

TATIANE GOMES GUEDES

**PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE
TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e as políticas e práticas de saúde.

Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA-CE
2007

TATIANE GOMES GUEDES

**PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE
TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 11/12/2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Andréa Gomes Linard (2º Membro)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva (Membro suplente)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Às mulheres portadoras de transtorno mental que “gritaram” por uma assistência integral, quando compartilharam um pouco de suas vidas neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe, Suely, por me abençoar, incessantemente, com seu tenro amor e me mostrar que na vida podemos o quanto queremos.

Aos meus irmãos, Cristiane, Suiane, Nilton, Nirla e Davi, por tantos momentos felizes e pela certeza que sempre estaremos unidos.

Ao meu amado esposo Gilberto, por estar ao meu lado, fazendo dos meus planos os seus também, e pela partilha de um coração grandioso que, todos os dias, torna minha vida mais feliz e completa.

A minha mais sincera gratidão à Prof^a. Dr^a Escolástica Rejane Ferreira Moura, por todo o acolhimento, pela amizade que construímos, por me ensinar, além dos conhecimentos científicos, valores imprescindíveis para a vida, como a simplicidade, a humildade e a solidariedade.

À Danielle Rosa Evangelista e à Marcela Alves Valente da Conceição, que, gentilmente, dedicaram parte do tempo reservado aos seus afazeres, para contribuir com a coleta de dados deste trabalho.

Aos profissionais do CAPS (ad e geral) da Secretaria Executiva Regional V, pela torcida sincera e pelos laços de amizade edificados nos mais variáveis momentos.

À Coordenação Colegiada de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE, especialmente à Raimunda Felix de Oliveira (Rane), pelo apoio na realização deste trabalho, valorizando a pesquisa científica nos serviços de saúde.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, pela ajuda financeira concedida.

“Mais que de máquina, precisamos de humanidade. Mais que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, tudo será perdido”.

Charlie Chaplin

RESUMO

Promover assistência ao planejamento familiar (PF) de mulheres portadoras de transtorno mental, contextualizando-as sob o ponto de vista de internações hospitalares, autonomia prejudicada e limitações de suas funções no cuidado de si é um desafio. Todavia, a Constituição Federal assegura que a assistência ao PF é um direito de todo cidadão. Mulheres com transtorno mental são vulneráveis a gravidez não planejada pelo juízo crítico prejudicado nos surtos psicóticos; pela dificuldade em estabelecer uniões estáveis; pela hipersexualidade; e baixa auto-estima. Estudos demonstram maiores taxas de transtornos de ansiedade e do humor, em mulheres. Doravante o exposto foram elaboradas as seguintes questões: quais as condições socioeconômicas e gineco-obstétricas de mulheres com transtorno mental? Qual o perfil psiquiátrico e de planejamento familiar do grupo estudado? Haveria associação entre os diferentes diagnósticos médico de transtorno mental com história e frequência de internações e com o uso correto/incorreto dos métodos anticoncepcionais? Para responder a tais indagações definiu-se por realizar a presente pesquisa com os objetivos de identificar condições sociodemográficas de mulheres portadoras de transtorno mental; verificar aspectos do histórico psiquiátrico do grupo estudado; identificar perfil gineco-obstétrico e do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental; e averiguar a existência ou não de associação entre o diagnóstico médico de transtorno mental com história e frequência de internações e com o uso correto/incorreto dos métodos anticoncepcionais. O estudo transversal, documental e de campo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que compõe o Sistema de Saúde de Fortaleza-CE. A população correspondeu a 748 pacientes com diagnóstico de transtorno mental. A amostra foi composta de 255 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), fora de comportamento psicótico e/ou mediadas por um familiar ou responsável. Os dados foram coletados no prontuário e através de entrevista semi-estruturada; foram processados no Programa SPSS versão 11.0. A média de idade das mulheres foi de 35,04; 74 (28,4%) não possuíam estudo ou tinham escolaridade baixa; a renda familiar de 114 (44,7%) foi inferior a um salário mínimo; 179 (70,2%) tinham como ocupação as atividades domésticas; 119 (46,7%) eram casadas e 114 (44,7%) tinham companheiros eventuais. O diagnóstico médico predominante foi o transtorno de humor, com 125 (49,0%), seguido da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, com 60 (23,6%). Mais da metade das mulheres já havia se submetido à internação psiquiátrica, com frequência que variou de um até mais de 11 eventos; 246 (96,5%) faziam uso de medicações psicotrópicas. A gravidez foi evento comum em 144 (56,5%) das mulheres, sendo que somente 34 (23,6%) dessas gestações foram planejadas. Somente 15 (5,9%) mulheres estavam, no decorrer da pesquisa, sendo acompanhadas em planejamento familiar e 35 (13,7%) faziam uso de método anticoncepcional (pílula, preservativo masculino ou injetável), embora, 233 (91,4%), tivessem vida sexual ativa. Não houve associação estatística significativa entre os diferentes diagnósticos médico com frequência de internações e com o uso correto/incorreto dos métodos anticoncepcionais. Os resultados indicam que é necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde das mulheres portadoras de transtorno mental, visando uma assistência mais integral, amparada na proposta da reforma psiquiátrica e do cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Mulheres; Transtorno Mental.

ABSTRACT

It is a challenge to promote assistance to family planning (FP) of women bearers of mental disorder, to contextualize them on the hospitalization point of view, damaged autonomy and the limitations of their functions on self-care. However, the Federal Constitution makes sure that assistance to FP is a right of every citizen. Women with mental disorder are vulnerable to unplanned pregnancy due to their damaged critical judgment in their psychotic crises; by the difficulty to maintain stable relationships; by the hypersexuality; and low self-esteem. Studies demonstrated bigger taxes of anxiety and humor disorders in women. Then one elaborated the following questions: what are the socioeconomic and gynecologic-obstetric conditions of women with mental disorders? What is the psychiatric and family planning profile of the group studied? Are there associations between the different medical diagnoses of mental disorder with history and frequency of the hospitalization period with the correct/incorrect use of contraceptive methods? In order to answer these questions one decided to conduct the present research aiming to identify sociodemographic conditions of women bearers of mental disorder; verify aspects of the psychiatric historic of the group studied; identify the gynecologic-obstetric and family planning profile of women bearers of mental disorder; and verify the existence or not of association between the medical diagnosis of mental disorder with history and frequency of hospitalization period and with correct/incorrect use of contraceptive methods. This transversal, documental and field study was developed in a Center of Social Attention (CSA), which compose the Health System of Fortaleza-CE. The population was composed by 748 patients with diagnosis of mental disorder. The sample was composed of 255 women in fertile age (10 through 49 years of age), out of psychotic behavior and/or accompanied by a family member or responsible person. The data were collected in the form and through semi-structured interview; processed in the Program SPSS version 11.0. The average age of the women was 35.04; 74 (28,4%) did not go to school or had low school years; the family income of 114 (44.7%) was lower than a minimum salary; 179 (70,2%) had as occupation house chores; 119 (46.7%) were married and 114 (44.7%) had eventual partners. The predominant medical diagnosis was the humor disorder, with 125 (49.0%), followed by schizophrenia and other psychotic disorders, with 60 (23.6%) More than half of the women had already faced psychiatric hospitalization, with frequency that varied from one up till 11 events; 246 (96.5%) used psychotropic medicine. Pregnancy was a common event in 144 (56.5%) of the women, being only 34 (23.6%) of these pregnancies planned. Only 15 (5.9%) women were, during the research, being accompanied in family planning and 35 (13.7%) used contraceptive methods (contraceptive pill, masculine condom or injectable), although 233 (91.4%) had an active sexual life. There was not a significant statistic association between the different medical diagnoses with frequency of hospitalization and with correct/incorrect use of contraceptive methods. The results indicate that it is necessary to interfere in the current model of attention to women bearers of mental disorder's health, aiming a more integral assistance, based on the proposal of the psychiatric reformation and to guarantee sexual and reproductive rights.

Keywords: Family Planning; Women; Mental Disorder.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Políticas de saúde mental: a Reforma Psiquiátrica como foco	19
3.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo na assistência em saúde mental	24
3.3 Políticas públicas de atenção à mulher	28
3.4 Direitos dos portadores de transtorno mental	31
3.4.1 Direito à cidadania.....	32
3.4.2 Direito à igualdade e à não discriminação.....	32
3.4.3 Direito ao tratamento de saúde adequado e de qualidade.....	33
3.4.4 Direito à informação sobre o tratamento.....	33
3.4.5 Direito à proteção tutelar.....	33
3.4.6 Direito de não ser submetido involuntariamente a pesquisas científicas.....	34
3.5 Classificação Internacional das Doenças (CID-10)	34
3.5.1 Transtorno do Humor.....	35
3.5.2 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.....	37
3.5.3 Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes.....	38
3.5.4 Transtorno de personalidade e do comportamento do adulto.....	40
4 MATERIAIS E MÉTODO	42
4.1 Tipo de estudo	42
4.2 Local da pesquisa	42
4.3 População e amostra	43
4.4 Coleta de dados	44
4.5 Organização dos dados para análise	44
4.6 Aspectos éticos	45
5 RESULTADOS	47
6 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	87
ANEXOS	90

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao planejamento familiar (PF) proporciona às mulheres, homens e/ou casais, informações necessárias para a escolha e o uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às suas condições individuais. A busca por igualdade, liberdade e justiça social no campo da saúde sexual e reprodutiva feminina, tem sido enfocada nos últimos anos, envolvendo preconceitos e discriminações, além de problemas estruturais nas políticas públicas vigentes.

A Constituição Federal assegura que a assistência ao PF é um direito de todo cidadão brasileiro, devendo ser orientada por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário às informações (BRASIL, 1988). O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 e regulamentado em 1986, preconizando ações que ampliam, significativamente, o atendimento à saúde da mulher, inclui a atenção ao PF como ação prioritária. Para Cavenaghi e Alves (2003) o PAISM foi um avanço no trato das questões reprodutivas.

O Congresso Nacional aprovou a Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar no Brasil. Esta lei incorpora aspectos que já haviam sido discutidos, anteriormente, no país, sobre o planejamento familiar enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde. Todavia, a Lei do Planejamento Familiar estabelece os parâmetros e as normas para o acesso à informação e técnicas para concepção e anticoncepção cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 1996a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma concepção de cobertura ampla e universal e, como o cenário das ofertas de serviço de PF, necessário se faz que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde garantam os meios adequados para o exercício dos direitos reprodutivos de seus usuários. Cabe à mídia ajudar a divulgar e esclarecer o referido direito à população; cabe à sociedade civil mobilizar-se e contribuir para tornar efetivo o bem-estar sexual e reprodutivo.

Historicamente, a maioria dos demógrafos brasileiros sempre foi contra as metas populacionais e o controle coercitivo da natalidade. Porém, isso nunca impediu o reconhecimento do direito dos cidadãos de controlar ou espaçar o número de filhos, devendo o Estado propiciar os meios para tal. Assim, enquanto expressão da cidadania e da autonomia

pessoal, tanto a concepção, quanto a contracepção, devem ser consideradas um direito amplo, geral e irrestrito.

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) amplia a visão do PAISM e propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades. Em suas diretrizes a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteadada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde. Em seu plano de ação para 2004-2007, a PNAISM objetiva a qualificação da atenção à saúde mental das mulheres nas 26 capitais, no Distrito Federal e nos municípios que tenham Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de residência terapêutica e outras modalidades de serviços substitutivos de atenção à saúde mental. As ações de saúde propostas enfatizam: a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento; o combate à violência doméstica e sexual; e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério. Esta política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids, e das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis incluindo o transtorno mental (BRASIL, 2001b).

Após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo, o conceito de saúde reprodutiva passou a englobar a perspectiva dos direitos reprodutivos, por considerar a necessidade da conquista, de fato, desses direitos: "toda pessoa tem o direito de desfrutar do padrão de saúde física e mental, saúde reprodutiva e planejamento familiar, sem coerção ou coação". Segundo essa concepção, a promoção da igualdade e da equidade nas relações de gênero, a defesa dos direitos das mulheres e das responsabilidades masculinas são os elementos essenciais para o pleno exercício da saúde sexual e reprodutiva feminina (VENTURA, 2006, p.216).

Saúde sexual e reprodutiva foi definida, na Conferência de Cairo, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva, por conseguinte, implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito, nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar. Inclui, ainda, o acesso a

outros métodos de regulação da fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei do PF, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres condições seguras na gestação e no parto, proporcionando, aos casais, chance maior de ter filhos, com menor risco.

Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência, nesse campo, é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui, igualmente, a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CAETANO *et al.*, 2004).

Questões relacionadas ao planejamento familiar são temas centrais na discussão dos direitos sexuais e reprodutivos. São objeto de legislações específicas, de políticas públicas e de programas de saúde que, de algum modo, vêm sendo implementados no Brasil, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 80 (ALVES, 2006).

A informação e a comunicação são extremamente relevantes ao alcance dos objetivos dos serviços de planejamento familiar, exigindo dos profissionais de saúde atitude de bem informar, para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possam eles participar, ativamente, da definição e do alcance de suas metas reprodutivas (MOURA e SILVA, 2004).

Os processos de informação e comunicação em PF incluem uma relação bilateral, dialógica, entre profissional e usuário, em que ambos contribuem para a construção do conhecimento, cada qual à sua maneira. Tais processos ocorrem com base no contexto de vida das pessoas, dos seus cotidianos, das suas experiências e devem ter como propósito a educação, que liberta as pessoas, para que estas possam ser sujeitos sociais, capazes de fazer escolhas construtivas para suas vidas (RUIZ *et al.*, 2004).

A educação em saúde é um trabalho focado no conhecimento das pessoas, para que estas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem, criando, assim, condições para se apropriarem de sua existência (RUIZ *et al.*, 2004).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres, em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte, por suicídio, é a

segunda causa de óbito em mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose. Além da depressão, dentre as dez principais causas de mortalidade prematura e incapacitação em mulheres, em países desenvolvidos, no ano de 1990, a esquizofrenia ficou em segundo lugar, o transtorno afetivo bipolar, em quarto, o transtorno obsessivo-compulsivo, em quinto, o abuso de álcool, em sexto, e o suicídio, em nono lugar. As mesmas condições aparecem entre as 15 principais causas de sobrecarga global em regiões subdesenvolvidas, porém em diferente ordenação, subindo o suicídio para a quarta colocação. Tabagismo, abuso de drogas ilícitas e sexo desprotegido foram outras condições que se mostraram, direta ou indiretamente, associadas a transtornos mentais em mulheres e que se constituem em importantes fatores de risco para outras condições deletérias à saúde (ANDRADE *et al.*, 2006).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Têm sido identificados, ainda, diferentes padrões de comorbidade psiquiátrica e psiquiátrica/física em mulheres e homens (ANDRADE *et al.*, 2006).

Os pacientes psiquiátricos constituem população de alta prevalência de gravidez indesejada, devido à freqüente falta de *insight* da doença, ausência de planejamento e de controle comportamental, além da possível interação medicamentosa entre anticoncepcionais e psicotrópicos, reduzindo a efetividade daqueles (PHEULA *et al.*, 2003).

Torna-se, pois, um desafio, promover o PF junto a mulheres portadoras de transtornos mentais, contextualizando-as em suas problemáticas, dentre elas, internações hospitalares, autonomia prejudicada, limitações de suas funções no cuidado de si, da família, e, particularmente, dos filhos. O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental. O profissional responsável pelo cuidado, deve respeitar e acolher a diferença do portador de transtorno mental, percebendo-o como um sujeito humano e não como um sintoma a ser sanado.

Para Brêda e Augusto (2001) muito poderia ser feito pelos profissionais de saúde no que se refere ao cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais, com destaque para:

aconselhamentos, oficinas de expressão e desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças, mas para inventar e reinventar a prática da atenção em saúde. Para tanto, é preciso ampliar as suas relações com a comunidade retratada em toda sua rede social; valorizar os recursos de auto-ajuda e de ajuda mútua; ampliar os referenciais de escuta e do atendimento não diretivo; buscar em outros setores sociais ajuda para o que se sente impotente; e desenvolver seu poder criativo em todas as direções, não se restringindo à monotonia de um trabalho meramente instrumental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo, os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Esse número deve chegar a 562 milhões, em 2020. Dos dez principais males que afetam a população mundial, de 15 a 44 anos (etapa reprodutiva da vida), quatro estão associados a distúrbios mentais, sendo as mulheres as mais atingidas (OMS, 2001).

Dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), geridos pelo Ministério da Saúde, apontam no Estado do Ceará, no período de janeiro a outubro de 2006, 3.498 mulheres internadas por transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, a Prefeitura Municipal de Fortaleza propõe como Políticas de Saúde para as mulheres com transtornos mentais, a também interface entre Saúde Mental e Gênero, com os seguintes objetivos: conhecer melhor a interface da saúde mental e gênero na rede de saúde; capacitar os profissionais de saúde mental sobre os aspectos de gênero, bem assim os que lidam diretamente com as mulheres, em aspectos relacionados à promoção e prevenção em saúde mental; formular indicadores para a identificação do sofrimento psíquico das mulheres; integrar a abordagem da subjetividade e gênero na promoção e prevenção da saúde; promover o acesso das mulheres aos serviços de saúde mental; desenvolver estratégias de proteção da integralidade física e emocional das mulheres portadoras de agravos mentais que estão nos domicílios e, principalmente, nas instituições; promover uma articulação com as instituições de defesa dos direitos das mulheres, fazendo a interface com a abordagem de saúde e gênero; e garantir atenção à saúde das mulheres “confinadas” em instituições psiquiátricas (FORTALEZA, 2006).

A Lei Federal do Brasil nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial nessa área, sendo de se ressaltar que ela veio após o projeto original, do Deputado Paulo Delgado ter sido apresentado (BRASIL, 2001a).

O interesse por estudar o planejamento familiar de mulheres com transtorno mental surgiu da atuação profissional da autora na equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SER V), do município de Fortaleza-CE, ao perceber, por ocasião de visitas domiciliares realizadas como rotina do seu serviço, o déficit de assistência no tocante à referida área. Foi possível observar, ademais, as muitas condições que tornam as mulheres portadoras de transtorno mental vulneráveis a uma gravidez não planejada, dentre as quais se incluem: dificuldade para estabelecer uniões estáveis; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos; hipersexualidade; impulsividade; e baixa auto-estima.

É imprescindível a compreensão da prática do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental, no intuito de diminuir a distância entre o discurso e a prática, fazendo-se cumprir o que está disposto nos instrumentos legais como direitos, notadamente aqueles relativos a uma parcela importante da sociedade que, tem negligenciada, na maioria das vezes, a própria cidadania.

Com base nesses argumentos, torna-se necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, com vistas a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem aos integrantes desse grupo populacional, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde, em todos os ciclos de vida.

Face ao exposto, foram levantadas as seguintes questões: as mulheres portadoras de transtorno mental recebem assistência em planejamento familiar e têm acesso ao método anticoncepcional? Quais os métodos anticoncepcionais utilizados por estas e sua dinâmica de uso? Haveria associação do diagnóstico médico com o uso correto do método anticoncepcional?

Para responder a tais inquietações, decidiu-se pela realização do presente estudo, no intuito de atender aos objetivos propostos a seguir apresentados.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Identificar condições sociodemográficas de mulheres com transtorno mental;
- Verificar aspectos do histórico psiquiátrico do grupo estudado;
- Traçar o perfil gineco-obstétrico e do planejamento familiar de mulheres com transtorno mental;
- Averiguar a existência ou não de associação entre o diagnóstico médico de transtorno mental com frequência de internações e com o uso correto/incorreto dos métodos anticoncepcionais.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas de saúde mental: a Reforma Psiquiátrica como foco

Durante séculos, na trajetória da saúde mental do Brasil, pacientes com transtornos mentais eram esquecidos em instituições asilares fechadas, vivendo em condições subumanas e em total abandono familiar. Eram tidos como perigosos e delinquentes e, assim, excluídos da sociedade.

A psiquiatria nasceu acreditando que o melhor tratamento era isolar o doente, para conhecê-lo. Não obstante, esse campo da saúde sofreu consideráveis mudanças, ao longo do tempo. Ainda no pós-guerra, diversas iniciativas alertavam para a necessidade de se minimizar o papel dos hospitais psiquiátricos, como instituições de confinamento. A partir dos anos 80, isso influenciou as políticas de saúde mental de vários países do ocidente (ESPERIDIÃO, 2001).

Os movimentos precursores da reforma psiquiátrica brasileira surgidos nos Estados Unidos e Europa, a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão.

A assistência em saúde mental, historicamente centrada no modelo hospitalocêntrico, passou por significativas mudanças no contexto da sociedade brasileira. Como decorrência, esse processo, conhecido como desinstitucionalização em saúde mental ou reforma psiquiátrica tem recebido a atenção de governantes e profissionais da área, respaldados nas Conferências de Saúde Mental, na legislação e nas portarias ministeriais atinentes à matéria.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil consolidou-se na década de 80, inicialmente pautado em questões de ordem trabalhista e em denúncias feitas à Divisão Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (DINSAM), sobre maus tratos e a cerca das péssimas condições de higiene dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, dentre outros estados. Tais denúncias, veiculadas através de meios de comunicação de massa, repercutiram em todo o cenário nacional (MEDEIROS & GUIMARÃES, 2002).

A partir desse acontecimento, emergiram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), os Núcleos de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e os Núcleos de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, com a pretensão

de combater a hospitalização psiquiátrica. Esse movimento ganhou reforço, por ocasião do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, e do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, com recomendações de caráter político para a assistência psiquiátrica.

A mobilização pela anistia, foi intensificada com a presença de Franco Basaglia, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecido como Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2001).

A Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, efetivamente, configurou uma ruptura com o já ultrapassado hospital psiquiátrico. Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e depois Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo carcerário herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial e comunitária. Finalmente, o futuro tornou-se presente e o hospício passou a ser uma página virada da história (COSTA, 2003).

A trajetória italiana veio consolidar o conceito de desinstitucionalização, aplicado aos pacientes psiquiátricos, não somente negando a prática asilar, mas propondo uma nova concepção da doença mental e novas formas de atendimento ao portador de transtorno mental. Amarante (2001) expressa que o processo histórico de formulação crítica e prática tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

A reforma psiquiátrica brasileira possui, como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico, a construção de novos saberes e práticas e a reconstrução de novas formas de perceber a saúde mental e seus meios de intervenção, na busca de atender não mais à doença, mas à pessoa em sofrimento mental, procurando assisti-la nos vários níveis de atenção e em estruturas diversas, substitutivas do hospital psiquiátrico tradicional (BARROS, 2002).

Amarante (2002) indica que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve início com a DINSAM, órgão do Ministério da Saúde responsável pelo desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental. Essa crise foi instalada, inclusive, pela denúncia de maus tratos nos hospitais. De acordo com a Conferência Regional de Reformas dos Serviços em Saúde Mental, o ano de 1978 é reconhecido como o ponto de partida da luta pelos direitos do portador de Transtorno Mental, destacando o MSTM, que tinha, como integrantes, trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo período de internações. Em linhas gerais, a partir desse movimento surgiram diversas conferências, além de encontros que contribuíram

para a inovação dos tratamentos psiquiátricos. Como destaque, incluiu-se o II Congresso Nacional do MSTM (Bauru/SP), realizado em 1987, que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro.

A VIII Conferência Nacional de Saúde elaborou e aprovou um relatório do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que reforçou o Movimento da Reforma Psiquiátrica, e intensificou as discussões sobre a saúde mental. Na área de saúde mental, ocorreram também encontros e conferências municipais e estaduais que culminaram com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual aprovou a idéia de implantar um novo modelo de atenção à saúde mental, com base em serviços extra-hospitalares, para promover a reabilitação e a inclusão social. Assim, em final da década de 80, alguns serviços novos denominados de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados, para substituir os serviços hospitalares. Buscava-se, em tais serviços, a reformulação de conceitos sobre a doença e a loucura, criando-se novas práticas de cuidado visando, principalmente, à reabilitação psicossocial e à inclusão social dos portadores de transtorno mental.

A década de 90, no Brasil, foi marcada pelo compromisso da substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Essa diretriz foi acordada na Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, possibilitando a entrada das primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, a fiscalização e a classificação dos hospitais psiquiátricos.

Em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei (PL) 3.657, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além do que regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Sua formulação e apresentação ocorreram no contexto histórico de possibilidades de transformação do modelo psiquiátrico dominante, marcando a luta do movimento no campo legislativo e jurídico (AMARANTE, 2001).

Referido Projeto compunha-se de cinco artigos, tendo como quatro temas principais: deter a expansão dos leitos manicomialis; promover um novo tipo de cuidado; criar uma nova rede de serviços; e proporcionar o fim das internações anônimas. O PL 3.657/89 colocou, em discussão, importantes questões relacionadas ao tratamento psiquiátrico, que vinham sendo criticadas pelos participantes do processo de luta pela reforma psiquiátrica,

como a extinção dos manicômios, a criação de serviços substitutivos, o controle das internações e o respeito aos direitos dos pacientes, enquanto cidadãos.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada, passando a vigorar no país. Da elaboração do Projeto de Lei, até sua aprovação, houve uma série de alterações, compreendendo os termos iniciais e a versão final do instrumento. De igual modo, ocorreram importantes mudanças no contexto sócio-político-cultural, produzindo reflexo na elaboração dos artigos da lei. Originalmente, o movimento social para a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o projeto do deputado Paulo Delgado, tinha como objetivo central a extinção progressiva dos manicômios, entendidos como instituições de internação psiquiátrica especializada (DIMENSTEIN *et al.*, 2004).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O espírito da lei conforma uma proposta de proteção da pessoa portadora de transtorno mental, estabelece os seus direitos e pretende redirecionar o modelo de assistência em saúde mental. O texto do Projeto de Lei 3.657/89 dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além do que regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, apresentando, como proposta central, a substituição do modelo manicomial. Essa marcante diferença entre o conteúdo do PL e o texto final da lei, demonstra o poder dos diversos interesses presentes na elaboração dessa peça de ordenamento jurídico.

A Lei, em referência, compõe-se de 13 artigos, assim especificados: art. 1º e 2º apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental; art. 3º estabelece a responsabilidade do Estado; arts. do 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação; art. 11 trata das pesquisas envolvendo pacientes; art. 12 cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei; e art. 13 determina a vigência da lei, a partir da data de sua publicação (BRASIL, 2001a).

O atual panorama das políticas públicas em saúde mental, no país, apresenta alguns avanços, implicando na diversidade e qualidade da assistência empregada. O que se observa, hoje, é o forte referencial, trazido do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento de Luta Antimanicomial. O modelo de assistência proposto é baseado em rede diversificada de serviços na comunidade, atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial. A nova lei federal possui dois grandes eixos: o da proteção e o do redirecionamento assistencial. O título apresenta uma mudança inovadora no que se refere

à terminologia utilizada para definir a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental: o termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, que é adotada atualmente pela Psiquiatria (BRASIL, 2004a).

O redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, proposto pela Lei 10.216/01, perpassa pela promoção da saúde, com a participação da família e da sociedade; as internações psiquiátricas só serão consideradas quando os recursos extra-hospitalares não estiverem disponíveis, ou forem insuficientes; o tratamento deve ser assistido por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo permanente de reinserir os pacientes psiquiátricos na sociedade; e a proibição de admitir pacientes psiquiátricos em instituições como asilos e outros estabelecimentos aplica-se aos que não tenham recursos requisitados para funcionar (BRASIL, 2001a).

Muitas perturbações mentais exigem soluções psicossociais. Desse modo, é preciso estabelecer vínculos entre serviços de saúde mental e vários organismos comunitários locais, para que a habitação apropriada, a ajuda financeira, os benefícios aos incapacitados, o emprego e outras formas de apoio sejam mobilizados a favor da pessoa em sofrimento, visando às estratégias de prevenção e reabilitação (BRASIL, 2004b).

A criação de novos espaços de atenção, como o CAPS, Hospitais-Dia (HD), centros de conveniência, serviços de residência terapêutica e leitos em hospitais gerais, além da assistência em saúde mental contemplada em todos e serviços de atenção em saúde, incluindo-se a rede básica e seus vários programas, contempla as estratégias mencionadas para a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais.

O Ministério da Saúde fortalece as ações de saúde mental para grupos de pessoas com transtornos mentais, através da consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania; da implementação de uma Política de Saúde Mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; do aumento de recursos anuais do SUS para a Saúde Mental; da redução progressiva dos leitos psiquiátricos; da qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar; da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; da implantação do Programa de Volta para Casa; do programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; e da promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado (BRASIL, 2004c).

As Unidades de Saúde da Família (USF) passaram a ser vistas como essenciais à minimização da demanda de usuários para os serviços de média complexidade, como os CAPS. É na USF que deve ser realizado o primeiro contato do usuário com os profissionais

que realizam o acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupo, visita e internamento domiciliares, favorecendo a inclusão social. Tais unidades devem também desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção do adoecimento mental, bem assim cuidar de casos leves que dispensam o acompanhamento especializado. Os casos que necessitem de tratamento especializado devem ser encaminhados aos CAPS, os quais, por sua vez, devem ter competência para atender à demanda e evitar encaminhamentos desnecessários aos hospitais. Caso contrário, devem recorrer aos leitos em hospitais gerais, serviços de urgências/emergências e, somente em última instância, encaminhar os clientes para internação em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004c).

3.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo na assistência em saúde mental

O tratamento dos transtornos mentais não envolve somente um processo de diagnóstico e cura, como pretendia a Psiquiatria clássica. O modelo desenhado pela Reforma Psiquiátrica, a partir da Lei 10.216, é cuidar do portador de transtorno mental, sem focar apenas o que é considerado uma doença. Desse modo, o seu objetivo é atender as pessoas que necessitam de cuidados psíquicos, em sua individualidade, e em sua relação com o meio social.

A prestação de cuidados, tendo a comunidade como referência, obtém resultados sobre a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas, bem melhores do que a decorrente do tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos, para a comunidade, tem a sua eficácia na relação custo/benefício e no respeito aos direitos humanos. Desse modo, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, com utilização dos muitos recursos, em disponibilidade. Os serviços de base comunitária podem levar às intervenções precoces e reduzir o estigma associado ao tratamento nosocomial. Os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados no domicílio, que respondam às necessidades dos doentes, anteriormente de responsabilidade daqueles hospitais (OMS, 2001).

A reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais vem sendo desenvolvida na perspectiva da ética e do respeito às suas diferenças. Ao buscar a recontextualização das pessoas ao invés de silenciá-las, intenta a sociedade garantir suas singularidades e direitos, promover a participação ativa no tratamento por parte dos familiares

e responsáveis, estimular o envolvimento e a interatividade nas relações pessoais, sociais e terapêuticas e construir uma clínica de atenção multiprofissional com modelo interdisciplinar de funcionamento, conseguindo se transformar pelas mãos destes atores mais eminentes (COSTA, 2003).

Em face da sua complexidade e em função da sua amplitude, essa transformação está sendo construída, de forma progressiva, em crescentes iniciativas que orientam os novos serviços, constituídos, principalmente, por serviços territoriais de atenção diária em saúde mental de base comunitária; por oficinas de capacitação/produção; por ambulatórios de saúde mental; por equipes de saúde mental em hospitais gerais; por moradias terapêuticas; e por centros de convivência, dentre outros.

Os CAPS, dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com o surgimento desses serviços, ficou demonstrada a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, no país. São funções do CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Por excelência, os CAPS devem organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, sendo os articuladores estratégicos dessa rede e da política de saúde mental num determinado território, devendo ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Confirma tais assertivas, o fato de os CAPS terem surgidos partir do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, como um serviço substitutivo ao modelo asilar, reducionista e hospitalocêntrico.

Nos últimos quatro anos, a expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços (BRASIL, 2007, p. 11).

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras, na década de 80, e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, a partir do ano de 2002. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o

acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas, através do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, além de diferenciá-los pelo porte, pela capacidade de atendimento, pela clientela atendida e pela organização, no país, de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. É assim, que esses serviços, guardam diferenças entre si, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS ad (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2004a).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Tais serviços possuem equipe mínima de nove profissionais, (de nível médio e superior), e têm, como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e mantêm uma capacidade de acompanhamento de cerca de 240 pessoas/mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica desses serviços é formada por adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais (nível médio e superior) e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas/mês. Seu funcionamento ocorre durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes, hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles. São serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas, em todos os dias da semana, inclusive em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a, no máximo, sete dias). Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas/mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos reconhecidamente necessários, para dar uma resposta à demanda em saúde mental, em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento mensal de cerca de 180 crianças e adolescentes.

Os CAPSad, especializados no atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000

habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço, para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas/mês.

Após decorridos quase dois anos do início do processo de cadastramento dos CAPS, junto ao Ministério da Saúde, seguido da implantação de um número significativo de serviços, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Centro de Atenção Psicossocial, em junho de 2004. Esse encontro, que reuniu trabalhadores, coordenadores de saúde mental, gestores, além de usuários e familiares, aportou como tema, “Cuidar em liberdade e promover a cidadania”. Nessa ocasião foi divulgada uma publicação do Ministério da Saúde, tratando exclusivamente dos CAPS e reafirmando suas diretrizes:

Os CAPS devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Devem ser serviços que resgatem as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados de saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004b, p. 78).

A atenção desenvolvida no CAPS deve abranger desde situações de crises, o acolhimento, a permanência diária no serviço, a substituição do hospital psiquiátrico, até a construção de projetos de inclusão social, passando por intervenções na rede de serviços, na comunidade, e junto a outros setores, das mais diversas naturezas: clínica, familiar, trabalho, moradia, direito, lazer, cultura, dentre outras. Tudo isso se faz em ambiente terapêutico, facilitador de relações e promotor de novas formas de convivência (BICHAFF, 2006).

A rede de atenção é resultado da articulação dos serviços de saúde e dos outros recursos existentes no território, produzindo novas possibilidades de relação com a loucura, em busca de um outro lugar social, com base na defesa de direitos de cidadania para os usuários dos serviços. Segundo o Ministério da Saúde, a organização dessa rede é atribuição dos CAPS:

Os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação do tecido dessas redes, tanto cumprindo suas funções de assistência direta e na regulação da rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (BRASIL, 2004, p.12).

A articulação, aqui referenciada, objetiva a capacitação das unidades de atenção básica e do Programa Saúde da Família (PSF), com vistas ao atendimento às necessidades em saúde mental da população, propiciando a co-responsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental, pelas equipes locais.

Atualmente, o município de Fortaleza, em consonância com a política de saúde mental, pautada na reforma psiquiátrica e na Legislação Federal da lei 10.216/01, vem seguindo os princípios do HUMANIZASUS (conjunto das práticas de saúde do SUS), visando a uma maior humanização e melhor acolhimento dos serviços de saúde. Encontram-se instaladas, nesta capital, 14 unidades de CAPS, distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais nas modalidades de CAPS II, CAPS ad e CAPS i.

3.3 Políticas públicas de atenção à mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2001b).

No âmbito feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que se tratava a mulher, com acesso restrito a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento, eram reveladas as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, com problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, além da sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e, inclusive, pela criação dos filhos (BRASIL, 2001b).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero no planejamento

de ações de saúde, que tenham, como objetivo, promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2001b).

Esse novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Em um país com tanta diversidade, como o Brasil, a aplicação prática da assistência integrada segundo o conceito de saúde da mulher, permanece inalterada, para não dizer problemática. As condições requeridas incluem vontade política, organização do próprio sistema de saúde de acordo com modelos descentralizados, além de estímulo e treinamento apropriados da equipe de saúde que permitam a integração dos esforços dos profissionais de diferentes áreas profissionais.

O processo político brasileiro, nas últimas décadas, tem, na verdade, favorecido avanços e apresentados ganhos sociais, implicando definição de políticas públicas mais inclusivas e abrangentes, notadamente, relacionadas ao atendimento à população menos favorecida ou a grupos mais vulneráveis ou excluídos, como o de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Os preceitos da reforma psiquiátrica prevêm: o resgate à cidadania, o respeito à diferença, a atenção individualizada e humanizada, além de instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico, com autonomia e favoráveis à inclusão social.

Tem-se observado o empenho das esferas de governo para trabalhar a saúde mental, sob o enfoque do gênero, baseado na compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem.

A lei Federal nº 9.263 estabelece que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 1996a). Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, capz de garantir direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A consagração do direito ao planejamento familiar está explicitada no §7 do Art. 226 da Constituição Federal de 1988. No documento, estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre essas diretrizes figuram, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988).

A regulamentação do direito constitucional representa um avanço na implementação do PAISM. Ao recomendar iniciativas que incluem o conjunto dos métodos anticoncepcionais naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; Dispositivo Intra-uterino (DIU) e laqueadura, o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do planejamento familiar do SUS:

Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar, livre e conscientemente, por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, são opções que toda mulher deve ter, o direito de escolher, de forma livre e por meio da informação a que mais lhe convém, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2002b, p. 6).

Pode se afirmar, sem qualquer dúvida, que a autonomia tem diversos significados, relacionados à autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade. Essencialmente, autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base no livre pensamento e decisão independente (COSTA *et al.*, 2006).

No caso do planejamento familiar, o exercício da autonomia depende também da oferta de alternativas contraceptivas, traduzido na existência dos métodos contraceptivos disponíveis nos serviços de saúde (MARCHI, 2007).

O SUS tem uma concepção de cobertura ampla e universal. Portanto, basta cumprir a lei e atender a todas as pessoas que necessitam do serviço, para um fim específico. Assim, enquanto expressão da cidadania e da autonomia pessoal, tanto a concepção, quanto a contracepção, devem ser consideradas um direito amplo, geral e irrestrito (CAVENAGHI e ALVES, 2003).

3.4 Direitos dos portadores de transtorno mental

O direito à saúde é, por princípio, um bem inalienável a todo e qualquer cidadão, revelando-se a Constituição Federal de 1988, como a principal fonte de onde são extraídos os parâmetros jurídicos de proteção às pessoas portadoras de transtorno mental, no País. Abaixo da Carta Magna o mais relevante instrumento normativo é a Lei nº. 10.216, de 06.04.2001. Referida Lei, representa, inegavelmente, um significativo avanço para a consolidação dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, declarando a sua cidadania, mediante o reconhecimento dos seus direitos e explicitando as obrigações do Estado. Contudo, a nova ordem prescrita nessa Lei ainda se mostra tímida e insuficiente quanto às questões da cidadania, por ter permanecido mais afeita à reorientação do modelo assistencial e à preocupação com o seqüestro da liberdade, o que, evidentemente, à época da sua promulgação, era muito importante e urgente (COSTA, 2003).

Não se trata, todavia, de considerar que a Lei nº 10.216/2001 cuidou de todos os aspectos relativos à matéria. Ao contrário, esse instituto, resultado de uma longa e difícil negociação no Congresso Nacional, carece de meios para a efetivação das garantias dos pacientes com transtorno mental. Deve-se reconhecer, no entanto, o avanço historicamente possível para a questão dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, especialmente quanto às garantias de não asilamento, mediante um atendimento voltado para a sua inclusão na sociedade.

São vários os instrumentos internacionais que estabelecem os princípios de proteção da pessoa portadora de transtornos mentais, inserindo-se os mesmo no contexto dos direitos humanos, em plano universal. Nessa esfera, destacam-se: a Declaração de Direitos do Deficiente Mental, proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20 de dezembro de 1971; os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, incluídos no documento da Assembléia Geral das Nações Unidas de 17 de dezembro de 1991; a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, assinada pelo Brasil em 1999, aprovada pelo Decreto Legislativo nº. 198, de 13.06.2001 e promulgada pelo Decreto nº. 3.956, de 08.10.2001. Foi a partir dessas fontes normativas que se buscou a sistematização dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como a seguir se discrimina.

3.4.1 Direito à cidadania

O fato de uma pessoa ser portadora de um transtorno mental não retira de si a condição de cidadã. Nesse sentido, dentre os instrumentos norteadores da proteção de pessoas acometidas de transtorno mental, e da melhoria da assistência à saúde mental, ganhou expressão o que afirma o seguinte:

Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, e por outros instrumentos relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 1991, p. 43).

Saraceno (2001) afirma que o direito à cidadania e à dignidade da pessoa humana, eleva-se à categoria de fundamentos do Estado, e, como tal, a tentação da onipotência do homem sobre a natureza das coisas implicará em ditadura dos mais fortes, e desprezo por todos esses princípios morais, se não atendidos os preceitos de dignidade e cidadania dos indivíduos, independente de suas condições.

3.4.2 Direito à igualdade e à não discriminação

A Declaração de Direitos do Deficiente Mental estabelece que o deficiente mental deve gozar, na medida do possível, dos mesmos direitos que todos os outros seres humanos. A igualdade material, celebrada em tal dispositivo, pode ser representada através da máxima, segundo a qual deve-se tratar, desigualmente, os desiguais, na proporção de sua desigualdade. No caso dos portadores de distúrbios psiquiátricos, torna-se clara a necessidade de se estabelecer não só a igualdade de direitos, mas, algumas vezes, sua própria desigualdade. De fato, o deficiente mental, por sua condição peculiar e suas limitações específicas, demanda um tratamento diferenciado que lhe assegure as mesmas possibilidades profissionais e sociais do indivíduo de comportamento padrão. Não se trata, no caso, de se determinar excesso de direitos ou privilégios injustificados. Trata-se, sim, de identificar suas deficiências e procurar equilibrá-las, com a finalidade de possibilitar uma igualdade de condições (BRUNETTA, 2005).

3.4.3 Direito ao tratamento de saúde adequado e de qualidade

Todas as pessoas têm direito à melhor assistência à saúde mental, devendo o atendimento fazer parte do sistema de cuidados de saúde e sociais. No caso do paciente portador de distúrbios psiquiátricos, o direito de ser tratado e cuidado, da melhor forma engloba o direito de não ser excluído da comunidade durante o tratamento, continuando a participar da vida social, e a ser tratado de acordo com sua condição cultural e necessidades de saúde apresentados. A legislação nacional e internacional considera que o tratamento de cada paciente deve estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal e de incentivar e facilitar sua integração/reabilitação social. Da mesma forma, a medicação prescrita deverá ser focada nas suas necessidades de saúde, e administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos, e nunca como punição, ou para a conveniência de outros, com exclusão do doente do seu convívio social (ONU, 1991; BRASIL, 2004a).

3.4.4 Direito à informação sobre o tratamento

O direito à informação sobre o tratamento dos portadores de transtorno mental é assegurado na Constituição Federal, como também na Lei 10.216/2001 e nos tratados internacionais promulgados sobre o assunto. De fato, segundo a legislação internacional, o usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível, após sua admissão, de todos os seus direitos, na forma e linguagem que possa compreender. O direito de obter informações deve ser garantido ao paciente psiquiátrico, segundo sua condição e adequado à sua forma de comunicação, que, às vezes, pode se mostrar extremamente específica. Outrossim, estabelece o item 12 dos “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental” que, caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações e, pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-los (ONU, 1991; BRASIL, 2004a).

3.4.5 Direito à proteção tutelar

Dispõe a Declaração de Direitos do Deficiente Mental, em seu artigo 5º, que ao portador de distúrbios psiquiátricos deve assegurado o benefício de uma proteção tutelar

especializada, sempre que for necessário proteger sua pessoa e seus bens. A legislação brasileira segue esse mesmo direcionamento, no momento em que garante, por exemplo, a nomeação de defensor dativo no processo penal, quando da verificação, no curso da ação, de que o réu sofre de distúrbio mental. Na verdade, esse cuidado é, inclusive, anterior à própria realização do exame médico-pericial que detectaria, de forma categórica, a deficiência. O defensor pode, dessa forma, formular quesitos e indicar assistente para o exame. Por serem considerados menos capazes de exercer os atos da vida civil, podem ser submetidos ao processo de interdição ou curatela, através do qual perdem parte de sua autonomia, como cidadãos, sendo representados por um curador, em geral pessoa de sua família. A interdição destina-se, em tese, a proteger o paciente, muito embora possa, algumas vezes, significar uma importante limitação de sua vida. O direito à proteção tutelar traduz-se, assim, na necessidade de se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa portadora do distúrbio mental, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades (ONU, 2007).

No trabalho dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os casos de curatela fazem parte do dia-a-dia do tratamento, são importantes para todos os profissionais envolvidos, e estão incluídos no projeto terapêutico de cada paciente.

3.4.6 Direito de não ser involuntariamente submetido a pesquisas científicas

Segundo o artigo 11 da Lei 10.216/2001, pesquisas científicas, para fins diagnósticos ou terapêuticos, não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, tampouco sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. Nessa mesma linha, os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, dispõem que ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados com qualquer usuário, sem o seu consentimento informado (BRASIL, 2001a).

3.5 Classificação Internacional das Doenças (CID – 10)

Desde o século passado, as doenças mentais, vêm sendo catalogadas em grupos, com o objetivo de facilitar sua abordagem, bem assim a comunicação e a troca de experiências em comunidades diferentes. Periodicamente, a Classificação Internacional de Doenças (CID) é revisada pela Organização Mundial da Saúde. Sua versão mais recente, a

CID-10, contém capítulos referentes a diversos grupos de doenças, sendo que o Capítulo V corresponde aos Transtornos Mentais e do Comportamento (OMS, 1998).

A CID – 10 define os transtornos mentais e classifica-os em 11 agrupamentos, dos quais quatro estão a seguir apresentados, face à sua manifestação nas mulheres, objeto do estudo.

3.5.1 Transtorno do humor

Assim chamada a desordem, cuja perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elevação. A alteração do humor vem acompanhada, em geral, de uma modificação global das atividades. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode estar relacionada, com frequência, a situações estressantes. Tal agrupamento reúne as seguintes categorias: episódio maníaco, mania com sintomas psicóticos, mania sem sintomas psicóticos, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente e outros transtornos de humor.

O episódio maníaco tem uma variação de três graus na sua apresentação, ficando os mesmos na dependência da elevação do humor. São eles: hipomania, mania sem sintomas psicóticos e mania com sintomas psicóticos. A hipomania é caracterizada pela presença de uma elevação ligeira, mas persistente, do humor, da energia e da atividade, em associação a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Verifica-se, frequentemente, um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, além de uma redução da necessidade de sono; esses sintomas não são, entretanto, tão graves, ao ponto de entravar o funcionamento profissional, ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são, por vezes, substituídas por irritabilidade, atitude pretensiosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não vêm acompanhadas de alucinações ou de idéias delirantes.

A mania sem sintomas psicóticos apresenta uma elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Essa elevação é acompanhada de um aumento da energia, levando à hiperatividade, desejo de falar e redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida, subsistindo, não raro, uma grande distração. O sujeito apresenta aumento da auto-estima, manifestando idéias de grandeza e superestimativa de suas

capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes, irrazoáveis, inapropriadas ou deslocadas.

A mania com sintomas psicóticos, além do quadro clínico descrito acima, apresenta idéias delirantes (em geral de grandeza) ou de alucinações (em geral, do tipo de voz que fala diretamente ao sujeito), e mesmo de agitação, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias, em nível de tal, que o sujeito se torna incompreensível ou inacessível à comunicação normal.

O transtorno afetivo bipolar é definido por episódios repetidos. Quando ocorre uma elevação do humor, trata-se de uma mania ou hipermania; no caso de rebaixamento do humor, acontece uma depressão. Os episódios maníacos começam de forma repentina e têm um período de duração que vai de duas semanas a cinco meses, enquanto que nas depressões, a duração média é de seis meses.

Nos episódios depressivos, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas, em geral, à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se problemas do sono e diminuição do apetite. Existe, quase sempre, uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança, com manifestações de idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco, de dia para dia, ou segundo as circunstâncias, pode não vir acompanhado de perda de interesse ou prazer, de despertar matinal precoce, várias horas antes do que é habitual, de agravamento matinal da depressão, de lentidão psicomotora importante, de agitação, perda de apetite, peso e libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar o estágio do episódio depressivo: leve, moderado e grave.

O transtorno depressivo recorrente caracteriza-se pela ocorrência repetida de episódios depressivos, correspondentes à descrição de um episódio depressivo, na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios, caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo, imediatamente, a um episódio depressivo, e, por vezes, precipitado por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente apresentam numerosos pontos em comum com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva: melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável, indo de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode

jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar.

Os outros transtornos categorizados nesse agrupamento referem-se a transtornos de humor, que não têm como ser justificada sua classificação nos transtornos acima definidos, por não apresentarem gravidade ou duração suficiente.

3.5.2 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados por distorções fundamentais em relação ao pensamento e à percepção e por afetos inapropriados ou embotados. Via de regra, a consciência e a capacidade intelectual, mantêm-se claras, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica, com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta.

O transtorno esquizotípico é caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; idéias paranóides ou bizarras, sem que se apresentem idéias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais, quase psicóticos, com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras; e idéias pseudodelirantes, ocorrentes, em geral, sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de ser determinado e sua evolução corresponde, em geral, àquela de um transtorno da personalidade.

Os transtornos delirantes são caracterizados pela ocorrência de uma idéia delirante única ou de um conjunto de idéias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. O conteúdo da idéia ou das idéias delirantes é

muito variável. A presença de alucinações auditivas (vozes) manifestas e persistentes, de sintomas esquizofrênicos tais como idéias delirantes de influência e embotamento nítido dos afetos, além da clara evidência de uma afecção cerebral, são incompatíveis com o diagnóstico. Entretanto, a presença de alucinações auditivas ocorrendo de modo irregular ou transitório, particularmente em pessoas de idade avançada, não elimina este diagnóstico, sob condição de que não se trate de alucinações tipicamente esquizofrênicas e de que estas não dominem o quadro clínico.

3.5.3 Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e transtornos somatoformes

Os transtornos dessa categoria foram agrupados em: transtornos fóbicos-ansiosos; transtornos ansiosos; outros transtornos ansiosos; transtorno obsessivo-compulsivo; reações ao estresse grave e transtornos de adaptação; transtornos dissociativos; transtornos somatomorfes e outros transtornos neuróticos.

Os transtornos fóbicos ansiosos pertencem ao grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas e que não apresentam, atualmente, nenhum perigo real. Essas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas, com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas em sintomas individuais, como palpitações ou uma impressão de desmaio, e, freqüentemente, associam-se ao medo de morrer, perda do autocontrole ou ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia, em geral, ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica vem, freqüentemente, associada a uma depressão.

Os outros transtornos ansiosos são caracterizados, essencialmente, pela presença de manifestações ansiosas, que não são desencadeadas, exclusivamente, pela exposição a uma situação determinada. Tais transtornos podem vir acompanhados de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que essas sejam, claramente, secundárias ou pouco graves.

O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos que se intrometem na consciência do sujeito, de modo repetitivo e estereotipado. Em geral tais idéias perturbam, muito, o sujeito, que tenta resistir-lhes, com freqüência, embora sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, ainda que estranhos à sua vontade. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto de qualquer desses

atos, os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis, por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, freqüentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele. O sujeito reconhece, habitualmente, o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno, não raro, vem acompanhado de ansiedade, que se agrava na medida em que o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

As reações ao estresse grave e transtorno de adaptação diferem de outras, a partir de sua definição, quando se colocam que elas não repousam, exclusivamente, sobre a sintomatologia e a evolução, mas, igualmente, sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de estresse aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, comportando conseqüências desagradáveis e duradouras e que levam a um transtorno de adaptação. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno deixaria de ter ocorrido. Os transtornos aqui reunidos, para discussão, podem ser considerados como respostas inadaptables a um estresse grave ou persistente, na medida em que interagem com mecanismos adaptativos eficazes, entervando o funcionamento social.

Os transtornos dissociativos são caracterizados por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, bem assim do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência esteve associada a um acontecimento traumático. A evolução pode remeter, igualmente, à cronicidade dos transtornos, em particular paralisias e anestésias, justo quando sua ocorrência está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, a classificação desses comportava diversos tipos de "histeria de conversão". Admite-se que sejam eles psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem, freqüentemente, a idéia de que o sujeito se mostra como portador de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõem-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, nesse transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um "stress" psicológico, manifestando-se, com freqüência, de forma brusca. Uma particularidade desse transtorno é o modo como se liga, unicamente, quer a uma perturbação

das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas, exigentes de intervenção do sistema nervoso autônomo, são incluídos entre os transtornos somatoformes, a título de classificação.

A característica essencial dos transtornos somatoformes diz respeito à presença repetida de sintomas físicos, associados à busca persistente de assistência médica, em que pese o fato de os médicos nada encontrarem de anormal, pelo que afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica.

3.5.4 Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos, que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns desses estados e tipos de comportamento aparecem, precocemente, durante o desenvolvimento individual, sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente, durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade, os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade, bem assim as modificações duradouras da personalidade, representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais, de natureza muito variada. Correspondem os mesmos a desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente, das relações com os outros. Tais tipos de comportamentos são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Não raro, estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Transversal, do tipo documental e de campo. A pesquisa transversal possibilita a coleta de dados, em um único instante de tempo, permitindo obter um recorte momentâneo a respeito do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental, em curto prazo. O tipo documental e o de campo são classificações estratégicas, relacionadas à fonte de informação, ou seja, especifica se os dados serão coletados em relatórios ou outros sistemas de informação pré-concebidos, ou pelo contato direto com os sujeitos definidos, no domicílio, no local de atendimento, e/ou em outro cenário pertinente (APOLINÁRIO, 2004). Neste estudo, os dados foram coletados em prontuários e através de entrevistas realizadas com mulheres portadoras de transtorno mental.

4.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no CAPS II, localizado no bairro Bom Jardim, área da periferia oeste de Fortaleza, integrante da Secretaria Executiva Regional V (SER V). O Bom Jardim é considerado um dos bairros mais pobres e violentos de Fortaleza. Dessa forma, é fácil inferir que o local, por si só, já traz referências de um bairro adoecido mentalmente. As pessoas que lá habitam sofrem conseqüências do desemprego, da violência e da marginalização.

O Sistema de Saúde de Fortaleza-CE é composto por seis SER, cada uma constituída por bairros circunvizinhos. Na área de jurisdição dessas Secretaria Regionais há CAPS II instalado. Optou-se por realizar a pesquisa em uma única Regional, uma vez que as características dos serviços oferecidos ao portador de transtorno mental, em todas elas, são bastante homogêneas.

Os CAPS II são instituições destinadas a acolher pacientes com transtorno mental por demanda espontânea e/ou referenciados por outras unidades, realizando acompanhamento clínico e promovendo sua reinserção na sociedade, pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e, ainda, pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a).

O CAPS da SER V é uma unidade de tratamento e reinserção social, capacitada para oferecer aos seus usuários um leque de atividades, cuidados personalizados, comunitários

e promotores de vida. Possui espaço terapêutico, adequado para tratar pessoas que apresentem sofrimentos psíquicos, levando-as ao exercício da cidadania, quando podem desfrutar uma melhor qualidade de vida.

O atendimento, na Instituição, é realizado de segunda a sexta-feira, das oito às 17 horas, por uma equipe multiprofissional integrada por quatro médicos psiquiatras, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, três psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, uma farmacêutica e duas arte-terapeutas, todos imbuídos da proposta de executar ações terapêuticas individuais e comunitárias, envolvendo a família no processo que consta com a participação de grupos voltados para a educação em saúde; promoção da auto-estima; oficinas de talentos e arte terapia.

Incorporam-se a essa rotina, além de atendimentos individuais de Psiquiatria, de Psicologia, do Serviço Social, de Enfermagem, da Terapia Ocupacional e da Farmácia, os trabalhos corporais, os grupos terapêuticos, a assistência a familiares e passeios culturais.

A instalação do CAPS no bairro Bom Jardim, é resultante de dez anos de trabalho do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, que favoreceu o regime de co-gestão, firmado entre esse movimento e a Secretaria Municipal de Saúde.

4.3 População e amostra

A população do estudo correspondeu a 747 mulheres matriculadas no CAPS da SER V, com diagnóstico médico de transtorno mental, e que se encontravam com seus prontuários ativos. As 394 mulheres, cujo atendimento foi descentralizado para as respectivas equipes de PSF, por serem portadoras de transtornos leves, tiveram seus prontuários descartados, para fins do estudo.

Para definição do tamanho da amostra foi fixado um nível de significância de 5%, um erro amostral de 6% e uma proporção P de 50%, por implicar esse valor, em tamanho de amostra máximo, quando fixados os erros anteriores. Tais valores foram aplicados na fórmula para cálculo com populações finitas*, obtendo-se valor amostral de 255 mulheres.

$$* n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Os critérios de inclusão da amostra foram: estar em idade reprodutiva, considerando período reprodutivo das mulheres, o incluído na faixa etária de 15 (idade mínima para o atendimento no local do estudo) e máxima de 49 anos; ter iniciado vida sexual; não apresentar comportamento psicótico, e/ou possuir mediador responsável para colaborar com os objetivos do estudo, quando o último critério se mostrar desfavorável.

Para apoiar a pesquisadora, na identificação do comportamento psicótico, foi adotado o conceito de Mari *et al.* (2002). Referidos autores concebem comportamento, toda situação em que o paciente se mostra incapaz de distinguir entre a realidade e a fantasia, estando sem condições para a tomada de decisões. A aplicação do conceito foi facilitada pelo fato de a pesquisadora ter a saúde mental como área de atuação.

4.4. Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2007, através de entrevista e de consulta ao prontuário. As entrevistas seguiram o formulário (Apêndice A), versado sobre atendimento recebido em relação ao planejamento familiar, aspectos da vida sexual, adesão ou não ao uso de anticoncepcionais e sua dinâmica de uso. As mulheres foram abordadas por ocasião da procura pelas consultas de Enfermagem ou de Psiquiatria no CAPS.

A revisão do prontuário permitiu a obtenção de informações referentes aos dados sócio-demográficos das mulheres participantes da pesquisa, história da doença atual, diagnóstico médico, bem como informações que se fizeram inexistentes ou incompletas nos entrevista.

4.5 Organização dos dados para análise

Os dados foram processados no Programa SPSS versão 11.0, apresentados em tabelas e nas falas das participantes indicadas por um “M”, seguido da numeração do formulário. Para a organização das falas, no programa, utilizou-se, previamente, a técnica de categorização. A análise ocorreu com base no referencial bibliográfico pertinente ao tema, e no conhecimento e experiência das autoras.

Para a análise de associação entre diagnóstico médico de transtorno mental com histórico e frequência de internações e com o uso correto/incorreto dos métodos

anticoncepcionais, empregou-se os testes não paramétricos de Fisher, Qui-Quadrado (χ^2) e de Fisher-Freeman-Halton. Para todos os testes fixou-se o nível de significância de 5%.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável (Anexo - A). Foram observados os princípios norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

As participantes e/ou responsáveis, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice - B), concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo-lhes dada a garantia do seu anonimato e o direito às informações acerca da pesquisa.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Condições sociodemográficas de mulheres com transtorno mental

Tabela 1. Distribuição do número de mulheres segundo condições sociodemográficas. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago; 2007.

Variáveis (n=255)	n	%
Faixa etária $\bar{x} = 35,04$ $S = 7,5$		
18-19	2	0,8
20-35	136	53,3
36-49	117	45,9
Escolaridade (em anos de estudo)		
Sem instrução	40	15,7
1 a 3	34	13,3
4 a 7	67	26,3
8 a 10	79	31,0
11 anos e mais	35	13,7
Renda familiar mensal em salário mínimo		
Sem rendimento	13	5,1
Até ½	43	16,9
De mais de ½ até 1	58	22,7
De mais de 1 até 2	90	35,3
De mais de 2 até 3	21	8,2
De mais de 3 até 5	5	2,0
De mais de 5	5	2,0
Sem declaração	20	7,8
Ocupação		
Doméstica	179	70,2
Sem ocupação	26	10,2
Trabalho formal (ativa)	14	5,5
Aposentada	7	2,7
Trabalho formal (afastada)	4	1,6
Outros	25	9,8
Condição de União		
Casada	119	46,7
Solteira/Possui companheiros eventuais	114	44,7
Separada	14	5,5
Viúva	8	3,1

Pesquisas apontam que os transtornos psiquiátricos, estudados como morbidades, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda. Estudos têm contribuído para uma melhor compreensão dos elos entre fatores ambientais e sociais, origem e curso de distúrbios psiquiátricos (TUONO *et al.*, 2007).

Para Mari e Jorge (2001) o adoecer psíquico feminino distingue-se do masculino devido às diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, em suas co-morbidades mais freqüentes e, sobretudo, naqueles transtornos que

parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino. Estes têm sido relacionados a vários transtornos de humor e de comportamento.

Quando da realização do estudo, tal diferença foi percebida, haja vista o número de prontuários femininos corresponder a 61% dos pacientes. Isso, provavelmente, deve-se, além da prevalência maior de transtornos psicológicos na população feminina, à forma como as mulheres percebem os sintomas de adoecimento, pela variação de suas necessidades de saúde, associadas ao ciclo reprodutivo, fazendo-as utilizar os serviços de saúde, com frequência maior do que fazem os homens.

Os estudos de morbidade e mortalidade de mulheres, em idade fértil, discutem a presença dos transtornos mentais, como causas básicas de óbito. O conhecimento de sua incidência, prevalência e mortalidade, medidas em suas reais dimensões, permite a elaboração e implantação de políticas de saúde adequadas às mulheres incluídas nessa faixa etária (LAURENTI *et al.*, 2004). No grupo estudado, que correspondeu tão somente a mulheres em idade fértil insere-se o aspecto da idade nos extremos da fase reprodutiva, quando a anticoncepção deve ser promovida com maior efetividade, já que a idade, por si só, caracteriza-se como fator de risco gestacional.

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças. Assim, a doença não resulta apenas da relação entre o homem e o meio natural, mas, também, da relação entre a pessoa e o meio social. No transtorno mental, não é diferente: os fatores externos implicam em maior predisposição ao acometimento da doença, embora, seja evidente sua presença em todas as classes sociais, em pessoas de condições sociodemográficas favoráveis.

Todavia, neste estudo, 114 (44,7%) das participantes não eram remuneradas, sequer perfaziam renda de até um salário mínimo, reforçando, portanto, o baixo nível socioeconômico, como fator associado ao transtorno mental. A esse respeito, ressalta-se aqui o fato de o estudo ter sido realizado em serviço público de saúde, ao qual acorrem os usuários desprovidos de planos de saúde. Conceber, em meio a uma situação socioeconômica desfavorável, implica maiores chances de risco gestacional e estresse no ambiente familiar, o que poderá se potencializar na presença de transtorno mental.

Em relação aos anos de estudo, as mulheres declararam escolaridade baixa, representada por 40 (15,7%), sem instrução, e 101 (39,6%), com ensino fundamental incompleto. Somente 35 (13,7%) haviam concluído o ensino médio. A Pesquisa Nacional por

Amostras de Domicílio-PNAD, de 2006 revelou que apenas 37% dos brasileiros fizeram o curso médio. Para os portadores de deficiência, as estimativas variam de 4% a 9%.

Quando a cognição é o único fator importante para o processo de aprendizagem, a escolarização dos portadores de transtorno mental torna-se, muitas vezes, limitada. Por outro lado, a valorização de sujeitos afetivos, emocionais, individuais e sociais, gera uma possibilidade real de educação dos portadores de transtornos mentais, via práticas de inserção social. Da mesma forma que outros grupos vulneráveis possuem políticas educacionais específicas, o portador de transtorno mental, deve ganhar o incentivo de políticas públicas, de familiares e da própria sociedade, a título de garantia da sua cidadania educacional e, sobretudo, dos seus direitos humanos. A fertilidade é mais elevada nas camadas sociais menos favorecidas e com menor nível de escolaridade, marcadamente a gravidez precoce. Dessa forma, é importante garantir a esse público-alvo uma atenção ao planejamento familiar digna, amparada na ética e no respeito às diferenças.

Para Cury (2005), as políticas inclusivas podem ser entendidas como estratégias voltadas para a universalização de direitos civis, políticos e sociais. Elas buscam, pela presença intervencionista do Estado, aproximar os valores formais proclamados no ordenamento jurídico dos valores reais existentes em situações de desigualdade. Como tal, tendo o Estado como base de sustentação, voltam-se para o indivíduo e para quantos necessitem de acolhimento, pelo princípio da igualdade de oportunidades e pela igualdade de todos, perante a lei. A meta dessas políticas é combater todas e quaisquer formas de discriminação que impeçam o acesso a uma igualdade maior de oportunidade e de condições.

A experiência de um Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE mostra o impacto positivo na vida de uma mulher portadora de transtorno mental, com dificuldades significativas na fala, que fora valorizada em um grupo de canto, contribuindo, inicialmente, apenas com o balbucio de sons não entendíveis. Após meses de um investimento social, individual e afetivo, os sons produzidos passaram a compor a harmoniosa melodia do coral, e, as primeiras palavras entendíveis começaram a fluir na vida dessa mulher, resgatando seu potencial para ser e aprender.

Na autobiografia “A história de Beta”, a autora relata a angústia de participar de uma sociedade discriminatória, e a sua luta pessoal para resgatar a cidadania, apesar do diagnóstico de esquizofrenia:

Um grande achado foi a teimosia em desobedecer conceitos estabelecidos, como por exemplo: eu não poderia estudar mais, só deveria me preocupar com coisas supérfluas, ver somente filmes bem leves, leitura só de fotonovelas e revistas em quadrinhos. Foram normas que nunca aceitei nem cumpri, desobedecendo a todos

aqueles que não acreditavam na firmeza de minha inabalável fé e na capacidade de vencer os obstáculos que se interpunham à minha caminhada na busca de meu destino (BRASIL, 2003, p. 31).

Trazendo-se a questão para o campo do planejamento familiar, ressalta-se o caso de Fabiane (nome fictício), 28 anos, que, pela dependência ao crack, apresentava transtorno de ansiedade, com momentos de agressividade, embora mantendo a afabilidade e a proteção, com relação aos três filhos (7, 4 e 2 anos): “Posso ficar nervosa, mas com minhas crias, nunca, e ai de quem mexer com eles.”

No que diz respeito à ocupação, a maior frequência foi de domésticas, com 179 (26,1%). Somente 14 (5,5%) das mulheres em estudo declararam possuir trabalho formal e estar exercendo atividades produtivas. Essa informação proporciona uma reflexão acerca da necessidade de inclusão social dos portadores de transtorno mental no mercado de trabalho, mesmo com capacidades restritas e algumas limitações.

Os portadores de doenças mentais foram, por muito tempo, considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para exercer seus direitos. Hoje, o esforço é para que sejam integrados na sociedade e respeitados como seres humanos comuns.

A prática da integração social, parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas na sociedade, esta deve ser modificada, de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar-lhes, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde do Brasil, considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, capaz de contribuir para a sua inclusão plena, em todas as esferas da vida social, aprovou, na forma de anexo da Portaria nº. 1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que considera pessoas com deficiência, aquelas pertencentes aos segmentos com déficit mental, motor, sensorial e múltiplo (BRASIL, 2002a).

No Censo de 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizou uma definição abrangente, chegando a registrar 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência no país, dos quais, nove milhões, em idade de trabalhar. A estimativa, no entanto,

é de que apenas 1,3 milhões desses indivíduos exercem uma atividade laboral. O Brasil possui uma lei de cotas que fixa entre 2% a 5% o percentual obrigatório para contratação, pelas empresas nacionais, de portadores de deficiência que passam, assim, a compor o seu quadro de pessoal (BRASIL, 2000).

Pastore (2006), sociólogo e defensor dos direitos trabalhistas, indica que as causas que mantêm pessoas com necessidades especiais afastadas do mercado de trabalho, referem-se a problemas relacionados aos empregadores, aos portadores de deficiência e às políticas públicas. Os empregadores justificam a não contratação desse segmento da sociedade no mercado de trabalho, devido à dificuldade de adaptação, ao índice de absenteísmo, à rejeição de empregados, dentre outros motivos. Para os portadores de deficiência, um dos maiores obstáculos para sua contratação, diz respeito à falta de qualificação. Esse fato gera dificuldades para a empresa, no tocante ao cumprimento da lei, ao ponto de não conseguir preencher as cotas de pessoal com alguma deficiência, mas de alguma forma qualificado. Faltam, na verdade, políticas públicas, voltadas para os campos da educação, habilitação e reabilitação. Ademais, ainda segundo Pastore, a lei das cotas se restringe à contratação com vínculo empregatício, modalidade de trabalho cada vez mais rara, à conta da economia do país, em que se verifica a multiplicação das formas alternativas de trabalho, não sendo possível a entrada, nesse contexto, do portador de deficiência, haja vista a exigência do vínculo trabalhista, na contratação.

Não obstante a existência da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, faz-se necessária, efetivamente, a inclusão do portador de transtorno mental, como sujeito atuante nessa proposta, em que pese a carência de adaptação, para exercer seus direitos de cidadania, como qualquer outro portador de deficiência. Neste estudo, os dados são preocupantes e merecedores de intervenção, considerando que 179 (70,2%) das participantes tinham por ocupação, apenas as atividades do lar, sendo de se ressaltar que 100% estavam em plena atividade produtiva de inserção no mercado de trabalho. Somente 14 (5,5%) das participantes estavam na ativa, exercendo trabalho formal, enquanto, 7 (2,7%) encontravam-se já aposentadas e 4 (1,6%) tinham trabalho formal, embora afastadas do serviço.

Para Souza (2006), a atividade cria condições de transformar normas antecedentes e mesmo os limites pessoais de cada ser humano, ampliando sua capacidade produtiva. Ao que se entende o trabalho pode ser lugar de desenvolvimento pessoal dos portadores de transtornos mentais graves, na medida em que interage com aquele julgamento social que supõe sua incapacidade, oportunizando a busca de recursos pessoais, para dar conta de

realizar a atividade, cuidando de apropriação daquele meio de vida, como seu, e desenvolvendo, assim, potencialidades que sequer suspeitavam possuir.

Uma alternativa viável que o CAPS da Secretaria Executiva Regional III (SER III) de Fortaleza encontrou para validar a capacidade funcional dos portadores de transtornos mentais, foi a articulação da Cooperativa do Centro de Atenção Psicossocial Ltda (COOPCAPS). Essa cooperativa surgiu em julho de 2003, a partir das atividades de terapia ocupacional. Os envolvidos na cooperativa reúnem-se duas vezes por semana para produzir peças artesanais (tapetes, cestas, arranjos florais, chaveiros, etc). A venda dos produtos é realizada, individualmente, pelos cooperados, sendo uma parte do montante destinado à compra de matéria-prima e o restante dividido, igualmente, entre os membros do grupo.

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é a potencialização do trabalho, como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações, e realizem oficinas de geração de renda, essas experiências, mesmo apresentando ótimos resultados, caracterizam-se, ainda, por sua frágil sustentação institucional e financeira. O manejo diário de tais experiências, com o mercado capitalista e com uma sociedade excludente, impõe debates práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, substituindo, aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho, verificado no marco asilar. Nesse contexto, a Economia Solidária, política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, surge como parceira para discussão do problema de exclusão das pessoas com transtornos mentais, do mercado de trabalho. De fato, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária compartilham princípios fundamentais, quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade (BRASIL, 2005).

Quanto à condição de relacionamento, o número de mulheres casadas preponderou sobre as demais condições, com 119 (46,7%). Tal situação sugere uma abordagem a cerca do papel do cônjuge, no processo de reabilitação dessas mulheres.

O cônjuge ocupa espaço privilegiado na proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, participando, ativamente, desse novo modelo de cuidado. Caso contrário, contribui para a instabilidade emocional e favorecimento de crises. Portanto, estando o cônjuge a desempenhar papel de destaque na reabilitação da companheira, e sendo o planejamento familiar uma ação do casal, fica com os profissionais dos CAPS e do Programa de Saúde da Família (PSF) o redimensionamento desses cuidados, trazendo-os para o contexto familiar e do casal.

Uma das formas de adoecimento de sofrimento psíquico de mulheres é a violência conjugal. Para Andrade *et al.* (2006) a maior parte dos atos de violência contra a mulher resulta em problemas físicos, sociais e psicológicos, não necessariamente causando lesões, incapacitação ou morte. A violência conjugal pode assumir diversas formas, incluindo violência física e sexual, vindo, comumente, acompanhada de outros comportamentos abusivos, como restrições financeiras, proibição do engajamento social, familiar e ocupacional da mulher.

Os relatos, a seguir, põem à mostra a violência conjugal representada nas mulheres, em estudo, reunindo elementos possivelmente desencadeantes do transtorno mental, de que são as mesmas acometidas:

Meu marido me pegava bêbado e me obrigava a fazer sexo. Não queria fazer confusão por causa dos vizinhos. (M 10, 46 anos, 4 filhos, diagnóstico de transtorno do humor).

Já sofri tanto. Perdi meus filhos de tanto apanhar do meu marido. Do monte de filhos que tive, só tem seis comigo. (M 46, 49 anos, 12 filhos, 5 abortos, diagnóstico de transtorno do humor).

O entendimento da violência contra a mulher, como resultado de relações de gênero, marcadas pela desigualdade entre mulheres e homens, constituiu-se elemento essencial para a formulação de políticas municipais de atendimento às mulheres em situação de violência, em Fortaleza. Tais políticas remetem ao desenvolvimento de estratégias de proteção da integralidade física e emocional das mulheres portadoras de agravos mentais, em seus domicílios e, principalmente, nas instituições (FORTALEZA, 2006).

A Lei Maria da Penha, sancionada pelo presidente Lula, em setembro de 2006, já é tida como um dos maiores avanços no combate à violência contra a mulher, no Brasil. No seu artigo 2, está explicitado que:

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade, religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006b, p.10).

As instituições de atendimento às mulheres, independentemente do nível de atenção à saúde que prestam, devem buscar decodificar queixas que podem estar associadas à violência, contribuindo para a constante interface saúde mental e gênero, da população feminina de Fortaleza.

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde-SUS exige o emprego da lógica da integralidade, permitindo, assim, o entrelaçamento de diversos programas, no

reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, relativos à saúde da população (MODESTO e SANTOS, 2007).

A atenção básica à saúde, dado à sua condição de porta de entrada do sistema de saúde, necessita desse olhar integral na saúde da mulher, permitindo que sintomas psíquicos e/ou de violência doméstica sejam detectados e tratados, precocemente, respondendo às demandas que pressionam o cotidiano das mulheres.

O Ministério da Saúde indica que não somente os CAPS devem oferecer ações, em saúde mental, estendendo-se a oferta por toda uma rede de cuidados, que inclui a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, dentre outros. A grande parte de portadores de sofrimentos psíquicos menos graves podem ter o seu atendimento estimulado na atenção básica, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e equipe dos postos de saúde que trabalham com a atenção básica (BRASIL, 2004a).

Por outro lado, os CAPS, na medida em que ocupam um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, devem contemplar em suas ações, não somente o diagnóstico e o tratamento de transtornos mentais, mas ações que visem alterar a qualidade e as condições de vida das mulheres.

De acordo com Saraceno (2001), a integralidade da atenção, em saúde mental, vai além dos serviços substitutivos, pelo que devem ser utilizados cada vez mais os recursos da comunidade. A integralidade também é defendida por outros estudiosos, como se vê a seguir:

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente, as queixas são as mais variadas e para isso a equipe deveria estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários. Sendo assim, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência (COIMBRA *et al.*, 2005, p. 113).

Para Figueiredo (2006), uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

5.2 Diagnóstico médico de mulheres com transtorno mental, tempo de diagnóstico e uso de medicamentos

A tabela 2 mostra o comportamento das mulheres, em estudo, de acordo com o diagnóstico médico de transtorno mental, com o tempo de diagnóstico e quantidade de medicações utilizadas.

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres com transtorno mental, de acordo com o diagnóstico médico, tempo de diagnóstico e uso de medicações. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Variáveis	n	%
Diagnóstico Médico (n=255)		
Transtornos do humor	125	49,0
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirante	60	23,6
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	48	18,8
Transtorno de personalidade e do comportamento do adulto	11	4,3
Outros	11	4,3
Tempo de Diagnóstico em anos (n=162)		
Até 1	37	14,5
1 a 3	37	14,5
4 a 6	40	15,7
7 a 9	26	10,2
10 a mais	22	8,6
Número de medicações psicotrópicas em uso (n=246)		
1	23	9,3
2 a 3	168	68,3
4 a mais	48	19,5
Sem declaração	7	2,8

A classificação adotada para os diagnósticos médicos atrás referenciados, foi baseada no Código de Doenças Internacionais (CID), editado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 10ª edição. Foram utilizados, com especificamente, quatro agrupamentos formalizados pelo referido código, no intuito de facilitar a compreensão da análise dos dados (OMS, 1998).

O quadro 1 que se segue, é um demonstrativo dos diagnósticos de cada agrupamento que acometeram as pacientes do estudo.

Quadro 1. Agrupamentos e diagnósticos médicos de transtorno mental, segundo o CID. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Agrupamento	Diagnósticos Médicos
Transtorno do humor	Bipolar, episódio maníaco, episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente.
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes	Esquizofrenia, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtornos esquizoafetivos, outros transtornos psicóticos.
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	Transtornos fóbicos-ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, reação a estresse grave e transtorno da adaptação, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão.
Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto	Transtorno de personalidade paranóide, transtornos mistos de personalidade, outros transtornos de personalidade e de comportamento de adultos.

Os transtornos do humor apresentaram-se com maior frequência, acometendo, praticamente, a metade das mulheres do estudo, seguidos da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, com 60 (23,6%). O transtorno ansioso posicionou-se em terceiro lugar, com 48 (18,8%). O transtorno de personalidade, juntamente com outros transtornos, representaram 22 (8,6%).

Os transtornos bipolares são caracterizados por alterações do humor, com recorrência de episódios depressivos e maníacos, ao longo da vida. Os pacientes com humor deprimido, têm perda de energia e de interesse, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração, perda de apetite e pensamentos mórbidos sobre morte e suicídio. Durante a fase maníaca, a auto-estima, o vigor e a energia física aumentam, a pessoa passa a agir em ritmo acelerado, ficando inquieta, agitada e com necessidade de sono diminuída. Apresenta, ainda, sentimentos de grandeza, considera-se especial e não reconhece seus limites (BALLONE, 2005).

Segundo Michelon e Vallada (2005), o transtorno bipolar possui alta prevalência na população mundial, sendo causa de perdas significativas na vida dos portadores. É uma doença com importante fator genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão, envolvendo múltiplos genes que estão sob influência de inúmeros fatores ambientais. Estudos com gêmeos, de ligação e de associação, permitiram caracterizar a hereditariedade dessa doença, identificar regiões cromossômicas potencialmente associadas e avaliar a contribuição de genes candidatos, na sua etiologia. Paralelamente, estudos

psicossociais apontam para fatores ambientais de relevância no desencadeamento do transtorno bipolar.

As falas citadas, a seguir, evidenciam que algumas mulheres, quando interpeladas no estudo, acerca do desejo de gravidez, manifestaram-se receosas pela possibilidade de hereditariedade do transtorno, e, nessas condições, apontaram o problema como sendo fator impeditivo à vontade de engravidar.

Depois desse problema eu me conformei, não quero trazer para o mundo uma pessoa com o mesmo problema que o meu. (M 65, 42 anos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Tenho medo de ter um filho igual a mim. Como vou cuidar dele? (M 4, 32 anos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Os profissionais que atuam nas áreas de saúde mental e planejamento familiar, conhecedores da relação transtorno mental/gravidez, devem repassar informações sobre a carga hereditária dessa patologia à mulher e/ou casal, para que possa ser tomada decisão de ter ou não ter filhos.

Outro aspecto, em discussão, diz respeito à indicação de tratamentos farmacológicos às gestantes, portadoras do transtorno, por ser esse um processo decisório complexo, já que os fármacos são, em sua maioria, teratogênicos, como o lítio, um dos estabilizantes de humor utilizados para tratamento do transtorno bipolar. Filhos de mulheres em tratamento com lítio estão sujeitos ao risco de 4% a 12% de anomalias congênitas, em comparação ao risco de 2% a 4% da prole de mulheres da população geral (ANDRADE *et al.*, 2006). Vem daí que, o transtorno bipolar poderá se exacerbar ao longo da gestação, pela necessidade de subtrair drogas contra-indicadas ao perfeito desenvolvimento fetal. A interação permanente com a gestante, família, obstetra e psiquiatra, é um recurso importante para subsidiar o risco-benefício das decisões.

Por outro lado, a condição farmacológica aliada a outros métodos de tratamento, tais como psicoterapia, arteterapia, musicoterapia, permite, cada vez mais, que os portadores de transtornos bipolares não sofram alteração em suas consciências, permitindo a evolução saudável da gestação.

A presença de transtorno bipolar, sem tratamento, durante a gravidez, pode ter impacto negativo, tanto na evolução obstétrica, quanto no desenvolvimento posterior da criança. Os riscos maternos de abuso de substâncias, suicídio, abandono do acompanhamento pré-natal e de nutrição inadequada estão aumentados, representando problemas para o feto, o casal e a prole (BLAYA *et al.*, 2005).

A fala de uma mulher, relacionada ainda aos motivos da não pretensão de gravidez, corrobora tal realidade:

Não posso mais engravidar, porque só vivo doente. E aí, quando eu engravidar, não posso tomar os remédios da cabeça e entro em crise. (M 112, 36 anos, 2 filhos, diagnóstico de transtorno bipolar).

A depressão, segundo estatísticas mundiais, é duas vezes mais freqüente entre as mulheres, do que entre homens. Há evidências de que fatores biológicos, hormonais e psicossociais colaborem para essa desigualdade. A capacidade reprodutiva, as flutuações hormonais na puberdade, no período pré-menstrual, na gestação, no puerpério e na menopausa, somadas à cultura opressivo-repressiva do universo masculino, são elementos coadjuvantes para a diferença de incidência entre os dois gêneros, fato observado a partir dos dez anos de idade (BRASIL, 2001b).

Para Ballone (2005), as precauções em relação ao uso de medicamentos, por gestantes, com transtorno depressivo, devem-se ao fato de que essas substâncias cruzam a barreira placentária, donde a suposição de eventuais implicações negativas para o feto. Não obstante, já se encontram disponíveis significativos dados de pesquisa para o uso de antidepressivos em pacientes grávidas e amamentando (BUIST, 2000; ADDIS & KOREN, 2000). A maioria dos trabalhos mostra que os antidepressivos não têm nenhum efeito teratogênico aparente. Tal afirmação remete a uma segurança no uso de antidepressivos por mulheres no curso da gestação, sendo essa possibilidade para uma gravidez com boa evolução.

O transtorno depressivo afeta o curso normal da gravidez, requerendo a mulher, nesse período, cuidados especiais. Tanto a gestação quanto o puerpério, são marcados pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina, envolvendo inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes, podendo se estender e desencadear outras depressões. Para Zinga *et al.* (2005), nos últimos 20 anos tem havido um crescente reconhecimento de que, para algumas mulheres, a gravidez representa sobrecarga para a depressão. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular, amplamente difundida, de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres. Para algumas, especialmente mães primíparas, a transição para a maternidade pode ser difícil e combinada com baixa auto-estima, particularmente se a gravidez não houver sido planejada.

A gravidez planejada oportuniza às mulheres portadoras de depressão recorrente, maior probabilidade de uma gravidez saudável. Tal situação é observada na possibilidade da

terapia medicamentosa, evidente nos estudos de Buist, Addis e Koren (2000) e nas ações de cuidados destinados a essas mulheres, prevenindo os transtornos psiquiátricos puerperais, manifestados em pacientes com história de patologia psiquiátrica prévia.

O depoimento que se segue, evidencia a importância do planejamento familiar de mulheres que sofrem depressão recorrente:

A última gravidez foi totalmente indesejável. Minha última crise de depressão foi quando fiquei grávida. (M 59, 36 anos, diagnóstico de depressão recorrente).

Mulheres com diagnóstico de transtorno psicótico apresentam elevado risco para complicações na gravidez, no trabalho de parto e no período neonatal. Dentre essas complicações, ocorrem anormalidades placentárias, hemorragias e sofrimento fetal. Mulheres com esquizofrenia sofrem elevado risco de descolamento prematuro de placenta e, mais frequentemente, geram filhos com baixo peso, ao nascer. Essas crianças também apresentam malformações cardiovasculares e circunferência encefálica menor do que os filhos de mães saudáveis, sem contar a probabilidade genética da transmissão da doença ao filho (JABLENSKY *et al.*, 2005).

Ballone (2005) aponta a esfera da atenção materna e da transmissão genética da esquizofrenia, como os maiores problemas da relação gravidez e esquizofrenia. Via de regra, apenas 30% das crianças filhas de pacientes com problemas psiquiátricos graves recebem atenção materna satisfatória. Para o autor, sob o ponto de vista biológico, a esquizofrenia não é impedimento à maternidade, porém, a melhor conduta que se pode idealizar, na questão das pacientes esquizofrênicas e do ponto de vista científico, é prevenir a gravidez. Conhecendo os riscos, a própria paciente ou, mais provavelmente, os familiares, devem optar por algum método anticonceptivo seguro, ou mesmo o definitivo.

Do ponto de vista ético, não se pode proibir as pacientes psicóticas de engravidar, posto o amparo no direito à cidadania e na livre escolha da concepção, como todas as outras mulheres, pelo que devem receber assistência em todas as suas dimensões. Tal não exclui o dever do profissional de informar à mulher, casal e/ou familiares, dos riscos a que a gestação está exposta, em concomitância com a referida patologia. O estigma da loucura ainda é visivelmente observado, principalmente, em mulheres portadoras de esquizofrenias ou outros transtornos psicóticos, limitando o planejamento das ações de saúde mental à dimensão do transtorno mental.

Para Terzian (2006), as políticas públicas até hoje não contemplam a idéia de que pacientes esquizofrênicas expressam o desejo de ter relacionamentos amorosos e sexuais, de

constituir família, de ter filhos e de cuidar plenamente de suas crianças, como um direito que lhes é inalienável. Talvez isso seja um resquício do tempo em que não se dava aos pacientes alternativa, senão a de internação em instituições manicomiais. A mesma autora, mostra o cumprimento do direito de um casal, na escolha livre e consentida da gravidez, ainda que se considere precoce, a assertiva, quando diz: – “Meu filho (...) é normal”, já que as primeiras manifestações da esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade.

Fiquei grávida há dois anos, já estava tomando remédio para esquizofrenia, um remédio novo, eu estava muito bem e eu e marido planejamos a gravidez. Meu filho é lindo, normal, superesperto. Nós queremos mais filhos, mas agora ainda não sei quando. Eu estou estudando, preciso arrumar um emprego para ajudar em casa. Atualmente estou tomando pílula anticoncepcional e os remédios pra minha doença (TERZIAN, 2006, p. 183).

É necessária a compreensão de todos os equipamentos envolvidos no cuidado de mulheres portadoras de esquizofrenias, no tocante ao direito de escolha da maternidade, competindo ao sistema de saúde preparar-se para atender a essa demanda, respeitando as mulheres que tenham optado pela concepção, apesar dos riscos; monitorando os filhos, quanto ao possível surgimento do transtorno, e promovendo o acompanhamento adequado, bem como levantando a alternativa da adoção, expressada na fala de uma mulher esquizofrênica do estudo:

Depois desse problema, eu me conformei; não quero trazer para o mundo uma pessoa com o mesmo problema que eu. Penso em adotar uma criança. (M 82, 39 anos, esquizofrenia).

A posição estratégica dos CAPS, como articuladores da rede de atenção de saúde mental, em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia dos pacientes. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2005).

As mulheres desenvolvem mais transtornos neuróticos do que os homens. Certos tipos de transtornos neuróticos são duas a três vezes mais frequentes nas mulheres, tais como o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do pânico, fobias específicas e transtorno do estresse pós-traumático (ANDRADE *et al.*, 2006).

Camacho *et al.* (2006) apontaram, em seu estudo que dentre as gestantes portadoras de TOC, 46% apresentaram piora da sintomatologia, na primeira gestação, e 50% na segunda. Sintomas de TOC são frequentes no pós-parto e incluem pensamentos e obsessões relacionados a uma possível contaminação, e pensamentos obsessivos negativos, em relação ao trabalho de parto.

O diagnóstico de transtorno de personalidade da mulher, aponta para a possibilidade de elevado risco de suicídio, afeta o curso e prognóstico de doenças coexistentes, além de destacar importante disfunção nos papéis sociais, familiares e ocupacionais (RENNO *et al.*, 2005).

O uso de psicofármacos, por gestantes, com transtorno de ansiedade e transtorno de personalidade, é observado no estudo de Valadares (2006), nas mesmas circunstâncias de outros diagnósticos de transtornos mentais, ou seja, na relação risco-benefício perinatais e na possível evolução de quadros mais graves, inclusive no pós-parto. A decisão acerca do uso, também deve ser tomada junto à gestante e à família.

O tempo de diagnóstico referido por 162 (63,5%) das mulheres que participaram do estudo, variou de um a mais de dez anos, sendo o intervalo de quatro a seis, o mais recorrente, com 40 (15,7%) das pesquisadas. A respeito do estigma da população, de procurar um serviço psiquiátrico na manifestação dos primeiros sintomas da doença, tem-se a considerar o que expressam Renno *et al.* (2005), quando afirmam que alguns pacientes demoram mais de uma década, para procurar um tratamento especializado em saúde mental. Ao tempo em que isso ocorre, alguns transtornos mentais estão cronificados e mais resistentes aos tratamentos padronizados estabelecidos. As pessoas têm medo de se expor, da mesma forma que são recriminadas por familiares e amigos quando dizem que estão sendo submetidas a tratamento, na área de saúde mental. Na verdade, continua sendo muito mais estigmatizante ter uma depressão, do que ser portador de diabetes ou hipertensão arterial.

Concomitante ao preconceito relacionado à história da saúde mental, posto que há menos de duas décadas os pacientes com patologias mentais não tinham sequer uma abordagem clínica e terapêutica digna, persiste, hoje, a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços psiquiátricos, uma vez que, teoricamente, os CAPS têm, como proposta, realizar tratamento de pessoas com grave comprometimento psíquico, encaminhando os demais pacientes a outros equipamentos, como os postos de saúde da atenção básica. No entanto, o que se observa, na prática cotidiana, em Fortaleza, é que existe uma rede de assistência básica inapropriada em sua estrutura e na capacitação técnica para atender a essa demanda, muito embora a configuração desse atendimento venha tendo início, através do apoio matricial realizado entre os serviços, visando à resolubilidade das ações.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional, com finalidade de oferecer suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde. Esse compartilhamento é produzido sob forma de co-

responsabilização, que tanto pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, quanto de intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, ou em atendimentos conjuntos. A responsabilidade compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, por pretender o aumento da capacidade resolutive de problemas de saúde, pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde (MS) indica que, em grande parte, portadores de sofrimentos psíquicos menos graves podem ter seu atendimento estimulado na atenção básica, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e equipe dos postos de saúde que trabalham com a atenção básica (BRASIL, 2004c).

A portaria 336, do Ministério da Saúde, determina que compete ao CAPS a tarefa de treinar a equipe da atenção básica, para que a mesma inclua, em suas atividades ações de saúde mental. Para tal integração é essencial que a unidade disponibilize, permanentemente, o apoio (técnico e humanizado), que se fizer necessário, para que os trabalhadores de serviços de saúde adquiram consciência da relevância do envolvimento da família dos pacientes nos processos de reinserção do indivíduo, na sociedade.

Outro aspecto relevante da integração das ações de saúde mental e da atenção básica está voltado para a concepção de saúde, como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase primordial em ações integrais que previnam e promovam a saúde mental da população.

Para Figueiredo (2006), uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde define que a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde, especialmente dos cuidados primários de saúde, dentre as muitas vantagens, que oferece, inclui: estigma menor aos doentes, pelo fato de as perturbações mentais e comportamentais serem observadas e controladas juntamente com problemas de saúde física; triagem e tratamento mais adequados; e melhor tratamento dos aspectos mentais associados aos problemas físicos (OMS, 2001).

A inserção de mulheres, com transtorno mental, nas ações que compõe a atenção básica, facilita sua inclusão nos diversos serviços prestados à saúde feminina, nesse nível de atenção à saúde, como o planejamento familiar, o que torna a prática da integralidade da assistência à saúde mais concreta, além do que, possivelmente, tende a aumentar o

diagnóstico precoce do transtorno mental, e, conseqüentemente, amenizar a cronicidade da doença.

De acordo com a tabela 2, somente nove mulheres integrantes do estudo não faziam uso de medicação psicotrópica, sendo que 168 (68,3%) usavam entre dois e três tipos de fármacos.

Para Santos *et al.* (2005), a utilização de medicamentos é vista como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, em seus diferentes níveis. Aliada à assistência em saúde mental desvinculada da atenção básica de cuidados primários, que supervaloriza a internação psiquiátrica, a questão da medicalização tem sério agravante, por se firmar como o único recurso disponível àqueles que necessitam desse tipo de cuidado e como recurso que se perpetua na vida desses sujeitos, tornando-os dependentes de tais medicamentos. A prescrição e o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos constituem, pois, um fenômeno presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, relacionado esse consumo, em especial, ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença e às concepções tecnológicas nas práticas de saúde.

As novas formas de intervir em saúde mental não descartam a necessidade do uso de medicação, desde que haja indicação para tanto. Esse recurso tem-se mostrado uma terapêutica eficaz e necessária, em algumas situações. A utilização de medicamentos psicotrópicos deve estar associada a outras modalidades de atenção, como atividades de psicoterapia individual e grupal, grupos de auto-estima, dentre outras.

Há que se considerar o aspecto da reforma psiquiátrica, referente à diminuição do número de leitos psiquiátricos, justificando a internação somente depois de esgotadas todas as tentativas terapêuticas e recursos extra hospitalares disponíveis na rede assistencial.

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres de acordo com história e freqüência de internação psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Variáveis	n	%
Internação Psiquiátrica		
Sim	128	50,2
Não	127	49,8
Quantidade de internação psiquiátrica		
1	63	49,2
2 a 4	34	26,6
5 a 7	8	6,3
8 a 10	11	8,6
11 a mais	12	9,4

A tabela 3 indica que mais da metade das mulheres em estudo já havia se submetido à internação psiquiátrica, com frequência que variou de uma até mais de 11 eventos.

Pheula *et al.* (2003) avaliam o transtorno mental, como causador de uma série de riscos para a mulher gestante e para o feto, sendo proporcionais, inclusive, a fatores como intensidade dos sintomas e do descontrole comportamental, que vêm atrelados ao transtorno mental. Para as referidas autoras, os efeitos incluem a recusa a cuidados pré-natais, incapacidade para seguir orientações médicas, desnutrição, abuso e dependência de álcool e drogas, tabagismo, risco de suicídio e de auto-indução do parto, além de alteração da capacidade de julgamento, incluindo risco de relação sexual, sem proteção. Outro aspecto importante é o prejuízo do transtorno mental, não só em uma relação sexual desprotegida, mas, também, o prejuízo que essas patologias podem ocasionar ao desenvolvimento do feto, no trabalho de parto e nos cuidados com o bebê.

Figueiras e Halpern (2004) investigaram a relação entre a saúde mental materna e o desenvolvimento dos filhos e afirmaram que mães doentes mentais são menos afetivas com os filhos, menos disponíveis, adotam práticas parentais negativas na educação de suas crianças, possuem maior insegurança, além do que comprometem o seu processo de desenvolvimento, pontuado, não raro, por problemas de comportamento, dificuldades cognitivas, sociais e até mesmo transtornos mentais.

A internação psiquiátrica, sem dúvida alguma, interfere de forma negativa, na questão da maternidade de mulheres portadoras de transtorno mental, demandando cuidados nos aspectos do planejamento familiar, como o uso dos métodos de anticoncepção.

Na fala que se segue, a pesquisada fez ver que a internação hospitalar é apontada como susceptibilidade à interrupção do uso do método de anticoncepção e, portanto, a uma provável gravidez inesperada:

Não me preveni certo. Quando me internava não levava os comprimidos. (M 102, 37 anos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Como discutido anteriormente, a rede de saúde deve estar preparada para acolher as necessidades das mulheres portadoras de transtorno mental, sendo de sua responsabilidade a ingerência em ações que remetem às questões relativas ao planejamento familiar, inclusive no que diz respeito ao direito à maternidade consciente.

Tabela 4. Distribuição do número de mulheres de acordo com diagnóstico médico de transtorno mental e frequência de internação psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Diagnóstico médico	Quantidade de internação psiquiátrica (n=128)									
	1		2 a 4		5 a 7		8 a 10		11 a mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Transtornos do humor	28	21,9	18	14,1	6	4,7	2	1,6	7	5,5
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	19	14,8	5	3,9	1	0,8	7	5,4	3	2,3
Transtornos neuróticos	12	9,4	10	7,8	1	0,8	2	1,6	1	0,8
Outros	3	2,3	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

$\chi^2 = 5,41$; $p = 0,247$ (Para o teste não foi incluída a categoria outros)

De acordo com a tabela 4, o transtorno do humor foi responsável por 61 (47,7%) das internações psiquiátricas, seguido da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, com 35 (27,2%). Os demais transtornos somaram 32 (25,1%). Todavia, os diferentes diagnósticos médicos concorrem, igualmente, para as internações, ou seja, não houve associação estatística significativa ($p=0,247$) entre os diagnósticos e os episódios de internação.

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram diminuição do total das internações psiquiátricas, a partir de 2001. Não obstante, vem aumentando, proporcionalmente, o número de internação de mulheres, tendo por motivo sofrimento causado pelos transtornos de humor. No ano de 2000, por exemplo, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátricas em mulheres; já em 2001, esse percentual foi de 12,8% elevando-se, em 2002, para 13,9%, mantendo-se como a segunda causa de internações psiquiátricas, no país (BRASIL, 2004).

Ao discorrer sobre internação psiquiátrica, no VII Congresso de Psiquiatria Clínica, Oda (2000) adverte que há várias determinações envolvidas no ato da internação psiquiátrica, concernentes às representações que a sociedade tem sobre a doença mental, ao grau de tolerância do meio a comportamentos aberrantes e incômodos, ao posicionamento mais ou menos passivo do sujeito frente à sua doença, ao grau de acesso do doente a outras modalidades assistenciais em saúde mental, dentre outras.

A internação psiquiátrica carrega, consigo, a ambigüidade de pretender tratar e proteger o doente mental, ao mesmo tempo em que pode limitar seus direitos de cidadania, daí não ser recomendável avaliar, aqui, os benefícios ou malefícios da internação psiquiátrica, na vida das mulheres em estudo. Tal não contradiz, no entanto, a intenção de apontar que tais internações sinalizam práticas comuns adotadas para o tratamento dessas mulheres, representadas por 128 (50,2%), quando, no caso, as atuais ações de saúde mental, norteadas pela reforma psiquiátrica, preconizam a internação psiquiátrica somente quando todos os recursos comunitários já tiverem sido exauridos. Tem-se a refletir, também, sobre a realidade

da situação, em si, tomando-se como ponto de partida o fato de que não é necessário o confinamento físico, para existir a violação da cidadania dessas mulheres. Ela está, por sinal, presente em atitudes profissionais e em práticas institucionais inadequadas de serviços substitutivos, por exemplo, na falta de individualização de projetos terapêuticos, na medicalização de problemas sociais, na falta de competência e de atualização técnica e na recusa em aceitar as limitações das terapêuticas em saúde.

Trazendo-se a questão para o campo de planejamento familiar e da maternidade, é importante levar em consideração que as intenações comprometem a relação mãe e filho, pela ruptura da presença materna no seio familiar.

5.3 Perfil gineco-obstétrico de mulheres com transtorno mental

Tabela 5. Distribuição do número de mulheres conforme perfil gineco-obstétrico. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Variáveis	n	%
Gesta (n=144)		
1-4	125	86,8
> 4	19	13,2
Idade 1º parto (n=136)		
13-15	9	6,6
16-19	56	41,1
20-35	70	51,4
> 35	1	0,9
Intervalo Gestacional (n=91)		
> de 2 anos	54	59,3
< de 2 anos	37	40,7
Aborto (n=38)		
1	33	86,8
2	4	10,5
3	1	2,7
Spontâneo	13	34,2
Provocado	25	65,8

Como demonstrado na tabela 5, mais da metade das mulheres teve alguma gestação, sendo de 1 a 4 em 125 (86,8%) e mais de 4 em 19 (13,2%). A idade da gestante, no primeiro parto, variou entre 13 e mais de 35 anos, sendo o intervalo de 20 a 35 anos o de maior predominância, com 70 (51,4%). O intervalo de gravidez superior a dois anos, ocorreu em 54 (59,3%) das mulheres.

O perfil gineco-obstétrico, em referência, confirma que a gravidez de mulheres, com transtorno mental, é uma realidade. Levando-se em consideração que essas mulheres, emocionalmente e patologicamente, são portadoras de agravos, para que possam conceber, é imprescindível uma atenção em planejamento familiar individualizada, caso a caso, envolvendo companheiro e outros(s) membro(s) familiar(es) significativo (s) nesse processo.

Daí a importância de ações que visem ao planejamento dessas gestações, tornando a relação gravidez / transtorno mental uma possibilidade real, embora delicada, para ambas as partes. A conduta dessas mulheres, quanto ao acompanhamento dos filhos, não foi objeto deste estudo, em que pese investigar novas pesquisas.

A tabela 5 mostra, também, que 38 (14,9%) das mulheres pesquisadas sofreram aborto espontâneo ou provocado, conforme o indicado, respectivamente por, 13 (34,2%) e 25 (65,8%) participantes.

Tabela 6. Distribuição do número de mulheres quanto ao comportamento em relação ao planejamento familiar. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai.-ago. 2007.

Variáveis	n	%
Planejamento das gestações (n=144)		
Sim	34	23,6
Não	47	32,6
Às vezes	63	43,8
Desejo de engravidar (n=255)		
Sim	120	47,1
Não	135	52,9
Atenção em planejamento familiar durante a pesquisa (n=255)		
Sim	15	5,9
Não	240	94,2
Métodos anticoncepcional em uso (n=35)		
Anticoncepcional oral	22	62,9
Condom	11	31,4
Anticoncepcional injetável	2	5,7
Uso correto do método (n=35)		
Sim	8	22,8
Não	27	77,2
Fonte de obtenção do anticoncepcional (n=35)		
Serviço de Saúde	18	51,4
Farmácia	15	42,8
Outros	2	5,8
Realização de Laqueadura Tubária (n=255)		
Sim	40	15,7
Não	215	84,3

Os três principais motivos citados pelas mulheres para o não planejamento das gestações, conforme tabela 6, guardaram relação: com o não uso dos métodos contraceptivo, 37 (32,5%); com os efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais, 21 (18,4%); e com o próprio transtorno mental, apenas 12 (10,5%).

Quando relacionado com o planejamento das gestações, o transtorno de humor correspondeu a 64 (44,5%) das gestações não planejadas. Essa realidade pode estar atrelada à instabilidade emocional do próprio transtorno, e ao maior número de mulheres acometidas por esse transtorno, no estudo, o que tornar mais evidente o não planejamento das gestações, nessa população. Para Dias *et al.* (2006), apesar de a literatura específica não gerar dados,

sobre o assunto, no Brasil, acredita-se que há um número de gravidez não planejada de até 50%. E, mesmo quando essas gestações são desejadas, ocorrem várias transformações, tidas como provocadoras do aumento do estresse e de alterações do comportamento.

Os motivos referidos por 135 das mulheres (52,9%), contrários ao desejo da gravidez, foram: o próprio transtorno mental, declarado por 48 (18,8%), das pesquisadas, que o associam ao risco de ter o filho também com transtorno; a falta de condições para cuidar da criança; e o fato da gestação ser afetada pelo uso de medicamentos que controlam o transtorno. Outras 12 (4,7%) tinham pretensão de gerar um filho de determinado sexo, e na impossibilidade da certeza de tal acontecer, optaram por não engravidar. Nove (3,5%) informaram dificuldade financeira como restrição à gravidez, 7 (2,7%) aludiram à idade avançada, 3 (1,2%) apontaram a violência sofrida pelos companheiros e apenas 3 (1,2%) expressaram a irresponsabilidade masculina e o risco para as DST.

O não uso dos métodos sinaliza para a necessidade de acompanhamento dessas mulheres, para que a relação sexual seja praticada de forma consciente e responsável, assim como a gravidez, que se acontecer precisa ser assumida. Os relatos abaixo confirmam a necessidade de cuidados que essas mulheres demandam:

Nunca liguei pra usar camisinha. Era só curtidão. (M 251, 39 anos, diagnóstico de transtorno de ansiedade).

Só comecei a tomar anticoncepcional depois da quarta gravidez. (M189, 47 anos, 6 filhos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Ações educativas em planejamento familiar, individuais ou grupais, podem ser realizadas pela equipe de enfermagem do CAPS, possibilitando a integralidade das ações, discutida anteriormente, principalmente no caso de mulheres com quadro instalado de uma crise, envolvendo também os seus parceiros, fato que cria dificuldade para as equipes das unidades de saúde básica, na prestação do atendimento adequado.

Na hipótese de que tivessem essas mulheres sido orientadas em ações educativas, quanto aos efeitos secundários do uso de anticoncepcionais, comuns às usuárias, possivelmente a relação causa/efeito seria compreendida, e, assim teriam a oportunidade de trocar de método. As falas que se seguem, denotam a privação de orientação dessas mulheres:

Não podia tomar pílulas, porque atacava meus nervos. (M 72, 38 anos, transtorno bipolar).

Eu não gostava de tomar comprimido, me dava dor de cabeça e eu ficava mais nervosa. (M 21, 29 anos, transtorno de personalidade).

Além dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais, outro aspecto importante na orientação do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental, apesar de pouco discutido na literatura, é a interação medicamentosa dos anticoncepcionais com os psicotrópicos. Os anticoncepcionais hormonais orais interagem com certos medicamentos que reduzem sua eficácia, a destacar os anticonvulsivantes, como os barbitúricos, difenilhidantoína primidona e carbamazepina, uma vez que são indutores de enzimas hepáticas (BRASIL, 2002). Tal se confirma nas falas de duas participantes do estudo:

Nunca tomei remédio para não engravidar, por causa dos remédios que já tomava para o meu tratamento. (M 77, 37 anos, 1 filho, diagnóstico de transtorno de ansiedade).

Fico com medo de misturar a pílula com o remédio da cabeça. (M 79, 29 anos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Como bem fazem ver, algumas mulheres, a fisiopatologia dos transtornos mentais é, sem dúvida, um fator de risco para o não planejamento das gestações; por conseguinte, essas mulheres, parceiros e/ou familiares responsáveis, devem ter acesso às informações referentes ao planejamento das gestações:

Aconteceu, porque eu estava depressiva e desorientada. (M 101, 31 anos, diagnóstico de transtorno bipolar).

Nunca tive orientação. Eu não me preparei para ser mãe e nem dona de casa, por que fiquei assim doente. (M 26, 32 anos, diagnóstico de esquizofrenia).

Tabela 7. Distribuição do diagnóstico médico de transtorno mental em relação ao uso correto e incorreto do métodos anticoncepcionais. Centro de Atenção Psicossocial (SER V). Fortaleza-CE, mai. ago. 2007.

Diagnóstico médico	Uso dos métodos durante a pesquisa (n=35)			
	Correto		Incorreto	
	n	%	n	%
Transtornos do humor	5	14,2	19	54,4
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	1	2,8	3	8,6
Transtornos neuróticos	1	2,8	3	8,6
Transtorno de personalidade	1	2,8	2	5,8

p de Fisher = 0,685 (testou-se transtornos de humor x outros)

Na análise dos diagnósticos médicos, envolvendo o uso dos métodos anticoncepcionais, conforme tabela 7, não houve associação estatística significativa entre as variáveis, o que vem a demonstrar, neste estudo, que os diagnósticos médicos não tiveram interação focalizada no uso correto ou incorreto dos métodos anticoncepcionais. Não obstante, devem ser considerados os aspectos relacionados ao baixo número de mulheres que faziam

uso dos métodos (n=35) e que estavam sendo assistidas por ações de planejamento familiar durante a pesquisa (n=15) (Tabela 7).

Muito embora 233 (91,4%) mulheres, pelas condições de relacionamentos relatadas (casadas ou com companheiros eventuais), desempenhassem vida sexual ativa, foi marcante o baixo número das que fazem uso de métodos anticoncepcionais e das que participam de ações de planejamento familiar, com representação, respectiva, de 15 (5,9%) e 35 (13,7%).

Consoante informação, o anticoncepcional hormonal oral vinha sendo o método mais utilizado pelas mulheres durante a pesquisa, correspondendo a 22 (62,9%), dentre as usuárias de métodos (n=35), seguido do condom, com 11 (31,4%) e do anticoncepcional injetável, com 2 (5,7%). Esses números, quando comparados aos de mulheres que tinham, concomitantemente, atenção voltada para o planejamento familiar, mostram que 20 (57,1%) faziam uso dos métodos, sem assistência especializada, o que, provavelmente, teria propiciado o uso incorreto do método, por parte de 27 (77,2%) dessas mulheres. Desse total de mulheres, 19 (54,4%), conforme demonstrado na tabela 7, tinham como diagnóstico médico o transtorno de humor, seguido da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, ambos presentes em 3 (8,6%) das representantes do gênero. O transtorno de personalidade mostrou-se presente entre 2 (5,8%) das mulheres que faziam uso incorreto dos métodos.

O número elevado de mulheres com transtorno de humor, fazendo uso incorreto dos métodos anticoncepcionais, pode estar relacionado ao caráter semiológico da doença e/ou ao número elevado de participantes do estudo, acusando o transtorno, ou, ainda, à auto-medicação, bem assim à fragilidade do processo de educação em saúde oferecido nos serviços de planejamento familiar.

Tal situação põe à mostra a necessidade de intervenções educativas, capazes de promover essas mulheres, o direito à informação, com referência ao planejamento familiar. Na perspectiva de cuidado integral do CAPS, o enfermeiro deve oportunizar a ida dessas mulheres ao serviço, e orientá-las, nesse aspecto, além de remete-las ao planejamento familiar, propriamente dito, realizado nos serviços de atenção básica.

As falas que se seguem, ilustram o quadro aqui descrito, o qual sugere que as mulheres com transtorno mental podem reconhecer aspectos relevantes e até decisivos à sua opção pela anticoncepção, com destaque para: o transtorno mental e a terapêutica medicamentosa associada; a idade na extrema fase reprodutiva; a baixa condição socioeconômica, o ambiente familiar e/ou relação desfavorável; e risco para DST. Ademais, é preciso acolher aquelas que desejam conceber, 120 (47,1%), agilizando seu acesso a questões relativas ao planejamento familiar.

Não posso mais engravidar por causa dos remédios controlados. Foi um acidente quando engravidei de novo. (M 129, 31 anos, transtorno ansioso).

Queria ter um filho macho, mas pode ser que seja outra mulher e aí não quero correr risco. (M 1, 37 anos, transtorno bipolar).

Não tenho condições de criar outro filho. Tudo está muito caro. (M 51, 41 anos, transtorno psicótico agudo).

Gente velha não pode ter mais criança. Não tenho mais paciência com menino. (M 87, 48 anos, transtorno ansioso).

Apanhei muito do meu marido. Hoje não tenho mais nervos para criar um filho. (M 43, 38 anos, transtorno de personalidade).

Se aparecesse uma pessoa que me aceitasse com minhas loucuras e fosse de responsabilidade, porque tem a aids, a sífilis e gonorréia, e eu quero um de responsabilidade. (M 7, 44 anos, transtorno bipolar).

Os obstáculos que se antepõem ao acesso ao planejamento familiar e os que se voltam para o de recebimento irregular dos métodos anticoncepcionais, como indicado nas falas, a seguir, tornam-se complicadores para a inserção dessas mulheres nas ações de planejamento familiar, uma vez que sua fragilidade emocional, contribui para o descrédito e, possivelmente, para a ruptura com a instituição.

Às vezes no dia que está marcado não tem a camisinha. (M 88, 34 anos, transtorno de personalidade).

Fui fazer a ficha, mas no dia não estava fazendo. (M 3, 36 anos, transtorno psicótico).

Para responder às expectativas das clientes e facilitar seu acesso ao planejamento familiar, uma rede apropriada de serviços dessa natureza deve estar disponível, sendo recomendável que a mesma seja conveniente e aceitável. O atendimento deve ocorrer nas proximidades dos locais onde as pessoas vivem, e, ainda ser capaz de promover a autonomia dos usuários e a descentralização na forma de repasse dos métodos contraceptivos (MOURA *et al*, 2007).

Outra razão apontada pelas mulheres do estudo para não participação no planejamento familiar, refere-se ao desejo de engravidar:

Porque sempre quis engravidar, quero ser mãe. (M 66, 29 anos, transtorno bipolar).

A assistência à concepção, proposta no planejamento familiar, é pouco difundida e utilizada pelos profissionais de saúde, o que priva as mulheres de orientações relativas ao funcionamento de seus corpos e ao encaminhamento a uma maternidade segura e responsável. A esse respeito, Moura *et al*. (2007) afirmam que negligências acontecem nos serviços de atenção ao planejamento familiar, quando maior ênfase é dada à contracepção, permitindo o

desenvolvimento de uma política controladora, na qual a mulher exerce um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva. Nesse contexto, tomamos o pensamento de Paulo Freire, quando defende, em seus ensinamentos, a importância de preparar o homem, por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjogue (FREIRE, 2004).

A realização de laqueadura tubária, reportada por 40 (15,7%) das mulheres pesquisadas, e que no decorrer do estudo, faziam uso de métodos anticoncepcionais, é um aspecto importante para ser analisado no planejamento familiar dessa população. No imaginário popular, e até mesmo sob a ótica de muitos profissionais da saúde, o método definitivo de contracepção é o único indicado para as mulheres portadoras de transtorno mental, assertiva essa refutada pela autora.

Os métodos contraceptivos, que dispensam o controle da paciente, são, de fato, os que mais interferem no uso incorreto desses métodos, caso, por exemplo, de mulheres com transtornos mentais severos. No entanto, a conduta ética apropriada a essas pacientes, pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, o que implica tratamento particularizado de cada mulher portadora de transtorno mental. Assim, as ações de planejamento familiar dessas mulheres devem ser compartilhadas, criando um *link* entre o atendimento especializado do CAPS e as equipes do Programa de Saúde da Família, de forma a superar o despreparo de parte dos profissionais de saúde, no atendimento a essa clientela.

A lei do planejamento familiar determina que a esterilização voluntária só é consentida no caso de homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos de idade ou, que tenham, no mínimo dois filhos vivos, observando-se um prazo não inferior a 60 dias, entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período em que deverá ser propiciado à pessoa interessada, o acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento, por equipe multidisciplinar, como forma de desencorajar a esterilização precoce. A Lei permite, ainda, a laqueadura tubária a qualquer mulher com risco de vida, ou de comprometimento da sua saúde e/ou do futuro conceito. Essa é uma condição que deve ser expressa em relatório escrito, assinado por dois médicos, servindo de testemunho da situação (BRASIL, 1996a). Todavia, a lei é omissa, com relação aos sujeitos relativamente incapazes, deixando-os à mercê das regras e critérios gerais da esterilização.

Das 40 mulheres participantes do estudo, que já haviam realizado laqueadura tubária, 6 (15%) relataram não ter sido espontânea a realização do procedimento, tendo essa decisão corrido à conta de terceiros (médicos, genitora, irmã e companheiro), como demonstrado nas falas que se seguem:

Eu não queria, mas disseram que eu tinha um problema e precisava ser operada.
(M 11, 43 anos, transtorno ansioso).

Minha mãe achou que era melhor. Às vezes eu acho que fiquei pior da minha doença por causa disso. Ela pagou o médico e ele fez.
(M 6, 30 anos, transtorno esquizofrênico).

O médico achou melhor me ligar; ele disse que eu não podia mais engravidar.
(M 33, 39 anos, transtorno bipolar).

Quando eu acordei me disseram que eu estava ligada. O médico na hora do parto me perguntou quantos filhos eu tinha e me ligou.
(M 99, 36 anos, transtorno bipolar).

Foi a minha irmã que mandou.
(M34, 46 anos, transtorno de personalidade).

Passei os nove meses na última gravidez doente da cabeça, aí meu marido assinou os papéis e o médico me ligou.
(M 16, 43 anos, transtorno bipolar).

Para Poli (2001), não apenas por ser direito expresso em lei, o acesso aos métodos cirúrgicos é, também, uma atenção aos princípios bioéticos da autonomia e da justiça, e deve ser franqueado, indistintamente, a quem o eleger, desde que respeitadas as limitações estabelecidas pelos princípios da beneficência e da não maleficência. O autor questiona em que medida o benefício proporcionado por esse método contraceptivo supera os eventuais malefícios e riscos inalienáveis e inerentes ao procedimento. Os critérios, passíveis de utilização, para diminuir esse dilema, não podem e não devem ser reduzidos a expressões matemáticas, frias, nem mesmo a condições patológicas, orgânicas, que contra-indiquem uma nova gestação, pelo risco que esta poderia impor à vida da mulher. Tais critérios, não são, também, de caráter universal, tampouco reúnem elementos que possam definir características especiais para delimitar grupos de pacientes, para os quais haveria aceitabilidade da esterilização cirúrgica. É essencial e, por isso mesmo, inevitável, que haja uma individualização na análise das particularidades de cada caso, em si, prevalecendo a convicção de que esse ou aquele, é o método que mais se adequa a essa ou aquela pessoa, nessa ou naquela circunstância.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

As mulheres participantes do estudo apresentaram perfil sociodemográfico semelhante ao de outras, do gênero, usuárias de serviços públicos de saúde, evidenciando que mulheres portadoras de transtorno mental, atendidas no CAPS, possuem riscos reprodutivos comuns à população, em geral. Tal perfil foi demonstrado na baixa escolaridade, baixa renda familiar, e ocupação predominante como doméstica, aspectos socioeconômicos que devem ser analisados na tomada de decisão em planejamento familiar. Metade das participantes mantinha união estável, donde a exposição a uma gravidez.

As condições gineco-obstétricas reuniram, no grupo investigado, riscos reprodutivos, como: gestações ocorrentes nos extremos da fase reprodutiva, intervalo gestacional menor que dois anos e existência de abortamentos provocados.

Com relação ao planejamento familiar dessas mulheres, aspectos específicos foram reconhecidos, como o elevado número de internações, o que compromete a prática adequada da anticoncepção e, possivelmente, o cuidado com os filhos; o uso multivariado de psicotrópicos, dentre os quais existem aqueles que desenvolvem interações medicamentosas com os anticoncepcionais orais, bem como provocam efeitos teratogênicos. Os métodos anticoncepcionais utilizados pela população investigada responderam, em ordem decrescente, por: anticoncepcional hormonal oral, preservativo masculino e anticoncepcional hormonal injetável, donde a conclusão de que, para esse público, a preferência deve recair nos métodos que independem do controle pessoal do uso, haja vista a possibilidade de comportamento alterado, por parte das usuárias. Dessa forma, o preservativo masculino, o injetável, o DIU e os métodos cirúrgicos colocam-se como os mais adequados. É recomendado, ademais, o envolvimento do parceiro e/ou de familiares responsáveis no acompanhamento do uso regular do método anticoncepcional, sendo essa uma oportunidade ímpar para que o homem assuma a responsabilidade pelo planejamento familiar e opte pelos métodos masculinos.

Compreender a mulher portadora de transtorno mental, em sua totalidade, também pressupõe ações capazes de lhe proporcionar a melhoria das condições de sua saúde sexual e reprodutiva. O grupo estudado padece por conta da intervenção de um sistema de saúde fragmentado, que nega a assistência integral e compromete o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além do que oportuniza a violação de direitos conquistados e, por sinal, debatidos no atual panorama da reforma psiquiátrica, implicando em políticas públicas sociais mais inclusivas.

As interfaces entre as políticas públicas de saúde e de saúde mental precisa que necessita transpor o discurso oficial, fazendo-se prática no cotidiano da atenção à saúde da mulher portadora de transtorno mental. O planejamento familiar de mulheres portadoras desse agravo, objeto de discussão deste trabalho, expõe a necessidade de mudança de interação das políticas atrás referenciadas. Nessa dimensão, e com essa especificidade, as mulheres do estudo contam com o amparo da legislação vigente, que, sem discriminação, universaliza a participação de homens e mulheres nas ações de planejamento familiar, assim como nas políticas específicas de saúde mental que prevêm o resgate à cidadania, o respeito às diferenças, a autonomia e a inclusão social.

As necessidades de saúde das mulheres, no campo do planejamento familiar, constituem prioridade, nos serviços de atenção básica. Não obstante, se tais ações fossem mais abrangentes, além de assegurado o cumprimento de igualdade dos direitos dessas mulheres, haveria oportunidade de trabalhar o estigma dos profissionais de saúde e da população, em relação ao transtorno mental, facilitando o processo de promoção da saúde mental dos serviços de base comunitária, ainda com pouca visibilidade. Por outro lado, os serviços de atenção especializada, como o CAPS, na perspectiva também de integralidade das ações, devem oferecer atendimento à mulher portadora de transtorno mental, dentro de uma dimensão biopsicossocial, funcionando, também como apoio técnico às equipes de atenção básica.

Em que pese não haver sido identificada associação estatística significativa entre diagnóstico médico de transtorno mental, com frequência de internações e com uso correto/incorreto dos métodos anticoncepcionais, as especificidades apontadas, neste estudo, em relação ao planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental, são bastante intrigantes, além de exigentes quanto à urgência no atendimento adequado. É importante perceber que mulheres portadoras de transtorno mental apresentam demandas de concepção e de anticoncepção, pelo que precisam ser atendidas, de forma individualizada, demandando observações, em cada diagnóstico de transtorno mental, a respeito de como o problema compromete a saúde materna e do concepto. Nesse contexto, é fundamental envolver o parceiro e/ou familiares responsáveis, com vistas a uma tomada de decisão, consciente, informando-lhes sobre os riscos reais que poderão ocorrer, a curto / médio / longo prazo, para a saúde do binômio mãe e filho, sem que se deixe de respeitar as escolhas reprodutivas da paciente, e as razões do parceiro e do responsável familiar, acerca das suas opções preferenciais de reprodução.

O que se espera, deste trabalho, é que os resultados apresentados instiguem novos estudos e contribuam para uma reflexão na dinâmica do atendimento a essas mulheres, trazendo um alento novo ao movimento de transformação da práxis dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDIS, A.; KOREN, G. Segurança da fluoxetina durante o primeiro trimestre da gravidez: uma revisão de estudos epidemiológicos. **Rev. Psiquiatr. Bras.**, v. 30, n.1, p. 89-94, 2000.

ALVES, J.E.D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

AMARANTE, P.D.C. **Projeto memória da psiquiatria no Brasil**: catálogo de periódicos não-correntes em psiquiatria da Biblioteca de Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.

BALLONE, G.J. **Gravidez e depressão** 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.com.br>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P.D.C.(Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BARROS, S. **Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental**: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores 2004. Tese (Livre Docência) - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

BICHAFF, R. **O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial**: uma reflexão criticadas práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

BLAYA, C.; LUCCA, G.; BISOL, L.; ISOLAN, L. Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. In: CORDIOLI, A. V. et al. **Psicofármacos**: consulta rápida. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 393.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996a.** Regulamenta o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.providafamilia.org.br/doc.php?doc=doc29935>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

_____. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001a.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília, 2001b.

_____. **A História de Beta.** Brasília, 2003.

_____. **Política Nacional de Saúde da pessoa portadora de deficiência.** Brasília, 2002a.

_____. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Legislação em saúde mental.** 5. ed. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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, 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2006:** saúde mental no SUS. Brasília, 2007.

_____. **Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004b.

_____. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessário. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar.** Manual Técnico. 4. ed. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha, nº 11.340 de 7 de agosto de 2006b**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm> . Acesso em: 12 nov. 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisas de informações básicas, 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 12 nov. 2007.

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BRUNETTA, C. M. O Direito das pessoas portadoras de transtorno mental. **Rev. Tribunais**, v. 835, p. 59-72, maio 2005.

BUIST, A. Managing depression in pregnancy. **Aust. Fam. Physician**, v. 29, n. 7, p. 663-667, 2000.

CAETANO, A.J.; ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. (Org.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais: Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA, 2004.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S. GONSALES, B.K. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAVENAGHI, S.M.; ALVES, J.E.D. Natalidade: controle ou direito? **Jornal da Ciência**, 18 nov. 2003.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M; VILA, T.C.; ALMEIDA, M.C.P. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 7, n. 1, p.111-113, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

COSTA, A.C.F. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, M.I. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.6, n.1, p. 75-84, 2006.

CURY, R.J. Políticas inclusivas e compensatórias na educação básica. **Cad. Pesquisa**, v. 35, n. 124, p. 11-32, 2005.

DIAS, R.S.; CORRÊA, F.K.; TORRESAN, R.C.; SANTOS, C.H.R. Transtorno bipolar do humor e gênero. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 80-91, 2006.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y.F.; BRITO, M.; SEVERO, A.K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n.5, p. 23-41, 2004.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html>. Acesso em: 12 nov. 2007.

FIGUEIRAS, A.C.M.; HALPERN, R. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 2, p. 104-108, 2004.

FIGUEIREDO, A.D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS-Campinas (SP). Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero. **Políticas de saúde para as mulheres de Fortaleza**. Fortaleza, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

JABLENSKY, A.V. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **Am. J. Psychiatr.**, v. 162, n. 1, p. 79-91, 2005.

LAURENTI, R.; MELLO, J.M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n.4, p. 449-460, 2004.

MARCHI, M.M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/autoheter.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

MARI, J.J.; JORGE, M.R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. In: BORGES, D.; ROTHSCHILD, H.A (Org.). **Atualização terapêutica**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

MARI, J.J.; RAZZOUK, D.; PERES, M.F.T.; PORTO, J.A.D. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: psiquiatria**. São Paulo: Manole, 2002.

MEDEIROS, S.M.; GUIMARAES, M.J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, v. 32, supl. 1, p. 21-27, 2005.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G . Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

ODA, A.M.G.R. Internações psiquiátricas. Mal ou bem necessário? In: CONGRESSO DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 7.; CONGRESSO PAULISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 2., 2002, Campinas. **Mesa Redonda...** Disponível em: <[http:// www.sppc.med.br/mesas.htm](http://www.sppc.med.br/mesas.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral. **Declaração de direitos do deficiente mental**. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6dddm.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

_____. Assembléia Geral nº A/46/49 de 17 de dez. 1991. **Princípios para proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para melhoria da assistência à saúde mental**. Disponível em:<<http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/protECAopessoaatm.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração dos princípios para proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e melhoria de assistência à saúde**. Caracas, 1991.

_____. **Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**: 10. rev. São Paulo, 1998.

_____. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PASTORE, J. **As mudanças no mundo do trabalho**: leitura de sociologia do trabalho. São Paulo: LTR, 2006.

PHEULA, G.F.; BANZANATO, C.E.M.; DALGALARRONDO, P. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 52, n. 2, p. 97-107, 2003.

POLI, M.E.H. De moral, ética (bioética), lei e ginecologia. **Femina**, v. 29, n. 5, p. 303-308, 2001.

RENNO, C.E.F.; FERNANDES, F.C.M.; VALADARES, G.C.; FONSECA, A.M. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 27, supl. 2, p. 73-76, 2005.

RUIZ, V.R.; LIMA, A.R.; MACHADO, A.L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 160-166, 2004.

SANTOS, Y.F.; DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; SEVERO, A.K. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família Mental. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 33-42, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SOUZA, P.C.Z. Trabalho, organização e pessoas com transtorno mental. **Cad. Psicol. Soc. Trabalho**, v. 9, n.1, p. 91-105, 2006.

TERZIAN, A.C.C. **Maternidade e paternidade na esquizofrenia**: o impacto da doença na vida de pacientes e seus filhos. Tese [Doutorado] - São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.servicoscapes.gov.br/estudos_teses>. Acesso em: 9 nov. 2007.

TUONO, V.L.; JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. Transtorno mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.12, n. 2, p. 85-92, 2007.

VALADARES, G.C. Uso de Psicofármacos na gravidez e no pós-parto. **Bol. Cient. Assoc. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, p. 287-290, 2006. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br>>. Acesso em: 9 nov. 2007.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER - UNIFEM. **O Progresso das mulheres no Brasil**. Brasília, 2007. cap. 7.

ZINGA, D.; BORN, S.D.P.; LINER, J.K. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 2, p. 56-64, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados sócio-demográficos

- Idade: _____(anos completos)
- Renda familiar mensal:
 - () Sem rendimento () De 2 a 3 salários mínimos
 - () Até ½ salário mínimo () De 3 a 5 salários mínimos
 - () De ½ a 1 salário mínimo () De 5 a 10 salários mínimos
 - () De 1 a 2 salários mínimos () Sem declaração
- Benefícios/Pensão: () Sim () Não. Caso sim. Especificar: _____
- Escolaridade (anos de estudo):
 - () Sem instrução e menos de 1 ano () 4 a 7 anos () 11 anos e mais
 - () 1 a 3 anos () 8 a 10 anos
- Condição de relacionamento:
 - () casada/convive com companheiro fixo () solteira () separada () viúva
 - () possui companheiros eventuais () Outros: _____
- Ocupação:
 - () doméstica () aposentada () trabalho formal/afastada () Outros: _____

Dados da história da doença atual

- Diagnóstico médico: _____
- Tempo de diagnóstico: _____
- História de internação psiquiátrica: () Sim () Não. Caso sim, quantas? _____
- Uso de medicação: () Sim () Não. Caso sim, qual (is) _____

Dados gineco-obstétricos

- Gesta____ Para____ Aborto____. Caso sim: () Espontâneo () Provocado
- Intervalo gestacional >de 2 anos: () Sim () Não.
- Pretende ficar grávida? () sim não () Se não pq? _____

Dados da prática da anticoncepção

- A(s) gestação (ões) foi (foram) planejada (s)? () sim () não. Caso não, a que atribui? _____
- Participa ou já participou de algum programa de planejamento familiar? () sim () não
- Caso não, por quê? _____
- Usa algum anticoncepcional? () sim () não. Caso sim qual? _____
- Forma de uso: () correta () incorreta
- Já realizou laqueadura tubária () sim () não. Caso sim, foi de espontânea vontade? () sim () não _____
- Acesso ao método: () serviço de saúde () farmácia () outros _____
- Se no serviço de saúde, recebe regularmente? () sim () não
- Caso não, por quê? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e aluna do curso de Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e meu estudo é intitulado Planejamento Familiar de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental.

O estudo tem como objetivos: verificar o acesso de mulheres com transtorno mental e/ou seu (s) responsável (is), ao serviço de atendimento em planejamento familiar e aos métodos anticoncepcionais; e identificar os métodos de anticoncepção utilizados, bem como suas formas de uso. Para realizar este estudo, preciso de sua colaboração, mais precisamente da sua autorização, para coletar algumas informações em seu prontuário, bem assim participar de uma entrevista previamente estruturada.

Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo no seu atendimento;
- Será garantido seu anonimato, o que significa dizer que seu nome e as informações que você prestar durante a entrevista, não serão identificadas;
- Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por qualquer motivo, durante o seu andamento, resolver sair do estudo, terá inteira liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo.
- Sua colaboração e participação trarão benefícios para melhorar o atendimento de pessoas com transtorno mental.

Para quaisquer esclarecimentos adicionais, entrar em contato com a pesquisadora responsável, através do seguinte telefone:

Enf^a Tatiane Gomes Guedes – 8831-3111

Você também poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – 3366-8338

Face a esses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, pela qual, desde já, apresento-lhe meus sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

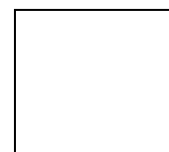
✂-----

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecida pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar da Pesquisa que tem como título: Planejamento Familiar de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa



Assinatura dos pais ou responsável se pertinente

Digitais caso não
assine

ANEXOS

ANEXO A – PROTOCOLO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**ANEXO A – PROTOCOLO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 348/07

Fortaleza, 27 de abril de 2007

Protocolo COMEPE nº 81/07

Pesquisador responsável: Tatiane Gomes Guedes

Deptº./Serviço: Centro de Atenção Psicossocial

Título do Projeto: "Planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 26 de abril de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B - LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I**DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Artigo 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Artigo 2º - Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.

Artigo 3º - O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Artigo 4º - O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Artigo 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Artigo 6º - As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Artigo 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Artigo 8º - A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Artigo 9º - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único - A prescrição a que se refere o *caput* só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Artigo 10 - Vetado.

Artigo 11 - Vetado.

Artigo 12 - É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Artigo 13 - É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Artigo 14 - Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único - Vetado.

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Artigo 15 - Vetado.

Artigo 16 - Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Artigo 17 - Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei n. 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Artigo 18 - Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Artigo 19 - Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no *caput* e nos §§ 1º e 2º do artigo 29 do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Artigo 20 - As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Artigo 21 - Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos artigos 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o artigo 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22 - Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e, em especial, nos seus artigos 29, *caput*, e §§ 1º e 2º; 43, *caput* e incisos I, II e III; 44, *caput* e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, *caput* e incisos I e II; 46, *caput* e parágrafo único; 47, *caput* e incisos I, II e III; 48, *caput* e parágrafo único; 49, *caput* e §§ 1º e 2º; 50, *caput*, § 1º e alíneas e § 2º; 51, *caput* e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, *caput* e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Artigo 23 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Artigo 24 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 25 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO C - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida,

sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO