

LAS MUJERES PORTADORAS DE TRASTORNOS MENTALES Y LA MATERNIDAD

Marisley Vilas Bôas Soares¹
Ana Maria Pimenta Carvalho²

Se considera que la capacidad materna para ofrecer buenas condiciones de cuidado y reconocimiento de las necesidades del hijo, genera un ambiente adecuado preventivo para el desarrollo psicológico del niño. Este estudio buscó describir el fenómeno de la maternidad para usuarias de un ambulatorio de salud mental de la ciudad de Ribeirao Preto, SP, utilizando como marco teórico el Interaccionismo Simbólico. Fueron entrevistadas diez mujeres, con, al menos, un año de tratamiento y con por lo menos un niño de 7 a 12 años. La Teoría Fundamentada en Datos permitió analizar los datos, alcanzando una teoría que explica el fenómeno: "tratando de reconocerse para permanecer luchando". Se concluye que esas mujeres necesitan lidiar, reconocer y reconocerse en su función materna para permanecer luchando con las limitaciones impuestas por el trastorno. Se trata de un paso más para adecuar los servicios de la salud mental frente a esa demanda, para que esas mujeres sean reconocidas no solo como portadoras de trastornos mentales.

DESCRITORES: salud mental; servicios de salud; enfermería psiquiátrica

WOMEN WITH MENTAL DISORDERS AND MOTHERHOOD

Mothers' ability to deliver care and tend to the needs of their children is considered to generate an adequate preventive environment for infant psychological development. This study describes the phenomenon of motherhood from the perspective of users of a mental health outpatient clinic in Ribeirão Preto, SP, Brazil, through Symbolic Interactionism theoretical framework. Ten women under treatment for at least one year and with at least one child between 7 and 12 years old were interviewed. Grounded Theory was used for data analysis, which enabled the development of a theory to explain the phenomenon: "of perceiving oneself in such a way as to keep fighting". The conclusion is that these women need to deal with, recognize and perceive themselves in their maternal role so as to keep on fighting limitations imposed by the disease. That these women come and see beyond their condition of mental disorder patients is another step towards the delivery of more adequate mental health services to meet this demand.

DESCRIPTORS: mental health; health services; psychiatric nursing

MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E A MATERNIDADE

Considera-se que a capacidade materna para oferecer boas condições de cuidado e acolhimento às necessidades do filho gera ambiente adequado preventivo para o desenvolvimento psicológico da criança. Este estudo buscou descrever o fenômeno da maternidade para usuárias de um ambulatório de saúde mental da cidade de Ribeirão Preto, SP, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Foram entrevistadas dez mulheres, com, ao menos, um ano de tratamento e no mínimo uma criança de 7 a 12 anos. A Teoria Fundamentada em Dados possibilitou analisar os dados, atingindo uma teoria explicativa para o fenômeno: "tentando se enxergar para permanecer lutando". Conclui-se que essas mulheres necessitam lidar, reconhecer e enxergar-se em sua função materna para permanecer lutando com as limitações impostas pelo transtorno. Trata-se de mais um passo para adequação dos serviços de saúde mental frente a essa demanda, para que essas mulheres sejam vistas para além de seu lugar de portadoras de transtornos mentais.

DESCRIPTORES: saúde mental; serviços de saúde; enfermagem psiquiátrica

INTRODUCCIÓN

Con la perspectiva de integrar al portador de trastornos mentales a la convivencia social, la familia asume un importante papel para su recuperación, la que, potencialmente, permite que la rehabilitación pueda ser conquistada. Así, los estudios han buscado verificar los impactos del trastorno mental sobre el contexto familiar, así como las concepciones de familiares acerca de sus manifestaciones⁽¹⁻²⁾. A pesar de que muchas investigaciones enfoquen la acción del trastorno mental sobre la familia y los cuidadores, algunos estudios pasan a invertir esa lógica y priorizan la perspectiva que tiene el portador, en su búsqueda por equilibrar las demandas sociales y las necesidades provenientes del trastorno mental.

Siguiendo esos cambios, algunas investigaciones que ponen en evidencia la relación de esos trastornos y las diferencias de género dan pistas de como orientar acciones preventivas y de tratamiento, teniendo en vista las particularidades encontradas en la incidencia y manifestaciones entre hombres y mujeres⁽³⁾, siendo que la salud mental de la mujer es un tema emergente, sin embargo con pocos estudios brasileños en esa área. Al abordar la salud mental femenina y buscar comprender las condiciones que la determinan, ha sido reforzada la atención para la discriminación de género, pobreza, posición social y varias formas de violencia contra la mujer y en aquello que esos aspectos pueden ocasionar a su salud. Entre los trastornos que pueden acometer a la mujer a lo largo de su vida, como síntomas relacionados al período premenstrual, o la fase de la menopausia, se destacan aquellos manifestados en el transcurso del puerperio – cuando también entran en escena cuestiones relativas a la maternidad. Pensar en la condición de la mujer nos remite a los conceptos que envuelven particularidades biológicas y también a la complejidad existente en la construcción social de su papel y como se hace presente en su contexto social.

Las representaciones atribuidas a la mujer sobre su natural responsabilidad sobre el hogar y los hijos encuentran evidencias que institucionalizan ese modo de pensar. Hay teorías de enfoques sociales y históricos que consideran el llamado “instinto maternal” como consecuencia de concepciones ideológicas, engendradas a partir de la mitad del siglo XVIII, en Europa⁽⁴⁾. El psicoanálisis acabó por reforzar un aspecto arduo para la mujer: la culpa por los

tropezones y amarguras vividas por los hijos. Es también en ese período que la familia se torna una célula social que diferencia las vivencias entre lo público y lo privado, en que la formación del núcleo familiar es centralizada por el amor materno a través de los afectos compartidos. El espacio doméstico, de esa forma, posee fuerte connotación femenina.

La mujer, actualmente, enfrenta una serie de limitaciones para equilibrar sus múltiples funciones, encontradas en el mercado de trabajo y en lo que se refiere a la conducta social y “el desempeño de esos papeles no sucede de forma tranquila y sin conflictos, por el hecho de ser, todavía, una ‘transgresión’ al antiguo modelo de comportamiento individual y familiar”⁽⁵⁾. Sin embargo, todavía se hace presente en el ideal femenino la realización de papeles socialmente esperados, como de madre y esposa que entran en competición con los deseos de realización profesional e independencia financiera.

Para profundizar las reflexiones acerca de la figura materna, el concepto de paternidad/maternidad⁽⁶⁾ abarca diversos factores que constituyen en el individuo el cuidado sobre su descendencia: recursos psicológicos individuales de los padres, características del niño y las fuentes de estrés y soporte presentes en el contexto en que están viviendo. Teniendo en cuenta este concepto, entre los aspectos citados que pueden influenciar su expresión, este trabajo discurre sobre la enfermedad mental que acomete a la madre – en la cual una de sus características es afectar la calidad de las relaciones afectivas y familiares. Se puede considerar que esas madres portadoras de trastornos mentales pueden lanzar mano de otros elementos que les garanticen el ejercicio de la maternidad – más allá de la exclusiva relación madre-hijo.

Teniendo en vista la complejidad del fenómeno de ser madre, del trastorno mental y como esos factores se relacionan, este trabajo objetiva conocer como las mujeres con diagnóstico de trastorno mental experimentan la maternidad y se ven como madres.

METODOLOGÍA

En esta investigación, de diseño cualitativo, se adoptó como marco teórico el Interaccionismo Simbólico, cuya unidad de estudio es la interacción entre las personas. Se considera que su acción

desencadena un proceso dinámico de cambio individual y social, que permite la transmisión de algo al otro que percibe, interpreta y nuevamente actúa⁽⁷⁾. Su ocurrencia es mediada por los significados atribuidos por el individuo y se da externa e internamente: con el otro y consigo mismo. Esas interacciones concomitantes son respuestas mediadas por la perspectiva que define el mundo para la persona, ya que evoca una visión particular de mundo y de la situación en curso (interacción interna) que resulta en acciones con el otro (interacción externa). Esto lleva al concepto de perspectiva, siendo propia de la interacción y compartida en la misma. La perspectiva se define a través de los muchos papeles interpretados por el individuo y de las varias otras personas con quien interactúa – ya que posibilita muchos “puntos de vista”. En la interacción, las personas se hacen entender cuando son capaces de asumir el papel del otro, al entender la perspectiva de la otra persona el individuo es capaz de transmitir el significado de su acción y de poder compartir significados comunes, cuando su importancia está presente para todos los participantes en la interacción.

Como marco metodológico, se optó por la Teoría Fundamentada en Datos, permitiendo abarcar la experiencia del sujeto en relación al fenómeno estudiado, por medio de las interacciones humanas existentes, intercambios simbólicos y significados para la interacción, lo que posibilita la construcción de teorías acerca del objeto “con base en los datos investigados, en lugar de comprobar una teoría ya existente”⁽⁸⁾. La Teoría Fundamentada en Datos puede generar la elaboración de conceptos teóricos capaces de interpretar la acción en su contexto, a partir de la perspectiva de los participantes.

Fueron definidos como criterios para la selección de los participantes de la investigación: mujeres portadoras de cualquier tipo de trastorno mental, hace más de un año, que tuviesen por lo menos un hijo en el intervalo de edad de siete a doce años de edad, que fuesen usuarias de un servicio público de atención en ambulatorio en salud mental, de la ciudad de Ribeirão Preto, SP, residentes en ese municipio, más precisamente en el Distrito Norte. Se entendió que la diversidad de las vivencias provenientes de diferentes tipos de trastornos mentales de ese grupo posibilitó obtener datos capaces de retratar la complejidad del fenómeno estudiado. Con relación al número de participantes, se consideró que, en la medida en que ocurriese el

análisis de los datos, de hecho, sería obtenido el número de participantes que correspondiese a la riqueza y valorización de los aspectos singulares del objeto de estudio, debido al efecto de saturación. El número final de participantes de este trabajo fue de diez.

Después de la selección de los casos por medio de fichas, era hecho el contacto telefónico previo, o personalmente, momento en que se explicaba sobre el trabajo y era realizada la invitación para la participación. Cuando era aceptado, se estipulaba un horario, generalmente en los finales de semana, mediante la disponibilidad de la entrevistada, en que la investigadora se dirigía a la residencia de la participante. Ese procedimiento posibilitó optimizar la recolección, ya que requirió el traslado de solamente la investigadora y también ofreció mayores oportunidades de conseguir definir la fecha de la entrevista con la participante, lo que facilitó encontrarla en su residencia, muchas veces en la realización de sus quehaceres domésticos.

Las entrevistas duraron en promedio 40 minutos, habiendo sido grabadas y transcritas, mediante el consentimiento libre y esclarecido. Fue desarrollado un guión de entrevista semiestructurada, perfeccionado en un estudio piloto, en el cual fueron abordados temas relacionados al trastorno mental, a la maternidad y al soporte social.

Después de la transcripción de las entrevistas, el análisis de los datos fue orientado por la Teoría Fundamentada en Datos. Los datos fueron divididos en unidades menores, denominados incidentes, conceptualizados y relacionados entre sí. En la codificación abierta, primera fase del análisis, los incidentes fueron codificados y comparados entre sí, estando aptos a ser categorizados, utilizándose el propio lenguaje de los datos. Las categorías formaron un contenido mayor de informaciones provenientes de las conexiones hechas entre los códigos abiertos, y se constituyó en la codificación axial, elaborada a partir del cuestionamiento del fenómeno: las causas de la ocurrencia del fenómeno; el contexto en que sucedió; lo que fue hecho por los participantes cuando sucedió (estrategias); lo que facilitó o dificultó las acciones sobre ese fenómeno (condiciones que intervinieron) y cuáles fueron las consecuencias de la acción sobre ese fenómeno⁽⁸⁾.

La obtención de ese nuevo grupo permitió establecer nuevas relaciones, que formaron un conjunto de categorías más abstractas y amplias,

capaz de identificar en sí las codificaciones que buscó representar. Por último, se llegó entonces a la codificación selectiva, que fue la base para la obtención de la categoría central, en que todas las demás categorías se encuentran relacionadas y cuando surgió la teoría relacionada a los datos obtenidos⁽⁸⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Para atender al ítem IV de la Resolución N° 196/96, del Consejo Nacional de Salud, fueron obtenidas autorizaciones para la investigación en los locales donde ocurrieron el estudio piloto y la investigación y, inclusive, de la Coordinación Municipal de Salud Mental y de la Secretaría Municipal de Salud. Posteriormente, fue posible someter al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto (EERP-USP, Protocolo N° 554/2005). Siguiendo los preceptos, todos los convidados se volvieron participantes mediante consentimiento libre y esclarecido.

RESULTADOS

Las participantes tenían, en promedio, 34 años, grado de instrucción hasta la enseñanza media completa, tres hijos en promedio, 70% vivían en unión estable (incluyendo las casadas y las relaciones libres), 50% desempeñaban una actividad ocupacional, entre las otras se encuentran actividades como dueñas de casa (del hogar) o jubiladas (recibiendo beneficio de la previdencia social). Con relación al tiempo de tratamiento se tenía, en promedio, tres años y medio y diagnósticos con predominio de los trastornos afectivos y neuróticos (F30, F40) y algunas enfermedades concomitantes.

La categoría central: "tratando de reconocerse para permanecer luchando"

[...] y para no volver allá (a la etapa inicial del trastorno mental – nota de la autora), *hay que agarrarse, ¿entendió? Es duro, tener que mirarse en el espejo y conseguir reconocerse. Usted tiene que reconocerse allí independientemente de cualquier cosa, no es reconocer su imagen, sin embargo yo pienso que es un todo allí para conseguir permanecer, luchando de pie* (Madre 1).

Los relatos de las entrevistadas contaron un recorrido de vida con detalles semejantes entre sí, en que volverse madre de modo inesperado era una condición en la cual se instalaba el sufrimiento mental. En líneas generales, esas mujeres demostraron mayor vulnerabilidad a los eventos de la vida generadores de crisis del desarrollo humano que, consecuentemente, conducen al desempeño de nuevos papeles sociales.

En la realidad presentada por esas mujeres, el fenómeno que orientó sus experiencias quedó expresado por la categoría "tratando se percibir para permanecer luchando", y, en esa condición, ellas se encontraban sin *tener esclarecimientos sobre el trastorno mental* del cual eran portadoras – siendo ese elemento parte del contexto donde ocurrió el fenómeno. También participó de ese paño de fondo la *evaluación que hacían del vínculo con los servicios y con los profesionales de la salud*, siendo estos fuente de información y esclarecimiento, o de mayor desorientación, frente a la nueva realidad de la vida, provocada por el trastorno mental.

Participó de la realidad de esas mujeres la convivencia con el *tipo de ayuda prestada por el marido*, que podría ocurrir o no. Cuando sucedía, podría ser fuente generadora de estrés, ya que se trataba de mujeres con elevado nivel de exigencia para sí y, consecuentemente, para los otros, con relación a las tareas domésticas.

Encerró ese contexto del fenómeno la *percepción del apoyo familiar*, el cual representó la reactualización de dolores emocionales contenidos en la infancia, o de apoyo, de acuerdo con lo que los familiares podrían disponer.

En medio a esa realidad, como condición de causa del fenómeno central, estuvo la propia *vivencia de enfermarse*, la búsqueda de explicación para los *factores que predisponen el surgimiento del trastorno mental* y, también, de los *factores que desencadenan el trastorno*, que fueron las causas para que viviesen buscando reconocerse y permanecer luchando.

Fuertemente asociada a esa postura de lucha surgió la categoría *queriendo dar cuenta de todo*, cuando no se permitían recibir ayuda, inclusive percibiendo la necesidad de la misma.

Otro elemento causal de la ocurrencia de ese fenómeno se encontró en los *conflictos en la relación conyugal*, ya que algunas de ellas relataron experiencias de gran desgaste de la relación marital,

culminando en rompimientos violentos (físicos y emocionales), o en la convivencia tumultuada en medio a las manifestaciones del trastorno mental y sus consecuencias.

Viviendo la maternidad surgió también como factor causal, ya que asumió una serie de representaciones las cuales reforzaron las expectativas sociales y *sentimientos de la maternidad*, con los cuales se encontraron imposibilitadas de cumplir, asumiendo, de esa forma, las características de un fardo - el *peso de la maternidad*. Con relación a esa categoría, las entrevistadas presentaron en común el hecho de haber vivido al menos un embarazo no planificado, como una experiencia asociada a una urgente necesidad de encontrarse delante del ejercicio de la maternidad.

Contando con la necesidad de tratar de reconocerse en medio al contexto en que se encontraron viviendo, y lidiando con los factores presentados como causas, para que pudiesen permanecer luchando con el trastorno mental frente a los papeles que les cabía desempeñar, las madres portadoras de trastornos mentales lanzaron mano de algunas acciones frente a la ocurrencia de ese fenómeno.

Así, pasaron al *enfrentamiento del trastorno mental*, cuando vivieron entre la adhesión y el abandono del tratamiento, revelando la *trayectoria del ir y venir a los servicios de salud*. En la medida en que se conocen mejor a sí mismas, también se mostraron capaces de conocer el curso del trastorno en sus vidas, asociando eventos personales a las crisis o momentos de empeoramiento del cuadro. Momento ese en que demuestran el *entendimiento del curso del trastorno mental*.

Otro recurso que buscaron obtener para lidiar con el fenómeno emergió cuando, *teniendo otras fuentes de apoyo*, esas mujeres pudieron dedicarse un poco más a sí mismas, contando con la colaboración de vecinos para auxiliarlas en el cuidado de los hijos y, así, poder ir a la consulta médica, o teniendo a su lado profesionales (como psicólogos) que las auxiliaron a comprender tanto el espectro del desarrollo de sus hijos, como a sí propias en su trastorno.

También, como estrategia, buscaron colocar el *trabajo en el contexto del trastorno mental*, considerándolo como un recurso al cual se pudieran

agarrar y así sentirse mejor. Por otro lado, el trabajo y las dificultades para actuar en el pudieron indicar la gravedad de la enfermedad mental.

En las acciones empleadas como estrategias frente al fenómeno, existieron condiciones que interfirieron y que no estaban bajo el control de las entrevistadas, como las *repercusiones del trastorno mental en lo cotidiano*, en que se dieron cuenta de cómo las manifestaciones del trastorno mental interfirieron en sus actividades diarias y en sus relaciones. De ese modo, las participantes acabaron *sintiéndose vulnerables a los impactos del trastorno mental*, conviviendo con el miedo de nuevas crisis y/o con la desesperación, proveniente de intentos de suicidio.

Además, como factor interviniente, que repercutió sobre las acciones tomadas delante del fenómeno de tratar encontrarse a sí mismas en una lucha individual y diaria, estuvo presente la condición en que *percibieron el estigma asociado al trastorno mental*. En ese sentido, se encontraron con el estigma e incompreensión de personas próximas como los hijos, el compañero, los vecinos, entre otros. Estas condiciones afectaron de sobremanera el fenómeno en sí, teniendo en consideración que crean impedimentos para las acciones empleadas.

Las estrategias adoptadas para lidiar con el fenómeno presentado como categoría central llevaron a consecuencias posibles de esas acciones, recayendo, por ejemplo, en la condición en que apareció el *trastorno mental reflejándose en los hijos*, cuando esas madres percibieron que la manera como se encontraban interfería en los recursos de los hijos al lidiar con situaciones inesperadas de vida.

Otra consecuencia que esperaron obtener con sus acciones era poder simplemente ir *tratando llevar la vida*, disponiéndose a convivir con los cambios provenientes del trastorno, además de desarrollar maneras de lidiar con el prejuicio existente contra aquellos que portan trastorno mental.

Se observó que en el fenómeno se encontraron los elementos presentados, en el movimiento de esas madres al tratar de reconocerse (en medio a las exigencias externas e internas) para que pudiesen permanecer luchando – como fenómeno central identificado, que reflejó la vivencia de la maternidad como portadoras de trastornos mentales.

DISCUSIÓN

Mediante la realización del análisis de los datos, fue posible considerar que la maternidad de las mujeres portadoras de trastornos mentales demanda movilizaciones para la reconstrucción de la identidad, en medio al contexto de vida en que se encuentran y con los recursos internos de que disponen. La maternidad, como fenómeno de vida, reúne significados y valores que remiten a la adquisición y atribución de funciones y expectativas que recaen sobre la mujer y que ejercen importante impacto sobre la dinámica de vida personal y familiar.

A ese respecto, la maternidad como ideal femenino es una construcción social apoyada en el aspecto biológico^(4,9) que, en los días de hoy, todavía encuentra eco para reforzar la posición de la mujer como cuidadora y responsable por el espacio doméstico, también identificada en las declaraciones de las madres portadoras de trastornos mentales, las cuales apuntaron la maternidad como un evento "normalizador" de la vida adulta, o sea, garantizándoles la realización de una expectativa social relativa al género femenino⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Se verificó que las entrevistadas verbalizaron de modo más enfático las dificultades experimentadas dentro de un amplio aspecto (en sus relaciones con la familia, con el compañero, con lo cotidiano vivido con el trastorno mental). Al abordar la maternidad tendieron a reproducir visiones estereotipadas, ya que en la categoría "*queriendo dar cuenta de todo*", a pesar de que también tuviesen acrecido "el peso de la maternidad". Debido al estigma asociado al trastorno mental, la maternidad para esas mujeres fue motivo de cuestionamiento personal y social, en cuanto a la capacidad para desempeñar los papeles a ella reservados⁽¹⁰⁾, buscando discernir hasta que punto lidiaban con el estrés proveniente de los síntomas de su trastorno o de las dificultades de la relación madre e hijo.

Según el concepto de paternidad/maternidad⁽⁶⁾, la capacidad de ejercicio de la función materna también se guía por las fuentes de estrés y soporte presentes en el contexto de vida del genitor, en las cuales se incluyen: el casamiento, las redes sociales y de trabajo.

La inserción del compañero en los relatos de las madres entrevistadas surgió en el contexto en que se dio el fenómeno, con el factor "tipo de ayuda prestada por el marido", el cual asumió dos

posibilidades opuestas: la de ocurrir o no. Cuando el compañero asume activamente la prestación de los cuidados, eso se daba por la realización de las tareas domésticas no más desempeñadas por la portadora de trastorno mental y también por la provisión de los bienes necesarios a la manutención de la casa y de los miembros de la familia.

Hubo situaciones en que la presencia del trastorno mental acabó por precipitar el término de una unión conyugal frágil, siendo el trastorno mental el pretexto necesario para su rompimiento. Fue en ese contexto que la familia de origen vino más fuertemente a hacerse presente, para ofrecer los cuidados y soporte con los cuales esas madres contaban para la organización mínima de su rutina y espacio doméstico. Se considera que la inserción de la familia y de la red de apoyo informal, como vecinos, es un instrumento importante para el fortalecimiento y realización de los cuidados en esas condiciones, teniendo en vista las restricciones presentadas por los servicios de salud y, en mayor amplitud, por la capacidad limitada de las políticas públicas para abarcar adecuadamente esas demandas⁽¹²⁻¹³⁾.

Como uno de los elementos que constituyen el concepto de maternidad/paternidad manteniéndose, en relación a los demás factores anteriormente mencionados, los recursos internos y la historia de vida de la madre también entregan datos sobre cómo se dará la construcción de las funciones maternas.

Los relatos obtenidos junto a las entrevistadas refieren concomitancia o agravamiento de las manifestaciones del trastorno con la vivencia del embarazo, en que la gestación no planificada y su recurrencia se presentan como situaciones desestabilizadoras en la dinámica individual y familiar de las madres entrevistadas. Además de eso, se tiene que la mujer se encuentra más susceptible al desarrollo de los trastornos mentales en el período puerperal, debido a los efectos de las acciones hormonales desencadenadas por el embarazo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Se concluye que las historias de las madres que participaron de este estudio, donde relatan sus trayectorias y como han buscado rescatar a sí propias en medio a esos eventos, denotan la necesidad de reconocerse en su función materna para que permanezcan luchando con las limitaciones impuestas por el trastorno mental.

Se trata de una realidad específica y al mismo tiempo común a tantas otras mujeres; específica por

tratar-se de una temática poco explorada en los estudios científicos brasileños, no por eso de menor relevancia – considerando su potencial preventivo para la atención y cuidado relacionados a la salud mental.

Además, el tema apunta para la importancia de la adecuación de los servicios de salud mental frente a esa demanda, para que las vean más allá de su condición de portadoras de un trastorno mental.

CONSIDERACIONES FINALES

Se puede considerar que, en el campo de la salud mental, la inclusión de las cuestiones de género

posibilitará la mejor adecuación de la prestación de los cuidados y asistencia, ya que el individuo enfermo – en esa denominación visto como algo genérico – es antes de todo un hombre o una mujer, sobre quien, en esas condiciones, recaen expectativas y atribuciones sociales constructoras del proceso salud enfermedad. De esa forma, el abordaje de temas sobre la salud mental de la mujer y maternidad, bajo el enfoque metodológico utilizado en el presente estudio, se viene a sumar a otros estudios publicados por este periódico, contribuyendo, de esa forma, para ampliar el conocimiento en la área de salud mental o en lo que concierne a las estrategias de investigación científica, pasibles de ser utilizadas en la investigación con un enfoque cualitativo^(8,15).

REFERENCIAS

1. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família de doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):197-205.
2. Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2003; 7(12):71-82.
3. Andrade LHSG, Vianna MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33(2):43-54.
4. Badinter E. Um amor conquistado. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.
5. Soares JS, Carvalho AM. Mulher e mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. *Psicol Estudo* 2003; 8:39-44.
6. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Develop* 1984; 55(1):83-96.
7. Charon JM. Symbolic interactionism. 3ª ed. New Jersey (NJ): Prentice Hall; 1989.
8. Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev Latino-am Enfermagem* 1996; 4(3):75-88.
9. Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Revista Interface-Comunicação, Saúde e Educação* 2001; 5(8):47-60.
10. Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:472-82.
11. Montgomery P, Tompkins C, Forchuck C, French S. Keeping close: mothering with serious mental illness. *J Adv Nurs* 2006; 54(1):20-8.
12. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:243-53.
13. Galera SAF, Roldán MCB, O'Brien B. Women living in a drug (and violence) context: the maternal role. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(nºspe 2):1142-7.
14. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantinilo A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33(2):92-102.
15. Tuono VL, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiol Serviços de Saúde* 2007; 16(2):85-92.