

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E PAPEL DA MULHER NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ronaldo Alves Duarte

Universidade Federal Fluminense

E-mail: ronaldosocial1@gmail.com

Resumo: Neste artigo, refletiremos sobre os desafios impostos à efetivação da atual política de saúde mental brasileira, especificamente quanto ao cuidado doméstico oferecido ao portador de transtorno mental. Nestes termos, partimos de uma incursão histórica sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica no país para, em seguida, considerando dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refletir sobre a atual composição familiar no país, bem como sobre o lugar da mulher nesse grupo. Com isso, constatamos alguns desafios a serem enfrentados na implementação do novo paradigma de cuidado oferecido ao portador de transtorno mental, o qual, por sua vez, constitui um forte elemento para sobrecarregar ainda mais as mulheres, já que o cuidado configura-se na atual sociedade como uma tarefa quase que exclusivamente feminina.

Palavras-chave: política de saúde mental; cuidado; família; gênero

Abstract: This article aims to reflect on the challenges to the effectiveness of the current Brazilian mental health policy, specifically with regard to domestic care provided to patients with mental disorders. Therefore, we start from a historical incursion on the Movement of the Brazilian Psychiatric Reform to then reflect on the current family composition in the country as well as on the place of women in this group. The research permitted to find some challenges to be faced in implementing the new paradigm of care offered to patients with mental disorders which represent a strong element to increase workload on women, since care is configured in today's society as a task almost exclusively undertaken by women.

Keywords: mental health policy; care; family; gender

Introdução

No Brasil, a partir do final da década de 1970, com o surgimento do movimento pela Reforma Psiquiátrica, firmou-se uma tentativa consistente de inversão do modelo de atendimento ao portador de transtorno mental até então vigente. De um modelo assistencial centrado na internação psiquiátrica do paciente e caracterizado pela segregação social (AMARANTE, 2003), a assistência a essas pessoas passou-se a preconizar a diminuição progressiva de leitos psiquiátricos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental. O efetivo alcance social dessa nova proposta de compreensão e cuidado ao sujeito portador de transtorno mental não se restringiu à área da saúde, passando a exigir uma convocação de outras políticas, setores da sociedade e atores sociais com potencialidade para contribuir, de algum modo, com a materialização dos novos entendimentos e cuidados para com a saúde mental. Assim, novos atores, como os familiares, os próprios usuários, teóricos, voluntários e simpatizantes passaram a fortalecer o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, fazendo com que *“a loucura e o sofrimento psíquico deixassem de ser exclusividade dos médicos, [...] e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, [...] e da vida dos cidadãos, principalmente daquelas que as experimentam em suas vidas concretas”* (AMARANTE, 1995, p. 95).

Ao longo da década de 1980 o processo de reforma psiquiátrica brasileiro avançou de tal modo que culminou, em 1989, na elaboração do Projeto de Lei 3.657, do então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil (VASCONCELOS, 2008). A repercussão social causada por esse projeto foi imensa, gerando discussões e debates em diversos setores da sociedade, além de inspirar legislações estaduais e municipais com os mesmos preceitos do projeto inicial.

Um relevante fator para a mudança de paradigma em relação à política de saúde mental foi o compromisso firmado pelo Brasil, reforçando a busca pela superação do modelo hospitalocêntrico, por ocasião da assinatura e adesão, em 1990, da Declaração de Caracas. Este documento se tornou norteador das políticas adotadas na área da saúde mental pelos governos dos países latino-americanos.

O compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, marcaram um período em que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005). Foi nesse período que entraram em vigor no país inúmeras portarias ministeriais que passaram a

regulamentar o funcionamento de diversos serviços de saúde mental e estabeleceram a co-responsabilidade – à luz da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 – entre os níveis estadual, municipal e federal do sistema de saúde.

Tendo por base o já mencionado Projeto de Lei 3.657, em 6 de abril de 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216,¹ a qual dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e garantindo-lhes o direito de “*serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade*” (BRASIL, 2004a,17). Nesse sentido, a Lei 10.216 representou, no aspecto formal da trajetória da saúde mental brasileira, uma ação relevante na medida em que consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado (VASCONCELOS, 2008). Desde então, os rumos da política pública de saúde mental brasileira passaram a apontar, de forma privilegiada, para a ideia de que a assistência, os serviços, o tratamento e o cuidado fossem de base comunitária e territorial.

Foi nesse contexto que o Ministério da Saúde buscou organizar a rede de cuidados em saúde mental a partir de uma noção de *território* que ia além da definição de uma área geográfica específica.² Tal rede passou a ser marcada pela busca da intersectorialidade entre as políticas de saúde, assistência social, previdência social, educação, trabalho, além da diversificação de serviços. Dentre estes serviços, destacamos as Estratégias de Saúde da Família, os Centros de Convivência, o Programa de Volta pra Casa, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades e os Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004).

Conforme discutido por Amarante (1995) e Vasconcelos (2006, 2008), antes da criação desses serviços substitutivos à internação hospitalar psiquiátrica, a assistência pública ao portador de transtorno mental se dava quase que exclusivamente dentro dos hospitais, uma vez que essa era a modalidade assistencial predominante financiada pelo governo. Já no novo paradigma proposto, o modelo de atenção psicossocial oferecido passou a ter como preceito principal a desinstitucionalização do paciente e sua reinserção sociofamiliar-

1 Apesar da abertura para inegáveis avanços para a saúde mental brasileira, diferentemente do projeto original que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a Lei 10.216/01, apesar de, por um lado, “*afirmar vários direitos positivos dos usuários, por outro, deixa [vã] uma brecha para a construção de novos hospitais psiquiátricos convencionais*” (VASCONCELOS, 2006, p. 29).

2 Para o Ministério da Saúde, o *território* é “*constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, escola, trabalho, boteco, etc.)*” (BRASIL, 2004b, 11).

comunitária. Logo, ocorreu um deslocamento do espaço físico onde o cuidado ao portador de transtorno mental deveria acontecer. Se outrora a assistência era ofertada única e exclusivamente dentro do hospital psiquiátrico, a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado se vinculou à noção de cidadania e de direitos, passando a acontecer de forma simultânea nos serviços substitutivos e no contexto sociofamiliar-comunitário de origem do usuário. Nota-se, portanto, que essa transformação do modelo assistencial apresentava uma proposta que dependeria cada vez mais de uma participação mais efetiva da sociedade como um todo. Ou seja, para a realização do cuidado ao portador de transtorno mental proposto por esse deslocamento, far-se-ia necessário que atores presentes nas diversas dimensões do *território* entrassem em cena. Foi nesse contexto que a família passou, a se constituir como um dos importantes pontos da rede de cuidados ao portador de transtorno mental.

Houve, assim, uma convocação da família pela política pública de saúde mental, com vistas a inscrevê-la na integração das ações de cuidado direcionadas ao portador de transtorno mental (DUARTE, 2008). Assim, Carvalho (2003, p. 17) afirma que *“há, no desenho da política social contemporânea, um particular acento nas microssolidariedades e sociabilidades sociofamiliares pela sua potencial condição de assegurar proteção e inclusão social”*. Isso permite afirmar que, nos dias de hoje, o potencial protetor e relacional atribuído à família está sendo amplamente aproveitado pela política de saúde mental, fazendo do grupo familiar *“um miniprestador de serviços de proteção e inclusão social”* (CARVALHO, 2003, p.18).

Não podemos desconsiderar nesse percurso antes apresentado que todas as mudanças empreendidas na e pela política de saúde mental brasileira ocorreram simultaneamente às diversas transformações vivenciadas pela nossa sociedade como um todo. Tais transformações ainda vêm influenciando bastante as diferentes dinâmicas e formas de organização familiares. A política pública de saúde mental, ao convocar a família para integrar os circuitos de ações, o faz de forma genérica, sem especificar que tipo de arranjo familiar está convocando. Entretanto, sabe-se que a capacidade de resposta do grupo familiar às demandas da política de saúde mental dependerá, muitas vezes, das características de cada grupo. Todo esse quadro aponta para a necessidade de uma reflexão acerca da implementação – com eficácia – do paradigma de cuidado direcionado ao portador de transtorno mental em implantação no Brasil desde os anos 2000. Nestes termos, indagamos: como está configurada a família brasileira contemporânea? O perfil dessas famílias permitiria a elas conjugar a demanda por cuidados para com o portador de transtorno mental com aquelas inerentes a esse grupo? Quem, no interior do grupo familiar, vem respondendo

pelo desafio de assumir o cuidado domiciliar à pessoa com transtorno mental? Que políticas e ações específicas esses indivíduos cuidadores demandariam da política pública de saúde mental vigentes no país? Que setores governamentais as demandas específicas desses grupos exigiriam que se alinhassem para fornecer um suporte ao cuidador do portador de transtorno mental? É a busca por respostas a essas questões que impulsionou a escrita deste artigo. Nos detemos sobre o tema da reinserção sociofamiliar do portador de transtorno mental, associando-o à discussão acerca do lugar da mulher na família e as consequências disso para a implementação das novas orientações acerca do tratamento a ser dado ao *sujeito louco* no Brasil contemporâneo.

Os dados para a realização deste artigo basearam-se em indicadores extraídos do Censo Demográfico 2010 e, sobretudo, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013. Além desta introdução, este artigo é composto de mais três seções. Na primeira, mostramos como está configurada a família brasileira contemporânea, refletindo sobre o que os indicadores sociais extraídos representam: mudanças, permanências, reconfigurações da família tradicional. Na segunda, detemo-nos sobre a questão de qual é o lugar ocupado pela mulher na família brasileira e que reflexões sobre as questões de gênero os indicadores sociais nos permitem elaborar. Na terceira seção deste fazemos uma reflexão sobre que implicações o papel da mulher na família brasileira contemporânea gera para a implementação da atual política de saúde mental do país, destacando os redirecionamentos que as questões de gênero impõem à área da saúde mental. Finalmente, nas considerações finais, resgatamos nosso objetivo central e sintetizamos as reflexões elaboradas a partir das respostas às indagações que apresentamos nesta introdução.

Família brasileira contemporânea: diversidade de arranjos

A organização e a estrutura da família não são estáveis. Para Ricci (1989) esse grupo se altera constantemente, produzindo modificações na sociedade e se retroalimentando dessas mudanças.

As modificações pelas quais a família vem passando estão intimamente relacionadas com as mudanças sociais. Castells (1999) afirma que embora a família patriarcal composta por pai, mãe e filhos seja um dos modelos mais estáveis e tradicionais, ela vem sendo contestada desde o fim do século XX. Essa contestação e a maior visibilidade de diferentes tipos de arranjos familiares são fatos atuais cada vez mais influenciados por aspectos de ordem cultural, social, demográfica e econômica. Segundo o IBGE (2014a, p. 68), a queda da fecundidade, o aumento dos divórcios e o adiamento dos casamentos e da maternidade constituem

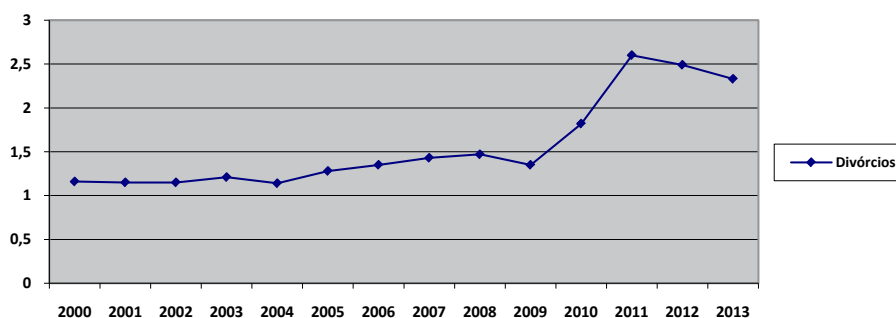
fatores que ajudam a explicar as transformações organizacionais pelas quais as famílias brasileiras vêm passando. Além desses, a ampliação do ingresso da mulher no mercado formal de trabalho, a expressiva contribuição da renda feminina para o orçamento doméstico e o crescimento da chefia feminina nos lares brasileiros também têm impactado os modelos de famílias. Logo, pode-se afirmar que os desenhos familiares estabelecidos vêm sofrendo modificações geradas por fatores que, por sua vez, também se transformam permanentemente.

Com o intuito de exemplificar o quanto alguns desses fatores vêm se alterando nos últimos anos, apresentaremos dados como a quantidade de casais sem filhos e os números de divórcios da última década.

Uma análise dos indicadores sociais elaborados a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2004 e 2013, revela que, no Brasil, embora persista como tipo hegemônico o arranjo familiar composto por casal com filhos, outros tipos de grupos familiares têm apresentado aumento significativo. Dentre esses arranjos, estão aqueles compostos por casal sem filhos, os quais registraram um aumento de 4,8% na comparação entre 2004 – quando representavam 14,6% – e 2013 – quando subiram para 19,4% (IBGE, 2014a).

No que diz respeito aos divórcios, segundo as Estatísticas do Registro Civil de 2013, a quantidade de dissolução de casamentos no período de 2000 a 2013 foi ascendente. A análise do gráfico 1 indica que houve uma pequena queda do percentual de divórcios entre os anos de 2011 e 2013. Entretanto, quando observamos a diferença entre 2000 (1,16‰) e 2013 (2,33‰), verificamos que a taxa mais que dobrou.

Gráfico 1 - Taxas gerais de divórcios no Brasil (2000-2013)



Fonte: IBGE (2013).

Nota: Exclusiva a população de menos de 20 anos e sem declaração de idade.

Cabe destacar que o expressivo aumento do número de divórcios, sobretudo a partir de 2009, como expresso no Gráfico 1, não está necessariamente ligado a uma transformação de hábitos ou costumes sociais. Uma possível explicação para tal aumento é o estímulo que a mudança na legislação sobre a matéria teria provocado. Nestes termos, cabe lembrar que, em 2007, foi aprovada a Lei Federal 11.441³ que possibilitou realizar no país o divórcio consensual por via administrativa, cujo pedido se dá em Cartórios de Registro Civil sem a necessidade de ações judiciais. Isso agilizou e diminuiu os custos do processo, valorizou a autonomia dos cônjuges envolvidos e evitou constrangimentos para o casal (CRUZ, 2009).

No âmbito jurídico, um significativo avanço no sentido de reconhecimento da pluralidade das organizações familiares foi dado pela Constituição Federal de 1988 e pelo Código Civil brasileiro de 2002.⁴ Tais instrumentos legais redefiniram o direito entre os cônjuges, ao menos perante a lei, através do estabelecimento da igualdade. Além disso, privilegiaram a afetividade entre o casal na fundação do núcleo familiar, ou seja, o casamento civil deixou de ser a única forma possível de formação familiar reconhecida pelo discurso legal. Assim, houve o reconhecimento da legalidade da união consensual, cuja característica principal está no fato de os cônjuges não necessariamente terem se submetido ao casamento civil ou religioso. Uma análise dos dados da PNAD 2013 acerca das pessoas que viviam em situação de união conjugal revela que a união consensual é a segunda forma de união conjugal mais praticada no Brasil (35,4%), perdendo somente para as uniões formalizadas no casamento civil e no religioso (42,7%). No caso das regiões Norte e Nordeste, as taxas de união consensual representam 51,8% e 41,3%, superando aquelas taxas baseadas no casamento civil e no religioso que representam 24,2% na região Norte e 31,1% na Nordeste.

3 Outras legislações, como a Lei 11.965/2009 e a Emenda Constitucional 66/2010, colaboraram para desburocratizar e agilizar os processos de divórcio no Brasil.

4 A respeito das alterações na família, trazidas pelo Código Civil/2002, remetemos o leitor para o artigo de Pimentel (2002).

Tabela 1 - Pessoas de 15 anos ou mais de idade que viviam em união conjugal, por Grandes Regiões, segundo a natureza da união conjugal. Brasil - 2013

Natureza conjugal	Pessoas de 15 anos ou mais de idade que viviam em união conjugal (1.000 pessoas)											
	Brasil		Grandes Regiões brasileiras									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	União Conjugais %		União Conjugais %		União Conjugais %		União Conjugais %		União Conjugais %		União Conjugais %	
Total	87.787	100	6.800	100	23.086	100	37.456	100	13.874	100	6.571	100
Casamento civil e religioso	37.450	42,7	1.648	24,2	7.184	31,1	19.032	50,8	6.935	50,0	2.651	40,3
Somente casamento civil	16.420	18,7	1.215	17,9	4.869	21,1	7.093	18,9	1.948	14,0	1.295	19,7
Somente casamento religioso	2.874	3,3	412	6,1	1.505	6,5	399	1,1	370	2,7	188	2,9
União consensual	31.043	35,4	3.524	51,8	9.528	41,3	10.933	29,2	4.621	33,3	2.438	37,1

Fonte: IBGE(2013b).

Para além dos aspectos já destacados, as mudanças na organização da família estão ligadas também às alterações do papel feminino na sociedade decorrentes, principalmente, de mudanças engendradas no mercado de trabalho (COELHO, 2002; KEHL, 2003; ROSA, 2003). Além disso, as lentas, porém incessantes alterações na relação entre os gêneros masculino e feminino têm sido um importante passo na história da constituição da família brasileira, já que colocaram em cheque as bases da secular família patriarcal. Segundo Kehl (2003, apud GROENINGA e PEREIRA, 2003, p.164),

a família 'hierárquica', organizada em torno do poder patriarcal, começou a ceder lugar a um [outro] modelo de família [...]. Se o pátrio poder foi abalado, é de se supor que algum deslocamento tenha ocorrido do lado das mulheres – a começar pelo ingresso no mercado de trabalho, com a consequente emancipação financeira daquelas que durante tantas décadas foram tão dependentes do 'chefe da família'.

A respeito das alterações no mercado de trabalho, os dados do IBGE (2010a) apontam para um aumento do nível de ocupação das pessoas de 10 anos ou mais de idade, considerando os anos de 2000 e 2010. Apesar da taxa

de atividades das mulheres com 10 anos ou mais de idade continuar mais baixa que a dos homens, percebe-se, pela Tabela 2, que houve uma ampliação do nível de ocupação feminina em 8,5 pontos percentuais ao compararmos os resultados dos censos demográficos realizados em 2000 e 2010. Para os homens, o aumento ficou na casa dos 2,2%.

Tabela 2 - Nível da ocupação das pessoas de 10 anos de idade ou mais, por sexo. Brasil - 2000/2010

Nível de ocupação das pessoas de 10 anos ou mais de idade (%)					
Brasil/Total	Sexo				
	Homens		Mulheres		
	2010	2000	2010	2000	2010
	53,3	61,1	63,3	35,4	43,9
	47,9				

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000, 2010.

Outra mudança que interferiu na organização familiar foi o advento e disseminação do uso da pílula anticoncepcional. Tal invenção possibilitou à mulher “*controlar o número dos nascimentos e se recusar a colocar no mundo, da puberdade à menopausa, um número ilimitado de filhos*” (ROUDINESCO, 2003, p. 154). Assim, a pílula também contribuiu para um maior favorecimento do ingresso da mulher no mercado de trabalho, conferindo-lhe mais poder de decisão e maiores chances de estabelecer prioridades de acordo com o seu interesse: ser mãe ou ser trabalhadora. O impacto de tudo isso no perfil demográfico da família foi significativo.

A esse respeito, podemos citar o trabalho de Lavinaset cols. (2011), sobre a trajetória ocupacional percorrida pelas mulheres no final do século XX em mais de 20 países. A variável mais destacada pelas pesquisadoras foi a ‘queda da fecundidade’, considerada “*o fator de maior impacto no aumento da participação feminina no mercado de trabalho desde os anos 1970*” (LAVINAS et al., 2011, p. 77). Além disso, as autoras constatam também que o crescente nível de educação formal das mulheres contribuiu sobremaneira para a feminização do mercado de trabalho.

É nesse contexto de transformações sociais, culturais, econômicas e demográficas que a família brasileira contemporânea vem se desenhando e re-desenhando desde as primeiras décadas do século XX, o que lhe confere hoje multifaces organizacionais. Cada vez mais o termo *família* deve ser entendido numa acepção plural. Essa pluralidade pode ser vista na Tabela 3.

Tabela 3 - Arranjos familiares e unipessoais residentes em domicílios particulares, total e respectiva distribuição percentual, por tipo. (Brasil, 2013)

Tipo de composição familiar	Arranjos familiares e unipessoais residentes em domicílios particulares (1.000)	
	Total	%
Total	68.376	100
Casal com filhos e com outros parentes	3.418	5,0
Casal com filhos e sem outros parentes	26.666	39,0
Monoparental feminina com filhos e com outros parentes	2.462	3,6
Monoparental feminina com filhos e sem outros parentes	8.821	12,9
Unipessoal	9.231	13,5
Casal sem filhos e com outros parentes	1.641	2,4
Casal sem filhos e sem outros parentes	11.624	17,0
Outros tipos com parentesco	4.308	6,3
Outros tipos sem parentesco	205	0,3

Fonte: IBGE (2013a).

Nota-se nesses indicadores que o modelo tradicional de família composto por casal com filhos segue hegemônico (44%). Entretanto, ele tem convivido com diversos outros tipos de arranjos.

Todos esses indicadores sociais apresentados nesta seção afetam, em algum grau, o cuidado ao portador de transtorno mental a ser oferecido pela família. As reflexões acerca desse impacto serão melhor exploradas na terceira seção. Cabe destacar nesse momento, que muitas dessas transformações estão estreitamente ligadas ao universo feminino. Assim, o controle sobre o corpo feminino através da distinção entre sexo e reprodução; o aumento da escolaridade e o ingresso crescente das mulheres no mercado de trabalho são conquistas incontestes nas últimas décadas no país. Logo, para responder às questões a que nos referimos na introdução deste artigo, faz-se importante retratar a situação da mulher nas famílias brasileiras contemporâneas.

A situação da mulher na família brasileira

Não há como negar as mudanças em relação ao papel social da mulher que vêm se efetivando na sociedade brasileira. Trata-se de um fenômeno multiterminado cujos fatores causais têm a ver com aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos. Destacamos a seguir alguns fatores relacionados diretamente ao reposicionamento social da mulher ou à permanência do seu papel na sociedade, os quais apresentam considerável potencial de impacto na organização da família brasileira.

Algumas desigualdades de gênero presentes no mercado de trabalho

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2013, das quase 96 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade ocupadas no Brasil, 54,8 milhões eram homens, ou seja, 57,2% e 40,9 milhões eram mulheres que representavam 42,8% daquela população (IBGE, 2013).

Apesar dessa expressiva participação feminina no mercado de trabalho verificamos que persiste uma desigualdade entre homens e mulheres no que tange a alguns aspectos do trabalho remunerado. Desse modo, se consideramos o total de pessoas na condição de ‘empregados’ e ‘trabalhadores domésticos’, temos uma proporcionalidade mais ou menos equilibrada entre os sexos das pessoas que trabalham sem carteira assinada (51,2% homens e 48,8 mulheres). Entretanto, quando observamos a categoria ‘trabalhador doméstico’, isoladamente, o indicador de informalidade é significativamente mais alto no caso das mulheres (94%), enquanto os homens ficam com 6% (IBGE, 2013b).

A *Síntese de Indicadores Sociais 2014* mostra que o número de homens e o número de mulheres inseridos no mercado de trabalho formal foram bastante próximos. Entretanto, como destaca o próprio texto,

as mulheres recebem em média menos que os homens em todas as formas de trabalho, seja formal ou informal. A relação de desigualdade de rendimentos entre homens e mulheres é maior nos trabalhos informais. Em 2013, o rendimento médio das mulheres em trabalhos informais era equivalente a 65% do rendimento médio dos homens nesses trabalhos. Nos trabalhos formais essa relação era de 75% (IBGE, 2014a, p. 131).

De fato, a discrepância presente nos rendimentos mensais femininos e masculinos é persistente. Observando a série histórica 2004 – 2013 de rendimentos mensais das pessoas de 15 anos ou mais de idade verifica-se que a diferença salarial dos homens em relação às mulheres ultrapassa 40% em todos os anos da série (IBGE, 2013b).

Para além das desigualdades entre homens e mulheres no tocante aos rendimentos mensais, cabe destacar também que os trabalhadores informais de ambos os sexos quando comparados com os trabalhadores formais, são os que recebem, em média, os menores salários do mercado de trabalho. Merece destaque, porém, o fato de que, conforme demonstra a *Síntese de Indicadores Sociais 2014*, é no trabalho informal que a desigualdade de rendimentos entre os sexos se acentua, o que torna a situação das mulheres ainda mais delicada. Esse quadro se agrava quando se reconhece que muitos desses trabalhadores informais não contam com direitos trabalhistas, nem com proteção social previdenciária.

Realização dos afazeres domésticos

Vimos anteriormente que a participação das mulheres no mercado de trabalho tem sido cada vez mais ascendente e expressiva. Contudo, “*essa mudança no papel feminino ao longo dessas últimas décadas não teve como contrapartida uma transformação no papel masculino*” (MELO, 2007, p. 437). Ou seja, as mulheres têm conseguido ocupar espaço na esfera econômica – tradicionalmente masculina – sem, entretanto, ocorrer, a “*devida contrapartida de os homens assumirem as tarefas domésticas na mesma proporção*” (VASCONCELOS, 2010, p. 62). O engessamento dessa lógica de que ao homem cabe à responsabilidade exclusiva pela esfera pública – econômica/política – e à mulher o compromisso com o âmbito privado – doméstico/familiar – contribui para o agravamento das assimetrias entre os gêneros masculino e feminino. Assimetrias estas claramente expressas no interior dos lares, como se vê na distribuição das tarefas entre os homens e as mulheres na realização dos afazeres domésticos.⁵ (SOARES, 2008, p. 03).

Essa realidade assimétrica entre os sexos foi confirmada pela análise da declaração de realização de afazeres domésticos pelas mulheres e pelos homens com 15 anos ou mais de idade na PNAD/2013, 25,2 milhões de homens (46%) declararam realizar afazeres domésticos. Já entre as mulheres na mesma faixa etária e na mesma condição de ocupadas, o percentual é de 87%, o que equivale a 35,7 milhões de pessoas (IBGE, 2013).

5 Os afazeres domésticos são considerados pela PNAD/2013 como “*a realização, no domicílio de residência, de tarefas [...] como: a) Arrumar ou limpar toda ou parte da moradia; b) Cozinhar ou preparar alimentos, passar roupa, lavar roupa ou louça, utilizando, ou não, aparelhos eletrodomésticos para executar estas tarefas para si ou para outro(s) morador(es); c) Orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; d) Cuidar de filhos ou menores moradores; ou e) Limpar o quintal ou terreno que circunda a residência*” (IBGE, 2013b, p. 27).

Além do contingente de mulheres que realizam afazeres, observamos a jornada de trabalho dedicada às tarefas do lar. Verificamos que as mulheres trabalham mais que o dobro em relação aos homens – eles 9,8 horas semanais e elas 20,6 horas semanais (IBGE, 2013a). Cabe destacar também que a proporção de horas trabalhadas pelas mulheres no mercado produtivo é inferior a dos homens. Isso porque, como nos alerta Soares (2008, p. 8) no caso da mulher *“a jornada com os afazeres domésticos aumenta e a jornada no trabalho produtivo diminui, [pois,] esta, muitas vezes, restringe sua atividade no mercado de trabalho de maneira a conciliar suas atividades domésticas [...]”*. Tal situação termina por diminuir ainda mais as possibilidades salariais femininas em função não só da desigualdade de gênero que já influencia negativamente os rendimentos das mulheres, mas também em função da menor carga horária dedicada ao trabalho remunerado.

Nesse contexto, ao considerarmos a jornada de horas dedicadas ao trabalho remunerado somada à dispensada aos afazeres domésticos, tem-se uma jornada feminina semanal total de 56,3 horas, ultrapassando em quase cinco horas a jornada total masculina (51,6 horas) (IBGE, 2013a).

Em síntese, os dados da PNAD 2013 acerca da realização do trabalho produtivo e do trabalho reprodutivo revelam que as desvantagens vivenciadas pelas mulheres estão presentes *“não somente em termos de remuneração no mercado de trabalho, mas, sobretudo, pela falta de reconhecimento social de seu trabalho no âmbito da família, bem como a dificuldade de conciliar suas atividades no mercado de trabalho e na família”* (SOARES, 2008, p. 16).

A mulher como pessoa de referência na família

O crescimento da chefia feminina nos lares brasileiros tem sido uma tendência nacional há algumas décadas. Em 2013, a PNAD registrou que, de um total aproximadamente de 68,3 milhões de arranjos familiares, 26,56 milhões (38,8%) têm a mulher como pessoa de referência.⁶ Quando observamos a proporção de pessoas de referência por tipos de arranjos familiares (Tabela 4), percebemos que aqueles arranjos compostos por casal com ou sem filhos, os quais totalizam cerca de 43,3 milhões, têm em sua maioria (34,6 milhões ou 80%) a presença do homem como pessoa de referência. Entretanto, nos

6 A PNAD 2013 considerou como Pessoa de Referência *“a pessoa responsável pela unidade domiciliar (ou pela família) ou que assim fosse considerado pelos demais membros”* (IBGE, 2013b, p. 25). *Observa-se nessa definição, que “não há um critério objetivo (como principal provedor na família, pessoa que toma decisões mais relevantes para família ou pessoa mais idosa, entre outros) e uniforme na definição do conceito de responsável pela família.”* (IBGE, 2014b: 64).

grupos familiares sem cônjuge e com filhos, também denominados de monoparentais, a proporção de pessoas de referência por sexo é de 11,7% de homens e de 88,3% de mulheres. Embora com uma pequena diferença percentual – apenas 0,6% – as mulheres como pessoa de referência também são maioria no caso dos arranjos unipessoais, sendo 4,6 milhões (50,3%), contra 4,5 milhões (49,7%) de homens.

Tabela 4 - Arranjos familiares com filhos e sem filhos residentes em domicílios particulares, total e respectiva distribuição percentual, por tipo e sexo da pessoa de referência. Brasil (2013)

Tipos de arranjos familiares	Arranjos familiares com filhos e sem filhos residentes em domicílios particulares				
Distribuição percentual, por tipo e sexo da pessoa de referência					
	Pessoa de referência do sexo masculino (1.000)	%	Pessoa de referência do sexo feminino (1.000)	%	
Arranjos familiares com filhos Total de 42.853.000	Casal com filhos	23.955	55,9	6.085	14,2
	Monoparental com filhos	1.500	3,5	11.313	26,4
Arranjos familiares sem filhos Total de 25.522.000	Casal sem filhos	10.694	41,9	2.578	10,1
	Unipessoal	4.594	18,0	4.645	18,2
	Outros tipos sem filhos	1.072	4,2	1.940	7,6

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2013a.

Cabe ressaltar que os arranjos familiares compostos por casal com ou sem filhos, nos quais os homens são a grande maioria como pessoa de referência, contam com a presença da mulher como cônjuge. Isso se configura em grande vantagem para o núcleo familiar, pois, caso a mulher assuma a execução dos afazeres domésticos – como a maioria delas o faz – o homem fica mais emancipado para a dedicação ao trabalho remunerado no mercado. Caso a mulher, enquanto cônjuge, se insira no mercado de trabalho, a renda total familiar fica sobremaneira reforçada. Cabe destacar ainda que o fato de as mulheres ingres-

sarem no mercado de trabalho, não as livra do peso ainda bastante arraigado na sociedade atual de que a elas cabe a responsabilidade – quase que exclusiva – pelos afazeres domésticos. Logo, elas ficam sobrecarregadas com o acúmulo das duas jornadas de trabalho, isto é, o remunerado e o não-remunerado.

Importa sublinhar que 80% das famílias monoparentais com filhos ficam sob responsabilidade exclusivamente da mulher. Nesse tipo de arranjo familiar, a mulher sofre ainda mais com a sobrecarga da ‘dupla jornada’ de trabalho, já que cabe a ela, ao mesmo tempo, cuidar e prover o núcleo familiar, sem, contudo, poder contar com o apoio do cônjuge.

Cuidado doméstico ao portador de transtorno mental, composição da família e questões de gênero

Os transtornos mentais, sobretudo as neuroses graves e as psicoses, as quais têm prioridade de atendimento nos CAPS’s são, por vezes, severos e persistentes marcados pela duração de médio para longo prazo. Os portadores desses problemas muitas vezes têm suas relações socioeconômicas e familiares bastante prejudicadas, o que exige a presença intensiva de um cuidador, sobretudo nos momentos de crises marcadas pela desestabilização do quadro psíquico.

Logo, a demanda por cuidados por parte da pessoa adoecida, tanto no domicílio quanto no trânsito social no seu meio sociocomunitário, se faz presente e se expressa em diversas dimensões da vida cotidiana. Durante as crises a pessoa com transtorno mental, muitas vezes, fica impossibilitada de cuidar da sua própria higiene e executar pequenas tarefas da vida diária. Além disso, não é incomum a demanda por vigília ininterrupta por parte do familiar, buscando evitar que a pessoa doente saia de casa sozinha ou pratique atos de auto ou heteroagressividade. Situação essa que, por vezes, torna hábitos simples, como repousar, em um complicador para o cuidador.

O uso dos psicofármacos, cuja rotina tem de ser cumprida de acordo com a prescrição médica, e o comparecimento às consultas médicas e psicológicas, também são ações das quais o portador de transtorno dependerá de alguém para auxiliá-lo. Além dessas demandas, outras vinculadas à questão financeira eventualmente se fazem presentes, como as reparações de prejuízos material a si próprio ou a terceiros, ocasionados pelo comportamento destrutivo do paciente.

Todo esse quadro de demandas do portador de transtorno mental exige, quando de sua reinserção no âmbito familiar, uma reorganização que permita

ocorrência da rotina inerente ao grupo e, ainda, o atendimento das demandas específicas do ente adoecido. Logo, tendo em vista a diversidade de arranjos familiares hoje existentes no Brasil, um primeiro desafio imposto à efetivação da atual política de saúde mental está no fato de ela não considerar tal diversidade e, principalmente, a capacidade de cada um desses arranjos de responder às demandas impostas pela presença do portador de transtorno mental em seu meio. Isso porque, é sabido que diferentes formas de organização familiar implicarão maneiras diversificadas de responder às demandas que surgirem.

Além disso, a efetivação da atual política de saúde mental brasileira impõe a necessidade da existência de políticas de outros setores que possam atender às demandas das famílias que cuidam do portador de transtorno mental. Dito de outro modo: a capacidade de resposta da família do doente mental à política pública de saúde mental dependerá da assistência e de ações básicas que o próprio grupo familiar – e o cuidador – receberem das diversas políticas sociais das quais são ou deveriam ser beneficiários.

Ainda no que se refere a dificuldades de âmbito geral para a execução da atual política de saúde mental, cabe destacar que a rede de serviços assistenciais proposta (os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência, o Programa de Volta pra Casa e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), ainda não se encontra totalmente implementada. Fato este que implica à família não só possuir um cuidador com disponibilidade de tempo para acompanhar o usuário dos serviços e participar das atividades orientadoras da reinserção social do portador de transtorno mental, mas também possuir uma renda que possa arcar com eventuais gastos não cobertos pelas políticas públicas.

Para além dessas questões de cunho geral, os dados apresentados nas seções anteriores apontam para a necessidade de se ater, como já mencionado, às especificidades dos arranjos familiares brasileiros contemporâneos, para o alcance de alguma eficácia no projeto de reinserção social do portador de transtorno mental. Pelo que se viu antes, por exemplo, o aumento do número de arranjos familiares monoparentais, dos quais a maioria é chefiado por mulheres é uma realidade incontestável no país. Tais grupos familiares, como já mencionado, colocam a mulher em uma situação de sobrecarga de trabalho pelo acúmulo das funções de cuidadora e provedora. Essa situação fragiliza a capacidade de geração de renda, de manutenção da organização do domicílio e de provisão de cuidados a um portador de transtorno mental, caso ele faça parte do núcleo familiar.

Outro dado revelado pelos indicadores sociais extraídos das pesquisas do IBGE, que afeta a execução da atual política de saúde mental brasileira, é o aumento no número de divórcios que vem ocorrendo no país. Isso porque, como se pode imaginar, o fim legal de um relacionamento termina por gerar certo descompromisso do parceiro e/ou parceira para com a responsabilização do tratamento de um portador de transtorno mental. Fato que se agrava quando o divorciado passa a viver sozinho. Assim, o cuidado do ente adoecido ficará a mercê da vontade da chamada *família ampliada* que, em muitos casos, não convivia com o doente e às vezes não se dispõe a recebê-lo sob suas condições de saúde.

Entre os indicadores sociais analisados, um fato positivo e também amenizador de situações como a descrita no parágrafo anterior está no reconhecimento legal de núcleos familiares a partir do critério da afetividade e convivência de um casal (e não apenas pelo vínculo estabelecido pelo casamento religioso ou pelo civil). Tal aspecto permitiu que um sem-número de famílias antes excluídas dos direitos previdenciários e do acesso a algumas políticas públicas passassem a receber algum apoio oferecido pelas políticas de previdência e de assistência social. Esse apoio permite a cobertura de gastos inerentes à presença de um ente familiar portador de transtorno mental em casa.

A despeito da importância de se considerar os efeitos dos dados já mencionados para a execução da atual política de saúde mental brasileira, especial atenção deve ser dada ao lugar que a mulher ocupa na família e na sociedade e na relação disso com o cuidado doméstico a ser oferecido ao portador de transtorno mental.

Mesmo que venham ocorrendo no país modificações no papel social da mulher, persiste a noção – extremamente combatida pelo movimento feminista – de que “os homens são vistos como ligados às ocupações da esfera da vida econômica e política e responsáveis por elas, enquanto as mulheres [são] responsáveis pelas ocupações da esfera privada da domesticidade e reprodução” (OKIN, 2008, p. 307-308). A persistência dessa divisão sexual do trabalho, a qual atribui diferentes papéis aos homens e às mulheres tanto na sociedade quanto no processo produtivo, tem reforçado por anos, no Brasil, a noção de que existem tarefas que são predominantemente – por vezes exclusivamente – de responsabilidade das mulheres. Nesse contexto, “a reprodução dos seres humanos, o trabalho doméstico, a socialização das crianças e o cuidado com idosos e doentes [são consideradas] tarefas tipicamente femininas” (MELO, 2009, p. 139).

Conforme mencionado na introdução deste artigo, a política pública de saúde mental brasileira convocou a família a participar do circuito de ações assistenciais oferecidas à pessoa com transtorno mental. Para tanto, a família passou a ser considerada um importante ator social constitutivo da rede de cuidados à pessoa com transtorno mental. Ocorre que “o cuidado é um trabalho e, portanto, não está alheio à divisão sexual do trabalho” (KUCHEMANN, 2012, p. 171). Assim, processar cuidados a doentes, sobretudo no âmbito doméstico, vem sendo considerado uma tarefa quase exclusivamente feminina e “mantém uma íntima relação com a situação de inferioridade da mulher no mundo atual” (MELO, 2007, p. 440). Essa desigualdade entre os gêneros masculino e feminino tem sido também reproduzida no âmbito do cuidado com o portador de transtorno mental. Nestes termos, a responsabilidade para com o cuidado oferecido ao mesmo recaiu majoritariamente sobre as mulheres que, embora com resistência, terminam por tomar para si o encargo (ROSA, 2003).

Cabe destacar que, dada as demandas (já mencionadas) inerentes à presença de um portador de transtorno mental no seio familiar, as limitações que a presença deste tem gerado para as mulheres se acentuam em grau elevado quando considerados os indicadores apresentados nas seções anteriores. Um exemplo disso pode ser notado ao observarmos que, se há um aumento no nível de ocupação das mulheres em escala superior ao que ocorre com os homens no mercado de trabalho, o contrário não ocorre. Ou seja, os homens não estão se ocupando na mesma escala com os afazeres domésticos, os quais costumeiramente são considerados tarefa feminina nas famílias brasileiras.

A esse respeito, cabe destacar que o banco de dados da PNAD 2013 não oferece dados específicos acerca do cuidadodoméstico para com o portador de transtorno mental, o qual ocorre no bojo dos afazeres domésticos já estabelecidos para as mulheres. Entretanto, a literatura utilizada na construção da argumentação do presente texto⁷, somada à nossa experiência profissional como assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial, nos permite afirmar que esse tipo de cuidado tem fortes implicações negativas para as mulheres, aumentando ainda mais a sobrecarga de trabalho que já pesa sobre elas. Isso porque cuidado dispensado ao portador de transtorno mental figura entre as ‘atribuições femininas’ e exige das mulheres um enorme investimento de tempo e energia cotidianamente. Desta forma,

7 Cf. Rosa (2003), Vasconcelos (2008, 2010) e Colvero (*et al.*, 2004).

no âmbito privado, o peso cotidiano do cuidado ao portador de transtorno tende a recair sobre os familiares, e particularmente nas mulheres, que muitas vezes sacrificam seus projetos de vida e seu tempo diário para a produção do cuidado, com fortes implicações financeiras e psicológicas para elas em um fenômeno que geralmente não tem visibilidade social. O quadro se torna mais dramático tendo em vista as atuais transformações na estrutura da família e dos papéis de gênero, com as mulheres participando do mercado de trabalho, sem a devida contrapartida de os homens assumirem as tarefas domésticas na mesma proporção (VASCONCELOS, 2010, p. 62).

Considerando-se esse cenário, é importante reconhecer que à mulher cuidadora se impõem, quando a mesma assume com exclusividade os afazeres domésticos, restrições cada vez maiores de romper com o *status quo* machista que impera em culturas como a brasileira. Do mesmo modo, caso a mulher cuidadora esteja inserida no mercado de trabalho, a ela recai o que chamamos de uma *terceira jornada de trabalho*, imposta pela agenda específica gerada pelo cuidado do portador de transtorno mental. Ou seja: além de arcar com os compromissos do trabalho remunerado e com a pesada agenda doméstica, quando cuidadora, a mulher tem, ainda, que assumir os compromissos gerados pela presença de um ente portador de transtorno mental em casa.

Um contexto como esse torna a situação da mulher ainda mais frágil, quando se considera o fato de que elas têm conquistado cada vez mais espaço no mercado de trabalho. Em função disso, são consideradas hoje, como extremamente importantes para a composição da renda/orçamento familiar. Nesse contexto, a sobrecarga de trabalho com os afazeres domésticos somada aos cuidados dispensados ao portador de transtorno mental, pode acentuar as pressões para que a cuidadora se ausente de seus compromissos no mercado de trabalho, ficando sob o risco, quase sempre inevitável, de perda do emprego ou de drástica diminuição da renda. Quadro este que só piora quando se considera que o número de famílias que têm a mulher como pessoa de referência na família cresce em larga escala no país. Isso porque, no Brasil, assumir que a mulher é a pessoa de referência da família é atribuir a ela – mesmo que a definição do IBGE para pessoa de referência alegue desconsiderar isso – a tomada de decisões em relação a tudo aquilo que se relaciona com a esfera doméstica (manutenção da casa, educação dos filhos etc.), onde está inserido o cuidado ao portador de transtorno mental.

Considerações finais

Na construção do presente artigo, buscamos aliar nossa formação acadêmica com nossa prática profissional acumulada em anos de atuação como

assistente social. Tendo isso em consideração, nos detivemos sobre um tema que nos é caro – reinserção social do portador de transtorno mental e família –, a ele associando uma discussão acerca do lugar da mulher na família e as consequências disso para a execução das novas orientações acerca do cuidado para com o portador de transtorno mental no Brasil contemporâneo.

Empreendemos uma investigação que destacou que um novo paradigma de tratamento do portador de transtorno mental veio sendo configurado no Brasil desde a instauração da Reforma Psiquiátrica. Nesse novo paradigma proposto, o modelo de atenção psicossocial oferecido passou a ter como preceito principal a reinserção do paciente em seu meio sociofamiliar-comunitário de origem. Logo, ocorreu um deslocamento do espaço físico onde o cuidado ao portador de transtorno mental deveria acontecer. Se outrora a assistência era ofertada única e exclusivamente dentro do hospital psiquiátrico, a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado passou a acontecer de forma simultânea nos serviços substitutivos e no contexto sociofamiliar-comunitário de origem do usuário. Essa mudança de paradigma, no entanto, vem encontrando alguns desafios para uma efetiva materialização devido a uma série de fatores, sobretudo por desconsiderar as especificidades dos diversos grupos familiares que se constituem no Brasil contemporâneo.

A partir das informações e indicadores sociais analisados, demonstramos que há uma flexibilidade na composição dos arranjos familiares brasileiros, ainda que o arranjo hegemônico composto por pai, mãe e filhos prevaleça. Entre os vários aspectos passíveis de serem destacados nos indicadores acerca das novas composições familiares brasileiras, optamos por dar centralidade ao papel da mulher na sociedade atual, por verificarmos ser este um fator relevante a ser considerado na realização do cuidado doméstico para com o portador de transtorno mental.

Com isso, constatamos, a partir das situações retratadas pelos dados do IBGE, que a presença de um portador de transtorno mental no seio familiar dos domicílios brasileiros apresenta considerável propensão para reiterar uma condição feminina limitada aos entendimentos machistas que vigoram na cultura do país. Isso porque, quando se analisam as informações e indicadores sociais apresentados pelo IBGE e se considera a presença do portador de transtorno mental no seio familiar, os números apontam para a existência de um estreitamento de possibilidades de que a mulher cuidadora consiga levar a cabo as conquistas que o gênero feminino vem conseguindo nas últimas décadas no país.

Para a superação desse quadro, a reflexão aqui apresentada aponta para a necessidade de a política pública de saúde mental, vigente no país, assumir o compromisso de incorporar a perspectiva de gênero de modo transversal, tal qual preconizado pelo Plano Nacional de Política para Mulheres (PNPM) 2013-2015. Sob essa perspectiva faz-se necessário um olhar diferenciado sobre a mulher, permitindo enxergá-la para além de suas funções tradicionais na família brasileira: esposa, mãe, cuidadora, gestante (FARAH, 2004). Esse novo olhar deve-se orientar pela perspectiva da “*transversalidade das políticas de gênero, resignificando os conceitos-chave que possibilitam um entendimento mais amplo e adequado das estruturas e dinâmicas sociais que se mobilizam na produção de desigualdades de gênero*” (BRASIL, 2013, p. 10). Caso contrário, se estabelecerá um conflito entre as demandas da política de saúde mental posta para as famílias – e por consequência para as mulheres – e os preceitos do Plano Nacional de Políticas para Mulheres.

Urge, portanto, que a política pública de saúde mental incorpore, em todas as suas fases – elaboração, execução, avaliação – ações resultantes de respostas ao questionamento feito pelo próprio Plano Nacional de Política para Mulheres 2013-2015: “como é possível às políticas públicas contribuírem para sedimentar a igualdade de gênero?” (BRASIL, 2013, p. 10).

Referências

- AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da saúde, 2004b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília, 2013.

- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC / Cortez, 2003.
- CASTELLS, Manuel. *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- COELHO, Virginia Paes. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. *Serviço Social e Sociedade*, v. 71, 2002.
- COLVERO, Luciana de Almeida et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, V. 38, N.2, 2004.
- CRUZ, Maria Luiza Póvoa. *Separação, Divórcio e Inventário por via administrativa*. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Loucura e Civilização), 1999.
- DUARTE, Ronaldo Alves. *[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais). Fundação Educacional de Divinópolis, UEMG, Divinópolis, 2008.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: trabalho e rendimentos*, Rio de Janeiro, 2010a.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: famílias e domicílios*, Rio de Janeiro, 2010b.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas do registro civil*, v. 40, Rio de Janeiro, 2013a.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2013*, Rio de Janeiro, 2013b.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, Rio de Janeiro, 2014a.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico de 2010*, Rio de Janeiro, 2014b.
- KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, Giselle Câmara; PEREIRA, Rodrigo da Cunha (coord.). *Direito de Família e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- KUCGEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, 2012.

- LAVINAS, Lena et al. Estratégias femininas para conciliar trabalho remunerado e trabalho doméstico no século XXI. *Revista da ABET*, v. 10, n. 2, 2011.
- MELO, Hildete Pereira de. De criadas a trabalhadoras. *Estudos feministas*, v. 6, n. 2, 1988.
- MELO, Hildete Pereira de; CONSIDERA, Cláudio M.; SABBATO, Alberto. Os afazeres domésticos contam. *Economia e Sociedade*, v. 16, n. 3, 2007.
- MELO, Hildete P de; CASTILHO, Marta. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? *Revista de Economia Contemporânea*, v. 13, n. 1, 2009.
- NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). *Família brasileira, a base de tudo 6*. ED. SÃO PAULO: CORTEZ: BRASÍLIA, DF: UNICEF, 2004.
- OKIN, Susan Moller. Gênero: o público e o privado. *Estudos feministas*, v. 16, n. 2, 2008.
- PIMENTEL, Silva. Perceptiva jurídica da família: o novo Código Civil e a violência familiar. *Serviço Social e Sociedade*, v. 71, 2002.
- RICCI, Maria Beatriz Rios. *O trabalho do assistente social em instituição com famílias de portadores de excepcionalidades – Uma proposta*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC/SP, 1989.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- SOARES, Cristiane. A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres no âmbito da família. *Revista Gênero*, v. 9, n. 1, 2008.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In:_____. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da 4ª Conferência Nacional. In:_____. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Recebido em novembro de 2014

Aprovado em maio de 2015