Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental

Women, Madness and Care: the condition of the woman that both receives and provides care in mental health

Renata Fabiana Pegoraro
Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 330, apto 601, Botafogo, CEP 22270-010, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

Regina Helena Lima Caldana
Doutora em Educação pela UFSCar. Profa Dra do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: rhlcalda@ffclrp.usp.br

Resumo

As políticas públicas brasileiras em saúde mental incentivam, atualmente, a criação de serviços extra-hospitalares e, como resultado, o papel da família, especialmente da mulher, no cuidado informal ao portador de sofrimento mental ganha a cada dia maior relevância. Embora considerada como fundamental na prestação de cuidados no meio familiar, a mulher também adoece e torna-se, deste modo, alvo de cuidados das equipes de saúde mental. A partir dessa consideração, este artigo apresenta uma revisão sobre a condição da mulher que recebe e provê cuidados em saúde mental. O artigo aborda, inicialmente, estudos que discutem a relação entre mulher e loucura, partindo de registros da Idade Antiga até estudos referentes ao início do Século XX no Brasil. Em seguida, enfoca a mulher enquanto principal prestadora de cuidados informais, em âmbito doméstico, ao portador de sofrimento mental, a partir de estudos que tratam do impacto dessa função na vida familiar. Por fim, destaca literatura sobre as necessidades específicas da mulher que demanda cuidados em saúde mental, notadamente aquela que tem filhos menores, dependentes de cuidado. Reconhecer as especificidades da condição da mulher pode auxiliar no desenvolvimento de novas formas de cuidar, que envolvam a família não apenas como fonte de informações sobre a paciente, mas como grupo que também necessita da intervenção profissional. Mulheres com filhos pequenos e diagnosticadas com transtorno mental severo demandam suporte profissional, especialmente se houver indicação de internação ou necessidade de cuidado contínuo.

Palavras-chave: Mulher; Cuidado; Saúde Mental.

Abstract

The current Brazilian public policies in mental health are stimulating the creation of out-of-hospital services. As a result, the role of the family, especially of the woman, in the informal care provided for a mental illness patient is increasing in importance. Although the woman is considered fundamental in providing care for the family, she may also get ill and demand care from mental health teams. In this case, the woman is both providing and demanding care. This paper presents a literature review on the condition of the woman that both receives and provides care in mental health. This review starts with studies that discuss the relationship between woman and madness, from Classical Age's records to studies conducted in Brazil in the beginning of the 20th century. The paper then focuses on literature that discusses the woman's role as the main informal caretaker at home, using studies that adopt, as discussion reference, the impact of this role on family life. Finally, it comments on literature that approaches the special needs of the woman who demands care in mental health, especially women who have small children. Recognition of the specificities of the woman's condition may aid the development of new forms of care which involve the whole family in a mental health intervention. Women with small children and suffering from severe mental illness demand professional support, especially if they need hospitalization or continuous treatment.
Keywords: Woman; Care; Mental Health.

O cenário atual da atenção à saúde mental no Brasil apresenta, segundo o Ministério da Saúde, tendência de reversão do modelo hospitalar, com a ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, além da ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002, 2004).

Esse cenário coloca em evidência o núcleo familiar dos usuários de serviços extra-hospitalares de saúde mental. A família torna-se tanto objeto de intervenção direta da equipe, alvo de cuidados formais, quanto fonte de apoio ao tratamento do usuário, seja no auxílio para que exerça suas atividades cotidianas, ou como fonte de sua história de vida a ser informada à equipe.

Enquanto fonte de apoio ao usuário, a família aparece como prestadora de cuidados informais em saúde. A literatura aponta algumas características desses cuidadores informais: no geral são os familiares que exercem, junto ao usuário, cuidados classificados como não-técnicos e de forma não remunerada. Normalmente, são as mulheres do núcleo familiar, mães, irmãs e avós, que cuidam ou se responsabilizam por usuários de serviços psiquiátricos extra-hospitalares. O tema de prestação de cuidados informais vem sendo a cada dia mais estudado em nosso país. No entanto, a mulher não se encontra apenas na condição de prestadora de cuidados a usuários de serviços de saúde mental. Em muitos momentos, também demanda cuidados, sejam eles formais (exercidos por profissionais de saúde mental) ou informais, dentro do âmbito familiar.

A partir dessas considerações, estabelecemos como objetivos deste artigo investigar a condição da mulher que exerce cuidados informais a familiares portadores de transtorno mental, bem como a condição da mulher que precisa de assistência psiquiátrica. Para tal, partiremos de um resgate histórico da relação entre mulher e loucura, em seguida destacaremos o papel exercido pela mulher no cuidado informal em saúde mental e, por fim, a posição da mulher quando necessita receber cuidados em saúde mental. Consideramos o tema relevante para a reflexão de profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde mental, engajados com as transformações da assistência psiquiátrica no Brasil.

Cenário atual da Atenção à Saúde Mental no Brasil

A lei 10.216, que dispõe sobre a atual política de saúde mental no país, elege a necessidade da atenção à saúde mental em uma rede de base territorial comunitária. Como fruto da política de incentivo e fortalecimento da atenção extra-hospitalar, o número de leitos em hospitais psiquiátricos no país foi reduzido de 72.514, em 1996, para 60.868 em 2000 e, no ano de 2004, os leitos perfaziam um total de 45.814 (Saúde Mental em Dados, 2006). Essa diminuição teria permitido o redirecionamento dos recursos financeiros, antes investidos em leitos, para outras formas de cuidar em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticas (STR), os ambulatórios e também a rede básica de saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família (PSF). O redirecionamento dos recursos sinalizaria a ampliação do acesso da população aos serviços territoriais de saúde mental em todo o país e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) funcionaria como motor da redução de leitos em todo o território brasileiro.

Atualmente, o Brasil possui 228 hospitais psiquiátricos com um total de 40.524 leitos (0,22/1000 habitantes). Deste total de leitos, 20% são públicos, 59% privados e 21% filantrópicos. Os Estados com maior concentração de leito por habitante são, respectivamente, Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo. Quanto às internações por sexo, entre janeiro e março de 2006, o índice foi de 65% de homens e 35% de mulheres. Os transtornos responsáveis pelo maior número de internações foram a esquizofrenia e os transtornos esquizotípicos e delirantes, perfazendo 46% do total (Saúde Mental em Dados, 2006). O Brasil possui, ainda, como componentes da rede de assistência em saúde mental, 882 CAPS em funcionamento, 426 serviços residenciais terapêuticos e 390 ambulatórios (Saúde Mental em Dados, 2006).

Quanto à clientela, há um predomínio de homens, solteiros e mais jovens do que o sexo oposto, entre os serviços para pacientes em internação de longa permanência em nosso país (Lancman, 1997; Lima e Botega, 2001). Em serviços emergenciais, o índice de usuários solteiros é maior em homens, e estes residem mais freqüentemente com suas famílias do que as mulheres ali atendidas (Santos e col., 2000). Os quadros que mais atingem os homens nesse tipo de serviço são os transtornos pelo uso de álcool e substâncias psicoativas. Já em hospitais do país, assim como em ambulatórios, o predomínio que se observa nos atendimentos é de mulheres e homens jovens (Lancman, 1997; Lima e Botega, 2001), e a maior parte dos pacientes têm um cuidador informal, quase sempre uma mulher (Lima e Botega, 2001). Os atendimentos emergenciais em mulheres revelam o predomínio de episódios depressivos, transtornos não psicóticos e transtornos de personalidade (Santos e col., 2000).

Deste modo, ao considerarmos as atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil, que pretendem incentivar a criação de serviços extra-hospitalares e a redução de leitos em hospitais especializados, fortalecendo a rede assistencial na comunidade, compreendemos que o tratamento no território torna-se ainda mais relevante como forma de proporcionar suporte às famílias que cuidam de portadores de sofrimento mental, bem como forma de investigar a necessidade de que as famílias também recebam tratamento. Dentro da família que cuida de um portador de sofrimento mental, a mulher exerce papel fundamental, como assinalam vários estudos (Gonçalves e Sena, 2001; Pereira, 2003; Rosa, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006). No entanto, as mulheres, principais prestadoras de cuidados informais, também são acometidas por transtornos mentais.

A posição da mulher como representante da família do usuário de serviços públicos de saúde mental no Brasil vem, atualmente, merecendo destaque em várias produções nacionais. No entanto, a compreensão da relação mulher-loucura requer a recuperação da produção em diferentes períodos históricos. A seguir, passaremos a esse resgate.

Aspectos Históricos da relação Mulher-Loucura

Velha conhecida do Homem, a loucura esteve ligada a várias compreensões ao longo da História, sendo que a loucura feminina, em muitos momentos, foi associada à sexualidade.

Alguns registros que remontam ao Egito Antigo atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade, pela presença do útero e pelas particularidades desse órgão, que, ao deslocar-se pelo

corpo, produziria sintomas semelhantes aos atribuídos ao quadro atual de histeria, compreendido como um protótipo de loucura (Vilela, 1992). Outro fragmento da compreensão a respeito da loucura na Idade Antiga é colocado por Del Priori (1999), através do resgate da obra de Galeno, na qual a melancolia era associada aos vapores advindos do sangue menstrual, causador de alucinações.

Ao longo da Idade Média, muitas foram as mulheres classificadas como bruxas pelo Movimento Inquisitor (Tosi, 1985; Pessotti, 1994). No geral pobres e de origem rural, as chamadas bruxas apresentavam condutas estranhas, indicativos de possessão demoníaca. Algumas dessas condutas assemelhariam-se a quadros, atualmente, descritos como histeria, melancolia, mania, depressão ou ansiedade. Além dessas condutas, outras características dessas mulheres seriam suas competências ou poderes anormais frente à sua condição social dentro da comunidade: também denominadas como feiticeiras ou "mulheres sábias", as bruxas conheciam "[...] as propriedades das ervas ou plantas com que preparavam poções e ungüentos reputados eficazes no tratamento de doenças tanto físicas quanto mentais" (Tosi, 1985, p. 42). Uma terceira caracterização acontecia através da voluptuosidade, acusações de transgressão à ordem moral, prática da prostituição, adultério e aborto (Pessotti, 1994). Tratava-se de mulheres que não haviam se integrado à sociedade pelo casamento, procriação, produção doméstica, convertendo-se em sobrecarga para a época.

A caça às bruxas, segundo Vilela (1992), fortaleceu a associação entre mulheres e a loucura, o livre exercício da sexualidade, a existência fora do casamento e a maternidade e, de acordo com Tosi, cumpriu dois objetivos: o primeiro foi a eliminação das mulheres que praticavam a medicina empírica, e, segundo, a disseminação do "[...] terror na população feminina, o que facilitaria sua normatização social" (Tosi, 1985, p. 42).

Ao longo da Idade Moderna, difundiu-se pela Europa a relação traçada entre o útero e a regulação da saúde mental da mulher. Junto a isso, corria a idéia de inferioridade da mulher frente ao homem, seja do ponto de vista físico, seja do ponto de vista mental, já que permanecia intimamente ligada a seus processos fisiológicos ou, nos termos de Del Priori (1999), permanecia escrava desta fisiologia, desta natureza própria, sob a ordem dos seus órgãos genitais. Era atribuído ao sangue mensal colocar mulheres doidas e furiosas, e considerava-se que beber o sangue de uma mulher menstruada poderia enlouquecer um ser humano. A perda do apetite, do sono, do interesse pelas atividades do cotidiano, até um furor amoroso que impelia a mulher a atos classificados como indecentes eram a forma de identificar a melancolia, quadro este que permitiria à mulher ser atingida pela histeria e pela ninfomania. Nas palavras de Tosi (1985), o mistério da procriação e o caráter cíclico da fisiologia feminina aproximavam a mulher da natureza, ou tornavam-na mais informada dos seus segredos.

Entre o final do século XVII e o início do XVIII, houve o declínio da crença e do extermínio das bruxas, emergindo tanto a figura do médico na identificação da loucura, como a prática de internação nos grandes asilos, estabelecida como a base da psiquiatria nascente, disciplina que se propunha a investigar e tratar a loucura. A associação entre a visão psiquiátrica da loucura, compreendida como doença mental, e o modo capitalista de produção permitiu a adoção de critérios de utilidade e produtividade dentro da sociedade: a internação tornou-se o destino de muitos indivíduos considerados incapazes para o trabalho ou desviantes sociais, como mendigos, pobres de toda ordem e desempregados. No caso das mulheres, a internação envolvia aquelas que exerciam a função de prostituta ou filhas de artesãos e outros pobres, que tivessem sido ou corressem o risco de serem seduzidas (Pessotti, 1994). Além da internação, outras formas de lidar com a loucura feminina podem ser identificadas nesse período, como colocam Oda e Dalgalarrondo (2000), a partir de publicação de Freital, datada de 1949. De acordo com Freital, o temperamento nervoso da mulher poderia ser responsabilizado por alterações dos estados de alegria, tristeza, vivacidade e melancolia, devendo-se, portanto, evitar quaisquer excessos, de forma a prevenir alterações no sistema nervoso. Como tratamento, Freital recomendava a alimentação baseada em vegetais, passeio no campo, banhos, laxantes e sanguessugas.

A relação Mulher-Loucura em Estudos Brasileiros

A análise de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre as últimas décadas do

século XIX e início do século XX, realizada por Rohden (2001 apud Rago, 2002) indicou, mais uma vez, a associação entre sexualidade feminina e loucura. Dentre os temas discutidos nessas teses, que focavam a nascente medicina da mulher, estavam puberdade, menstruação, loucura, onanismo, ninfomania, neurastenia, prostituição, desejo, menopausa, histeria, casamento e amor. A puberdade era tida como um período propício para o surgimento de várias doenças, dentre elas a histeria e a loucura, demandando cuidados especiais. Duas eram as formas recomendadas para tratamento: o asilo para as perturbações femininas classificadas como mais prejudiciais, e o casamento para males menores, como a histeria, doença que atingia de forma mais significativa as brasileiras (Rohden, 2001 apud Rago, 2002).

Longe da academia e dentro do campo assistencial, Cunha (1998, p. 14) realizou a leitura de "[...] milhares de prontuários psiquiátricos do hospício do Juquery entre 1895 e 1930", em busca de registros de médicos e pacientes ali internadas. Os registros médicos nos prontuários de internas em pavilhões de indigentes caracterizavam-nas como "[...] mulheres pobres de imigrantes que mal conseguiam ainda falar a língua do país e de negras recém-egressas da escravidão e geralmente classificadas nas rubricas mais fortes da nosografia: idiotas, imbecis, degeneradas inferiores." (p. 16). Ressalta-se o "[...] aparente paradoxo de que o hospício tivesse proporcionalmente poucas negras, embora estas fossem consideradas, pelos cânones da psiquiatria da época, a escala mais profunda da degeneração, agregando os preconceitos de gênero, raça e classe" (p. 16) e, desta forma, poucas palavras eram tidas como necessárias para que ocorresse a internação. Como ressalta Cunha (1998) a respeito de um artigo de Franco da Rocha do ano de 1911, as mulheres com pele negra e/ou origem pobre enlouqueciam e se faziam presentes em maior proporção no manicômio, se comparadas a indivíduos do sexo masculino com as mesmas características. Franco da Rocha justificava essa predominância assinalando que "[...] submetidas às condições de luta pela vida (ao contrário daquelas "protegidas" pela vida doméstica) as negras e pobres sucumbiriam mais facilmente à loucura, ao alcoolismo e ao vício" (Franco da Rocha, 1911 apud Cunha, 1998, p. 15).

A investigação realizada junto aos prontuários do Juquery implicou na observação, por parte de Cunha (1998), da consideração de uma inferioridade "natural" como marca das histórias de mulheres em situação de internamento. Para os alienistas, o padrão a ser seguido era o das mulheres "de família", vistas como sadias e com condutas classificadas como "normais", isto é, exercendo papéis dentro do seio familiar.

A respeito da inferioridade feminina, Cunha (1998) destaca a importância do relato paterno para a efetivação da internação e para o diagnóstico da loucura, quando na defesa de que "[...] mulheres que, podendo viver de acordo com as normas, se furtaram ao seu papel 'natural', que insistiram em viver suas escolhas, que não se conformaram ao papel que lhes era socialmente destinado" (Cunha, 1998, p. 15) e estavam destinadas à degeneração.

O gênero, nesse contexto, pressupunha apenas uma forma orgânica e psicológica para diferenciar homens e mulheres e, desta forma, os alienistas terminavam por homogeneizar todas as mulheres, enquanto categoria biológica. "Por trás dos postulados médicos, no entanto, estava o estabelecimento de fronteiras entre universos de classe a partir de comportamentos necessariamente diversos de mulheres de diferentes origens e lugares sociais" (Cunha, 1998. p. 15).

Os prontuários estudados por Cunha (1998) revelaram mulheres cuja internação fora precipitada pela independência financeira e pela recusa ao casamento. Inserida numa lógica em que se esperava da mulher que fosse boa esposa, boa mãe e cuidasse do lar, a prática do celibato era vista como um sintoma, "[...] ou por vezes como a origem de um mal maior e sempre incurável: ele às vezes as levava à loucura, mas sempre produziria infelicidade e frustração e estaria na origem dos muitos casos de histeria que enchiam os pavilhões de internas pagantes" (Cunha, 1998, p. 15).

A laborterapia estava presente no Juquery, no começo do século XX, e previa o trabalho obrigatório para cura e controle dos internos não pagantes. Se aos homens, que necessitavam recobrar a razão, eram destinadas as atividades do campo, às mulheres cabia, independente de sua origem social ou experiência de vida e trabalho, a execução de atividades ligadas à limpeza do ambiente, preparo de alimentos e à costura. Dessa forma, era esperado que, em ambiente que buscava reproduzir as atividades solicitadas à mulher num lar, esta pudesse voltar à normalidade (Cunha, 1998).

Se havia a hipótese de que trabalho em excesso poderia levar ao adoecimento mental da mulher, o mesmo não poderia ser relacionado às negras internas, vistas como seres de "uma natureza mais animal que humana" e "freqüentemente tomadas também como objetos de uso sexual para os senhores". "Nenhuma delas, com certeza, seria internada por trabalhar demais e poucos se dariam ao trabalho de perguntar sobre suas relações familiares, sexualidade ou estado civil" (Cunha, 1998, p. 17). A dupla inferioridade das mulheres negras e pobres as transformava, naquele momento, em candidatas quase que "[...] naturais e irrecuperáveis à loucura e ao silêncio imposto dos dormitórios coletivos" (Cunha, 1998, p. 17).

Mulheres que prestam Cuidado Informal em Saúde Mental

Os estudos até então abordados relatam perspectivas sobre a loucura feminina que antecediam os movimentos reformistas da psiquiatria no Pós-Segunda Guerra. Se, ao longo da história, a família foi afastada daquele considerado louco, como justificativa para permitir seu tratamento, de modo que sua presença não influenciasse o paciente, nem que fosse por este influenciada, o século XX trouxe a possibilidade de reaproximação do portador de sofrimento mental com sua família. As políticas de desinstitucionalização, adotadas por vários países após a 2ª Guerra Mundial e, no Brasil, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas estabelecidas em particular a partir da década de 1990, permitiram que os profissionais de saúde gradativamente observassem a importância da relação paciente-família, tanto para a compreensão do quadro apresentado por aquele que recebe assistência, como para prestar cuidados à própria família.

Aqui vale uma consideração sobre a prestação de cuidados. Milliken e Northcott (2003) caracterizam o cuidado como um processo contínuo que engloba a vida nas esferas social, emocional e material. Do ponto de vista da prestação de cuidados formais, portanto, conhecer as conseqüências da assistência oferecida a um familiar portador de doença mental grave é essencial para melhor planejamento dos serviços de reabilitação psicossocial. Entretanto, prática comum entre equipes de saúde ao prestar atendimento a familiares resume-se a listar informações tidas como relevantes sobre o tratamento e o prognóstico, sem que exista espaço para ouvir as experiências vividas pela família nas atividades de cuidado, além de suas dúvidas. Uma necessidade para a atuação da equipe é prover cuidado aos familiares que prestam cuidados.

Outros autores abordam a prestação de cuidados informais. Por englobar "[...] uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida" (Lacerda e Valla, 2004, p. 95) o ato de cuidar, segundo Maranhão (2000), está vinculado à capacidade, daquele que cuida, de identificar as dificuldades do outro, tendo sempre como objetivo a promoção do crescimento de quem recebe este cuidado. Deste modo, o cuidado não é o mesmo independentemente de quem o exerça, pois pode ser dotado de muitos sentidos. A forma de identificar quais as necessidades de cuidado do outro pode ser compreendida como uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, podendo sofrer variações de um segmento social a outro. O cuidado para com a saúde pode ser uma ação priorizada e organizada a partir das concepções sobre o processo saúde e doença, o desenvolvimento humano e o contexto sócio-cultural dos indivíduos que se estuda. Isso ocorre porque a saúde é um fenômeno complexo, cuja construção ocorre no contexto cultural, ou seja, no modo de vida diário, na interação com o social e o meio físico.

Ao partir do princípio de que o cuidado não é o mesmo independente de quem o exerça, torna-se relevante discutir o papel das mulheres como as principais representantes do cuidado dentro da esfera familiar. Dentre os estudos nacionais e internacionais que focam a prestação de cuidados informais em saúde mental, destacam-se aqueles que abordam a sobrecarga a que se encontra exposto o cuidador, geralmente um familiar do sexo feminino (Biegel e col., 1994; Doornbos, 1997; Kuisma e col., 1997; Loukissa, 1995; Ricard e col., 1990; Pereira, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006). No geral, além de mães, outras mulheres como avós, irmãs e esposas respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, em sua maioria indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros (Solomon e Draine, 1995; Gonçalves, 1999; Pereira e Almeida, 1999; Gonçalves e Sena, 2001; Pegoraro,

2002; Rosa, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006). Estudos realizados no Brasil apontam que, além deste encargo, essas mulheres, cujas histórias de vida indicam pertencimento às camadas mais desfavorecidas da população, ainda detém a responsabilidade por outros doentes e/ou crianças de seu grupo familiar (Gonçalves e Sena, 2001; Rosa, 2003, Pegoraro e Caldana, 2006), e não raro são, elas mesmas, acometidas por problemas psiquiátricos (Gonçalves, 1999; Pegoraro, 2002).

Um estudo realizado com mulheres brasileiras que prestavam cuidados informais a um familiar, usuário de serviço de saúde mental, revelou que elas tinham aquele de quem cuidavam como centro de suas vidas, e dele não conseguiam se perceber separadas (Gonçalves, 1999). Quando falavam a respeito daquele que recebia seu cuidado, falavam sobre si mesmas, numa grande fusão. Outros estudos assinalam que, no geral, embora com queixas de sobrecarga de trabalho pela tarefa de cuidar de um portador de sofrimento mental, a cuidadora apresenta dificuldades em dividir a realização dessa tarefa com outras pessoas, centralizando as ações e dividindo apenas aquelas tarefas consideradas periféricas, como marcar consulta ou buscar medicação (Rosa, 2003; Pegoraro, 2006). No caso das cuidadoras mais velhas, o precário estado de saúde das mesmas deve ser uma das preocupações das equipes de saúde. Além de problemas físicos, os estudos analisados destacaram a presença de sintomas de depressão e uso de ansiolíticos nas cuidadoras. Some-se a isso, a condição financeira desfavorável de boa parte dessas famílias, todas investigadas em serviços públicos do país.

A partir disso, podemos compreender que os estudos que abordam o cuidado exercido pelas mulheres responsáveis pelos portadores de sofrimento mental tornam clara a necessidade de que elas próprias recebam cuidados. Segundo Gonçalves (1999, p. 165), no contexto de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental no Brasil, o paciente "[...] está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados". Faz-se necessário que os profissionais de saúde penetrem no mundo onde vivem essas famílias, apropriando-se do mesmo por meio de seu saber/fazer e auxiliando no cuidado do portador de sofrimento mental.

É a abertura para escutar a família que possibilita descobrir qual sua necessidade de cuidado, bem como a percepção, por parte das equipes, de que o sofrimento não se localiza apenas no usuário. A aproximação do universo familiar permite intervenções nesse contexto e possibilita, por parte dos profissionais, a busca pela compreensão do papel que o usuário desempenha nesse grupo. As intervenções nas famílias podem auxiliar o grupo a gerir seu cotidiano, o que implicaria em diminuição do peso ou da responsabilidade, cooperação entre os membros, bem como permitiriam a aceitação, por parte da família, da loucura depositada em um de seus componentes (Cesarino, 1989; Melman, 2002).

O estudo de Rosa (2003) apontou para o predomínio da desinformação entre os familiares no momento da alta, após a primeira internação psiquiátrica. Colocada num lugar passivo pelo serviço de saúde, que lhe promete a cura, a família é retratada como visita e, muitas vezes, classificada como inconveniente em momentos em que questione ou faça queixas sobre o atendimento prestado. A pesquisa aponta também para uma alteração, provocada por reinternações, no modo como a família concebe e relaciona-se com o usuário. Surgem sentimentos de superproteção, infantilização e tutela. A dependência do usuário frente aos familiares, ou mais especificamente ao seu cuidador, pode ser parcial ou total, ou seja, pode ser identificada em ações da família com o intuito de impedir o usuário de trabalhar, de administrar seu próprio dinheiro, ou mesmo de ir a uma consulta ambulatorial, sendo, nesse caso, representado por um familiar, o que, de acordo com Rosa (2003), representaria a dependência total do usuário.

A partir dessas considerações sobre o importante papel exercido pela mulher dentro de grupos familiares onde um dos membros realiza tratamento psiquiátrico, surgem algumas questões: O que ocorre quando é a mulher que necessita de cuidados formais / profissionais em saúde mental? O que ocorre com a família quando a mulher adoece e precisa de cuidados psiquiátricos? A atenção a homens e mulheres nos serviços públicos é /deve ser a mesma independente do gênero? Alguma atenção é dedicada aos filhos?

Mulheres que Necessitam de Cuidado Formal em Saúde Mental

De acordo com a WHO (2000), a saúde mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como aspectos socioculturais, legais, econômicos, de infra-estrutura ou ambientais, e a identificação e a modificação desses fatores tornaria possível a prevenção primária de algumas desordens. A descrição de situações de vida e de estudos de caso auxiliaria na compreensão do contexto onde se desenvolvem quadros como a depressão, o desgaste emocional, a ansiedade, dentre outras desordens, bem como na compreensão do sentido que a saúde mental assume para as mulheres. A inexistência de investigações que estudem a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental pode levar a uma política de saúde que não leve em conta prioridades fundamentais, tais como aquelas vividas por mulheres com transtorno mental grave que tenham filhos ainda dependentes.

Kohen (2001) argumenta que algumas necessidades da mulher têm sido negligenciadas na área de saúde mental, como a atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, cuidado e custódia dos filhos daquelas que têm doença mental, violência doméstica, estigma e diferenças na evolução de alguns distúrbios mentais. Do ponto de vista epidemiológico, as mulheres apresentam índices mais elevados de depressão, distimia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares.

Para a autora, no caso de doenças mentais como esquizofrenia e distúrbio afetivo bipolar, as principais diferenças de incidência não se encontram na variável sexo, mas sim em características demográficas, clínicas e necessidade de atenção que o paciente requer. Mulheres com esquizofrenia apresentam mais competência social e sexual que homens e o curso da doença, em mulheres, tende a ser mais benigno, com ajustamento social mais favorável. Dentre as mulheres, o nível de reinternações é inferior ao de homens e a permanência mais curta. O risco de suicídio é maior entre as mulheres.

Quanto às necessidades específicas da mulher que precisa de cuidados em saúde mental, encontram-se aquelas ligadas à maternidade, suporte social, violência física e sexual, efeito dos psicotrópicos e relacionamento profissional. O uso de psicofarmacologia envolve problemas de infertilidade e aumento dos níveis de prolactina, que merecem ser mais amplamente discutidos. Outra colocação de Kohen (2001) diz respeito ao tratamento para pacientes em estado agudo. Para a autora, é importante que os profissionais conheçam serviços comunitários que possam assistir a paciente que tenha filhos, estabelecendo-se a comunicação entre os diferentes serviços. Em caso de necessidade de admissão hospitalar para a paciente, a integração entre os serviços e seus profissionais possibilitaria que se oferecesse uma alternativa de assistência. Para ela, também é importante que se estabeleça uma filosofia de cuidado para a mulher com problemas de saúde mental para o século XXI.

O estudo de Lindamer e colaboradores (2003) com 4975 pacientes, maiores de 18 anos, em atendimento público em San Diego, Califórnia, entre 1999 e 2000, revelou um maior número de mulheres mais velhas, maior número de casadas, e que viviam de forma independente, utilizando mais serviços de internação apenas ao longo do dia ou serviços abertos que os homens.

No Brasil, o estudo de Garcia (1995), oriundo de sua dissertação de mestrado, traz relatos de mulheres em situação de sofrimento mental internadas em duas instituições psiquiátricas paulistas (Clínica Maia, particular/conveniada ao SUS e Hospital Psiquiátrico Pinel, estadual). Apoiada em autores como Chesler (1989), Garcia (1995) destaca que dados que apresentaram um mesmo índice de internações para homens e mulheres podem ser enganosos, tendo em vista que há uma maior tolerância com relação às mulheres no lar, já que a execução do trabalho doméstico a elas encontra-se vinculado. Dentre as 68 pacientes estudadas por Garcia (1995), houve predomínio de mulheres em faixa etária reprodutiva (até 45 anos), solteiras e sem filhos, com baixa escolaridade, e profissões ligadas ao lar (dona-de-casa ou empregada doméstica). As características relativas à idade e ao estado civil teriam em seu bojo o papel que a sociedade espera que seja cumprido pelas mulheres, ou seja, casar, ter filhos e ser dona-de-casa. "Uma mulher que não esteja disposta a isso ultrapassa a imagem ideal e não consegue encontrar nenhum modo de se exprimir que não seja visto pela sociedade como antinatural" (Garcia, 1995, p. 120). Desta forma, quase um século

após a efetuação dos registros em prontuários analisados por Cunha (1998), mais uma vez as mulheres em situação de sofrimento mental apresentariam características contrárias àquelas socialmente esperadas, atreladas ao cumprimento do ciclo de vida tido como natural, ao exercício do papel de esposa e mãe.

Dentre as causas apontadas para a internação das usuárias estudadas por Garcia (1995) estavam a presença de depressão pós-parto, a agressividade, a tentativa de suicídio e homicídio, fortes dores de cabeça desde a menarca e epilepsia, desmaios e insônia decorrentes da época menstrual. A autora, através de consulta aos prontuários e conversas com as internas, elaborou um pano de fundo das internações, contextualizando suas ocorrências. Dentre as situações descritas como justificativas para a internação, encontravam-se, com freqüência, a violência sofrida (estupro ou espancamento) e crises depressivas relacionadas ao pós-parto. Segundo Garcia (1995, p. 125): "Muitas dessas mulheres sentem-se culpadas por não serem capazes de suportar a miséria, a criação dos filhos e o marido que chega em casa para comer e dormir, muitas vezes bêbado e violento" e uma das conseqüências de não seguir ou sentir-se satisfeita ao padrão ideal seria sentir depressão, tentativas de suicídio, culpa, inatividade e falta de esperança para uma mudança. "Essas mulheres, tornadas passivas pelo papel que lhes foi imposto, vivem a culpa de sentir desejos, de querer existir além dos serviços que prestam" (Garcia, 1995, p. 125).

Uma década depois, a pesquisa de doutorado de Rosa (2003) apontou que, quando é a mulher quem adoece, a família é muito mais afetada: a mulher seria o elo organizador das ações do grupo, principalmente entre as famílias de baixa renda, e os filhos "[...] comumente tendem a ser os mais afetados, pois em geral deixam de ir à escola, ao médico e ficam sem uma assistência para suas necessidades básicas" (Rosa, 2003, p. 266). Tendo em vista a maior facilidade das mulheres em procurar por serviços médicos para falarem sobre o que lhes aflige ou impõe sofrimento/dor, seja do ponto de vista emocional ou físico (Romanelli, 1997), elas arriscam-se a serem mais medicalizadas logo aos primeiros sinais de desconforto psíquico. Segundo Rosa (2003), são as mulheres as principais consumidoras dos serviços ambulatoriais, bem como dos diagnósticos mais leves. Mesmo portadora de uma doença mental, a mulher, vinculada à esfera doméstica, tenderia a, mesmo em crise, manter a execução de certas tarefas, isto é, continuaria, de certo modo, "produzindo" para sua família e, com relação aos filhos, sua situação implicaria em receber mais atenção por parte deles.

Se as mulheres seriam beneficiadas por estas vantagens sociais, no caso da atenção dispensada pelos familiares, o mesmo não ocorreria do ponto de vista do campo moral, principalmente da sexualidade, já que condutas que explicitem uma sexualidade exacerbada provocam escândalo e repressão. O abandono do marido, não raro no caso de doença mental, também é apontado como uma desvantagem. É mais comum que a mulher seja abandonada e, em casos onde o homem adoece psiquicamente, *a esposa tende a continuar* a seu lado. No caso do adoecimento feminino, o cuidado fica a cargo da família de origem/parental, partindo-se do suposto que "os filhos são permanentemente dependentes, independente da idade, e de que essa família é que tende a fazer o melhor por ele, pelos laços que os vinculam, considerados permanentes" (Rosa, 2003, p. 267). Alguns maridos, se não abandonam as esposas na eclosão do sofrimento mental destas, assumem uma outra postura, espelhada no papel de pai da esposa. Pode acontecer, ainda, que aquele que abandonou a esposa retorne para casa com o término da crise.

O Cuidado com os Filhos

Diaz-Caneja e Johnson (2004) apontam que, na literatura, há um predomínio de expectativa estereotipada, por parte dos serviços, a respeito de que pessoas com esquizofrenia sejam, em sua maioria, solteiras, morem sós, com seus pais ou em moradia protegida, e que não possuam filhos. A revisão realizada pelos autores apontou que o número de filhos de mulheres com doença mental severa seria maior do que o número de filhos de homens na mesma situação[1], sendo comum a perda da custódia dos filhos entre mulheres. O número de estudos sobre mulheres com doença mental severa que possuíam filhos e que pretendessem investigar as suas necessidades e experiências foi

1 Vale lembrar que há um predomínio de homens solteiros, se comparados às mulheres, em situação de sofrimento mental. Desta forma, seria "esperado" um menor número de filhos entre os homens.

pequeno. O tema predominante nos estudos pesquisados, com respeito à maternidade e à doença mental, foi o impacto provocado por essa situação nas crianças. Os estudos voltavam-se para possíveis efeitos desse convívio no bem-estar emocional das crianças, mesmo em casos onde os pais eram considerados capazes de criá-las adequadamente. Mais do que os sintomas positivos, teriam impacto no desenvolvimento dos filhos o comportamento agressivo por parte dos pais, distúrbios no relacionamento e condições sociais precárias, destacando-se como relevantes as investigações sobre a capacidade de pessoas com transtorno mental severo desenvolverem a função paterna.

O estudo de revisão efetuado por Brunette e Dean (2002) apontou que mais da metade das mulheres com doenças mentais severas possuíam filhos e, destas, entre 10 e 20% possuíam crianças ainda dependentes de cuidados. Nos primeiros anos após o nascimento de um filho, a mulher teria seu risco aumentado de apresentar uma doença mental ou de uma recaída quando já diagnosticada. A mania poderia ser observada em mulheres com desordem bipolar não tratada e 10% desenvolveriam depressão maior após o parto, sendo que outras 10%, com diagnóstico de esquizofrenia, poderiam ter recaída. Mulheres com sintomas psicóticos poderiam, através de alucinações, colocar em risco a vida da criança e a sua. A revisão apontou ainda que, em decorrência do efeito da medicação, as necessidades das crianças podem não ser percebidas e a necessidade de ajuda para exercer a função materna pode não ser reconhecida. Além disso, a interação com a criança também pode ser prejudicada em decorrência de sintomas ou outras dificuldades apresentadas pela mãe. Mães com quadro psicótico tendiam à falta de reciprocidade e atenção para com os filhos. Quando a doença afetava pessoas jovens, que residiam sós ou com dificuldades financeiras, a experiência poderia ser ainda mais prejudicial. A intervenção profissional, nesses casos, seria importante forma de ajudar a manter a custódia das crianças com a mãe.

Para Nicholson e colaboradores (1998a) o medo da perda da custódia encontra-se sempre presente no imaginário destas mulheres e um fator que serve como agravante desse medo é o estereótipo que recai sobre tais mães sobre situações de violência exercidas para com sua prole; em breve revisão os autores indicam que, apesar de um forte desejo de levar uma vida normal junto de seus filhos, mulheres portadoras de sofrimento mental apresentam dificuldade para disciplinarem seus filhos, sentem-se culpadas por compreenderem que os criam de um modo "errado" e têm dificuldades de serem aceitas pela família, assim como em procurar a melhor maneira de expor às crianças sobre sua doença e o tratamento. Apesar da associação entre doença mental materna e maus tratos às crianças, o estudo de Leventhal e colaboradores (2004) não encontrou associação significativa nesse sentido, tendo abordado 44 mulheres acima de 20 anos de idade, com filhos entre 8 meses e 4 anos de idade, 41% delas com diagnóstico de esquizofrenia ou desordem esquizoafetiva, e com, ao menos, uma hospitalização nos cinco anos precedentes à coleta de dados, que se deu por meio de instrumentos objetivos, medida observacional (vídeo) e entrevistas.

Stormont e colaboradores (1997), apesar da informação de que a maioria das crianças, filhas de pais com problemas de saúde mental, não desenvolveriam qualquer problema, apontaram alta freqüência de episódios severos nos pais como expositores das crianças a um risco elevado de apresentarem problemas de desenvolvimento, doenças somáticas e problemas emocionais, o que as tornariam mais vulneráveis à influência da desordem parental. Isso se torna mais crítico diante do apontado por Wang e Goldsmidt (1994): um quarto das mulheres estudadas relataram que o início de sua doença mental estava relacionada à maternidade, o que estaria de acordo, segundo os autores, com a literatura, que aponta que mulheres com distúrbio pós-parto estão mais expostas ao risco de ter pobre saúde mental no futuro.

Nicholson e Biebel (2002) revisaram estudos que apontam risco elevado de crianças, cujos pais apresentam doenças mentais, desenvolverem dificuldades psicossociais mais intensivamente que a população geral. No entanto, um grande número de crianças nessas condições não desenvolve essas dificuldades. Fatores como hereditariedade, influências biológicas, características ambientais como o relacionamento entre os pais e funcionamento familiar. O bem-estar da mãe e da criança estão inter-relacionados, um contribui para o outro. Serviços de saúde mental comunitários, que ofereçam possibilidade de discussão e exame às dúvidas do paciente, suas dificuldades e procurem a melhor forma de tratamento possível, podem auxiliar estes pais na tarefa comum a todos os pais: a de criar um ambiente seguro para o desenvolvimento

das crianças por meio de uma relação positiva construída entre pais e filhos.

A pesquisa realizada por Diaz-Caneja e Johnson (2004) com 22 mulheres, em Londres, (8 em regime aberto, 11 atendidas em serviços de saúde mental e 3 em um centro-dia), todas com diagnóstico psiquiátrico, com filhos menores de 16 anos e em tratamento nos últimos seis meses, destacou um aspecto positivo da maternidade devido ao seu alto valor social. Além disso, segundo as mães entrevistadas, experiências de estigma às quais encontraram-se submetidas implicavam em sentimento de que não seriam totalmente capazes para a maternidade, existindo dificuldades emocionais e práticas para exercer o papel de mãe, as quais, muitas vezes, indicavam a necessidade da ajuda de parentes para o cuidado com os filhos. Em muitos casos, o encargo para com os filhos foi colocado como um impeditivo para a participação da mãe em tratamentos psicológicos. Quando há deterioração na saúde mental materna, e uma recomendação de internação hospitalar, pode ocorrer conflito quanto ao cuidado com as crianças, deixadas aos cuidados de estranhos, por exemplo. Desta forma, os autores destacam a necessidade de planejar, a longo prazo, o bem estar de pais usualmente capazes, mas intermitentemente com dificuldades ou impossibilitados de cuidar dos filhos. O estudo sugere aos serviços discutir o suporte profissional oferecido às famílias (prático e emocional), a criação de espaços, no hospital, para visitas infantis, e ainda de programas de treinamento de habilidades parentais no trato com as crianças.

A necessidade de ter sua função materna preservada deve ser uma das diretrizes dos tratamentos de saúde mental (Nicholson e col., 1998a) e o relacionamento destas mulheres com sua família, que por vezes está permeado por dificuldades, pode requerer a intervenção dos profissionais de saúde junto à família, já que a falta de suporte social pode ser um fator de risco para a mãe e a criança. Uma forma de iniciar tal postura seria ouvir essas mulheres, que, segundo Nicholson e colaboradores (1998b), têm muito a nos dizer.

Considerações Finais

A presença da mulher nos serviços de saúde mental deve permitir discussões a respeito da condição da mulher que tem filhos. Reconhecer as especificidades dessa condição pode possibilitar uma nova forma de cuidar: ao envolver a família não apenas como fonte de informações sobre a paciente, mas como grupo do qual ela originou-se e ao qual retornará. Segundo Melman (2002), uma das funções da equipe de saúde mental é auxiliar a família na gestão de sua vida cotidiana. No caso de mulheres com filhos dependentes de cuidado, é preciso que as equipes forneçam suporte às famílias cujas mulheres apresentam quadros graves, que necessitem de internação ou que demandem cuidado contínuo.

Para que se assista, homem ou mulher, de forma a não extirpar o contexto de vida da história de cada um, aos serviços de saúde mental não resta outra alternativa que a atuação em rede e em território. A literatura sobre o tema é rica, mas no cotidiano dos serviços, o quanto ela é efetiva?

Segundo Carvalho e Dimenstein (2004), as mudanças em papéis assumidos pelo gênero feminino ao longo do século XX não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, sendo que a alteração no estilo de vida altera também as necessidades de assistência à saúde. A subjetividade de cada mulher e o tipo de queixa relatada devem servir de base para uma compreensão que abranja "[...] as várias implicações que perpassam essa problemática" [...] "na maioria das vezes expressas por sintomas físicos ou psíquicos decorrentes de problemas econômicos e sociais, desajustes familiares, entre outros" (p. 124).

O modelo biomédico de assistência à saúde, associado à desconsideração das alterações sofridas nos papéis sociais que as mulheres exercem, embasadas numa concepção cristalizada do sexo feminino, cuja identidade encontrar-se-ia presa ao ambiente doméstico, não permite que o serviço seja qualificado como "*locus* de acolhimento e transformação", por não propiciar que as mulheres sejam agentes de mudança de seus próprios processos, no desenvolvimento da capacidade auto-reflexiva sobre reações e sinais de seu corpo e sua sexualidade (Carvalho e Dimenstein, 2004).

Referências

BIEGEL, D. E. et al. Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, Heidelberg-Germany, v. 30, n. 5, p. 473-494, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. *Legislação em saúde mental*: 1990-2004. Brasília, DF, 2004. p. 125-136.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília, DF, 2002.

BRUNETTE, M. F.; DEAN, W. Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal*, Heidelberg-Germany, v. 38, n. 2, p. 153-165, 2002.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia,* Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CESARINO, A. C. Hospital-dia 'A Casa': conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A. (Org.): *Saúdeloucura, 1.* São Paulo: Hucitec, 1989. p. 33-45.

CUNHA, M. C. P. De historiadoras, brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). *Tempo*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 181-215, 1998.

DEL PRIORI, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 179-194, 1999.

DIAZ-CANEJA, A.; JOHNSON, S. The views and experiences of several mentally ill mothers: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Heidelberg-Germany, v. 39, p. 472-482, 2004.

DOORNBOS, M. M. The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Grand Rapids-Michigan-USA, v. 35, n. 9, p. 22-26, 1997.

GARCIA, C. C. *Ovelhas na névoa*: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1995.

GONÇALVES, A. M. *A mulher que cuida do doente mental em família*. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

KOHEN, D. Psychiatric services for women. *Advances in Psychiatric Treatment*, London, v. 7, p. 328-334, 2001.

KUISMA, M. et al. Family dynamics of families with mental health problems in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 26, p. 111-116, 1997.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS, 2004. p. 91-117.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-102, 1997.

LEVENTHAL, A. et al. Caregiving attitudes and at-risk maternal behavior among mothers with major mental illness. *Psychiatric Services*, Arlinton-Virginia-USA, v. 55, p. 1431-1433, 2004.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-199, 2001.

LINDAMER, L. A. et al. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, Arlinton-Virginia-USA, v. 54, n. 10, p. 1407-1409, Oct. 2003.

LOUKISSA, D. A. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 21, p. 248-255, 1995.

MARANHÃO, D. G. O cuidado como elo entre saúde e educação. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 111, p. 115-133, 2000.

MELMAN, J. *Família e doença mental*: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MILLIKEN, P. J.; NORTHCOTT, H. C. Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. *Qualitative Health Research*, Thousand Oaks-California-USA, v. 13, n. 1, p. 100-113, 2003.

NICHOLSON, J.; BIEBEL, K. Commentary on "Community mental health care for women with severe mental illness who are parents": the tragedy of missed opportunities: what providers can do. *Community Mental Health Journal*, Heidelberg-Germany, v. 38, n. 2, p. 167-172, 2002.

NICHOLSON, J.; SWEENEY, E. M.; GELLER, J. F. Focus on women: mothers with mental illness: I - The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, Arlinton-Virginia-USA, v. 49, n. 5, p. 635-642, 1998a.

NICHOLSON, J.; SWEENEY, E. M.; GELLER, J. F. Focus on women: mothers with mental illness: II - Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, Arlinton-Virginia-USA, v. 49, n. 5, p. 643-649, 1998b.

ODA, A. M. R.; DALGALARRONDO, P. Ciclo reprodutivo e transtornos mentais no século XIX. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 22, mar. 2000.

PEGORARO, R. F. *Familiares que cuidam de portadores de sofrimento mental*: histórias de dor, vidas de sofrimento. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-São Paulo, v. 7, n. 12, p. 71-82, fev. 2003.

PEREIRA, M. G.; ALMEIDA, J. M. C. Repercussões da doença mental na família: um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 12, p. 161-168, 1999.

PESSOTTI, I. A doutrina demonista. In_____. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. p. 83-120.

RAGO, E. J. A construção da 'natureza feminina' no discurso médico. *Estudos feministas,* Florianópolis, ano 10, n. 514, p. 511-514, jul./dez. 2002.

RICARD, N.; BONIN, J. P.; EZER, H. Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, n. 36, p. 73-83, 1990.

ROMANELLI, G. *Políticas de saúde e famílias de classes populares*. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 13., 1997, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ANPOCS, 1997. p. 113.

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

SANTOS, M. E. S. B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 468-747, 2000.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano I, n. 2, jan./jul. 2006.

SOLOMON, P.; DRAINE, J. Adaptative coping among family members of person with serious mental illness. *Psychiatric Services*, Arlinton-Virginia-USA, v. 46, n. 11, p. 419-427, July 1995.

STORMONT, F. et al. Concerns about the children of psychiatric in-patientes: what the parents says. *Psychiatric Bulletin*, London, v. 21, p. 495-497, 1997.

TOSI, L. Caça às bruxas: o saber das mulheres como obra do diabo. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 4. n. 20, p. 35-42, 1985.

VILELA, W. V. *Mulher e saúde mental*: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina. 1992. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WANG, A. R.; GOLDSCHMIDT, V. V. Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatric Scandinavia*, Oxford, v. 90, p. 459-465, 1994.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women and mental health.* Geneva, 2000. (Fact sheet, 248). Disponível em: < http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/>. Acesso em: 15 mar. 2008

Recebido em: 21/03/2007
Aprovado em: 08/05/2007