e a gente procura fortalecer essa rede de apoio, procura trabalhar nessa vinculação da</i></p>

		<p><i>mãe com a criança. A gente percebe a influência do transtorno mental, o estado psíquico da mãe tende muitas vezes a afastar a criança e a relação afetiva e física também. A gente vê essa dificuldade da mãe em ofertar o cuidado mais primário, de amamentação, de cuidados de banho, de troca de fraldas... Muitas vezes a gente a dificuldade da mãe de se reconhecer responsável pelo cuidado. Muitas vezes esse cuidado com a criança é direcionado para a rede de apoio da mãe.</i></p> <p><i>A forma como a gente acolhe essa pessoa com sofrimento psíquico, o direcionamento do acolhimento e construção da rede de apoio. Não só no serviço CAPS, mas onde a gente possa trabalhar em rede, com rede de apoio, a gente vai construindo essa rede de apoio.</i></p> <p>Wilson</p> <p><i>Então quando a gente cria um ambiente para que essas mulheres possam falar sobre seus sofrimentos, suas dores, suas</i></p>
--	--	---

			<i>insatisfações, compartilhar isso tanto individualmente quanto coletivamente a gente vai percebendo uma melhora, um certo alívio né, nesse processo. Acho que nosso papel mesmo nessa Clínica AD é fazer com que essas mulheres tenham direito de exercer a maternidade.</i>
--	--	--	--

I. Discussão

A fala das psicólogas trabalhadoras dos CAPS descreveu a clínica de mulheres com transtornos mentais atravessadas pela maternidade a partir de um trabalho de investimento na *Maternagem Possível*, identificada nesse trabalho como o primeiro núcleo de sentido. A percepção das psicólogas atuantes na clínica psicossocial pontuou que a maternagem das usuárias acontece de modo particular, pois vivenciam transtornos mentais e do comportamento que impactam negativamente na relação materna e na construção do vínculo mãe-bebê.

Nessa leitura foi possível apreender que as psicólogas que atuam nos CAPS realizam o manejo assistencial de forma intersetorial, com atuação em rede integral, em ações de saúde destinadas às usuárias dos serviços assistenciais em saúde mental, que apresentam vivências de sofrimento psíquico intenso no período gestacional e puerperal. A fala das profissionais de saúde entrevistadas enfatizou intervenções inseridas na saúde materno-infantil, a partir do acolhimento às puérperas ou gestantes (Rosseti e Gutierrez, 2020; Cruz de Moraes, 2021).

A perspectiva compartilhada das psicólogas abrange a partir disso questões referentes à Psicologia da Gravidez, delimitada por autores como Maria Tereza Maldonado (1989) e proposta por Winnicott (2023) em perspectiva ampliada, com o olhar da clínica de abordagem psicanalítica. Com base na Lei nº 13.257 de 2016, que dispõe sobre políticas públicas na

primeira infância, a equipe referenciada de saúde e a assistência psicológica da rede SUS às gestantes atuam com objetivo de assegurar acompanhamento na maternidade e na comunidade em que estão inseridas (Esswein, Teixeira e Piccinini, 2021; dos Santos e Casetto; 2023).

A abordagem de tratamento de saúde em cuidado territorial (visitas domiciliares) propõe ações de orientação para o aleitamento, cuidados maternos e acolhimento psicológico diante de impasses tal como a incapacidade de cuidar do bebê, demanda quanto à internação psiquiátrica e apoio da assistência social. (Brasil, 2016)

Nesse estudo o destaque à subjetividade da maternagem das usuárias foi compartilhada na perspectiva das psicólogas da clínica ampliada assim como corroborada pela abordagem da clínica psicanalítica de Winnicott (2021). A visão das psicólogas da clínica psicossocial dos CAPS Ad e III de Salvador e Camaçari ressaltou a necessidade de não reduzir as usuárias a seus transtornos mentais, pontuando assim a necessidade de potencializar a autonomia delas a partir do fortalecimento psíquico para o exercício dos cuidados maternos (Brasil, 2004).

A subjetividade mencionada pelas psicólogas dos CAPS foi descrita a partir da necessidade de tratamento individual, com respeito à singularidade de cada caso, relativa à rede de apoio familiar das usuárias e dos determinantes sociais que permeiam o seu território, tal como dispõe a diretriz da PNH, para a construção do Projeto Terapêutico Singular. O destaque conferido pelas psicólogas enfatiza o posicionamento ético-político de atuação necessária para essa abordagem de tratamento comunitário, em conformidade com o movimento da luta antimanicomial de cuidado humanizado em saúde mental (Brasil, 2014).

A clínica psicanalítica de Winnicott (2021), diante do desafio de promover acolhimento e atenção para a mãe e o bebê, concentra-se nos cuidados maternos, a saúde mental materna como estado que influencia e é capaz de interferir no desenvolvimento do bebê. O enfoque dessa clínica visa potencializar o vínculo primordial entre mãe-bebê. A clínica de Winnicott (2021) versa sobre a saúde mental na primeira infância, o vínculo na relação mãe-bebê e também sobre os cuidados maternos que propiciam o desenvolvimento ao bebê para a conquista da independência de um eu integrado (Dias, 2021).

Essa compreensão de abordagem clínica torna possível pensar ações da clínica psicossocial junto às usuárias com transtornos mentais graves atravessadas pela maternidade a partir de uma clínica da subjetividade, marcada pela interseccionalidade e pelo empréstimo de recursos simbólico-emocionais facilitado equipe do CAPS para as usuárias resgatarem autonomia e maternarem (Vieira e Castanho, 2021; Vargas Weiss e Baggio; 2023).

Na perspectiva de estudo da psicanálise compreende-se o desenvolvimento humano de forma subjetiva e maturacional, sendo assim torna-se possível analisar o período puerperal e o papel materno, que envolve o desempenho da mãe, que exerce função de ambiente facilitador e é capaz de entrar em contato de forma subjetiva e única com o bebê (Dias, 2021).

As perspectivas clínico-teóricas da psicanálise indicam a possibilidade de análise em outros contextos de tratamento de saúde, tal como o psicanalista e pediatra também propôs a análise de pacientes regredidos, de estrutura psíquica referente à transtornos psicóticos (Winnicott, 2021) (Winnicott, 1982).

As intervenções terapêuticas retratadas pelas psicólogas durante as entrevistas contaram com o acolhimento, ações de psicoeducação com o ensino sobre assistência exercício dos cuidados primários em caráter de tratamento territorial e assistência à saúde mental das puérperas, discutido como um período crítico, que envolve labilidade emocional e desencadeamento de crises em saúde mental.

As intervenções da equipe interdisciplinar aproximam-se das características de conceitos da clínica da psicanálise winnicottiana. Tal conceito, a maternagem, conta com o desempenho materno e função materna para as ações de holding (segurar) e o handling (manejar), que descreve o conjunto de cuidados desenvolvidos pelas mães com os bebês. O holding é descrito pelo psicanalista Winnicott, enquanto cuidado natural relativo à função da mãe nos primeiros meses de vida do bebê (Winnicott, 2020; 2023; de Vargas Weiss E Baggio, 2023)

Para o autor, o handling (manejar) envolve a capacidade da mãe em ofertar conforto diante de situações em que o bebê pode experimentar medo, frustração e ameaça ao eu. Essa concepção clínico-teórica da psicanálise winnicottiana emergiu da fala das psicólogas que destacou o investimento realizado no trabalho assistencial em busca de promover o possível de maternar em cada uma das mulheres atendidas, o que incluía o trabalho com sua rede de apoio, ou a ausência dessa.

Conforme as psicólogas(os) entrevistadas, a forma de conduzir assistência em Clínica Ampliada nos CAPS direciona-se pela ética do cuidado, buscando intervenções que propiciem a construção simbólica, psíquica, da maternidade de mulheres que se encontram psiquicamente vulneráveis, com poucos recursos afetivos-simbólicos (Schneider, Cerutti, Martins e Nieweglowski, 2014).

A discussão em perspectiva interseccional tem sido fundamental para compreender a maternidade das usuárias, conforme relatado pelas psicólogas da clínica psicossocial. O perfil dessas usuárias dos CAPS foi delineado nas entrevistas, revelando que, na experiência profissional de cada psicóloga, elas apresentam uma significativa lacuna de recursos afetivos,

especialmente em relação ao desamparo social, além de atravessamentos de gênero e raça/cor, com ênfase na maternagem negra. Essa análise gerou o segundo núcleo de sentido: *Maternagem Negra*.

Conforme o estudo de Rodrigues e Alves (2021), as questões raciais e de gênero são abordadas na pesquisa de Akotirene (2019) sobre desigualdade no acesso à informação em saúde. Essa perspectiva é corroborada pelas psicólogas que atuam nos CAPS AD, que definiram o perfil das usuárias na Bahia, caracterizado por determinantes sociais da saúde, como violência social e de gênero, vulnerabilidade da população negra e escassez de recursos socioeconômicos.

As considerações das psicólogas sobre o perfil das usuárias gestantes nos CAPS são apoiadas por estudos recentes em diversas regiões do Brasil, como os de Paulino, dos Santos e Santarosa (2021), Barbosa (2023) e Bastos, Escorsim e de Lima (2019), que analisam gestantes internadas em hospitais psiquiátricos. O estudo de Raffo, Medeiros e Lazzaretti (2021) destaca como fatores sociais, como desemprego e violência doméstica, e fatores individuais, como a falta de suporte afetivo e labilidade emocional, impactam negativamente o período do parto e puerpério. Além disso, os trabalhos de Oliveira (2019) e Rodrigues e Alves (2021) ressaltam a perspectiva interseccional e discutem a invisibilidade da maternidade negra.

A prática clínica com essa população requer uma ética do cuidado, com a promoção da assistência cidadã às usuárias que enfrentam a jornada de serem mulheres, predominantemente negras e mães, marcadas por experiências de discriminação em contextos de intensa vulnerabilidade social e sofrimento psíquico, além dos desafios inerentes à maternidade.

O perfil majoritário das pacientes atendidas, que reflete questões de desigualdade social e opressão, destaca a relevância de uma clínica interseccional. Essa abordagem permite compreender o sofrimento psíquico a partir da intersecção de opressões relacionadas às determinantes sociais, que influenciam as experiências de transtorno e maternagem. As falas das psicólogas revelam que a maternagem de mulheres com transtornos mentais é uma experiência composta por elementos inter-relacionados, onde raça, classe, orientação sexual, capacidade física e rede de apoio são aspectos indissociáveis do processo, permeado por múltiplas formas de discriminação (Akotirene, 2019; Oliveira, 2019; Nogueira, 2017; Rodrigues e Alves, 2021; Nunes e Lopes, 2023).

De acordo com os estudos de Nunes e Lopes (2023), as psicólogas também evidenciam que essas mulheres enfrentam diversas formas de violência, tanto em relação aos estigmas associados às doenças mentais quanto em diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Violências institucionais, obstétricas, verbais e negligências contribuem para experiências de desatenção, solidão, falta de apoio e procedimentos invasivos, intensificando o sofrimento durante os itinerários terapêuticos. Além disso, violências físicas são frequentemente relatadas por essas mulheres, especialmente aquelas que vivem nas ruas, perpetradas por parceiros, familiares e policiais (Oliveira, 2019; Rodrigues e Alves, 2021; Cunha Nunes e Lopes, 2023; Akotirene, 2019).

As entrevistas realizadas com psicólogas destacam a importância da intervenção psicológica na clínica psicossocial, especialmente no manejo de usuárias dependentes químicas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa abordagem de tratamento exige que os profissionais de saúde adotem uma postura ético-política, respondendo às demandas de apoio macrossocial e oferecendo suporte em rede para mulheres que utilizam substâncias psicoativas, sem estigmas ou uma visão moralizante e medicalizante, com foco na abstinência. A partir dessas falas, foi possível identificar um terceiro núcleo de sentido: as Vivências de Uso de Substâncias Psicoativas.

A clínica psicossocial tem se concentrado no fortalecimento da rede de apoio, reconhecendo que a saúde mental está intimamente ligada à vulnerabilidade psíquica das gestantes durante o puerpério, incluindo aspectos raciais que afetam a maternidade de mulheres negras, além do desamparo psicológico e social em contextos de desfiliação familiar. As psicólogas dos CAPS AD enfatizam a Clínica Ampliada, que abrange ações de acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco, intervenções precoces durante o pré-natal, e consultas individuais e grupais (Castel, 1997; Esswein, Teixeira e Lopes, 2021; Mezaroba, Canabarro e Mattei, F., 2022).

Essas iniciativas são essenciais para promover um acompanhamento integral na saúde materno-infantil. A partir do atendimento multiprofissional, é possível desenvolver o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é construído em conjunto por diversos profissionais de saúde, favorecendo o vínculo terapêutico e resultados positivos no tratamento comunitário em saúde mental nos CAPS (Amarante, 1996; dos Santos e Casetto, 2023).

Com uma visão ampliada em saúde, as psicólogas ressaltam a importância de ações preventivas que visam à promoção da saúde, conforme Czeresnia e Freitas (2009). Estudos nacionais, como os de Evangelista e Amaral (2019), Vargas Weiss e Baggio (2023), e Benincasa e Freitas (2019), corroboram a necessidade de cuidados em saúde que incluam políticas públicas, campanhas de vacinação e intervenções precoces em diferentes contextos, como serviços comunitários dos CAPS e internações em maternidades psiquiátricas. As psicólogas entrevistadas também destacam a relevância dos PTSs, que enfatizam a subjetividade das usuárias e a construção de saberes compartilhados para um tratamento

adequado em saúde mental. Elas mencionam casos de usuárias que, com o apoio da rede familiar e do tratamento no CAPS, conseguiram exercer uma maternidade satisfatória. O PTS é uma ferramenta que permite planejar e coordenar o cuidado de uma pessoa, levando em consideração suas necessidades específicas, contexto de vida, rede de apoio e potencialidades, sendo desenvolvido por uma equipe interdisciplinar em colaboração com o paciente e, muitas vezes, sua família (Alves, Marques e de Souza, 2021).

O perfil populacional identificado na pesquisa está alinhado com o estudo de Nunes e Lopes (2023), que revela que o pré-natal na rede SUS (Sistema Único de Saúde) para gestantes negras é marcado pela falta de acesso à informação, com cerca de 78% das mulheres sem conhecimento sobre o local do parto e atendimento pré-natal. Isso evidencia as desigualdades raciais enfrentadas por mulheres brasileiras, uma vez que 87,7% das mulheres brancas consideraram o atendimento adequado. Em relação à qualidade do atendimento durante o parto, 70% das mulheres negras e brancas classificaram o serviço como bom ou muito bom (Nunes e Lopes, 2023).

Na perspectiva das psicólogas entrevistadas o conjunto de impasses encontrados só enfatizam a importância da ótica do cuidado humanizado como estratégia que respeita a subjetividade das usuárias. E destacam a importância de não reduzir as mulheres aos seus transtornos mentais. Outro ponto destacado por elas foi a importância da rede de apoio familiar para a produção de cuidado, em acordo também com os estudos de Meirelles, Chohfi e Basilio (2014), Ferreira, Borba e Capistrano (2015) que já há algumas décadas afirmam a rede de apoio como um fator de proteção capaz de influenciar positivamente na maternagem, na relação mãe-bebê e na autonomia das usuárias. Essa compreensão das profissionais de saúde acerca da clínica em território nos CAPS evidenciou o quarto núcleo de sentido *Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Práticas de Cuidado Cidadã*.

Um terceiro elemento destacado foi a necessidade do acompanhamento integral em território, e, especialmente, na ausência da rede de suporte da família ações dessa natureza territorial potencializam o desenvolvimento da construção de vínculos substitutivos com as psicólogas e a equipe de saúde mental, facilitados pelo espaço potencial dos CAPS (dos Santos e Casetto, 2023; Cardoso e Vera, 2023).

Para as entrevistadas a realização da clínica em território, com acompanhamento em diversos níveis de atenção à saúde, sob a ótica do cuidado interseccional realizado é capaz de viabilizar a possibilidade do exercício da maternagem suficientemente boa para as usuárias. Conforme aponta a percepção das psicólogas, ao considerar a subjetividade de cada usuária, conferindo destaque às questões como apoio do vínculo familiar para maternar, desejo de melhora, adesão ao tratamento, consciência do transtorno mental e determinantes de saúde, tais como moradia e renda familiar.

De acordo com Bruscato, Bertolli, Reis e al. (2012) o apoio matricial é uma técnica de atuação que objetiva garantir o suporte de uma equipe especializada à profissionais encarregados de questões de atenção a problemas de saúde. A técnica do matriciamento é fundamentada pela articulação de duas dimensões: apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico (Bruscato, 2012; Bertolli e Reis, 2012).

Ocorre por meio da diretriz Clínica Ampliada da PNH (Brasil, 2004) nos atendimentos realizados em CAPS AD a partir de um conjunto de profissionais que não possuem relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão dar suporte às equipes de referência, objetivando aumentar a capacidade de intervenção e resolutividade das ações, estimulando a corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos (Bruscato, 2012).

Cabe ao CAPS, como política pública, oferecer suporte às usuárias de maneira a garantir o direito da maternagem possível, como afirmam as participantes da pesquisa. A Clínica Ampliada realizada pelos psicólogos e profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde mental dos CAPS é a principal diretriz da política HumanizaSUS, que orienta processos de subjetivação facilitados pelo trabalho interdisciplinar (Brasil, 2004).

Foi possível observar que o acompanhamento da clínica psicossocial às gestantes e puérperas com dependência química ou não desenvolve-se conforme a fala das psicólogas, por meio do acolhimento às demandas das usuárias, com a integralidade dos cuidados em saúde a partir de visitas domiciliares, orientação sobre cuidados maternos, aleitamento e amamentação.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.088 de 2011 as intervenções em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão baseadas em práticas de cuidado cidadã, que objetivam a garantia dos direitos humanos. Para as entrevistadas atuantes no CAPS AD, é fundamental atuar a partir das estratégias diversificadas de Redução de Danos - conjunto de práticas e políticas que visam minimizar os danos do uso prejudicial de usuárias com transtornos por uso de substâncias, em detrimento do tratamento de saúde em lógica de abstinência - com compromisso com a desinstitucionalização, em detrimento do modelo de tratamento biomédico baseado na abstinência (Amarante, 2014; Unifesp, 2018; Cardoso e Vera, 2023; Cantilino, 2023).

Na rede SUS a humanização é compreendida como uma política transversal, que visa assegurar os princípios do SUS em diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construir trocas solidárias, promover produção de saúde e articular as práticas de saúde e desenvolver ações humanizadoras em conjunto com gestores e trabalhadores da saúde e usuárias.

Contudo a psicólogas que participaram da pesquisa destacam que essa perspectiva de cuidado a saúde mental é muito precarizada no contexto de atenção à saúde em geral. Chamam atenção para os estigmas produtores de violências que envolvem a doença mental,

seja por parte de médicos ou de outros profissionais de saúde. Para elas, a prática humanizada deve garantir o respeito à cidadania e os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, seja ela atravessada por um transtorno mental e/ou usuária de álcool e outras drogas (Bruscatto, 2012).

Conforme a perspectiva das psicólogas entrevistadas, o matricialmente nos CAPS da Bahia, enfrenta desafios no diálogo com os profissionais matriciados, pois eles evidenciam preconceito e estigma às usuárias dependentes químicas que vivenciam o período gestacional ou puerperal. De acordo com Faria, Ferigato e Lussi (2020) compreende-se matriciadores por profissionais com formação de graduação, média ou técnica, que estão em equipes de serviços especializados como os CAPS, e realizam o Apoio Matricial. No diálogo da técnica do matriciamento, os profissionais matriciados são aqueles que possuem formação de graduação, média ou técnica e estão inseridos na Atenção Básica à Saúde.

O desafio do matriciamento referido pelas psicólogas dos CAPS perpassa também questões de desfiliação social, que contam com a assistência social e apoio jurídico do conselho tutelar para auxiliar na busca de familiares de usuárias de substâncias psicoativas que se encontram desempregadas, com laços familiares fragilizados, e para delegar orientação no cuidado aos filhos. A vulnerabilidade no campo da saúde, tal como encontrada em discussões na área de assistência social, saúde mental da população em situação de rua e de adolescentes e crianças em situação de desfiliação social, é discutida por autores como Czeresnia e Freitas (2009) e Castel (1997).

Este direcionamento é embasado pelos valores de ações humanizadas em saúde, com valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, aumento do grau de corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos, estabelecimento de vínculos e participação coletiva no processo de gestão.

Considerações finais

As reflexões apresentadas neste estudo apontam que os desafios enfrentados pelas psicólogas entrevistadas na clínica psicossocial dos CAPS da Bahia, no cuidado à maternidade das usuárias, demandam um manejo assistencial intrincado e interdisciplinar. Esse manejo envolve o acompanhamento em diferentes níveis de atenção, desde o pré-natal até o puerpério, embasado no desenvolvimento da Clínica Ampliada.

A leitura fundamentada na perspectiva winnicottiana permitiu uma aproximação teórica à percepção das psicólogas(os) entrevistadas(os), evidenciando que o apoio especializado em saúde mental, norteado pelos princípios da Clínica Ampliada, desempenha um papel semelhante ao conceito de “maternagem suficientemente boa”. Por meio desse trabalho, são emprestados recursos simbólicos às usuárias, ajudando-as na construção de um ambiente favorável para o vínculo mãe-bebê.

Um dos principais impasses dessa clínica psicossocial reside na dificuldade das mães com transtornos mentais graves em oferecer cuidado materno primário a si mesmas e aos filhos, o que compromete a constituição saudável da relação mãe-bebê. Esse quadro é agravado por condições de vida precarizadas, marcadas pela pobreza, ausência de redes de apoio, falta de saneamento, moradia inadequada, além de vivências de violência, racismo e machismo.

Além disso, outros desafios no manejo clínico foram destacados pelas psicólogas, como a baixa adesão ao tratamento, dificuldades na implementação de estratégias de redução de danos, vivências de internação, desfiliação (decorrente de desemprego e fragilização das redes familiares), e o estigma da incapacidade para o cuidado, perpetuado não apenas pelas próprias usuárias, mas também por familiares e, lamentavelmente, por profissionais de saúde não especializados em saúde mental durante práticas de matriciamento.

Apesar desses desafios, elementos como a consciência sobre a patologia, o desejo de melhora e a vontade de maternar se apresentam como potenciais transformadores nesse contexto clínico. A abordagem multidimensional em saúde mental, realizada em territórios específicos, é vista como essencial e promissora para proporcionar um cuidado integral.

As ações de apoio psicológico desenvolvidas aproximam-se das características da maternagem suficientemente boa do conceito winnicottiano, pois buscam fortalecer o vínculo mãe-bebê, promovendo um ambiente seguro e acolhedor para a maternagem possível. Esse esforço inclui a participação ativa da família e de profissionais capacitados, que desempenham o papel de facilitadores no desenvolvimento das usuárias rumo à prática do maternar.

O uso de substâncias psicoativas, especialmente associado à vivência em situação de rua, foi identificado como um dos maiores entraves. As psicólogas dos CAPS AD destacaram a necessidade de uma rede de apoio que contemple tanto a mãe quanto o bebê no período puerperal – apontado como crítico – e enfatizaram a importância do acompanhamento pré-natal como fator de bom prognóstico para a ampliação das possibilidades de exercício da maternagem.

A Clínica Ampliada emerge como uma modalidade eficaz no cuidado dessas mulheres porque adota uma abordagem integral, considera os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e familiares das pacientes. Por meio do trabalho interdisciplinar, ela integra diferentes

profissionais para atender a complexidade das demandas dessas mulheres, promovendo um ambiente acolhedor e seguro que fortalece a autoestima, o vínculo mãe-bebê e a confiança nas capacidades maternas. Além disso, articula o matriciamento com outros serviços, garantindo acompanhamento contínuo e adaptado às necessidades individuais.

Para as psicólogas entrevistadas a clínica ofertada valoriza a inclusão da família e da rede de apoio e da equipe interdisciplinar como elementos essenciais para oferecer suporte prático e emocional as usuárias do CAPS. A Clínica Ampliada pode intervir nas múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por essas mulheres, como pobreza, violências, racismo e machismo e contribui para a promoção de uma assistência integral e humanizada, potencializando o exercício da maternagem e o fortalecimento do ambiente materno-infantil.

Referências

Alvarenga, P.; Souto, L.N.; Oliveira, H.P.; Santana, I. G.; 2018. Variáveis sociodemográficas e saúde

mental materna em contexto de vulnerabilidade social. *Revista Psicologia Saúde e Doenças*. ISSN 2182-8407 DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190324>.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora

Fiocruz.

Alves, L. M., Marques, F. C., de Souza, C. A., dos Santos Soares, I., Proença, V. S., & Lourenço, M. L.

S. (2021). Clínica Ampliada, do conceito à ação. *Revista Eletrônica do Programa de Educação Tutorial-Três Lagoas/MS*, 3(3), 235-251. DOI: <https://doi.org/10.55028/repet-tl.v3i3.12864>.

Artmann, M.; Smeha, L.; Lima, S.B.S.; Percepção da equipe de saúde sobre a implantação do

alojamento conjunto mãe-bebê em Unidade Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1670>.

Bastos, L., Escorsim, S. M., de Lima, M. C. D., & Rodrigues, N. C. S. (2019). Desafios no atendimento

a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(1), 43-56. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p43>

Barbosa, V. R. A.; 2023. Psicologia perinatal no cuidado à mulheres internadas em situação de risco

em leitos de saúde mental. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e12016.2023>

Benincasa, M.; Freitas, V.B.; Romagnolo, A.N.; Heleno, M.G.V; 2019. O pré-natal psicológico como um

modelo de assistência durante a gestação. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.188>.

Botega, N. J. (2012) *Prática Psiquiátrica em Hospital Geral: interconsulta e emergência*. (3a. Ed.) Porto

Alegre: Artmed Editora S.A

Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras

de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

Brasil. Decreto no 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de

1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun

Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório de gestão em Saúde Mental*. 2003-2006. Brasília,

2007. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_20032006.pdf Acesso em: 20 setembro 2021

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização*. -4.ed. -Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010

Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento / Ministério da*

Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto. Humanização do pré-natal e nascimento*. Brasília

–DF. 2002

Brasil. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-

natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

Brasil, Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

- a Rede Cegonha.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e

Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para

gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2.Ed. Brasília: 2004

de Campos, T. B., & Winograh, M. (2024). *Feminilidade e Maternidade na Psicanálise*. Editora (Mezaroba, Canabarro e Mattei, F. 2022) Appris.

Cardoso, E. L., & Vera, A. V. D. (2023). *Dependência química e espiritualidade: na visão médico-espírita*. AME-Brasil Editora.

Castel, R. (1997). A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a "desfiliação". *Caderno Crh*, 10(26).

Cerutti, M. G., Martins, M. T., Nieweglowski, V. H., & Schneider, D. R. (2014). A Atuação do Psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (Capsad): Os Desafios da Construção de uma Clínica Ampliada. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 11(17), 101-113.

Collins, P. H. (2022). *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. Boitempo

Editorial.

Cresswell, J.W.; Plano Clark, V.L. (2015) Pesquisa de métodos mistos.2ed. Porto Alegre: Penso

Cunha Nunes, J. C., & Lopes, I. M. R. S. (2023). Diferenças quanto a aspectos do pré-natal e parto entre

puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas em maternidades de uma capital do nordeste brasileiro. *Research, Society and Development*, 12(1), e20712132365-e20712132365. DOI:

<https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.32365>

Dias, E. O. (2021). *A teoria do amadurecimento de DW Winnicott–4° Ed.* DWWeditorial.

Gomes, Almeida & Benevides. (2022) *Saúde mental da mulher: da gestação à menopausa.* Curitiba:

Editora Crv.

Esswein, G.C.; Teixeira, L.P.; Lopes, R.C.S.; Piccinini, C.A.; (2021) *Atenção à saúde do bebê da Rede*

Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310311>

Meirelles, J. D. A. C. M., Chohfi, M. C. F., Basilio, M. M., Geraldini, A., De Araújo Filho, G. M.,

Laranjeira, R. R., & DA Silva, C. J. (2015). Nível de adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes dependentes de substâncias psicoativas. *Revista ESPACIOS| Vol. 36 (Nº 04) Año 2015.*

Mezaroba, E., Araujo, B. R., Canabarro, S. T., & Mattei, F. (2022). Interdisciplinaridade no cuidado às

mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. *Saúde em Redes, 8(3), 479-492.* DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p479-492>.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 14ª ed. São Paulo: Hucitec;

2014.

Ministerio da Saude.. Lei nº 11.634/2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e

vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília(Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Moraes, M. H. C. D. (2021). *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re) nascimento psíquico*

. *Appris editora, Curitiba.*

Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial de Saúde. Saúde 2001: Saúde mental: nova*

concepção, nova esperança. Genebra: [s.n], 2001. 1. Ed. Língua Portuguesa, Lisboa. Abril: 2002

Oliveira, T. 2019. Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico puerperal. ISSN

2525-6904; Vol 05, N. 04 - Out. - Dez., 2019 | DOI:
<https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>

Rodrigues, A. K. de J.; ALVES, C. B.; 2021. Mulheres negras e maternidade na universidade: um estudo

de caso. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, Brasil, v. 30, n. 3, p. 21-40, set./dez., 2021 DOI: <https://www.10.22478/ufpb.2359-7003.2021v30n3.59842>.

Rosseti, D. M. G. S., & Gutierrez, D. M. D. (2020). A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico

:uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 15691-15712. DOI:
<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-006>.

Paulino, D., Santos, D. V. D. D., Santarosa, M. N. D. M., Stefanello, S., & Carvalho, D. S. D.

(2022). Gestantes internadas no hospital psiquiátrico: um retrato da vulnerabilidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32, e320119. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320119>.

Piovesan, A., & Temporini, E. R.. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o

estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista De Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>.

Santos, A. B. D., & Casetto, S. J. (2023). O Caps como espaço potencial: diálogos com

a teoria winnicottiana. *Saúde em Debate*, 46, 1063-1076. DOI:
<https://doi.org/10.1590/01031104202213508>.

de Souza Minayo, M. C. (2021). Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista*

Pesquisa Qualitativa, 9(22), 521-539.

Teixeira, C. S., Barbosa, T. L., Marangoni, V. S. L., Neves, A. L. M. D., & Therense, M. (2019). Aspectos

da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1-12. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239705>.

de Vargas Weiss, T., & Baggio, L. (2023). A construção do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento

infantil na primeira infância. *Psicologia e Saúde em debate*, 9(1), 2444.: DOI:
<https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N1A2>

Vieira, G.; Castanho, P.; 2021. Das consultas terapêuticas à consulta conjunta: contribuições de

Winnicott à prática do apoio matricial. Revista Ciência Saúde & Coletiva DOI: <https://www.10.1590/1413-81232022275.08012021>.

Winnicott, D. W. (2023). *Família e desenvolvimento individual* (E. S. Fonseca, Trad.). Ubu Editora.

(Trabalho original publicado em 1965)

Winnicott, D. W. (2020). *O brincar e a realidade*. Ubu Editora

Winnicott, D. W. (2013). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 268-268).

Winnicott, D. W., & Safra, G. (2020). *Bebês e suas mães*. Ubu Editora.

9 PRODUÇÃO DECORRENTE DA DISSERTAÇÃO

9.1. PRODUÇÃO TEÓRICA

Esta investigação foi sendo desenhada de forma a analisar as narrativas sobre a delicada clínica com mulheres atravessadas pela maternidade. E o processo de maternagem foi recortado como elemento essencial na clínica psicossocial, discutido a partir da abordagem da clínica psicanalítica e referencial teórico de Winnicott, num primeiro artigo intitulado “Impasses da Clínica Psicossocial com mulheres com transtornos mentais graves” (Apêndice X).

9.2. PRODUÇÃO TÉCNICA

9.2.1 Título: Podcast Maternagens Interseccionadas: Apresenta uma entrevista realizada com uma psicóloga atuante em CAPSi, Sra. Carolina Pinheiro (Mestre em Saúde Coletiva - ISC/UFBA), com experiência de atuação em CAPS i (Salvador) superior há dez anos, tendo realizado acolhimento em perspectiva de gênero, a grupos femininos ao longo de nove anos referente à clínica de mulheres com transtornos mentais atravessadas pela maternidade. O podcast apresenta um apanhado com aspectos clínicos basilares que a Sra. Carolina Pinheiro reconhece em sua experiência em clínica psicossocial enquanto fundamentais, objetivando com isso proporcionar orientação a discentes do curso de Psicologia sobre os principais aspectos subjetivos da abordagem em clínica psicossocial à usuárias dos CAPS atravessadas pela maternagem e conferir maior visibilidade para discussões sobre essa temática.

I. Apresentação

O manejo assistencial desenvolvido pela psicologia em contexto de clínica psicossocial dos CAPS da Bahia insere-se na lógica do modelo assistencial da Clínica Ampliada, desenvolvida na rede SUS a partir da política HumanizaSUS, que propõe intervenções estratégicas em saúde mental com o objetivo de potencializar o cuidado em rede.

A maternagem das usuárias dos CAPS, estabelecida nesta pesquisa como principal elemento da discussão das pessoas profissionais entrevistadas, vinculou-se à perspectiva do cuidado interseccional. Conforme os resultados identificados sobre a percepção das pessoas psicólogas, há ampla demanda em saúde mental a partir da complexidade da maternagem das usuárias. Essa percepção envolveu discussões sobre a saúde reprodutiva feminina e de gênero e aspectos raciais da maternidade de mulheres negras, que buscavam auxílio para o exercício da maternidade.

A saúde mental materna discutida a partir da localização da clínica de mulheres descrita pelas pessoas psicólogas entrevistadas apresentou a complexidade da clínica territorial com o manejo assistencial a quadros de comorbidade psíquica, tais como o uso de substâncias psicoativas, transtornos mentais graves, questões de dificuldade de adesão ao tratamento e as vivências múltiplas de vulnerabilidades sociais, emocionais e socioeconômicas

A discussão sobre as delimitações do trabalho das pessoas psicólogas dessa clínica buscou promover o aumento da visibilidade sobre o campo de cuidado interseccional discutido pela Clínica Ampliada, que visou reconhecer, nesta dissertação, a importância das especificidades em saúde materno-infantil desenvolvida na Rede de Atenção Psicossocial.

A dissertação “Percepção de psicólogas sobre a clínica de usuárias com vivências de maternagem nos CAPS” que compreendeu esta discussão foi realizada pela psicóloga Rosa Bastos Lobo, sob a orientação da psicóloga pesquisadora prof.^a Dra. Mônica Ramos Daltro, produzida no âmbito do Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde, ambas profissionais vinculadas à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Nessa dissertação, pessoas psicólogas atuantes em CAPS e CAPS Ad da Bahia foram entrevistadas sobre a percepção da maternidade de mães assistidas nos CAPS e os principais manejos assistenciais desenvolvidos na clínica da maternagem interseccional no contexto de transtorno mental. O emergente diálogo com as políticas públicas de saúde mental, a humanização e a fundamentação da teoria de Winnicott abrigou novas reflexões

sobre os contornos do trabalho clínico com mulheres com transtornos mentais graves atravessadas pela maternidade.

II. Justificativa

A discussão decorrente da percepção de psicólogas experientes sobre as singularidades da clínica com mulheres com transtornos mentais graves lançou luz sobre a dimensão interseccional e de suplência e emergiu daí a necessidade de compartilhar com as psicólogas participantes e com profissionais atuantes em CAPS com vistas a ampliar a leitura no campo da Clínica Ampliada.

Assim, propõe-se a realização de uma roda de conversa intitulada “Maternidades possíveis e interseccionadas: a clínica de mulheres com transtornos mentais” de forma a promover uma discussão coletiva sobre os resultados encontrados, ampliando a reflexão sobre o desenvolvimento da maternagem e o cuidado interseccional.

A localização de lacunas na literatura nacional sobre a clínica psicossocial de cuidados às gestantes com transtornos mentais foi posteriormente corroborada nos resultados, acerca da demanda de atenção à discussão sobre o manejo em saúde mental durante o período gestacional de mulheres com transtornos na rede SUS. A partir disso, conclui-se pela efetivação do desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado, tal como a roda de conversa, para a promoção da circulação dos cuidados às especificidades dessa clínica territorial.

III. Objetivo geral

Fomentar a circulação da perspectiva das psicólogas de serviços assistenciais especializados CAPS sobre a clínica de usuárias que vivenciaram a maternidade. Propiciar discussões sobre as principais estratégias de enfrentamento vividas pelas psicólogas no manejo clínico assistencial às usuárias, conforme delineado pelas falas sobre os limites e percalços dessa clínica territorial, com perspectiva antimanicomial e de redução de danos.

IV. Participantes

A psicóloga que desenvolveu a pesquisa e Sra. Carolina Pinheiro (Mestre em Saúde Coletiva – ISC), psicóloga atuante em CAPS, vinculada ao serviço especializado de Salvador, Bahia.

V. Procedimentos

A primeira etapa consistirá na apresentação dos resultados da pesquisa, realizada a partir de Episódio de Podcast com Tema Impasses da Clínica Psicossocial com Mulheres com Transtornos Mentais Graves.

A segunda etapa da apresentação dos resultados consistirá em uma entrevista realizada com uma das entrevistadas dos CAPS da Bahia, que terá como foco a discussão sobre as principais orientações e contribuições acerca manejo assistencial a ser realizado por psicólogos na Clínica Psicológica de Mulheres com Transtornos Mentais e Vivências de Maternagem para estudantes de Psicologia.

VI. Avaliação

Depois da conclusão da roda, cada participante receberá um questionário no Google Forms, que avaliará de forma livre a sua experiência.

9.2.2. Episódio de Podcast

Os resultados do trabalho serão também apresentados em um episódio do podcast Psicologia e Intervenções em Saúde, vinculado ao Programa de PósGraduação em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

10. Considerações finais

Esse estudo buscou conhecer as peculiaridades envolvidas na dimensão da clínica psicossocial com mulheres com transtornos mentais atravessadas pela experiência da maternidade. Com essa perspectiva, o conceito de maternagem oriundo da psicanálise tangenciou a leitura sobre o atendimento oferecido a mulheres que demandam questões reprodutivas, raciais, de gênero e de atenção materno-infantil e são atendidas no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Bahia.

Os resultados apresentados afirmam a prática de uma clínica realizada por psicólogas e psicólogos em contexto psicossocial, em território de natureza biopsicossocial, realizada por equipe de saúde dos CAPS. Essa prática esteve marcada pelo desafio da integralidade da atenção à saúde, em quadros que apresentavam comorbidade envolvendo a maternidade de mulheres negras, as particularidades do período puerperal e/ou uso de substâncias psicoativas antes, durante e depois da gestação.

Foram identificados baixo acesso à informação em saúde sobre cuidados e consultas pré-natais, maior vulnerabilidade da população feminina negra de sofrer discriminação racial e racismo, maiores taxas de violência de gênero referentes ao sexo feminino e maior predisposição ao agravamento do quadro psiquiátrico em razão do uso de substâncias psicoativas e de vivenciar quadro de desvantagem socioeconômica.

A vulnerabilidade identificada nas narrativas das psicólogas dos CAPS foi analisada nesta pesquisa, por meio das discussões conceituais delimitadas pelo campo da bioética, a qual adota concepção da vulnerabilidade a partir da etiologia multicausal, na qual são entrelaçadas distintas camadas de determinantes sociais de saúde, envolvendo áreas sociais, conhecimento e vivências de desigualdade.

As principais linhas de discussão suscitaram questões que versam sobre o auxílio às potencialidades das usuárias, envolvendo o exercício do autocuidado para maior autonomia de si e a realização da maternidade. O acolhimento e o vínculo terapêutico da equipe de referência do CAPS foram destacados enquanto principais intervenções que nortearam os atendimentos às gestantes, repercutindo na perspectiva de melhora em longo prazo.

O referencial teórico da psicanálise de Winnicott (2021) possibilitou compreensão acerca dos cuidados que envolveram a maternagem de bebês, tendo em vista a peculiaridade do estado psíquico referente ao período puerperal das mulheres. O perfil do quadro psiquiátrico

correspondente a mulheres dependentes químicas, o que suscitou a aproximação de conceitos da teoria winnicottiana.

A perspectiva da leitura referencial da psicanálise orientou o direcionamento do olhar sobre a complexidade do fenômeno do uso de substâncias psicoativas, a partir da dimensão cultural, social e afetiva que a substância revela na dinâmica da história de vida de cada sujeito inserido em um contexto de desenvolvimento.

Conclui-se que o desenvolvimento de linhas de cuidado na atenção à saúde materno-infantil pode auxiliar na clínica da gestante, desenvolvida pelos profissionais da clínica psicossocial que atuam por meio da rede e do cuidado matricial, com grupos terapêuticos, oficinas e acompanhamento integral, direcionados pela função de suplência, por meio do empréstimo de recursos simbólicos para o fortalecimento da autonomia das usuárias em suas subjetividades e potencialidades.

Referências

- Alvarenga, P.; Souto, L.N.; Oliveira, H.P.; Santana, I. G.; 2018. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. *Revista Psicologia Saúde e Doenças*. ISSN 2182-8407 DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190324>.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Andrade, L. H. S., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 43-54. Doi: <https://doi.org/10.1590/S010160832006000200003>
- Alves, L. M., Marques, F. C., de Souza, C. A., dos Santos Soares, I., Proença, V. S., & Lourenço, M. L. S. (2021). Clínica Ampliada, do conceito à ação. *Revista Eletrônica do Programa de Educação Tutorial-Três Lagoas/MS*, 3(3), 235-251. DOI: <https://doi.org/10.55028/repet-tl.v3i3.12864>.
- Artmann, M.; Smeha, L.; Lima, S.B.S.; Percepção da equipe de saúde sobre a implantação do alojamento conjunto mãe-bebê em Unidade Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1670>.
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Bastos, L., Escorsim, S. M., de Lima, M. C. D., & Rodrigues, N. C. S. (2019). Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(1), 43-56. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p43>
- Barbosa, V. R. A.; 2023. Psicologia perinatal no cuidado à mulheres internadas em situação de risco em leitos de saúde mental. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e12016.2023>.
- Benincasa, M.; Freitas, V.B.; Romagnolo, A.N.; Heleno, M.G.V; 2019. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.188>.
- Botega, N. J. (2012) *Prática Psiquiátrica em Hospital Geral: interconsulta e emergência*. (3a. Ed.) Porto Alegre: Artmed Editora S.A
- Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 9 abr. 2001. Seção 1.
- Brasil. Decreto no 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun
- Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório de gestão em Saúde Mental*. 2003-2006. Brasília,

2007. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_20032006.pdf. Acesso em: 20 setembro 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. -4.ed. -Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010
- Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde . Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)
- Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto. Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília –DF. 2002
- Brasil. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.
- Brasil, Portaria n° 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2.Ed. Brasília: 2004
- de Campos, T.B., & Winograd, M. (2024) *Feminilidade e Maternidade na Psicanálise*. Editora: Appris.
- Collins, P. H. (2022). *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. Boitempo Editorial.
- Cresswell, J.W.; Plano Clark, V.L. (2015) *Pesquisa de métodos mistos*. 2ed. Porto Alegre: Penso
- Cunha Nunes, J. C., & Lopes, I. M. R. S. (2023). Diferenças quanto a aspectos do pré-natal e parto entre puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas em maternidades de uma capital do nordeste brasileiro. *Research, Society and Development*, 12(1), e20712132365-e20712132365. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsdv12i1.32365>.
- Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/93246>
- Dias, E. O. (2021). *A teoria do amadurecimento de DW Winnicott—4° Ed*. DWWeditorial.
- Esswein, G.C.; Teixeira, L.P.; Lopes, R.C.S.; Piccinini, C.A.; (2021) *Atenção à saúde do bebê da Rede Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional*. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310311>
- Gomes, Almeida & Benevides. (2022) *Saúde mental da mulher: da gestação à menopausa*. Curitiba: Editora Crv.
- Maldonado, M.T.P. (1991) *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. In: *Psicologia da*

gravidez, parto e puerpério. 12^a. Ed. Editora: Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro.
 Marciano, R. P., Evangelista, P. G., & do Amaral, W. N. (2019). Grupo de mães em UTI

neonatal: um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(2), 48-67. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.206>.

Mezaroba, E., Araujo, B. R., Canabarro, S. T., & Mattei, F. (2022). Interdisciplinaridade no cuidado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. *Saúde em Redes*, 8(3), 479-492. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p479-492>.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 14^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Ministerio da Saude. Lei nº 11.634/2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Moraes, M. H. C. D. (2021). Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re) nascimento psíquico. *Appris editora, Curitiba*.

Nicácio, F., & de Sousa Campos, G. W. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81. Novais, F. A., & de Mello, L. (Eds.). (2018). *História da vida privada no Brasil-Vol. 1: Cotidiano e vida privada na América portuguesa* (Vol. 1). Editora Companhia das Letras.

Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial de Saúde. Saúde 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: [s.n], 2001. 1. Ed. Língua Portuguesa, Lisboa. Abril: 2002

Oliveira, T. 2019. Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico puerperal. ISSN 2525-6904; Vol 05, N. 04 - Out. - Dez., 2019 | DOI: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>.

Paim, J. S. (1975). Indicadores de saúde no Brasil: relações com variáveis econômicas e sociais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2(2), 39-39. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.1975.v2.n2.a841>.

Rodrigues, A. K. de J.; ALVES, C. B.; 2021. Mulheres negras e maternidade na universidade: um estudo de caso. *Revista Temas em Educação, João Pessoa, Brasil*, v. 30, n. 3, p. 21-40, set./dez., 2021 DOI: <https://www.10.22478/ufpb.23597003.2021v30n3.59842>.

Rosseti, D. M. G. S., & Gutierrez, D. M. D. (2020). A maternidade de mulheres em sofrimento

psíquico: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 15691-15712. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-006>.

Piovesan, A., & Temporini, E. R.. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista De Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/S003489101995000400010>.

Santos, A. B. D., & Casetto, S. J. (2023). O Caps como espaço potencial: diálogos com a teoria winnicottiana. *Saúde em Debate*, 46, 1063-1076. DOI: <https://doi.org/10.1590/01031104202213508>

Soifer, R. (1980) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Ed.: Artes Médicas. Porto Alegre

de Souza Minayo, M. C. (2021). Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 9(22), 521-539.

Schiavo, R. D. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S. D., Campos, B. C. D., Nascimento,

L. M. B., & Dornelas, L. M. C. D. S. (2021). Saúde emocional materna e prematuridade:

influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando famílias*, 25(2), 98-113. ISSN 1679-494X. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2021000200008&lng=pt&tlng=pt.

Winter, T. R. (2004). *Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde: abordagem psicossomática*. Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (2023). *Família e desenvolvimento individual* (E. S. Fonseca, Trad.).

Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1965

Winnicott, D. W. (2020). *O brincar e a realidade*. Ubu Editora

Winnicott, D. W. (2013). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria

do desenvolvimento emocional. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 268-268).

Winnicott, D. W., & Safra, G. (2020). *Bebês e suas mães*. Ubu Editora.