



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TATIANE GOMES GUEDES

**MATRICIAMENTO DA ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR DE
MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL**

FORTALEZA
2011

TATIANE GOMES GUEDES

MATRICIAMENTO DA ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES
PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA
2011

TATIANE GOMES GUEDES

MATRICIAMENTO DA ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES
PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Data da aprovação: 28/02/2011

Banca Examinadora:

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

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Albertina Rocha Diógenes (Membro efetivo)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva (Membro efetivo)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Andréa Gomes Linard (Membro efetivo)
Universidade Federal da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Ao meu esperado e amado filho Guilherme, que
partilhou seus primeiros meses de existência com
este trabalho, oferecendo-me, todos os dias, um
sorriso encantador.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida e sábia mãe, Maria Suely Nogueira Gomes, por valorizar bens imensuráveis e mostrar que as coisas simples da vida nos aproximam da felicidade.

Ao meu estimado e amado esposo Gilberto de Souza Menezes, pelo apoio incessante desde minha graduação e pela partilha de um coração bondoso que, todos os dias, torna minha vida mais feliz e completa.

Aos meus irmãos, Cristiane Gomes Guedes, Suiane Gomes Guedes, Nilton Guedes Neto e Davi Gomes Guedes, pela certeza de que os terei sempre ao meu lado e, especialmente, à minha irmã Nirla Gomes Guedes, companheira de profissão e de assuntos maternos.

Aos meus sogros Vicente Crispim de Menezes e Sandra Leocádio de Souza Menezes, pela relação de filha e pais que edificamos nesses anos de convivência, por tantas lições de vida partilhadas e por apreciarem a família como o bem mais precioso.

À minha mais sincera gratidão à Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura, pela competência técnica e emocional dispensada a este trabalho, pela sincera amizade que construímos ao longo destes anos, mas, sobretudo, pelos conhecimentos oferecidos que somente a vida pode ensinar.

À Adriana Teófilo Bessa e a Suellen Alves Freire, bolsistas de iniciação científica, que contribuíram, com dedicação e amizade, na realização deste trabalho.

Aos profissionais dos Centros de Saúde da Família e do CAPS geral, da Secretaria Executiva Regional II, que se dispuseram a participar desta pesquisa, enriquecendo as discussões sobre a temática versada.

Aos professores participantes da banca examinadora, Dra. Andrea Gomes Linard, Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho, Dra. Maria Albertina Rocha Diógenes, Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, Dra. Raimunda Magalhães da Silva, e, especialmente, à Dra. Violante Augusta Batista Braga que me acolheu, carinhosamente, no Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

À Faculdade Nordeste – FANOR, por apoiar a realização deste trabalho e por me presentear com tenras amizades.

A todos os meus amigos que engrandecem minha vida e que, de alguma forma, contribuíram com esta conquista, especialmente às amigas de turma do doutorado Nancy Costa e Priscila Aquino.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro concedido.

"Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir.
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida
e nela só tem uma chance de fazer aquilo que quer.
Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades
para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz."

(Clarice Lispector)

RESUMO

Guedes, Tatiane Gomes. **Matriciamento da atenção em Planejamento Familiar de mulheres portadoras de transtorno mental** [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.

Na lógica da Reforma Psiquiátrica, mulheres portadoras de transtorno mental devem ter acesso à atenção básica no campo do Planejamento Familiar (PF). Desta forma, estabeleceu-se a tese de que o matriciamento é uma estratégia que favorece a promoção do PF de mulheres com transtorno mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Objetivou-se analisar o matriciamento como estratégia para efetivar o planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental; identificar condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de planejamento familiar de mulheres com transtorno mental na atenção básica, bem como possíveis fatores que interfiram no atendimento neste nível de atenção; verificar percepções da equipe de saúde do CAPS a respeito de demandas de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do planejamento familiar; e investigar contribuições de profissionais dos CSF e do CAPS que venham a favorecer o atendimento ao planejamento familiar de mulheres com transtorno mental no sistema de saúde. Estudo do tipo descritivo-exploratório e convergente assistencial, desenvolvido em onze CSF e um CAPS de Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, ocorreram entrevistas com 42 profissionais (enfermeiros e médicos) dos CSF e com 8 profissionais do CAPS; e na segunda houve o exercício do matriciamento. Os dados foram organizados no SPSS e pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Parte das condutas profissionais nos CSF mostrou-se adequadas: importância à atenção ao PF, preocupação com interação medicamentosa e com cuidado materno; indicação de Métodos Anticoncepcionais (MAC) que não exija controle feminino; corresponsabilidade do parceiro no PF; vigilância ao abuso sexual; atendimento sem discriminação; e inadequadas: atendimento restrito ao quadro psicopatológico, conduta inadequada ao PF de portadora de esquizofrenia. Os fatores a interferir nas condutas profissionais foram restrita variedade de MAC; rotina de prescrição médica do anticoncepcional hormonal, insegurança técnica para atender aos casos. As demandas de PF apresentadas pelos profissionais do CAPS foram: lidar com a paciente sexualmente ativa; com pacientes susceptíveis à violência sexual e à gravidez; pacientes com depressão e que fazem uso de carbonato de lítio. Contribuições dos participantes incluíram: redução do número de famílias por equipe da ESF; número suficiente de agentes comunitários; capacitação dos profissionais em saúde mental; disponibilização dos MAC; apoio matricial; envolvimento da família; administração supervisionada dos contraceptivos. O exercício de matriciamento ocorreu por meio de duas reuniões: na primeira foram apresentados os resultados da pesquisa; e na segunda, por meio, de um caso clínico, os participantes discutiram seis aspectos para a efetivação do PF de mulheres portadoras de transtorno mental: integração equipes dos CSF e do CAPS; levantamento dos aspectos reprodutivos e sexuais na história clínica inicial; encaminhamento da paciente com descrição detalhada; intervenção médica conjunta dos CSF e do CAPS na prescrição de MAC e anticonvulsivantes; apresentação das pacientes para os novos profissionais, no caso de troca de equipe; e contracepção supervisionada. Por fim, confirmou-se a tese de que o matriciamento é uma estratégia que favorece a promoção da assistência ao PF de mulheres com transtorno mental pelas equipes da ESF.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Planejamento familiar. Mulheres.

ABSTRACT

Guedes, Tatiane Gomes. **Matrices of care in Family Planning for women with mental disorder** [PhD thesis]. Fortaleza: Federal University of Ceará, 2011.

In the logic of the Psychiatric Reform, women with mental disorder should have access to primary care in the Family Planning (FP) area. Thus was established the thesis that matrices is a strategy that favors the promotion by the teams of the Family Health Strategy (FHS) of FP for women with mental disorder. It was aimed to analyze the matricial as a strategy to ensure the family planning of women with mental disorders, identifying behaviors of nurses and physicians facing the demands of family planning of women with mental disorders in primary care, as well as possible factors that interfere with care in this level of attention and check perceptions of the health team in CAPS concerning the demands of women with mental disorders in the family planning area, and research contributions from professionals in the FHC and CAPS, which will support the assistance to the family planning of women with mental disorders in the health system. Descriptive exploratory and assistance convergent study carried out in eleven FHC and one CAPS of Fortaleza-CE. Data collection happened in two steps. In the first 42 professionals (nurses and physicians) of FHC and 8 CAPS professionals were interviewed, and in the second there was the matrices' exercise. Data were organized in SPSS and through the content analysis technique of Bardin. Part of professional conducts in FHC was found to be adequate: the importance of care to FP, and concern with drug interactions and with maternal care; indication of contraceptive methods that does not require female control; responsibility of partner in FP; surveillance on sexual abuse; care without discrimination; and inadequate: assistance restricted to the psychopathology situation, misconduct to FP of schizophrenia patients. The factors that interfere in professional behavior were restricted range of contraceptive methods; routine of medical prescription of hormonal contraceptives, technical uncertainty to assist the cases. The demands of FP presented by CAPS professionals were: dealing with the sexually active patient, with patients susceptible to sexual violence and pregnancy, patients with depression and that use lithium carbonate. Contributions from participants included: reduction of family number by FHS team; sufficient number of community workers, training of professionals in mental health, provision of contraceptive methods, matrix support, family involvement, supervised administration of contraceptives. Matrices exercise happened through two meetings: in the first were presented the survey results, and in the second, through a clinical case, the participants discussed six aspects for the realization of FP for women with mental disorder: integration of FHC and CAPS teams; survey of sexual and reproductive aspects in the initial clinical history; patients referral with detailed description; joint medical intervention FHC and CAPS in the prescription of anticonvulsants and contraceptive methods; presentation of patients for new professionals in the case of staff change, and supervised contraception. Finally, it was confirmed the thesis that matrices is a strategy that favors the promotion of assistance to FP for women with mental disorder by the FHS teams.

Keywords: Mental health. Primary Health Care. Family Planning (Public Health). Women.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELA

QUADRO 1	Distribuição do número de equipes de matriciamento em saúde mental na rede assistencial da ESF por SER. Fortaleza-CE, 2007	28
TABELA 1	Distribuição de enfermeiros e médicos segundo categoria profissional, sexo, idade e tempo de experiência profissional. Fortaleza-CE, 2009.....	40
FIGURA 1	Condutas de enfermeiros e médicos frente ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.....	47
FIGURA 2	Fatores que interferem no atendimento de PF de mulheres com transtorno mental, na atenção básica. Fortaleza-CE, 2009.....	53
FIGURA 3	Contribuições de enfermeiros e médicos da atenção básica para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.....	55
FIGURA 4	Demandas de PF percebidas pelos profissionais dos CAPS. Fortaleza-CE, 2009.....	61
FIGURA 5	Contribuições de profissionais dos CAPS para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.....	69
FIGURA 6	Aspectos que emergiram na reunião de apresentação dos dados da primeira etapa. Fortaleza-CE, 2010.....	71
FIGURA 7	Estratégias para a assistência do PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Fortaleza-CE, 2010.....	80
QUADRO 2	Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais de acordo com a OMS. 2007.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AMP – Acetato de Medroxiprogesterona

AOC – Anticoncepcional Oral Combinado

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CSF – Centro de Saúde da Família

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

FDA – *Food and Drug Administration*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LAM – Método da Amenorréia da Lactação

MAC – Métodos Anticoncepcionais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio em Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PP – Pílula só de Progestógeno

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SER – Secretaria Executiva Regional

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNILAB – Universidade Federal da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
3	REFERÊNCIAS CONCEITUAIS	20
3.1	Saúde Mental e Sistema Único de Saúde.....	20
3.2	Matriciamento em saúde mental.....	25
3.3	Atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental.....	28
4	MATERIAS E MÉTODO	32
4.1	Tipo de estudo.....	32
4.2	Cenário da pesquisa.....	33
4.3	Sujeitos da pesquisa.....	35
4.4	Etapas de desenvolvimento do estudo.....	35
4.5	Organização dos dados para análise.....	38
4.6	Aspectos éticos.....	39
4.7	Financiamento.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	Caracterização dos profissionais dos CSF.....	40
5.2	Condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de planejamento familiar de mulheres com transtorno mental na atenção básica.....	45
5.3	Condutas adequadas à demanda.....	48
5.4	Condutas inadequadas à demanda.....	52
5.5	Fatores que interferem no atendimento de PF de mulheres com transtorno mental na atenção básica.....	53
5.6	Contribuições de enfermeiros e médicos da atenção básica para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental.....	55
5.7	Percepções e contribuições da equipe do CAPS para a organização e oferta da atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental.....	59
5.8	Aproximação dos participantes aos dados da primeira etapa da pesquisa.....	70
5.9	Exercício matricial.....	78
5.9.1	Descrição do caso clínico.....	78
5.9.2	Contribuições da equipe de matriciamento para a resolução do caso clínico.....	80

5.9.2.1	Integração CSF e CAPS.....	81
5.9.2.2	Promoção do PF com levantamentos dos aspectos sexuais e reprodutivos no atendimento inicial (história clínica).....	84
5.9.2.3	Caso com história clínica completa.....	86
5.9.2.4	Intervenção médica conjunta do CAPS e do CSF em face de pacientes usando psicotrópicos e que esteja em uso de anticoncepcional hormonal.....	88
5.9.2.5	Continuidade da assistência nos casos de troca de equipes.....	91
5.9.2.6	Contraceção supervisionada (Família, comunidade e/ou ACS).....	92
5.10	Informe técnico sumarizado ao manejo do PF de mulheres portadoras de transtorno mental.....	93
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICES.....	106
	ANEXOS.....	118

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, preconizada nos conceitos que visam às dimensões físicas, mentais e sociais do indivíduo, requer políticas intersetoriais que abranjam todos esses aspectos, implicando, inevitavelmente, na integralidade das ações. Os Centros de Saúde da Família (CSF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos fundamentais para o cumprimento da integralidade da saúde dos portadores de transtorno mental.

O Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade das esferas de governo federal, estadual e municipal, passa a ser um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Neste sentido, a atenção básica tem sido uma denominação adotada no País como um conjunto de ações de saúde que engloba estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção de doenças, controle de agravos e atenção curativa. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assumem a corresponsabilidade pela saúde (BRASIL, 2007a). Por conseguinte, é o local do primeiro acolhimento de pacientes portadores de transtorno mental, que chegam nessas unidades, muitas vezes, desprovidos não somente de atenção em saúde mental, mas de vários outros aspectos, a destacar o da saúde sexual e reprodutiva e, particularmente, o do Planejamento Familiar (PF).

A atenção básica à saúde e a constituição de redes sociais de apoio e serviços comunitários que possam oferecer suporte aos indivíduos portadores de transtornos mentais em seus contextos de vida, vem sendo estimulada no Brasil. Baseado na Lei Federal Nº. 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial nessa área, o Brasil vivencia a Reforma Psiquiátrica, ou seja, a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais como os CAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia e centro de convivência (BRASIL, 2001).

Portanto, a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Os CAPS são dispositivos fundamentais à efetivação da Reforma Psiquiátrica, pois visam ao acolhimento desse público-alvo 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 ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a). Reconhecendo, neste contexto, a atenção básica como porta de entrada do SUS, é de se esperar que a principal geradora de demanda para os CAPS seja a ESF.

Na lógica da Reforma Psiquiátrica, o portador de transtorno mental, além de um tratamento psíquico desospitalizado, deve ser inserido no seu contexto social, visando ao suprimento das suas necessidades, ou seja, a garantia dos direitos conquistados, que implica em políticas públicas sociais mais inclusivas e integrais.

Nessa perspectiva, mulheres portadoras de transtornos mentais devem ter acesso às ações promovidas pela atenção básica, de forma a suprimir suas necessidades no campo do PF, área do cuidado que tem sido negada visivelmente.

Estudo realizado no Sistema de Saúde de Fortaleza-CE com 255 mulheres portadoras de transtorno mental identificou uma demanda por concepção e anticoncepção, nesse público-alvo, bem como um perfil gineco-obstétrico semelhante ao da maioria das usuárias de serviços públicos de saúde, evidenciando que mulheres portadoras de transtornos mentais, atendidas nos CAPS, apresentam riscos reprodutivos comuns à população feminina em geral, urgindo, portanto, ações de PF (GUEDES, 2007). A mesma autora acrescenta que essas mulheres sofrem a intervenção de um sistema de saúde fragmentado que nega a assistência integral e o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. A assistência ao PF, oferecida na atenção básica, pouco alcança as mulheres portadoras de transtorno mental, estando o histórico contraceptivo destas marcado por atitudes inadequadas de profissionais e familiares, como por exemplo, a consecução da laqueadura tubária, realizada sem consentimento da mulher, descumprindo o disposto na Lei do N.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do PF no País.

A Lei supracitada regulamenta o parágrafo 7º, do art. 226 da Constituição Federal, incorporando aspectos que já haviam sido discutidos anteriormente no País sobre o PF, como um direito da mulher, do homem e/ou do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde.

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) 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

peçoais. Este enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2004b).

Se as ações de PF fossem abrangentes às necessidades das mulheres portadoras de transtornos mentais, trariam, além do cumprimento de igualdade de direitos dessas mulheres, discutidos anteriormente, a oportunidade de se 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.

No relatório de gestão do período de 2003 a 2006, da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), ficou evidente o esforço que vem sendo empreendido no sentido de não reduzir a Reforma Psiquiátrica à desospitalização, colocando em pauta ações na atenção básica como componente fundamental da desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtornos mentais, nos últimos anos. Exemplo disto é que, a partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a integrar o elenco de indicadores da atenção básica e, em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) (BRASIL, 2007b).

O matriciamento ou apoio matricial é uma estratégia utilizada no campo da saúde mental que objetiva modificar a estrutura organizacional, repercutindo em reformulação do processo de trabalho tradicional, evitando encaminhamentos excessivos e desnecessários aos especialistas, deixando a esses os casos que realmente requerem acompanhamento específico e especializado, ou seja, casos em que a atenção básica não seja capaz de resolver. Assim, a produção da saúde passa por reformas estruturais, de modo a atingir um maior grau de resolubilidade, em que as equipes das unidades de referência oferecerão apoio especializado às equipes da atenção básica. Nesta linha, as equipes de referência são responsáveis por ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos em médio e em longo prazo, promovendo o vínculo e a responsabilização, reduzindo os encaminhamentos desnecessários (FIGUEIREDO, 2006).

Algumas experiências exitosas em matriciamento têm sido implementadas no Brasil. A cidade de Campinas (SP) escolheu por utilizar os recursos já existentes na rede para implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, ampliá-los e combiná-los com outros princípios, como os de acolhimento, de responsabilização e de cogestão. Como consequência, os profissionais da atenção básica são reorganizados em equipes de referência para famílias de determinado território geográfico (FIGUEIREDO, 2006).

Por meio do matriciamento no referido município, tornou-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que poderiam ser acolhidas pela equipe de referência da atenção básica, daquelas demandas que necessitavam de uma atenção especializada da saúde mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas, como consultas e visitas domiciliares, os profissionais de saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple em maior totalidade a vida dos sujeitos (FIGUEIREDO, 2006).

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral/CE e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve uma aproximação das equipes dos CAPS com as equipes da atenção básica, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, que ocasionam uma melhoria considerável na atenção geral à saúde mental da população.

Identificou-se na experiência de Sobral-CE que o trabalho articulado entre os profissionais dos CAPS e da ESF foi fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado e a atenção básica, possibilitando a corresponsabilidade dos casos, ampliando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e favorecendo a atenção territorializada. O trabalho compreendeu visitas mensais ou quinzenais a unidades de saúde da família pela equipe do CAPS, realizando sensibilização sobre saúde mental, discutindo casos, efetuando visitas domiciliárias e realizando consultas conjuntas. Nesta ocasião, o psiquiatra, exceto em situações excepcionais, sempre realizava consultas na presença de profissionais da ESF, incentivando-os a conduzir as entrevistas. A prática foi indicando a importância de se manter uma postura pedagógica nas atividades conjuntas, evitando indicar o manejo do caso sem questionar a opinião dos profissionais presentes, procurando induzir a busca de soluções pelos atores da atenção básica. A consulta conjunta era realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de Medicina e Enfermagem que estivessem estagiando na ESF ou na Saúde Mental (TÓFOLI; FORTES, 2007).

Desde o início do matriciamento de saúde mental em Sobral, os casos escolhidos para discussão foram definidos pelos profissionais da ESF. No início, as equipes tinham uma tendência a selecionar casos que poderiam ser categorizados como “problemáticos”, desde portadores de doenças físicas, cujos fatores emocionais dificultavam o tratamento, passando

por portadores de sintomas físicos inexplicáveis, pacientes com depressão e/ou ansiedade e, em menor monta, usuários acometidos de transtornos mentais severos e persistentes. Com o tempo, as equipes foram conseguindo desenvolver competências para lidar com casos cujo manejo era possível na atenção básica, e começaram a selecionar casos mais complexos que exigiam atenção em mais de um nível (TÓFOLI; FORTES, 2007).

O município de Belo Horizonte é outro exemplo de matriciamento que vem sendo implantado no País. A inserção de equipes de saúde mental na atenção básica oportuniza atendimento conjunto entre profissionais especialistas em saúde mental e profissionais atuantes na ESF, com a utilização do matriciamento nos casos complexos, permitindo que pacientes portadores de transtorno mental sejam absorvidos nos serviços básicos de saúde, de acordo com suas necessidades.

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do País nos próximos anos e para a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do SUS. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental quanto as da atenção básica, deverá ser uma das principais prioridades, para que se abranja a integralidade do sujeito (BRASIL, 2007b).

O MS, por meio do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” prioriza que a assistência na rede básica deve ser realizada por meio do apoio matricial às equipes da atenção básica, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003a, p.4).

No contexto da atenção básica, enfermeiros e médicos ocupam posição importante na efetivação do PF, pois detectam as necessidades da população, realizando atendimento coletivo e individual. Por outro lado, os diferentes profissionais que atuam no CAPS, de algum modo, podem contribuir na detecção das necessidades de mulheres portadoras de transtorno mental em relação ao PF, devido ao acompanhamento terapêutico que realizam no serviço. Logo, acredita-se que a estratégia do apoio matricial é um instrumento significativo ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental, oportunizando identificar situações específicas que podem ser acolhidas tanto na atenção básica como no CAPS.

Em face do exposto, foram elaboradas as seguintes questões: o matriciamento seria uma estratégia para a promoção da assistência em PF de mulheres com transtorno mental? Como as equipes dos CSF e do CAPS lidam com o PF desse público-alvo?

Em face aos questionamentos, pretende-se com este estudo defender a tese de que o matriciamento é uma estratégia que favorece a promoção da assistência ao PF de mulheres com transtorno mental pelas equipes da ESF.

Para confirmar ou refutar a tese elaborada foram definidos os objetivos de pesquisa propostos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o matriciamento como estratégia para efetivar o planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental.

2.2 Específicos

- Identificar condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de planejamento familiar de mulheres com transtorno mental na atenção básica, bem como possíveis fatores que interfiram no atendimento nesse nível de atenção;

- Verificar percepções da equipe de saúde do CAPS a respeito de demandas de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do planejamento familiar;

- Investigar contribuições de profissionais dos CSF e do CAPS que venham a favorecer o atendimento ao planejamento familiar de mulheres com transtorno mental no sistema.

3 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

3.1 Saúde Mental e Sistema Único de Saúde

O SUS, regulamentado em 1990, baseia-se nos princípios de integralidade, equidade e universalidade e nas ações de promoção da saúde, na prevenção de agravos à saúde, tratando, reabilitando, colaborando na redução das desigualdades e cuidando de cada pessoa, segundo suas necessidades, colocando a saúde como um direito assegurado pelo Estado e provendo o acesso às ações e aos serviços independentemente de sexo, cor, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais (BRASIL, 1988).

A questão da saúde mental, no contexto do SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2001). O processo de descentralização do SUS exige que se empregue a lógica da integralidade, permitindo, assim, o entrelaçamento de diversos programas, no reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde da população.

OS CSF passaram a ser vistos como essenciais à minimização da demanda de usuários para os serviços de média complexidade, como os CAPS. É na atenção básica 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 centros 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 (BRASIL, 2003a).

A Reforma Psiquiátrica destaca a lógica da desinstitucionalização focada na família e na comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Esses são os mesmos princípios e diretrizes propostos na atenção básica, portanto, um eixo estratégico para a inserção das ações de saúde mental e um campo fértil para essa nova forma de pensar saúde, envolvendo uma rede de atores com saberes e fazeres diferenciados, reforçando-se mais um dos princípios norteadores do SUS, a intersetorialidade. Sendo a atenção básica a porta de entrada do sistema de saúde, a inserção das ações de saúde mental

permite que os sintomas psíquicos sejam detectados e tratados precocemente, evitando-se internações desnecessárias (MODESTO; SANTOS, 2007).

O modelo de atenção aos pacientes com transtornos mentais, previsto pelo MS, para o SUS, busca garantir os direitos conferidos pela Lei nº 10.216/01, direito de ser tratado preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, direito à inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

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 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 Centros de Atenção Psicossociais (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 e empresas (BRASIL, 2004a, p.12).

Os CAPS, na atual política de saúde mental do MS, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Estes devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004a).

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, 2002).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer 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 fornecem 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 oferecer 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 CAPS i, especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos reconhecidamente necessários, para dar 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 CAPS ad, 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.

A construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida e, para isso, faz-se necessária a formação de uma rede social de apoio a fim de evitar novas cronificações de usuários atendidos neste serviço. Esses equipamentos devem promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e fornecer suporte e atenção à saúde mental na rede básica.

Uma das formas de reinserção social dos portadores de transtorno mental é o acesso aos serviços de atenção básica. Neste sentido, o MS aponta a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de atenção básica, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental. Considera que, por sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003a).

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).

A partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a integrar o elenco de indicadores da atenção básica. Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a PPI, publicados na Portaria MS/GM n.º 097, de 22 de maio de 2006, em que se intensificou o esforço de garantir o acesso da população à atenção em saúde mental (BRASIL, 2007b).

O desenvolvimento da ESF nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente os CAPS, marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas.

O MS aponta que 56% das equipes da ESF realizam alguma ação de saúde mental (BRASIL, 2003a), ainda que, estas equipes, nem sempre, estejam capacitadas para lidar com essa demanda. Por outro lado, por sua proximidade com as famílias e as comunidades, estas se constituem em recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. Além disso, é na ESF que os usuários dos CAPS devem ser assistidos em seus problemas de saúde em geral, e sabe-se o quanto ainda é necessário desmistificar a doença mental no imaginário dos profissionais de saúde e qualificá-los para lidar com essa demanda de modo competente.

Por vezes, o déficit de capacitação acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa complexa. Nesta compreensão, urge a formulação de estratégias que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental no contexto da atenção básica. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem pelo estabelecimento de vínculos e acolhimento. Portanto, o matriciamento consiste na construção de relações, na qual se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diversos serviços de atenção envolvidos no cuidado aos usuários do sistema. Seu objetivo é garantir que equipes dos CSF e as unidades referenciadas vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade aos usuários. Desta forma, torna-se necessário garantir espaços nas agendas dos especialistas, em que estes matriciarão as equipes dos CSF, proporcionando capacitação em serviço, por meio da discussão de casos e de consultas conjuntas.

Diante desse contexto, o MS tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção básica, como uma forma de “responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania em sentido mais amplo” (BRASIL, 2005, p.34), criando uma rede de cuidados em saúde mental que se estruture em parceria com a atenção básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando pelo estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica orienta uma articulação da saúde mental com a atenção básica na tentativa de superar o modelo de atenção fundamentado no saber médico, hospitalocêntrico, institucionalizado, caminhando para um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada. Com isso, verifica-se que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica apresenta-se como imprescindível e inadiável, implicando em transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas.

Uma estratégia modular, proposta pelo Ministério da Saúde, tem sido construída para a inserção da saúde mental na atenção básica: o apoio matricial. Tal estratégia se constitui em uma proposta de articulação da rede de saúde mental com os CSF, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a corresponsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas por meio de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente os CSF.

Assim, o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Neste arranjo, o compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2003a).

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, sendo seus profissionais também responsáveis pelo matriciamento das equipes da atenção básica, priorizando a formação no desenvolvimento dessa política e a inserção de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), como forma de avaliar e planejar ações nessa área (BRASIL, 2003a).

3.2 Matriciamento em saúde mental

A estratégia de implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental tem sido articulada e ampliada junto aos gestores municipais (BRASIL, 2007b). Este processo culminou na recente edição da Portaria 154/2008, a partir da qual ficam criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), incluindo a recomendação expressa de que tais serviços contem com pelo menos um profissional de saúde mental encarregado de realizar apoio matricial (BRASIL, 2008a).

O apoio matricial ou matriciamento foi formulado por Campos (1999) e objetiva aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde. Tal arranjo provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica. A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença/ intervenção de cada paciente. Desta forma, o apoio matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (CAMPOS, 1999).

A incorporação das ações de saúde mental na atenção básica é uma prioridade no cenário atual. Porém, não é algo que se efetiva sem o desenvolvimento de estratégias institucionais de capacitações e de supervisões apoiadoras. Neste sentido, o MS propôs a

estratégia do apoio matricial para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e os CSF.

O matriciamento surgiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. O apoio matricial visa a fornecer suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização (DIMENSTEIN et al., 2009).

Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto assistencial quanto técnico-pedagógico, pressupõe-se uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de solucionar problemas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Por meio do apoio matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da saúde mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que acarretam a “psiquiatrização” e a “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isto favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para situações singulares (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A estratégia de implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental está sendo articulada junto aos gestores e, cada vez mais, os municípios têm aderido à essa proposta. Com a institucionalização da ESF na maior parte do País, a atenção básica foi instigada a produzir invenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2007b).

O matriciamento às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da Reforma Psiquiátrica, sendo seus dispositivos por excelência. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica. Para isto, mecanismos de indução financeira pelo MS para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais. É necessário melhorar a articulação desses serviços com atenção básica para que as equipes dos CAPS se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica, que pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento de sofrimentos psíquicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva 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.

O estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A proposta do matriciamento é articular atenção básica e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada. Desta forma, o CAPS, no papel de serviço especializado, não estaria desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar numa outra perspectiva, a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário. Os profissionais desse serviço estariam orientando e construindo, juntamente com os profissionais da atenção básica, um novo modelo de atenção, em que o maior beneficiado é o próprio usuário. Não há, portanto, um desvio e sim um compartilhamento de responsabilidades.

Tal proposta faz-se a partir do desenho de um projeto terapêutico integrado entre a equipe de referência da atenção básica e a equipe de outros serviços adequados à demanda de cada caso. Neste sentido, as intervenções seriam complementares umas às outras, de modo que os projetos terapêuticos fossem enriquecidos, utilizando-se do compartilhamento dos saberes específicos dos diversos profissionais de saúde. Além disso, a proposta do apoio

matricial busca pelo funcionamento efetivo da rede, em que os CAPS deveriam atuar, no caso da saúde mental, como articulador estratégico, trabalhando em conjunto com os CSF e com outros setores, sejam serviços de saúde ou outros recursos comunitários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No município de Fortaleza, o matriciamento, ainda, configura-se como uma estratégia incipiente. O relatório de gestão da saúde de 2007 aponta o baixo número de CSF, por Secretaria Executiva Regional (SER), com equipes de matriciamento funcionando. O quadro apresentado a seguir demonstra esta realidade (FORTALEZA, 2007).

Quadro 1 – Distribuição do número de equipes de matriciamento em saúde mental na rede assistencial da ESF por SER. Fortaleza, 2007

SER	Nº de CSF	Nº de equipes de matriciamento	Nº de CSF com equipes de matriciamento
I	11	2	8
II	11	2	6
III	16	3	4
IV	12	2	6
V	18	Em processo de implantação	Em processo de implantação
VI	20	Em processo de implantação	Em processo de implantação
Total	88	9	24

3.3 Atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental

Embora a PNAISM constitua um avanço significativo no campo de atenção à saúde feminina, em particular no PF de grupos excluídos, como é o caso de mulheres portadoras de transtorno mental, o cuidado oferecido nos serviços, ainda, é fragmentado, impessoal, derivado do modelo biomédico predominante na assistência à saúde. Esse modo de cuidar se reflete nos serviços e atendimento à mulher, portanto a implementação das políticas de atenção integral a essa camada da população permanece como um desafio para os gestores e para os profissionais de saúde (PEDROSA, 2005).

A regulamentação do PF como direito constitucional representa um avanço na implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ao recomendar iniciativas que incluem o conjunto dos métodos anticoncepcionais naturais ou

comportamentais; de barreira; hormonais; Dispositivo Intrauterino (DIU) e laqueadura, o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias dos serviços de PF no 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, 1996).

Quando se analisa esta temática com relação às mulheres com transtornos mentais, dois grupos sociais estão em cena: mulheres e mulheres portadoras de transtorno mental, ambos marcados por exclusão, por preconceitos, por estigmas e por lutas pelos direitos de cidadania e transformação social.

Mulheres portadoras de transtorno mental, em sua condição de ser humano, adoececem de outros males: podem sofrer de câncer de mama, hipertensão, diabetes e podem, ainda, manifestar sua sexualidade, seus desejos e suas necessidades de constituição familiar, de maternidade, de relacionar-se; no entanto, essas questões relacionadas à interface do universo feminino e à saúde mental necessitam de cuidado especial. Cuidado que implica o exame detalhado das diferentes problemáticas e variáveis relacionadas a esse contexto, de modo que as mulheres possam ser respeitadas em seus direitos e, ao mesmo tempo, assistidas e acompanhadas no cumprimento de seus deveres e papéis sociais.

Dentre as problemáticas encontradas, destacam-se a ausência de acompanhamento das usuárias no tratamento ginecológico e clínico geral; o déficit de ações educativas ou preventivas em relação às doenças associadas ao gênero; a escassez de capacitação para o atendimento à pessoa com transtorno mental direcionada aos profissionais da saúde e de outras áreas afins; o olhar especialista-reducionista faz parte de alguns profissionais de saúde; relações de poder por vezes estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes, entre outros. Associadas a essas problemáticas, outras, de caráter técnico-científico, tornam ainda mais complexo esse cenário (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

Estudo salienta que os medicamentos psicotrópicos são contraindicados em casos de gestação ou durante o período de amamentação. Nessas situações, mulheres submetidas a tratamentos com psicotrópicos precisam interromper o próprio tratamento, ficando mais susceptíveis a períodos de crise. Entretanto, quando a doença mental é severa, a conduta médica padrão tradicional deve ser revista. Assim, a prescrição da medicação psicotrópica na

gravidez, principalmente no primeiro trimestre, somente deverá ser procedida se houver urgência. Na eventualidade de desdobramentos implicados à relação mãe-bebê, as intervenções não podem ser autoritárias e restritas, tendo em vista a prevenção de riscos; são necessárias ações interdisciplinares de construção de possibilidades concretas para o desenvolvimento de uma relação materna saudável para ambos, mãe e bebê (PHEULA; BANZANATO; DALGALARRONDO, 2003).

Desse modo, a aplicação prática da assistência integrada à saúde da mulher se mantém fragmentada e com obstáculos a serem ultrapassados. Isto se deve, em parte, ao insuficiente treinamento apropriado das equipes de saúde em todos os níveis, pouca integração na equipe de saúde e escassez no desenvolvimento de pesquisas com um escopo mais amplo de investigação.

Entretanto, algumas experiências desenvolvidas no município de Campinas (SP), em CAPS, têm buscado assistir as mulheres com transtornos mentais de modo mais integral. Assim, quando inseridas em CAPS, as mulheres são acompanhadas em um serviço com todas as características clínicas e de reabilitação psicossocial tradicionais que os compõem e, ao mesmo tempo, a partir da sua própria autonomia, parceria da família e a equipe de referência, é estabelecida uma linha de atendimento em rede com as UBS e/ou ambulatórios, para os cuidados clínico-geral, ginecológico ou de outras especialidades necessárias (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

Verifica-se que mulheres usuárias do CAPS experimentam níveis diferenciados de atenção no que tange à rede de atenção à saúde da mulher: algumas são atendidas esporadicamente em serviços de saúde, como os CSF, outras conseguem um acompanhamento clínico longitudinal sistemático, não havendo necessidade de tutela e ou acompanhamento do profissional do serviço de saúde mental. Já em outros casos, somente conseguem ter acesso aos profissionais de outras especialidades, quando estão acompanhadas por profissionais do CAPS.

Particularidades do PF de mulheres portadoras de transtorno mental foram reconhecidas em estudo realizado com 255 mulheres portadoras de transtorno mental atendidas em um CAPS de Fortaleza (CE), como a hereditariedade de alguns transtornos mentais; internação psiquiátrica como causa de interrupção da prática anticonceptiva; uso multivariado de psicotrópicos, em que parte destes sofre interações medicamentosas com os anticoncepcionais hormonais orais e provocam efeitos teratogênicos; uso de anticoncepcionais que exigem um controle pessoal, ficando, pois, comprometido em meio ao comportamento alterado; e necessidade da participação do companheiro e/ou familiares responsáveis nas

escolhas reprodutivas e contraceptivas (GUEDES, 2007). Ou seja, o grupo estudado sofreu com a intervenção de um sistema de saúde fragmentado, que nega a assistência integral e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Os resultados encontrados, no referido estudo, orientam para a necessidade de interação das políticas públicas de PF e de saúde mental, que preveem o resgate à cidadania, o respeito às diferenças, a autonomia e a inclusão social de seus usuários.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo descritivo-exploratório e convergente assistencial. O caráter descritivo-exploratório tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação, investigando a sua natureza e os outros fatores com os quais ela está relacionada, o que permitiu constatar a forma que os enfermeiros e médicos da atenção básica, bem como os profissionais do CAPS, lidam com as questões de planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O tipo convergente assistencial, desenvolvido concomitantemente à prática assistencial, denomina-se desta forma por descobrir realidades, resolver problemas ou introduzir inovações em um determinado contexto da prática assistencial, sendo este utilizado na realização do exercício matricial desta pesquisa. Inclui também o gesto de cuidar, porém não se consubstancia como ato de cuidar, não se propõe a realizar generalizações, segue normas de rigor científico, envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo de pesquisa e reconhece os dados da prática como dados de pesquisa. As fases incluem: concepção, instrumentação, perscrutação e análise (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fase de concepção determina o tema a ser pesquisado, a questão da pesquisa, os propósitos, os objetivos, a revisão de literatura, a introdução e a justificativa. São formuladas definições, inter-relações, argumentações e contextualizações. Esta fase foi subsidiada pela dissertação de mestrado da autora deste estudo intitulada: “Planejamento Familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”, na qual foi detectada a necessidade de mudança do contexto pesquisado, ou seja, oportunizar para mulheres portadoras de transtorno mental um atendimento voltado para suas necessidades de PF.

As fases de instrumentalização, de perscrutação e de interpretação que objetivam, respectivamente, as decisões metodológicas (escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, dos métodos, das técnicas de obtenção, das informações); a realização das entrevistas, além de outras formas que contemplem escutar o outro com sensibilidade e criatividade; e a apreensão (coleta e organização das informações), a síntese (associações e variações das informações), a teorização (relações reconhecidas no processo de síntese: pressupostos e questionamentos) e a transferência (socialização dos resultados singulares), serão detalhadas a seguir.

As inovações no campo prático, propostas pela pesquisa convergente assistencial, pode ser desenvolvida concomitante com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador pode se

envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, envolvendo de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecendo os dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa, sendo a segunda modalidade a utilizada pela presente pesquisa. Portanto, a utilização desse tipo de estudo permitiu o contato com o campo de ação dos enfermeiros e médicos dos CSF, bem como das diversas categorias profissionais do CAPS, possibilitando o repensar das ações realizadas e a transformação da prática da atenção ao PF de mulheres voltada às mulheres portadoras de transtorno mental.

4.2 Cenário da pesquisa

A primeira etapa foi desenvolvida nos 11 CSF e no CAPS geral, ambos pertencentes à SER II, do município de Fortaleza-CE. O contato prévio com membros dos serviços da referida SER justifica a escolha da pesquisadora, caracterizando-se como uma seleção por conveniência.

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do Estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao Norte e ao Leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e ao Oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (Anexo A). Atualmente, é a quarta maior cidade brasileira, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2009, de 2.505.552 habitantes.

Em termos administrativos, o município de Fortaleza encontra-se dividido em seis SER que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (Figura 1). Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, por meio de seus distritos de saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Dos estabelecimentos públicos municipais, 88 (72,95%) são do tipo CSF, distribuídos nos diversos bairros das seis SER. A SER II é formada por 21 bairros (Figura 2), contém 11 CSF e um Centro de Especialidades Médicas, compreendendo 14,6% da população fortalezense. Concentra 15 áreas de risco, com moradia para 2.808 famílias. Ao mesmo tempo abrange bairros com grande adensamento comercial e de serviços, responsáveis por importante fatia da arrecadação municipal, caracterizando-se com grandes diversidades demográficas e socioeconômicas (FORTALEZA, 2007).

A rede especializada em saúde mental do município de Fortaleza conta, atualmente, com 14 CAPS para transtornos mentais gerais; seis CAPS álcool e outras drogas

para pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas; dois CAPS infantis que trata de transtornos mentais na infância e na adolescência; um serviço de residência terapêutica; uma unidade de saúde mental em hospital geral, com 30 leitos; uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) específica para a saúde mental; duas ocas de saúde comunitária, que realizam atividades de promoção de saúde, com grupos de autoestima, terapia comunitária e massoterapia; e nove equipes de matriciamento na rede assistencial da ESF (FORTALEZA, 2007).

Os CSF são serviços pertencentes à atenção básica que se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca pela promoção de sua saúde, pela prevenção, pelo tratamento de doenças e pela redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de vida saudável. Visando à operacionalização da Atenção Básica, o MS define como uma das áreas estratégicas para atuação, em todo o território nacional, a saúde da mulher, que prioriza a implementação e a qualificação da atenção em PF como uma das ações de redução da morbidade e da mortalidade materna (BRASIL, 2007a).

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

Nos CSF, a pesquisa teve a finalidade de identificar as condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de PF de mulheres com transtorno mental, conhecer os possíveis fatores que interferem nesse atendimento. No CAPS, a pesquisa teve a finalidade de verificar percepções da equipe de saúde a respeito de demandas de PF para esse público-alvo. Além disso, foram investigadas as contribuições dos profissionais dos dois serviços para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo 42 profissionais (28 enfermeiros e 14 médicos), membros dos CSF e oito profissionais do CAPS (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogos e pedagogo) que atuavam, respectivamente, há pelo menos um ano no PF e na saúde mental.

4.4 Etapas de desenvolvimento do estudo

Primeira etapa

Consistiu em entrevistar os profissionais dos CSF e do CAPS, de setembro a dezembro de 2009. As entrevistas foram gravadas e seguiram um modelo semiestruturado (Apêndices A e B).

Os profissionais foram abordados no ambiente de trabalho, em dias e horários correspondentes ao cronograma da pesquisa, cujo planejamento determinou que as entrevistas fossem realizadas nos diferentes dias da semana e nos períodos manhã e tarde, propiciando a participação destes.

As entrevistas semiestruturadas são usadas quando o pesquisador possui um guia de tópicos que devem ser contemplados, sendo este um encorajador para que os participantes verbalizem livremente sobre os tópicos constantes na lista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Fato ocorrido nas entrevistas do estudo, no qual os profissionais eram orientados por questões norteadoras e estimulados a verbalizarem suas ideias.

Em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), dois projetos de Iniciação Científica foram desenvolvidos por intermédio do presente estudo, intitulados “Condutas, fatores intervenientes e propostas da equipe da atenção básica para promover planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental” e “Percepções e contribuições da equipe do CAPS para a promoção do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”. Tais projetos além de facilitar o alcance dos objetivos traçados para a tese contribuíram para a participação de estudantes de graduação em pesquisas na temática versada, que receberam, previamente, informações a respeito da origem da pesquisa, dos objetivos, do percurso metodológico, bem como participaram do teste piloto, facilitando o envolvimento e a inserção no contexto do estudo.

Os resultados dessa etapa foram apresentados em evento promovido pela Coordenação do Colegiado de Saúde Mental de Fortaleza-CE, intitulado “I Sarau da quinta”. Este evento é um espaço criado pela Rede Assistencial de Saúde Mental destinado à contribuição, apresentação e discussão de pesquisas e temas realizados à prática e às inovações na área da Saúde Mental. Os profissionais participantes do evento receberam, via fax, convite enviado pela referida Rede aos serviços de saúde (Apêndice C). Além disso, para os profissionais participantes dessa etapa dos CSF e do CAPS, foi enviado, também via fax, uma carta-convite pessoal (Apêndice D), reforçando o convite endereçado aos serviços. Estiveram presentes coordenadores regionais de saúde mental, coordenadores dos serviços de saúde mental, profissionais dos CAPS, profissionais da atenção básica, profissionais da rede hospitalar e de urgência e emergência. A apresentação dos dados despertou discussões e reflexões entre os participantes, fomentando a prática do PF às mulheres portadoras de transtorno mental.

Segunda etapa

O início desta etapa ocorreu por meio do envio de convites aos participantes da primeira etapa que se mostraram interessados e comprometidos em participar da causa em pesquisa, objetivando a participação dos profissionais nas reuniões do exercício de matriciamento. As reuniões, realizadas em outubro de 2010, ocorreram em evento intitulado “Café com saúde mental” (Apêndice E), que proporcionou encontro agradável entre os participantes.

Em espaço da SER II, ocorreram as duas reuniões concernentes à vivência do matriciamento, sendo uma na sede da SER e a outra no CAPS, com a presença de dez profissionais, quatro dos CSF e seis do CAPS.

Na primeira reunião, no intuito de subsidiar o exercício do matriciamento, foram apresentados aos participantes os resultados da primeira etapa, havendo enriquecedoras discussões entre o grupo.

Na segunda reunião, ocorreu o exercício de matriciamento, baseado na discussão de um caso clínico, apresentado por duas enfermeiras de um CSF. O matriciamento definiu estratégias facilitadoras e informações técnicas relevantes para a efetivação do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, tanto na realização em si do PF pelos profissionais dos CSF quanto nas ações promotoras realizadas, nessa área do cuidado, pelos profissionais do CAPS.

Como encaminhamento da primeira estratégia do exercício matricial “Integração CSF e CAPS”, o grupo destacou a necessidade do envio de solicitação para os coordenadores dos serviços dos CSF e do CAPS, de forma a possibilitar a integração referida, com posterior envio da autora (Apêndice F). Ademais, os resultados do exercício matricial foram apresentados (janeiro/2011) para a equipe de um dos CSF participantes, caracterizando-se como retorno da pesquisa ao serviço (Apêndice G).

As discussões foram gravadas, além das gravações, foi utilizado diário de campo para anotações que se fizeram necessárias. O diário de campo é um instrumento ao qual se recorre em qualquer momento da rotina de trabalho, podendo ser registrado percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas por meio da utilização de outras técnicas (CRUZ NETO, 2005).

A coordenação desta segunda etapa da pesquisa se embasou na abordagem de Rodas de Gestão, visando a fortalecer a autonomia dos participantes, tornando-os capazes de conhecer seus problemas e atuar sobre os mesmos, desenvolvendo a democracia institucional e a descentralização do poder (CAMPOS, 2000), aspectos que favoreceram o interesse dos profissionais pela proposta de atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

A Roda de Gestão constitui em um instrumento para a transformação de uma lógica que represente a articulação, construção e multiplicação de vários saberes. A partir da troca de conhecimentos é dado um passo em direção à reinvenção da saúde que se deseja. É considerado um instrumento para analisar a dinâmica dos coletivos e intervir sobre o seu desenvolvimento, elaborando-se com isto novos sentidos e significados que orientem o agir concreto. O Método da Roda de Gestão vem sendo utilizado no município de Fortaleza, Ceará, com o objetivo de melhorar a qualidade da gestão, tornando o trabalho nas unidades de saúde mais criativo, participativo e fomentador de novas experiências (SANTOS; MEIRA, 2006).

O Método da Roda, também denominado Método Paideia, possui quatro funções: administrativa, política, pedagógica e terapêutica. A função administrativa das rodas, utilizada neste estudo, é a forma de racionalizar os meios para atingir um fim. É nela que se insere a simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações, na distribuição de tarefas entre os membros de um coletivo de momento, no qual há a administração e planejamento dos processos de trabalho (CAMPOS, 2000).

Campos (2000) cita a importância do coordenador das rodas, cabendo a este o papel de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade, conforme a

dinâmica dos acontecimentos, apoiando-se sempre em diretrizes anteriormente definidas pelo coletivo. Neste sentido, a pesquisadora-coordenadora, ao final do exercício de matriciamento, sintetizou as decisões acordadas pelo grupo, obtendo a proposta final de atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

Com vistas a colaborar com a proposta do estudo, foi realizada visita técnica ao município de Belo Horizonte, considerando um modelo de rede de saúde mental implantado, que possui como premissa a estratégia do matriciamento (Apêndice H). A referida visita contou com o financiamento do CNPq.

4.5 Organização dos dados para análise

Os dados quantitativos e qualitativos da primeira etapa foram organizados, respectivamente, no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0, com análise descritiva e pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2007).

A técnica de Análise de Conteúdo se compõe de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa, realiza-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos, segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2007).

Na primeira etapa, seguida das transcrições das falas, foi utilizada a leitura flutuante, retomando a hipótese e os objetivos do estudo, dos textos expressos pelos participantes em cada questão. Ou seja, as falas de uma determinada questão foram analisadas em todas as entrevistas. Desta forma, em cada questão emergiram elementos com características em comum, formando as unidades de registro, também denominadas de temas.

Em cada tema foram agrupadas citações que corresponderam a trechos das entrevistas, codificadas com a categoria profissional e o tempo de atuação nos serviços, correspondendo à segunda etapa proposta por Bardin.

Na terceira e última etapa, ocorreu a categorização, tomando por base os temas da etapa anterior, sendo estruturadas as categorias emergidas das entrevistas de médicos e enfermeiros dos CSF e dos profissionais do CAPS.

Os dados da segunda etapa foram organizados a partir da síntese realizada pela pesquisadora-coordenadora, ao final do exercício de matriciamento. As anotações registradas no diário proporcionaram a imersão da autora no contexto da rotina dos CSF e do CAPS, subsidiando a análise dos resultados.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido, juntamente com os dois projetos de Iniciação Científica referidos na primeira etapa, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, no qual se observaram os princípios norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003b), obtendo parecer favorável (Anexos 3, 4 e 5).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais. Posteriormente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido anonimato e direito às informações da pesquisa.

4.7 Financiamento

O estudo contou com o financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), por meio da linha de pesquisa intitulada “Integração entre a atenção primária e os serviços de saúde mental, com ênfase nas estratégias de Matriciamento”, do edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT, nº 33/2008, conforme processo nº. 575129/20085.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos profissionais dos CSF

A tabela 1 mostra a caracterização dos participantes de acordo com a categoria profissional, a idade, o sexo e o tempo de experiência profissional na atenção básica.

Tabela 1. Distribuição de enfermeiros e médicos, segundo categoria profissional, sexo, idade e tempo de experiência profissional. Fortaleza-CE, 2009

Variáveis (n=42)	N	%
Categoria Profissional		
Enfermeiros	28	66,7
Médicos	14	33,3
Sexo		
Feminino	34	81,0
Masculino	08	19,0
Idade $\bar{x} = 35,2$		
26 a 35	25	59,5
36 a 45	12	28,6
46 a 56	05	11,9
Tempo de experiência profissional na atenção básica (em anos) $\bar{x} = 3,2$		
1 a 5	22	52,4
6 a 10	16	38,0
11 a 15	02	4,8
16 a 30	02	4,8

Participaram 42 profissionais, 28 (66,7%) enfermeiros e 14 (33,3%) médicos. A ausência de médicos nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), realidade comum nos municípios brasileiros, justifica a predominância dos profissionais enfermeiros e, conseqüentemente, do sexo feminino, com 34 (81,0%), reproduzindo a característica histórica da enfermagem como profissão exercida, eminentemente, por mulheres. Pesquisa realizada sobre o perfil do enfermeiro revelou que 92% dos participantes eram profissionais do sexo feminino, corroborando essa particularidade da profissão (MARTINS et al., 2006). Em contrapartida, permeia sobre a profissão um movimento de mudança nas suas concepções, que

embora, ainda, predominantemente, composta por mulheres, deixou de ser exclusivamente feminina (WETTERICH; MELO, 2007).

A idade dos participantes variou entre 26 e 56 anos, com uma média de 35,2 anos. Portanto, o grupo foi composto por adultos jovens e adultos.

O tempo médio de experiência profissional dos participantes na atenção básica foi de 3,2 anos. Apesar da ESF ter sido implantada em 1994 (16 anos) no município pesquisado, a cobertura permaneceu baixa (15%) até 2006, quando ganhou incremento com o concurso público realizado para enfermeiros e médicos, no mesmo ano, aumentando de 102 para 200 equipes inicialmente. Entretanto, novos profissionais estão sendo convocados gradativamente, o que justifica, em parte, que os participantes tenham uma baixa média de tempo de atuação na ESF, comparando ao ano de sua implantação. Ademais, há de ressaltar abandono e rotatividade dos profissionais entre equipes, motivado pela precariedade das condições trabalhistas.

A idade e o tempo de experiência profissional em determinada área necessariamente não vincula a proficiência dos profissionais, por conseguinte, a qualidade do serviço. Mas, há de se destacar que profissionais mais jovens tenham o conteúdo teórico mais atual, enquanto profissionais com mais idade tenham maior acúmulo de experiência e habilidades mais desenvolvidas. Quanto ao tempo de serviço de três anos em média, pode-se estar diante de um grupo com expectativas elevadas, desejo de produzir, de construir algo novo.

A qualidade dos serviços de saúde passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões. É crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (COTTA et al., 2004).

A gestão dos recursos humanos é uma das dificuldades para implantação do SUS desde a sua criação. A escassez de profissionais com perfil adequado, os problemas de gestão e a organização da atenção são alguns dos principais obstáculos à melhoria da qualidade da atenção e efetividade do SUS (BRASIL, 2000). Urge a formulação de estratégias voltadas para a transformação desses trabalhadores em profissionais comprometidos, capacitando-os aos princípios de uma gestão humanizada e qualificada que compõem a nova ordem do SUS, exigindo modificações nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004c).

Essa articulação é discussão atual da Educação Permanente em Saúde, do MS, que propõe as práticas profissionais baseadas na reflexão crítica, em espaços coletivos, em “rodas” de discussão, a partir da problematização da realidade do trabalho (BRASIL, 2004c).

A presença de portadores de transtorno mental nas unidades de atenção básica é uma realidade brasileira. Isto se deve, prioritariamente, aos serviços de saúde mental que têm se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Realidade também é que esse portador de transtorno mental leva consigo, além das demandas psiquiátricas, outras necessidades de cuidado que, por vezes, são despercebidas pelos profissionais da ESF que realizam atendimento desse público-alvo, como às demandas de PF. A articulação, portanto, da atenção básica com os serviços de saúde mental é condição fundamental para garantir um atendimento adequado aos pacientes portadores de transtorno mental, a incluir a integralidade de ações e os diferentes cenários de atenção do SUS.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Em visita técnica ao Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, em novembro de 2009, realizada para embasamento desta pesquisa, percebeu-se que o referido município contava com uma rede assistencial de saúde mental articulada com a atenção básica, sendo considerada uma estratégia, comprovada, de melhoria no atendimento para portadores de transtorno mental. Nessa rede, os especialistas em Psiquiatria tinham um papel fundamental de assessorar tecnicamente os profissionais da ESF, facilitando a compreensão e o seguimento dos casos. O compartilhamento de responsabilidades permitia aos profissionais da atenção básica ampliarem a resolubilidade de suas intervenções, contribuindo sobremaneira para expansão da saúde mental no seu território adscrito, superando preconceitos e promovendo a flexibilização da relação com os pacientes e suas diferenças, com o privilégio de vê-los no contexto familiar e comunitário.

Além do avanço na cidade de Belo Horizonte, no País, há outros municípios que trabalham com essa lógica de atendimento para portadores de transtorno mental, como a cidade de Campinas-SP. Para a expansão dessa realidade em outros municípios, torna-se imprescindível a habilitação dos profissionais no atendimento desse público-alvo. Caso contrário, portadores de transtorno mental continuarão a mercê de políticas individualizadas e atitudes profissionais excludentes.

A atual Política Nacional de Saúde Mental tem buscado agir sobre uma rede de atenção que alcance a integralidade das práticas em saúde, com ênfase na humanização e reversão dos moldes, em que se estruturavam as abordagens em saúde mental. Com isso, preconiza-se hoje cuidados de base comunitária que observe as particularidades da vida dos sujeitos. No entanto, as ações da atenção básica ainda refletem as ações do paradigma manicomial, centradas na segregação dos pacientes, na figura do médico e na prescrição de medicamentos, a fim de controlar os indivíduos e mantê-los dentro da normalidade preconizada, permanecendo secundárias ou inexistentes ações que vislumbrem o atendimento integral.

Pesquisas constataam dificuldades inerentes ao campo de saúde mental enfrentadas por equipe atuantes na ESF, como: despreparos de profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico, necessidades subjetivas no cotidiano da assistência, tendência da medicalização dos sintomas, ausência de planejamento que contemple as necessidades exigidas para a execução de uma política de saúde mental (BRÊDA et al., 2005; SOUZA et al., 2007; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Assim, os espaços governamentais, de educação permanente, devem formular estratégias que visem ao suprimento de capacitação dos profissionais da atenção básica. A formação dos profissionais contribui para que, primeiramente, portadores de transtorno mental possam ser recebidos sem barreiras e sem preconceitos nas unidades básicas de saúde. A incorporação do acolhimento e do vínculo, no cotidiano das ações da ESF em relação aos portadores de transtorno mental, aproxima os profissionais para uma abordagem mais compreensiva dos aspectos reais de saúde de portadores de transtorno mental.

O PF é um desses aspectos e deve ser objeto de discussão entre os profissionais da atenção básica e dos serviços de saúde mental. A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer que os profissionais transponham um atendimento meramente voltado para os transtornos mentais. Os aspectos da vida cotidiana dos pacientes devem ser reconhecidos, garantindo a devolução de identidade e cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, cujos direitos estão consubstanciados na Constituição do País.

Dados da presente pesquisa mostram que 24 (74,1%) dos profissionais dos CSF haviam sido capacitados em relação ao PF. Destes, somente um (2,4%) recebeu, na capacitação de PF, abordagem sobre transtorno mental. No concernente à saúde mental, somente 13 (31,0%) haviam recebido capacitação. Tais números demonstram a pouca integração entre os temas, o que poderá refletir em despreparo técnico para lidar com as especificidades do PF de mulheres com transtorno mental. O MS enfoca, nas Diretrizes da

PNAISM, que o atendimento à mulher portadora de transtorno mental deve ser realizado a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda:

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação à prática das ações de saúde. O SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde (BRASIL, 2009, p. 46).

Nessa perspectiva, o cuidado de mulheres portadoras de transtorno mental exige um conjunto de ações que extrapolam o caráter médico assistencialista e reforçam a inclusão social e garantia de uma rede de cuidados, seja na atenção básica ou nos serviços especializados. Caso contrário, o discurso estará desarticulado da prática, por conseguinte, não suprirá às reais necessidades de saúde dessas mulheres.

Os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda tem se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, na capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto a ESF, além da incipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas já existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais. Estes não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem (NUNES; JUCA; VALETIM et al., 2007).

A necessidade de inserir a atenção à saúde mental na dinâmica da ESF é visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é frequente e os quadros são variados. Para tanto, a equipe deve estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários. Assim, este campo torna-se fértil à 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).

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na atenção básica, a Coordenação de Saúde Mental do MS publicou o documento “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário”. O documento enfoca a organização das ações de saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento (BRASIL, 2003a).

O matriciamento constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas

de saúde. Neste arranjo, uma equipe especializada (equipe matriciadora) responsável compartilha casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Este compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, efetivando-se por meio de discussões e intervenções conjuntas (BRASIL, 2005). Desta forma, amplia-se tanto a formação dos profissionais da atenção básica quanto dos profissionais da saúde mental.

O papel da equipe matriciadora passa pelo suporte técnico-pedagógico como retaguarda aos diversos serviços e profissionais da atenção básica vislumbrando potencializar a interatividade resolutiva dos profissionais, formando, assim, uma rede de serviços não burocratizada e eficaz (DIMENSTEIN et al., 2009).

Portanto, o PF, um dos serviços ofertados pela equipe da atenção básica, torna-se necessário, os profissionais responsabilizam-se por atender mulheres portadoras de transtorno mental que necessitem de atendimento nesse campo do cuidado.

Estudo aponta que a prática assistencial cotidiana, desenvolvida em um CAPS, tem suscitado algumas inquietações relacionadas ao cuidado dispensado às mulheres, tornando-se fundamental dirigir a atenção para questões que se revestem de extrema importância, na medida em que abordam a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental e exigem uma reflexão detalhada sobre os aspectos técnicos, científicos, éticos e ideológicos envolvidos (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008). O PF, distintamente, é um aspecto desse cuidado que merece ser alvo de estudos e discussões.

Destarte, o matriciamento deve avançar em suas ações e contemplar, além das questões psiquiátricas, aspectos relevantes do cuidado integral, como as ações do PF. Desta maneira, haverá articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, ou seja, da clínica ampliada, que reconhece em um dado momento e situação singular, a existência de uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

5.2 Condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de planejamento familiar de mulheres com transtorno mental na atenção básica

Dos profissionais entrevistados, 21 (50,0%) haviam recebido alguma demanda de atendimento em PF de portadoras de transtorno mental, indicando ser uma demanda real na atenção básica. Quanto aos profissionais que não haviam recebido este tipo de demanda, questionou-se: seria pela “exclusão” dessas mulheres das ações de PF, consequente ao modo

de ser vista como “assexuada”, “incapacitada para exercer papéis nesse campo” e tantos outros, emanados de familiares, profissionais e da sociedade em geral?

A pessoa com deficiência, muitas vezes, é encarada como um ser assexuado, cuja realização afetiva e sexual é negada, pelo fato de não ser autônoma e independente em determinados aspectos da sua vida, sendo sua sexualidade objeto de diferentes reações numa sociedade pouco sensibilizada para questões relacionadas com um tema que se reveste de polêmica, mitos, crenças e preconceitos. A esse respeito o participante referiu:

Primeiro, temos que trabalhar nosso próprio preconceito, depois o preconceito da sexualidade e transtorno mental. Assim como acontece com os idosos, as pessoas acham que o paciente com transtorno mental é assexuado e não é assim (Enfermeiro, 4 anos de atuação na atenção básica).

O MS traz a sexualidade de pacientes com transtorno mental com uma gama de sentimentos e emoções, implicando numa concepção metodológica específica de troca de conhecimentos e numa reflexão sobre mudanças de comportamento, na qual o profissional que se disponha a engajar-se nessa mudança esteja disposto a confrontar suas emoções e sentimentos, conceitos e preconceitos, compartilhar dificuldades, buscar soluções e tomar decisões (BRASIL, 2002).

A atual assistência aos portadores de transtorno mental enfoca que os aspectos relacionados à sua sexualidade não devem ser negligenciados no cotidiano da atenção psiquiátrica. A sexualidade imprime-se nas concepções dos profissionais de saúde, de modo geral, vinculada ao ato sexual, distanciando-se da amplitude semântica que a compreende. O conceito de sexualidade refere-se à expressão da afetividade, à capacidade de estar e manter-se em contato consigo e com o outro, perpassando, assim, a edificação da autoestima e do bem-estar pessoal. As concepções que os profissionais carregam consigo a respeito da sexualidade dos portadores de transtorno mental influenciam diretamente na forma de ver e agir frente a esse sujeito (BRITO; OLIVEIRA, 2009).

Especificamente na atenção sexual e reprodutiva de mulheres portadoras de transtorno mental, enfermeiros e médicos que lidam com mais afinco com tais questões, devem ter na práxis condutas condizentes com a real necessidade dessas mulheres, ou seja, devem considerar que tais mulheres são susceptíveis a uma gravidez indesejada, a um desejo pela maternidade, ao uso correto e/ou incorreto de métodos anticoncepcionais, dentre outras questões. Devem considerar a real necessidade dessas mulheres em participar do PF, oferecido a outras mulheres intituladas de “normais”.

Estudo realizado no Sistema de Saúde de Fortaleza-CE com 255 mulheres portadoras de transtorno mental identificou nesse público-alvo um perfil gineco-obstétrico semelhante ao da maioria das usuárias de serviços públicos de saúde, evidenciando que mulheres portadoras de transtornos mentais atendidas nos CAPS apresentam riscos reprodutivos comuns à população em geral, urgindo, portanto, ações de PF. As autoras acrescentam que essas mulheres sofrem a intervenção de um sistema de saúde fragmentado que nega a assistência integral e o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. A assistência ao PF oferecida na atenção básica pouco alcança as mulheres portadoras de transtorno mental, estando o histórico contraceptivo destas marcado por atitudes inadequadas de profissionais e familiares, como por exemplo, a consecução da laqueadura tubária realizada sem consentimento da mulher, descumprindo o disposto na Lei do PF (GUEDES, 2007).

Passando a analisar as condutas de enfermeiros e médicos na atenção básica, estas foram organizadas em adequadas e inadequadas, de acordo com a Figura 1, tomando-se por base as recomendações do PF e da Reforma Psiquiátrica.

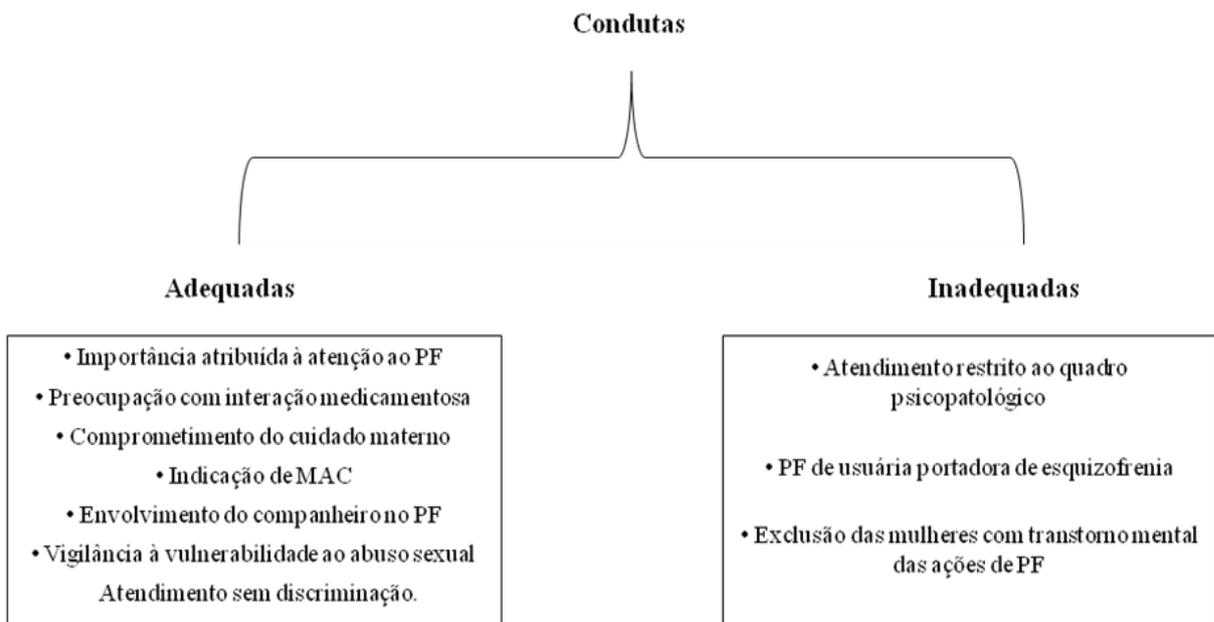


Figura 1 – Condutas de enfermeiros e médicos frente ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.

5.3 Conduitas adequadas à demanda

Estas incluíram: importância atribuída pelos profissionais à atenção ao PF de mulheres com transtorno; preocupação com interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais; com sofrimento psíquico a comprometer o cuidado do filho; indicação de MAC, cujo uso não necessita de autocontrole feminino; envolvimento do companheiro para exercer corresponsabilidade no PF; vigilância à vulnerabilidade ao abuso sexual que essas mulheres estão expostas; e atendimento sem discriminação.

A importância do PF para as mulheres com transtorno mental foi destacada por três depoimentos de enfermeiras participantes.

Já atendi mulheres com problema mental e observei a importância do PF. É importantíssimo para que a mulher tenha o número de filhos, com a realidade que ela tem para promover uma qualidade de vida mínima para a criança (Enfermeira, 13 anos de atuação na atenção básica).

Atendi uma mulher com idade e a mãe dela queria exatamente um encaminhamento para o HGF [referindo-se a um hospital geral local] para ver se conseguia uma ligação, porque disse que o pessoal se aproveitava e ela não tinha como controlar, pois ela sumia de casa. O PF muito necessário para essas pessoas, pois não são pessoas orientadas, não tem condições de responder por seus atos (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

[...] O PF é muito importante para essas mulheres porque se não todo ano é um filho, parto de risco, gravidez de risco e não têm condições de criar os filhos (Enfermeira, 8 anos de atuação na atenção básica).

O primeiro depoimento (enfermeira 13) refere-se à mudança, pois percebe a paciente com transtorno mental, com enfoque de inclusão e de respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Considerando-se que essas mulheres são portadoras de agravos que podem comprometer sua autonomia, logo é imprescindível atenção individualizada em PF, envolvendo o companheiro e outros(s) familiar(es) na tomada de decisão, tratando a relação gravidez/transtorno mental, embora delicada, como um direito sexual e reprodutivo dessa população. Direito garantido pela Lei 9.263 que, em seu artigo primeiro, determina que o PF familiar é direito de todo cidadão (BRASIL, 1996).

Contudo, o direito de PF para mulheres portadoras de transtorno mental deve transcender às questões dispostas em lei, uma vez que o curso da patologia em questão ocasiona situações que exigem olhares e condutas diferenciadas, o que não significam atitudes excludentes. Os dispostos pelas enfermeiras 10 e 8, quando se referem ao abuso sexual, a respeito da orientação, da responsabilização de atos, da gravidez e parto de risco, do número

de filhos e das insuficientes condições de criá-los ilustra essa conjuntura, muito embora alguns desses aspectos sejam condições também inerentes a uma mulher sem transtorno mental.

Os aspectos mencionados denotam a importância e o reconhecimento que os profissionais atribuem ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental, sendo condição inicial para uma prática humanizada, competente e resolutiva. Entretanto, são aspectos que também podem demarcar preconceito e estigma, sobretudo, no concernente às condições de orientação e de responsabilidade de atos.

Outra condição para a efetivação do PF de mulheres com transtorno mental, além do reconhecimento profissional, fica a cargo da vontade política, da organização do próprio sistema de saúde, de acordo com modelos descentralizados, de treinamento apropriado da equipe de saúde que permitam a integração dos esforços dos profissionais de diferentes áreas profissionais.

Nessa perspectiva, toda a equipe de saúde deve reconhecer às necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres em questão, embora, as ações de PF, propriamente ditas, sejam realizadas por enfermeiros e médicos.

Estudo aponta a urgência de superar dificuldades e desafios quando se trata da interface entre saúde da mulher e saúde mental. A problemática decorrente dessa interação evidencia questões complexas, como a gravidez, o PF, a sexualidade e, em se tratando de mulheres com transtornos mentais, acentua a necessidade de se discutir os aspectos éticos, filosóficos, políticos e técnico-científicos envolvidos. Os autores enfatizam que as discussões pertinentes à assistência integral à saúde da mulher exigem, necessariamente, reflexões que se relacionam à melhoria da formação dos profissionais de saúde e a valorização do trabalho interdisciplinar (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

A interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais é uma particularidade do PF dessas mulheres, e foi ressaltado por cinco participantes. Medicamentos psicotrópicos são contraindicados na gestação e amamentação, portanto quando as mulheres precisam interromper o uso, ficam mais susceptíveis à crise. Assim, a prescrição de psicotrópico na gravidez, principalmente no primeiro trimestre, deverá ser realizada somente em caso de urgência (PHEULA; BANZANATO; DALGALARRONDO, 2003). Esta discussão foi salientada na fala a seguir:

Atendi uma paciente que tinha depressão e não podia amamentar porque o psiquiatra do CAPS orientou que ela não amamentasse devido à medicação antidepressiva que ela tomava. Prescreveram um anticoncepcional e a encaminhei para a primeira consulta em PF com a médica (Enfermeiro, 5 anos de atuação na atenção básica).

Observa-se, pois, que os profissionais envolvidos no cuidado a mulheres portadoras de transtorno mental devem ter domínio para lidar com psicotrópicos na gravidez e/ou amamentação, condição que deve ser acompanhada por profissionais preparados, baseado no princípio de avaliação de riscos *versus* benefícios (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

A *Food and Drug Administration* (FDA), que controla o uso de fármacos nos Estados Unidos, classificou os medicamentos em cinco categorias (A, B, C, D e X), por ordem crescente pelo grau de risco. Os psicotrópicos para uso na gravidez e amamentação, em sua maioria, são classificados nas categorias C e D, prescrição de risco e prescrição de alto risco, respectivamente (FDA, 2002). Assim, a gravidez se apresenta como complexa para a paciente psiquiátrica e seu feto, reforçando a importância de ações voltadas ao PF desse público-alvo.

Cuidado do filho comprometido pelo sofrimento psíquico materno foi uma preocupação ressaltada por uma participante:

As crianças são prejudicadas quando suas mães possuem transtorno e não estiver controlada por medicação. Pela fragilidade da mãe, o cuidado da criança fica preocupante (Enfermeira, 13 anos de atuação na atenção básica).

Esse aspecto pode ser contornado pela participação efetiva do companheiro e/ou da família no cuidado ao filho, bem como pela adesão adequada ao tratamento do transtorno, evitando crises.

Estudo realizado com crianças que convivem com mães portadoras de depressão mostrou que a doença pode alterar o contado estabelecido com os filhos. Essas mães perceberam dificuldades em cuidar e se envolver com o cotidiano da criança. O suporte familiar mostrou-se como principal recurso para essas mulheres (MIAN, 2003).

Em contrapartida, deve ser considerada a possibilidade, por meio da aquisição de um papel social, a representatividade positiva da maternidade, motivando essas mulheres a uma postura normalizadora frente ao transtorno mental.

De uma forma ou de outra, os profissionais ao reconhecerem a complexidade da maternidade de mulheres portadoras de transtorno mental, devem considerar o PF como uma ação necessária para essas mulheres. Não somente uma ação interventora para o impedimento de uma gravidez, mas, sobretudo, o reconhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser garantidos, especialmente, por enfermeiros e médicos que realizam o PF no contexto da atenção básica.

O discurso que segue ilustra a conduta de indicação de MAC, cujo uso independa do autocontrole feminino:

A gente está fazendo o matriciamento com uma paciente que não quer ter mais filhos. Tentamos camisinha, mas o parceiro não queria e sobre o comprimido, percebi que ela tem tendência a esquecer. Então foi indicado o DIU (Enfermeira, 4 anos de atuação na atenção básica).

O envolvimento do companheiro na prática contraceptiva foi reforçado por outros participantes, uma vez que alguns transtornos comprometem a cognição e a capacidade de tomada de decisão pela mulher:

Partindo do princípio que em alguns transtornos a cognição delas é insuficiente para os conhecimentos que a gente possa vir a dar, necessitamos de suporte, que seria alguém da família ou alguém responsável por ela (Enfermeira, 3 anos de atuação na atenção básica).

A vulnerabilidade sexual das mulheres portadoras de transtorno mental foi sinalizada em um discurso:

Atendi uma mulher que a mãe dela queria encaminhamento para o HGF [referindo-se a um hospital geral local] para ver se conseguia a ligação, porque o pessoal se aproveitava [referindo-se a abuso sexual para com a filha] e ela não tinha como controlar, pois ela sumia de casa (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

Essa realidade é vivenciada por famílias, cuja paciente sofre de transtorno severo, crônico, para o qual a laqueadura está indicada. Por serem consideradas menos capazes de exercer os atos da vida civil, em casos dessa natureza, a paciente pode ser submetida a um processo de interdição ou curatela, por meio do qual perde parte de sua autonomia, como cidadã, sendo representada por um curador, em geral pessoa de sua família (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 1971).

Quanto ao atendimento ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental ser oferecido sem discriminação, uma participante comentou:

Nós oferecemos orientações às mesmas, como se fosse uma mulher normal, tendo cuidado com a linguagem adequada à realidade dela e fazendo o vínculo para que ela acredite em você (Enfermeira, 13 anos de atuação na atenção básica).

Essa conduta é adequada, pois a participante enfoca que seja utilizada linguagem adequada e que seja estabelecido vínculo com essas pacientes, todavia não se podem negar as especificidades do PF dessas mulheres.

5.4 Condutas inadequadas à demanda

As condutas inadequadas foram: atendimento restrito ao quadro psicopatológico, PF de usuária portadora de esquizofrenia e exclusão das mulheres com transtorno mental das ações de PF.

Os discursos abaixo apontam a desatenção com o PF e descrevem o foco do atendimento tão somente no quadro psicopatológico:

Elas vêm do CAPS com a demanda da saúde mental e já são tantos problemas que não dá para ter um olhar no PF (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

Ninguém da equipe atentou para essa questão [referindo-se a atenção ao PF], foi bom você [referindo-se a entrevistadora] falar, pois agora a gente reforça essa parte (Enfermeira 13 anos de atuação na atenção básica).

Ao focar estritamente o quadro psicopatológico, o profissional dificulta que demandas sexuais e reprodutivas sejam verbalizadas, direito garantido nas políticas vigentes de saúde mental e de saúde da mulher, porém ainda negado na prática.

Uma participante descreveu sua experiência de atender uma paciente portadora de esquizofrenia:

Uma funcionária da minha equipe tem esquizofrenia e no segundo filho a família quis fazer a laqueadura, porque o ideal nesses casos é fazer isso mesmo, porque quantas vezes ela vai voltar a ter relação? E uma pessoa dessa não tem condição de tomar um anticoncepcional oral (Enfermeira, 3 anos de atuação na atenção básica).

A resposta da profissional parece excludente e estigmatizante, pois esquizofrenia é uma patologia de evolução variável, em que 25% dos pacientes evoluem com boa adaptação social e familiar. Outros 25% apresentam-se com sintomas graves da doença e perda de autonomia de algumas atividades da vida diária. Os demais se encontram em uma faixa intermediária de evolução (LOUZÃ; ELKIS, 2007). Portanto, ao abordar o PF de pacientes com esquizofrenia, é importante analisar que somente 25% das pacientes têm um prognóstico que venha a comprometer a maternidade, o que não pode ser generalizado.

O depoimento de um participante remete ao resultado de 50% dos profissionais dos CSF terem realizado algum atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental. Este não condiz com a proposta de inclusão social defendida pela Reforma Psiquiátrica e, em particular, nesse caso, deve-se considerar o apoio familiar e/ou do companheiro:

É praticamente sem necessidade o PF de mulheres com transtorno mental, pois é difícil terem acesso ao posto e às vezes a família a deixa isolada e elas mesmas devido ao problema que tem não se preocupam com o PF (Médico, 3 anos de atuação na atenção básica).

Mediante a dificuldade de acesso dessas mulheres à atenção básica, mudanças se fazem necessárias, pois a porta de entrada da atenção em saúde mental para o sistema de saúde é a ESF. Do aspecto “... a família a deixa isolada...”, é uma situação inaceitável, pois cabe às equipes da ESF, em parceria com o CAPS, retirar essas pessoas do confinamento e incluí-las na vida social e no cotidiano dos serviços de saúde. E, quando a participante afirma “... elas mesmas [referindo-se as mulheres com transtorno mental] devido ao problema que têm não se preocupam com o PF”, percebe-se a necessidade de informá-las quanto à importância do PF, pois como se afirmou antes, são mulheres que, em geral, têm vida sexual e, portanto, estão susceptíveis à gravidez.

O redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, proposto pela Lei 10.216/01, perpassa a promoção da saúde, com participação da família e da sociedade; o tratamento deve ser assistido por uma equipe multidisciplinar, com objetivo permanente de reinserir os pacientes psiquiátricos na sociedade (BRASIL, 2001). A atenção básica é essencial à minimização da demanda de usuários para os CAPS (média complexidade).

5.5 Fatores que interferem no atendimento de PF de mulheres com transtorno mental na atenção básica

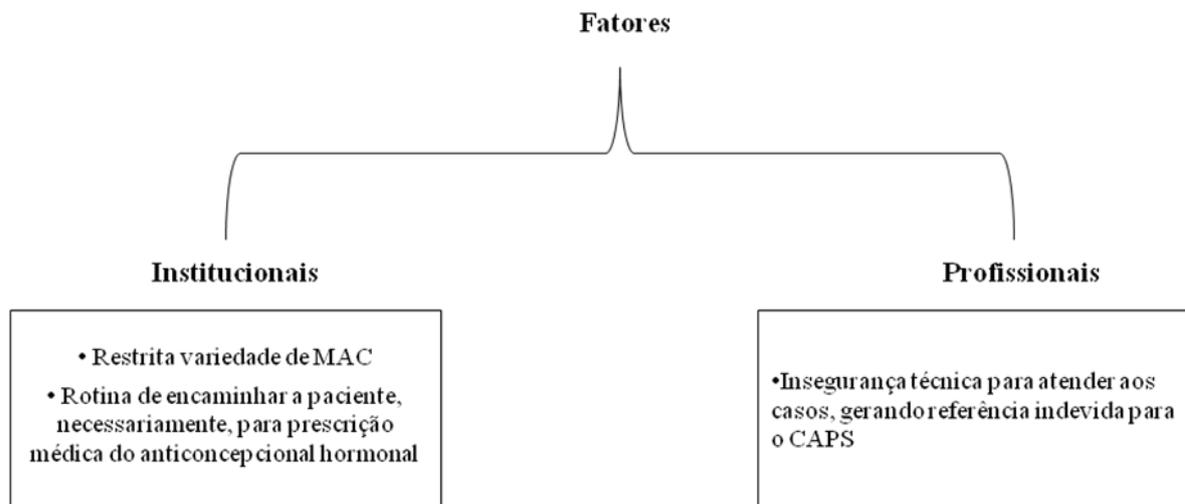


Figura 2 – Fatores que interferem no atendimento de PF de mulheres com transtorno mental na atenção básica. Fortaleza-CE, 2009.

Conforme Figura 2, os fatores que interferem no atendimento de planejamento foram organizados em fatores institucionais e profissionais.

A restrita variedade de MAC disponíveis na atenção básica compromete a qualidade do atendimento ao PF, pois o profissional permanece sem opções para promover a livre escolha do MAC ou indicar o método mais seguro e adequado para a paciente. O DIU, por exemplo, é um método de escolha para mulheres com transtorno mental, pois é de elevada eficácia, não exige autocontrole e não interage com psicotrópicos, porém, conforme depoimento, este é um dos métodos que é ausente no serviço:

Nós mostramos todos os métodos, mas oferecemos só os que têm. Por exemplo, faz um ano que não tem DIU (Enfermeira, 13 anos de atuação na atenção básica).

Embora o SUS preconize a garantia de um atendimento integral, igualitário e de qualidade, a insuficiência e irregularidade na oferta de métodos anticoncepcionais, compromete a qualidade das ações propostas pelo PF. Além disso, o que se observa é a carência de capacitação e acúmulo de funções dos profissionais que atuam nos CSF.

Os profissionais que atuam na área da saúde devem ser capacitados permanentemente, em virtude do surgimento de novos conceitos capazes de assegurar a aplicabilidade de novas estratégias para atender a qualidade e as necessidades na demanda do trabalho em saúde. Portanto, a educação permanente em saúde possui uma concepção pedagógica, com tendências à reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano:

[...] não era um transtorno muito acentuado, mas qualquer coisa acima disso ia ser complicado, pela falta de capacitação nossa. A falta de conhecimento da doença psiquiátrica leva a um mal diagnóstico e você não vai saber dizer o que a paciente pode usar, se a compreensão dela está correta. Acho o paciente psiquiátrico muito complicado (Médico, 3 anos de atuação na atenção básica).

Eu tinha uma visão distorcida da saúde mental. Após um curso que fiz, lido com essa questão com mais tranquilidade (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

A rotina de o enfermeiro encaminhar, necessariamente, a paciente portadora de transtorno mental para o médico prescrever o anticoncepcional hormonal poderá constituir uma barreira ao acesso da usuária ao MAC, devendo ser considerado a restrita variedade dos MAC, discutida anteriormente. Compete ao enfermeiro informar à cliente sobre os MAC, apoiá-la na escolha contraceptiva e prescrever o MAC. A prescrição dos anovulatórios

hormonais está autorizada ao enfermeiro da atenção básica no município de Fortaleza, com base na Legislação do Exercício profissional da Enfermagem (Lei no. 7.498/86) e na Portaria nº. 85/2007, da Secretaria Municipal da Saúde (FORTALEZA, 2007). Todavia, em se tratando de caso crônico, com uso de psicotrópicos, seria prudente obter o apoio matricial.

As experiências das equipes matriciais de saúde mental estão em construção em Fortaleza. A implantação do apoio matricial é um desafio na gestão da Política de Saúde Mental do País nos próximos anos. Este suporte possibilitará a corresponsabilização pelos casos, por meio de discussões conjuntas de cada caso e intervenções multidisciplinares, intensificando a resolubilidade das demandas e, conseqüentemente, reduzindo a demanda nos serviços de alta complexidade em saúde mental.

Ao considerar que a atenção ao PF é atribuição da atenção básica e não do CAPS, conclui-se a atenção a mulheres com transtorno mental poderá requisitar o suporte da equipe especializada em saúde mental, destacando-se a recomendação do MS, no qual explicita que a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2003a).

5.6 Contribuições de enfermeiros e médicos da atenção básica para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental

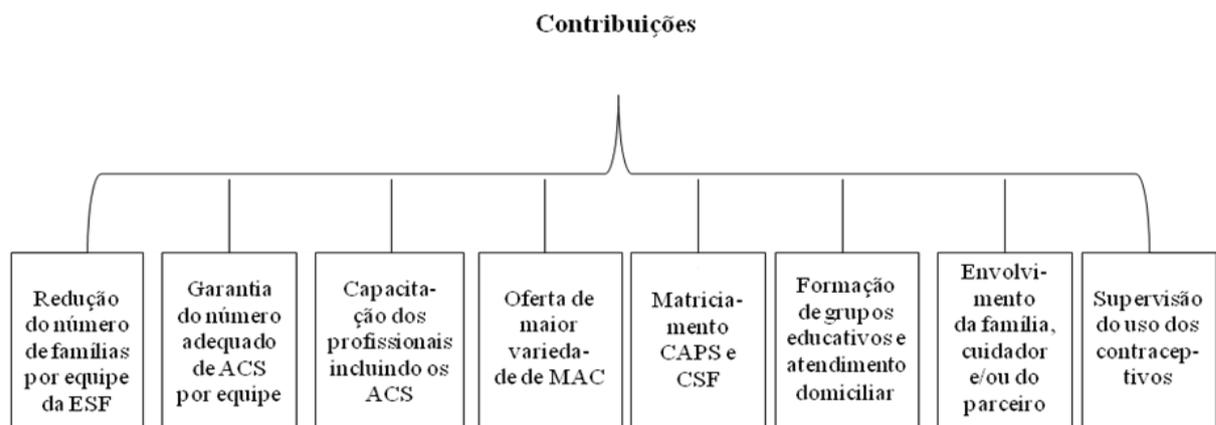


Figura 3 – Contribuições de enfermeiros e médicos da atenção básica para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.

De acordo com a Figura 3, as contribuições dos profissionais foram: redução do número de famílias por equipe da ESF; garantia de número adequado de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe; capacitação dos profissionais em saúde mental, incluindo os ACS; oferta de maior variedade de MAC; matriciamento CAPS e CSF; formação de grupos educativos e atendimento domiciliar; envolvimento da família, cuidador e/ou do parceiro; e supervisão do uso dos contraceptivos.

Novas atividades são incorporadas às ESF, continuamente, motivando certas áreas a não receberem a atenção esperada. Portanto, quatro profissionais sugeriram a redução do número de famílias por equipe, a favorecer um acompanhamento mais próximo das necessidades dessas mulheres, já que este é um grupo que necessita de atenção individualizada em PF, conforme expressou o participante.

A redução de família para cada equipe é imprescindível, porque a cada dia a gente absorve mais e mais atividades relacionadas à família, em todos os sentidos, então é diminuir mesmo as famílias para a gente ter tempo e dar conta (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

Dados do MS apontam que a cobertura populacional estimada para o Brasil da ESF, em 2010, é de 52,25%, com 31.665 equipes implantadas. Para o mesmo período, a cobertura populacional estimada e o número de ESF implantadas no Estado do Ceará e no município de Fortaleza foram de respectivamente 68,61% / 1.824 e 35,53 / 258 (BRASIL, 2010). No entanto, cerca de um milhão e seiscentos mil pessoas, o equivalente a 70% da população de Fortaleza, necessita do SUS de maneira mais efetiva (FORTALEZA, 2007). A baixa cobertura populacional da ESF acarreta o número maior de famílias por equipe a ser cuidada e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade de cuidados específicos, como o PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

A cobertura populacional, estimada para 2010, dos ACS quando comparada a da ESF no município de Fortaleza é maior, como 55,61% (BRASIL, 2010). Todavia, dois profissionais chamaram a atenção para a garantia do número desejado de ACS, visto que esses são os que têm contato com as famílias nos domicílios e, portanto, maiores chances de identificar as mulheres portadoras de transtorno mental que precisam de acompanhamento em PF. Pois, sendo a cobertura por ACS insuficiente ou inexistente, a identificação e captação desse grupo populacional poderá ser mais ameno.

O discurso abaixo ilustra um dos nove profissionais que propuseram capacitação da equipe, incluindo os ACS, a abranger os temas de PF e saúde mental associados, de modo

a discutir as especificidades nessa área do cuidado e assim desmistificar as condutas profissionais que representam barreiras ao atendimento adequado.

Diria que o principal é reduzir o número de famílias, ter agentes de saúde suficiente, ter recurso e capacitação também desses agentes de saúde para que eles sejam capazes de reconhecer essas pessoas com transtorno, pois se o agente não tem a percepção do todo da família, essa pessoa vai passar despercebida (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica).

Dois profissionais apontaram a necessidade de ser ofertada uma maior variedade de MAC nos CSF, pois a pouca variedade obriga o profissional e a mulher a manter o uso do método que está disponível, mesmo sendo o menos indicado.

No caso de mulheres portadoras de transtorno mental, o uso dos anticoncepcionais orais deve ser procedido com cautela por ser um método autoadministrado, cabendo ao profissional avaliar a capacidade da usuária para assumir a responsabilidade pelas tomadas diárias e em horário regular. Nestes casos, o envolvimento do parceiro e/ou de um familiar é fundamental.

O matriciamento foi reconhecido por dois profissionais como uma estratégia importante à resolubilidade das demandas de PF de mulheres portadoras de transtorno mental, contribuição relevante, pois é uma metodologia que favorece aproximar equipes da ESF e dos CAPS em prol do usuário e do fortalecimento do desempenho técnico na ESF.

Ainda a esse respeito, um participante, sugeriu que o próprio CAPS oferecesse atenção em PF, ressaltando a dificuldade de acesso e atendimento dessas pacientes nos CSF.

Acho que deve ter um serviço no próprio CAPS, porque lá é o lugar mais fácil de encontrar essas pacientes. Como elas já estão lá, esse seria o local ideal para fazer o atendimento. Melhor do que mandar esse paciente pra casa sem nenhum planejamento. Muitas vezes esses pacientes não vêm pra unidade básica, ela só vai para o CAPS (Médico, 4 anos de atuação na atenção básica).

Todavia, essa contribuição contradiz a proposta de organização da atenção básica e a determinação de o PF ser uma ação prioritária desse nível de atenção. No entanto, os profissionais especialistas em saúde mental devem reconhecer que mulheres portadoras de transtorno mental possuem necessidade de atenção em PF para, assim, realizarem as devidas orientações e/ou encaminhamentos. Dessa forma, se constrói a clínica ampliada, respaldada pela consciência que o paciente não é de responsabilidade apenas de um serviço. Este se

encontra inserido em um sistema que deve priorizar as ações conjuntas e, conseqüentemente, integrais.

Dois profissionais afirmaram que a atenção a esse grupo deve ser individualizada, mas que grupos educativos possam funcionar e que o cuidado seja extensivo à família, com realização de visita domiciliária, ação que favorece a compreensão da dinâmica familiar. A esse respeito um deles afirmou:

Essa mulher [se referindo a pacientes com transtorno mental] deve ser atendida individualmente. Outra maneira é a participação delas nos grupos. Aqui na atenção básica nós trabalhamos muito com grupos educativos e seria interessante nós fazermos um grupo pequeno com mulheres com esse tipo de patologia, incluindo os familiares, facilitando a interação no momento da visita domiciliar (Médica, 2 anos de atuação na atenção básica).

Uma participante ressaltou a importância de o cuidador compreender que a intenção do profissional é resguardar a decisão da paciente nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, o cuidador precisa ser orientado quanto aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres portadoras de transtorno mental. Outras duas propuseram um acompanhamento em PF supervisionado pelos ACS, como se realiza na atenção aos portadores de tuberculose e em caso de intercorrência, o ACS seria uma ponte entre o CSF e a usuária.

A gente se sente impotente na questão psiquiátrica, como abordá-la. Tem que ter um acompanhamento melhor com o ACS, fazer até como se fosse o DOTS no caso da tuberculose, fazer a dose supervisionada se ela tiver com o anticoncepcional oral, ou se for o injetável, tinha que ter um controle com o agente de saúde, teria que ser nosso elo (Médica, 9 anos de atuação na atenção básica).

Assim como se faz a DOTS pra tuberculose, poderia fazer um PF supervisionado e se tivesse alguma intercorrência o ACS faria a ponte que ele já faz com os pacientes de uma forma geral (Enfermeira, 8 anos de atuação na atenção básica).

Pode-se reconhecer essa ideia como mais uma estratégia, porém deve ser reservada aos casos em que nenhum familiar ou pessoa de apoio comunitário esteja disponível. A viabilidade poderia ser testada, sem perder de vista a necessidade de treinar e ampliar os ACS.

5.7 Percepções e contribuições da equipe do CAPS para a organização e oferta da atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental

A idade dos oito participantes do CAPS variou de 29 a 55 anos, sendo seis do sexo feminino. Quatro profissionais atuavam na área da saúde mental há dois anos e os demais há um, quatro, cinco e quinze anos. Todos afirmaram ter recebido algum tipo de formação/atualização na área de saúde mental.

O MS, reconhecendo a necessidade de qualificar as discussões em torno das novas ações de Saúde Mental, investiu na educação profissional. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, em agosto de 2007, foram definidas novas diretrizes e estratégias para a implementação, tramitação e financiamento das Ações de Educação na Saúde que passaram a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde. A nova portaria reforçou a responsabilidade do SUS na gestão da educação em saúde e na qualificação profissional dos trabalhadores, colocando os CAPS, juntamente com as equipes da ESF e as equipes de saúde bucal, como componente do primeiro grupo de critérios para a distribuição de recursos aos municípios (BRASIL, 2007c). Assim, o grupo pesquisado já pode ter sido beneficiado por essa ação.

Os serviços de saúde mental dependem muito mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos para conduzir os tratamentos e sustentar as relações terapêuticas. A habilidade dos profissionais é central e influencia os usuários na escolha, adesão e continuidade das terapêuticas aplicadas, de forma que a natureza do trabalho em saúde mental implica no envolvimento psico-afetivo e na competência técnica, que se não aprimorada poderá prejudicar o papel profissional e a qualidade da assistência. Assim, o recurso humano deve ser visto como um componente dinâmico que necessita de apoio e investimento educativo permanente.

O novo modelo de cuidado em saúde mental também implica no trabalho em equipe, capaz de conhecer e responder às necessidades sociais e de cuidado em saúde do conjunto da população sob sua responsabilidade. A partir da definição de prioridades, a equipe deve produzir e acompanhar projetos terapêuticos participativos, orientados pelas necessidades dos pacientes, de acordo com seus contextos de vida familiar e comunitário. Estes projetos devem responder às demandas assistenciais adequadamente, por meio de ações de proteção, que reduzam a vulnerabilidade pessoal e social das pessoas com transtorno mental, estimulando a participação social e favorecendo o exercício dos direitos de cidadania dessa população (MÂNGIA, 2009).

O reconhecimento de que mulheres portadoras de transtorno mental possuem necessidades específicas no campo do PF, traduz projetos terapêuticos que valorizem seus direitos em relação às questões sexuais e reprodutivas.

Tal situação foi corroborada quando seis, dos oito profissionais participantes, informaram já ter realizado atendimento de mulheres portadoras de transtorno mental com demanda de PF. Porém, todos responderam não desenvolver nenhuma ação voltada ao PF, no CAPS. Resultado coerente à orientação da organização do SUS, visto ser o PF uma atribuição das equipes da ESF, que devem referenciar para nível de maior complexidade tão somente as pacientes que desejam os métodos cirúrgicos de anticoncepção e as que apresentem situações complexas de infertilidade. Todavia, nos casos de doenças crônicas, pacientes com complicações e situações especiais, é importante que as equipes da ESF recebam apoio técnico das equipes especializadas, que no caso da mulher portadora de transtorno mental, seriam as equipes dos CAPS (BRASIL, 2002). O apoio técnico, referido pelo MS, atualmente é visto como uma metodologia de gestão de trabalho interdisciplinar em saúde, denominada de apoio matricial ou matriciamento.

O matriciamento objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, como os mecanismos de referência e contrarreferência. O matriciamento pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes beneficiadas, devendo ser uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre equipes beneficiadas e os especialistas que oferecem apoio. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes das equipes apoiadas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Uma vez o PF sendo uma atribuição da atenção básica, os profissionais dos CAPS devem encaminhar as mulheres com necessidades nessa área do cuidado para os CSF, favorecendo o compartilhamento de responsabilidades e, conseqüentemente, a consolidação organizacional do SUS.

O CAPS é responsável pela atenção em saúde mental dos pacientes atendidos nessa instituição, sendo que um de seus desafios é ultrapassar muros e tornar-se um lugar que não apenas atenda tecnicamente bem às pessoas com relação ao sofrimento mental em si, mas que promova uma articulação social e intersetorial, principalmente no que se refere à ESF (DELFINI et al., 2009). Portanto, o atendimento de mulheres portadoras de transtorno mental, por parte dos profissionais dos CAPS, não deve limitar-se às questões psiquiátricas, ou seja, a

percepção de tais profissionais deve constituir passo inicial para a efetivação desse atendimento, a gerar encaminhamento para a atenção básica e a cumprir com a visão integral sobre a paciente.

Apesar da resposta negativa de todos os profissionais do CAPS a respeito do desenvolvimento de atividades de PF no próprio CAPS, foram relatadas nas entrevistas demandas para atenção em PF desse público-alvo, ilustrando a percepção dessa abordagem, conforme discutido anteriormente.

Baseado na Figura 4, as demandas foram sintetizadas nas seguintes temáticas: solicitação de informações por parte dos familiares para lidar com a paciente sexualmente ativa; pacientes susceptíveis à violência sexual e à gravidez (pacientes sem companheiro fixo e cuja participação do companheiro no PF é negada ou ausente); pacientes com depressão e que fazem uso de droga teratogênica (carbonato de lítio).

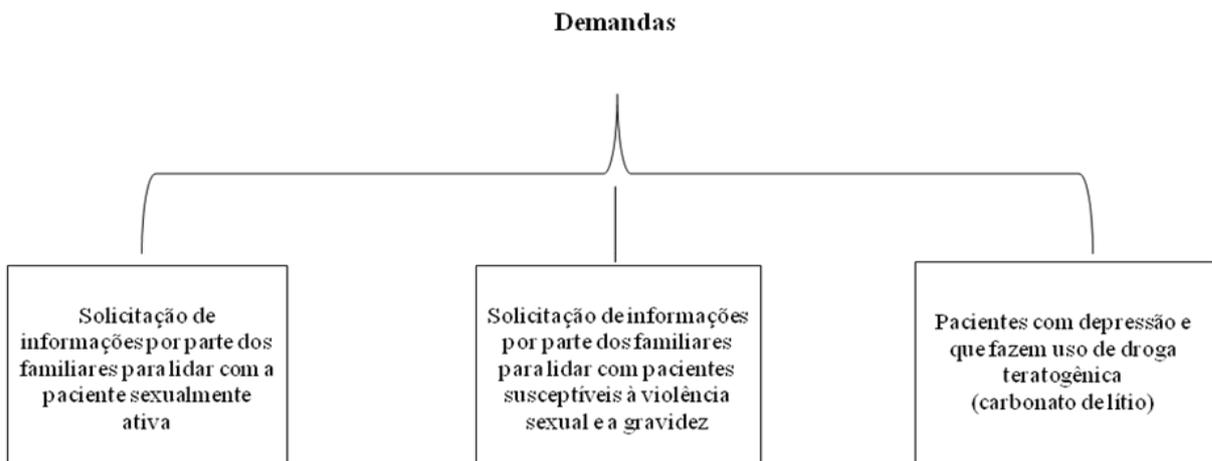


Figura 4 – Demandas de PF percebidas por profissionais do CAPS. Fortaleza-CE, 2009.

Do exposto, observa-se real necessidade de atenção dessa clientela em PF, sendo narradas situações específicas, cujas equipes da ESF poderiam atender com suporte técnico dos especialistas da área da saúde mental (CAPS), ressaltando a importância do matriciamento como estratégia.

Quando familiares solicitam informações para lidar com a paciente sexualmente ativa, conforme descreveu a participante a seguir, é importante que as particularidades gerais do PF desse grupo alvo sejam levadas a efeito e cada situação seja analisada individualmente.

[...] os familiares têm preocupação que uma gravidez indesejada ocorra com a paciente, eles buscam informações e são os primeiros a relatarem se o paciente tem companheiro, até porque seria inviável o transtorno e uma gravidez (Auxiliar de Enfermagem, 1 ano e 8 meses de atuação no CAPS).

As particularidades do PF de mulheres portadoras de transtorno mental incluem a hereditariedade de alguns transtornos mentais, como o transtorno bipolar que possui importante fator genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão que envolvem múltiplos genes, estando estes sob influência de fatores ambientais; as internações psiquiátricas e/ou crises de sofrimento psíquico, que poderão interferir na prática anticonceptiva, nos papéis de mãe, bem como freqüência às consultas do pré-natal e adesão às medidas de cuidado; uso de anticoncepcionais que exige autocontrole feminino poderá ser comprometido por comportamento alterado, perda de autonomia e da capacidade de discernimento da usuária em sofrimento mental; necessidade de envolvimento do companheiro e/ou familiares nas escolhas reprodutivas e contraceptivas de determinadas pacientes e em determinados momentos de sua vida (períodos de crise); uso de psicotrópicos, em que parte destes (os anticonvulsivantes) apresentam interação medicamentosa com os anticoncepcionais hormonais orais e outros que podem provocar efeitos teratogênicos quando ingeridos na gestação (o carbonato de lítio) (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

Quando a participante afirmou que “seria inviável o transtorno e uma gravidez”, pôs-se um contraponto, uma vez que essa mensagem não deve ser generalizadora, pois prejudica os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas portadoras de transtorno mental. Cada caso deve receber um julgamento clínico diferenciado, pois os transtornos episódicos não devem ser interpretados como transtornos crônicos ou de prognóstico e controle terapêutico mais complexos. Estudo realizado com dez mulheres em Ribeirão Preto-SP afirma que a maternidade pode melhorar certos sofrimentos psíquicos, o que corrobora esta discussão. As participantes com pelo menos um filho na faixa etária de 7 a 12 anos discorreram sobre o acometimento materno por enfermidade mental e afirmaram que esta pode afetar negativamente a qualidade das relações afetivas e familiares. Todavia, apesar das dificuldades para desempenhar o papel de mãe, essas mulheres apontaram a maternidade como um evento “normalizador” de sua vida adulta. As entrevistadas apresentaram, em comum, o fato de terem vivido pelo menos uma gravidez não planejada, como uma experiência associada à necessidade de se encontrarem diante do exercício da maternidade. Revelou-se, ainda, que essas mulheres tinham a necessidade de se reconhecerem em sua função materna para que permanecessem lutando com as limitações impostas pelo transtorno mental (SOARES; CARVALHO, 2009).

As mulheres com transtorno mental mantêm sua sexualidade, inclusive parte destas a vivência sob impulsividade e de modo exacerbado, sendo necessária uma rede integrada de serviços de atenção básica/CAPS, com profissionais envolvidos e capacitados

para lidar com esse cuidado específico, a abranger familiares, tornando-os também cuidadores. A equipe profissional deve ser conhecedora das particularidades que permeia a sexualidade dessas mulheres, dentre as quais destacam-se: a hereditariedade de alguns transtornos mentais, a presença de internações psiquiátricas como causa de interrupção da anticoncepção, o uso de anticoncepcionais que independem do controle pessoal, a interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais orais, a participação do parceiro e/ou de familiares na prática anticonceptiva.

Conhecer as redes sociais das mulheres portadoras de transtorno mental, num sentido mais amplo, também favorece que os recursos terapêuticos e psicossociais aplicados atendam suas necessidades do PF. Familiares, vizinhos, ACS, líderes comunitários e outros atores sociais representam importante apoio para essas mulheres. Assim, as equipes das ESF, uma vez conhecedora dessa realidade, poderão fortalecer esses vínculos e utilizá-los na promoção do PF desta clientela.

A susceptibilidade dessas pacientes à violência sexual e à gestação, por razões como o relacionamento com parceiro eventual e a não participação do companheiro no PF foi destacada por dois participantes:

[...] ao contrário do que se pensa, o paciente com o transtorno mental mais grave tem vida sexual ativa [...] e as mulheres são mais suscetíveis à violência sexual [...]. A gente vê muito pessoas com retardo mental grave estupradas e estão grávidas, isso é relativamente frequente (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

Recebi uma usuária que tinha sofrido violência sexual e já tinha 5 filhos. Ela estava numa situação muito ruim e a gente já tinha visto a questão do PF. Ela queria fazer laqueadura tubária. A gente encaminhou e ela conseguiu (Assistente social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

A violência contra essas mulheres constitui problema de saúde pública, pois além das pressões impostas a elas devido às suas responsabilidades enquanto mulher e mãe, também são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual (SANTOS, 2009).

Vários fatores contribuem para a violência sexual em deficientes mentais: aumento de dependência de outras pessoas para cuidados em longo prazo; negação de direitos humanos, resultando em uma percepção de ausência de poder tanto pela vítima quanto pelo agressor; percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor; dificuldades da vítima em fazer com que os outros acreditem em seus relatos; menor conhecimento por parte da vítima do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade; isolamento social,

aumento do risco de ser manipulado por outros; potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos; e dependência econômica por parte da maioria dos portadores de transtorno mental (STRICKLER, 2001).

Assim, é importante alertar às mulheres diagnosticadas com transtorno mental e seus familiares sobre os riscos da violência sexual, orientando-as quanto à importância da vigilância e prevenção de exposições a situações suspeitas ou de risco e informando-as que tal fato é crime, devendo ser denunciado e o agressor punido.

Diante do risco de violência sexual contra esse público, associado muitas vezes à autonomia prejudicada e, conseqüentemente, a uma gravidez não planejada, os métodos contraceptivos que independem do controle pessoal, como o DIU, injetáveis e laqueadura tubária se tornam de primeira indicação. Todavia, são métodos que não protegem das DST, constituindo uma limitação (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

Não se trata, contudo, de estimular mulheres com transtorno mental à atividade sexual, mas de oferecer-lhes informações sobre o próprio corpo, a libido, a masturbação, as possibilidades de gravidez e de DST, promovendo a preservação de sua dignidade (BARROS; WILLIAMS; BRINO, 2008).

Além dessa exposição à gravidez, em decorrência da violência sexual, parte dessas pacientes não tem parceiro fixo e quando tem este não se responsabiliza pelo PF. Isto é comum na população masculina, em geral, devendo ser abordado com elevada prioridade na existência do transtorno mental, em que o cônjuge deve exercer uma corresponsabilidade mais substancial com relação ao PF (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009). A este respeito uma participante ressaltou:

A gente já trabalhou com muitas mulheres que tinham filhos, mas é muito difícil o PF, pois às vezes elas não tem companheiro fixo ou o companheiro não participa. É importante a participação do homem no PF (Enfermeira, 17 anos de atuação no CAPS).

Mulheres com depressão decorrente de transtorno bipolar ou depressão puerperal foram outras demandas narradas pela equipe do CAPS, o que destacou a participante:

A maioria das pacientes está com filhos crescidos e não quer mais engravidar, e muitas estão laqueadas [...]. Existem mulheres que estão em idade fértil e por conta da medicação pesada não podem engravidar [referindo-se ao transtorno bipolar], se engravidar precisa parar de tomar o lítio e se deixar de tomar o estabilizador de humor, é comprometimento certeza (Assistente social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

Nesse depoimento entra em cena demandas por anticoncepção de mulheres que estão satisfeitas com a prole e que não mais desejam conceber; mulheres que já laquearam, sendo relevante manter a atenção voltada ao sexo seguro; e o aspecto particular relacionado às usuárias de carbonato de lítio, medicamento teratogênico ou que quando tem o uso suspenso, pode acarretar crise psiquiátrica. Portanto, a avaliação do risco benefício de sua utilização nesses casos é complexa, merecendo avaliação conjunta do médico e/ou enfermeiro da atenção básica com médico especialista do CAPS.

Percebe-se, pois, que a integração das equipes da atenção básica com o CAPS é condição primordial para a efetivação de um atendimento voltado para as reais necessidades de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do PF.

Conforme se afirmou, nenhum dos profissionais entrevistados declarou realizar ações voltadas ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental, todavia, quatro participantes informaram:

Quem aborda esse assunto aqui é a médica ou a enfermeira, mas há um esforço para que seja feito pelas equipes da ESF. O CAPS é especializado e o PF é para a atenção básica [...] quando a gente percebe essa demanda, a gente faz a orientação devida, mas encaminha e matricula com a atenção básica (Assistente social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

Tem o pessoal da enfermagem aqui que dá a orientação (Pedagoga, 4 anos de atuação no CAPS).

[...] quando a gente percebe que é um PF simples, em que a pessoa sente uma ansiedade ou uma depressão, aí é prescrever uma pílula, ou uma coisa assim, a gente faz uma orientação. Quando é um caso de pessoas suscetíveis a sofrer alguma violência sexual ou mulheres com dificuldade de compreensão melhor, aí a gente encaminha para o pessoal da enfermagem para essa orientação aqui do CAPS, pois infelizmente mandar os pacientes para a atenção básica não é uma via de duas mãos, a gente vive recebendo pessoas que eram para estar na atenção básica, mas eles não dão contrapartida (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

[...] o que a gente faz é dar uma orientação quanto à importância do PF nos grupos, mas não é uma ação de PF específica. A gente trabalha bem para trazer o marido junto e encaminha para o posto (Enfermeira, 17 anos de atuação no CAPS).

Observa-se nesses depoimentos que as ações dessa equipe se configuram como assistemáticas e esporádicas, havendo o reconhecimento de que são ações para serem oferecidas na atenção básica, o que pode justificar todos terem respondido sobre a não realização do atendimento em PF no CAPS. Porém, as opiniões dadas foram todas coerentes.

Ressalta-se que sendo a atenção básica responsável pelo provimento do PF, não exclui o olhar ampliado e integral que os profissionais dos CAPS devem ter com as pacientes,

aspecto pautado no princípio da responsabilidade compartilhada. Tal princípio possibilita ações integradas, definindo atuação mais completa, na qual cada equipe possa ora ser responsável direto pelo cuidado ou ação produzida, ora corresponsável, na tentativa de construir diversos dispositivos capazes de produzir saúde, reduzindo os encaminhamentos desnecessários.

A produção da saúde de pacientes portadores de transtorno mental passa, atualmente, por reformas estruturais de modo a atingir um maior grau de resolubilidade, respaldadas pelo matriciamento. Nesta linha, as equipes de referência são responsáveis por ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos em médio e longo prazo, promovendo o vínculo e a responsabilização. Esta estratégia ainda está sendo internalizada pelos profissionais de Fortaleza-CE e os serviços ainda são pontuais, mas as primeiras iniciativas já estão em processo. A ideia é inovadora e deve ser ampliada na medida em que a interação entre os profissionais está sendo estabelecida (FIGUEIREDO, 2006).

No campo do PF, para que haja essa interação, devem ser consideradas todas as questões que envolvem as equipes da atenção básica ou do CAPS.

Como dificuldades para lidar com as demandas de PF no CAPS, os profissionais ressaltaram ausência de companheiro e de familiares na consulta; tempo insuficiente para o atendimento; necessidade de capacitação técnica para a equipe do CAPS e da atenção básica; e indisponibilidade dos MAC no CAPS. Os depoimentos a seguir ilustram, respectivamente, cada dificuldade relatada:

[...] a maior dificuldade é o transtorno em si, porque muitas vezes a paciente vem sem acompanhante, aí não sabe as informações sobre a sua vida sexual, se limita a não falar sobre essa questão, de manter esse tipo de diálogo (Auxiliar de Enfermagem, 1 ano e 8 meses de CAPS).

[...] tenho 15 minutos para consultar um paciente. Tenho que ver a medicação, os sintomas que é a nossa principal área, só que o atendimento não se resume a isso, traz questões familiares, sociais, do PF, então em face ao tempo é inviável a gente fazer isso e a gente sabe que o PF é da atenção básica (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS)

[...] Os profissionais da rede básica não estão preparados para quase nada, porque tudo eles mandam para cá [se referindo ao CAPS]. Os profissionais devem estar capacitados, pois como não tem capacitação, não é nem culpa deles. Mas também ocorre que a maioria não tem interesse por essa área (Terapeuta Ocupacional, 5 anos de atuação no CAPS).

Fica sempre uma discussão se as camisinhas que vem devem ficar aqui no CAPS, se devem depender do profissional médico ou do enfermeiro oferecer. Eu sei que se houvesse os métodos aqui no CAPS e se houvesse um treinamento específico para isso, principalmente do pessoal da enfermagem, certamente facilitaria (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

Esse último depoimento sinalizou traços de indefinição na competência do PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Pois, sendo o PF atividade pertencente à organização da atenção básica, os MAC devem ser oferecidos nesse nível de atenção.

Três profissionais entrevistados relataram a importância do contexto familiar nessa abordagem, ressaltando a participação da família. Dependendo do tipo de transtorno mental, as mulheres podem ter algum déficit de atenção e cognição, tendo dificuldade para apreenderem as informações necessárias à tomada de decisão e autonomia para a prática anticoncepcional adequada. Portanto, obter uma relação de confiança com a paciente é fundamental para promoção do cuidado em PF. Considerando-se que essas mulheres são portadoras de agravos que podem comprometer sua autonomia, é imprescindível uma atenção individualizada, envolvendo o companheiro e outros(s) familiar(es) significativo(s) na tomada de decisão (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

Os profissionais destacaram o apoio matricial como instrumento significativo para amenizar essa lacuna, identificando situações específicas que podem ser acolhidas no contexto da atenção básica e em outros casos, na atenção especializada de saúde mental, os CAPS. Essa estratégia foi amplamente aceita pelos profissionais entrevistados, ressaltando a importância da integração entre CAPS e atenção básica, no sentido de compartilhar casos e reunir conhecimentos para melhor atender:

Acho que deveria ter uma capacitação para os profissionais, pois nos postos o atendimento é muito segmentado. Quando vai para o matriciamento, é uma equipe, vários olhares (Auxiliar de Enfermagem, 1 ano e 8 meses de atuação no CAPS).

O matriciamento está funcionando para discutir esse tipo de atendimento. O investir na formação, na qualificação profissional, é o caminho mais acertado para você ter o reconhecimento das outras unidades que compõem a rede (Psicóloga, 2 anos de atuação no CAPS).

Quanto ao tempo insuficiente para o atendimento desejado, é sabido que o CAPS deve realizar acompanhamento clínico e promover a reinserção social dos pacientes, articulando a reconstrução familiar, a reinserção ao trabalho, ao lazer, sendo visto como uma instância social na promoção da qualidade de vida, de acesso aos direitos civis e de fortalecimento dos laços familiares e comunitários, além de oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Enfim, são muitas as ações a serem desenvolvidas e para tanto é necessária a organização dos recursos humanos, da definição de papéis e da quantidade de pacientes por CAPS (DELFINI et al., 2009).

A atenção básica deve ser o local do primeiro acolhimento de pacientes portadores de transtorno mental, contudo é visível a forma como esses pacientes são desassistidos, dificuldade apresentada pelos profissionais do CAPS, que como serviço secundário, deveria receber somente os casos mais graves de transtorno. Há descrédito no encaminhamento dos pacientes para a atenção básica, que ao serem encaminhados não oferecem contrarreferência. Os pacientes acabam perdendo-se na rede de saúde que deveria garantir o cumprimento da integralidade das ações (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

As atividades grupais e a presença do familiar no atendimento, citada também com dificuldade, foram apontadas como facilitadoras para o atendimento em PF de mulheres com transtorno mental no ambiente do CAPS, conforme exemplificam os depoimentos:

[...] quando você tem um familiar presente e boa parte da nossa clientela tem, você tem como intermediar, tirar dúvidas, tem um acesso melhor ao cliente (Auxiliar de Enfermagem, 1 ano e 8 meses de atuação no CAPS).

Nos grupos, os relatos ficam mais comuns, porque eles se abrem muito e conversam com outros profissionais (Pedagoga, 4 anos de atuação no CAPS).

Os grupos terapêuticos têm sua importância no tratamento de portadores de transtorno mental, visto que é um lugar privilegiado para trocas de experiências, nos quais os pacientes auxiliam-se mutuamente na superação de seus problemas, ou seja, a condição de socialização estabelecida nos grupos possibilita a transformação pessoal. Ao criar laços de solidariedade entre os participantes e os profissionais, o grupo constitui uma comunidade que se relaciona a partir das lentes da cultura pelas quais as pessoas enxergam o mundo, portanto os pacientes sentem-se à vontade para discutir e interagir sobre os assuntos que são de seu interesse, facilitando o atendimento e a compreensão de suas dimensões pelos profissionais (LEMOS; CAVALCANTE JÚNIOR, 2009).

As facilidades apontadas pela equipe do CAPS para o atendimento de mulheres portadoras de transtorno mental em relação ao PF devem se reverter em contribuições que, efetivamente, tornem essas mulheres menos susceptíveis à gravidez indesejada, por exemplo.

Conforme Figura 5, algumas contribuições foram destacadas pelos participantes e se relacionaram ao uso de anticoncepcionais orais combinados nos casos mais leves e o encaminhamento para a laqueadura tubária das pacientes em estado mais grave e com elevado risco de engravidar; acompanhamento contínuo no uso de medicamentos e no caso do carbonato de lítio, atenção sobre os riscos teratogênicos, pois uma vez sendo suspenso o uso, deve-se ter ciência da maior susceptibilidade das pacientes às crises; a importância do papel

familiar; e ao estímulo à participação do parceiro e da família nos grupos de família e na visita domiciliária.

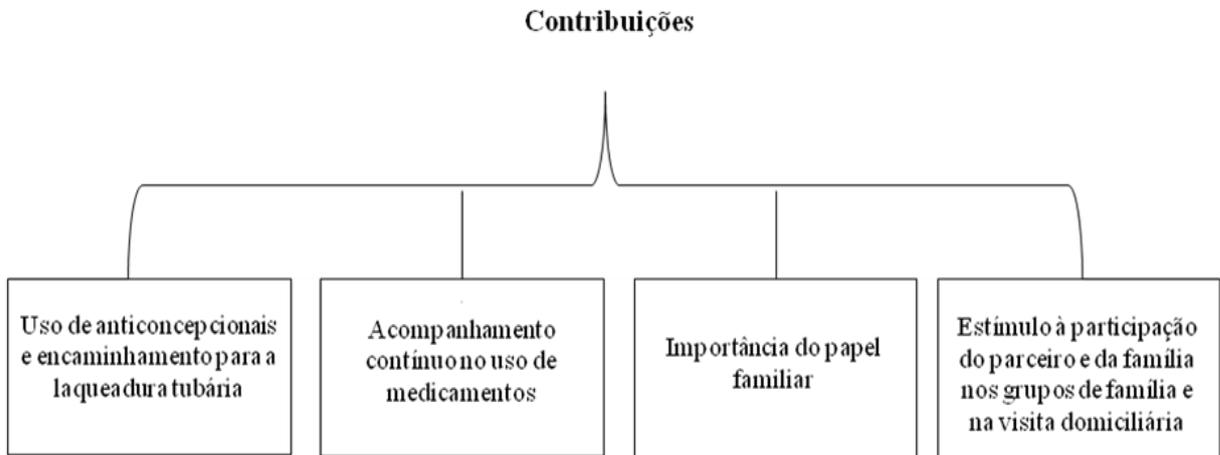


Figura 5 – Contribuições de profissionais do CAPS para favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental. Fortaleza-CE, 2009.

Outros participantes acrescentaram o papel da enfermagem nas orientações sobre o PF:

Dependendo de cada caso, a gente encaminha e conversa com outros profissionais. Eu, particularmente, encaminho para a enfermagem. O que dificulta é que o grupo, às vezes, tem muita rotatividade e não tem como acompanhar junto com a profissional a evolução do caso (Terapeuta ocupacional, 5 anos de atuação no CAPS).

Para tanto, a equipe de enfermagem precisa conhecer e compreender esse contexto para oferecer apoio adequado e informações necessárias a cada paciente; ajudar a portadora de transtorno a ser participante ativa do processo terapêutico, agregando seu núcleo familiar. Assim, é preciso incentivar a paciente e seus familiares à compreensão da doença e dos demais aspectos da sua vida, incluindo o aspecto sexual e reprodutivo e o PF. Deve-se destacar que cada profissional da saúde tem suas funções específicas e que devem ser realizadas da melhor forma possível, contudo cada profissional é responsável também pela integralidade das ações de saúde, portanto deve oferecer apoio aos outros profissionais, acompanhando a evolução dos casos e contribuindo com conhecimento e ações.

As opiniões da equipe CAPS, quanto ao campo de atendimento em PF das mulheres portadoras de transtorno mental, foram polarizadas, pois parte defendeu que essas pacientes fossem atendidas na atenção básica, mas este serviço é negado e os profissionais encontram-se despreparados para atender a esse público alvo; outros defenderam que elas

deveriam permanecer no CAPS, mas neste local não são oferecidos os métodos anticoncepcionais e quando disponível o preservativo masculino, questiona-se acerca da oferta do preservativo no CAPS, além da sobrecarga de trabalho desses profissionais.

Em meio a estes argumentos, percebeu-se que essas mulheres estiveram desamparadas no que se refere ao PF e a várias outras áreas da sua saúde, como manifestado por uma participante:

[...] Uma pessoa não é só o transtorno mental, não é só uma pedra na vesícula, não é só uma dor de cabeça, ela é um todo [...] Se você olha no modelo biomédico em que você olha para a doença, infelizmente acontece muito isso, você não vê o portador de alegria, de uma história de vida, que namora, beija, compra, sai, toma banho de mar. A gente tem o matriciamento porque senão, a gente vai abranger muita coisa e não vai dar conta [...] (Assistente social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

Essa discussão reforça a relevância deste estudo, no sentido de fomentar a corresponsabilização da atenção básica e do CAPS no cuidado das pessoas com transtorno mental com necessidades no campo do PF.

5.8 Aproximação dos participantes aos dados da primeira etapa da pesquisa

A segunda etapa da pesquisa foi composta de duas reuniões distintas. A primeira objetivou apresentar os resultados da primeira etapa, no intuito de inserir os profissionais no contexto do objeto da pesquisa. Na segunda reunião, foi realizado um exercício de matriciamento, tomando um caso clínico real como fio condutor.

Participaram desta etapa dez profissionais com idade variável de 26 a 52 anos, dentre estes: quatro enfermeiras, um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, uma farmacêutica e uma coordenadora de CSF, sendo quatro profissionais dos CSF e seis dos CAPS.

A apresentação dos dados obtidos na primeira etapa da pesquisa fomentou discussões entre os participantes. Estas se voltaram, notadamente, às ações da atenção básica, a saber: definição do papel da atenção básica e do CAPS no atendimento de pessoas com transtorno mental; importância da capacitação/sensibilização dos ACS, como articuladores da inserção dos pacientes na atenção básica; valorização do matriciamento como estratégia para modificação do contexto discutido.

O papel da atenção básica e do CAPS no atendimento de pessoas portadoras de transtorno mental foi a temática mais discutida no decorrer da apresentação. Percebeu-se com isto que a definição dos papéis dos serviços, no que se refere ao atendimento de pessoas com transtorno mental, ainda, é desconhecida, embora essa definição esteja contemplada na política de atenção básica e de saúde mental vigentes no País (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

A Figura 6 ilustra os quatro aspectos discutidos nesse contexto, cujos profissionais do CAPS, essencialmente, foram os fomentadores de tais discussões.

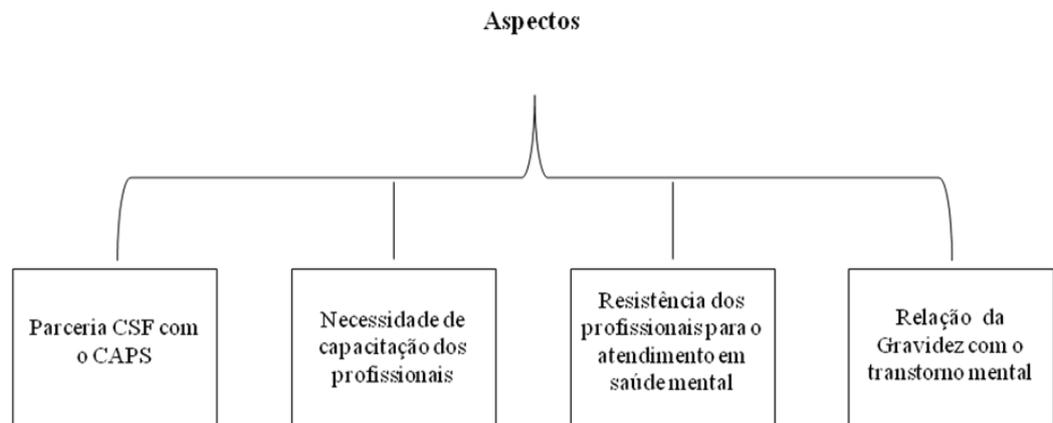


Figura 6 – Aspectos que emergiram na reunião de apresentação dos dados da primeira etapa. Fortaleza-CE, 2010.

A parceria entre os serviços foi apresentada como dificuldade dos profissionais, conforme expôs uma enfermeira, com experiência de 15 anos no CAPS:

O CAPS sempre teve muita dificuldade de parceria com os profissionais da atenção básica. Esses profissionais não têm o entendimento que aquele paciente que está na comunidade é dele, não percebe que ele faz parte do seu território de atuação e deve ser atendido na atenção básica. A proposta do CAPS é de atendimento a pacientes graves, crônicos, os egressos de hospitais psiquiátricos (Enfermeira, 17 anos de atuação no CAPS).

Há coerência do exposto com a Política Nacional de Atenção Básica, na qual preconiza que este nível de atenção deve constituir a porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. O paciente deve ser considerado em sua singularidade e complexidade, devendo, pois, buscar pela promoção da saúde deste, pela prevenção, pelo tratamento de doenças e pela redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de vida saudável (BRASIL, 2007a).

Em contrapartida, o CAPS deve atender pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São,

preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, o depoimento da participante encontrou-se respaldada pelas políticas inerentes à atenção básica e ao CAPS, que trazem a complexidade do caso como demarcação do nível de atenção de mulheres portadoras de transtorno mental.

Nessa perspectiva, cabem aos profissionais, sobretudo, os da atenção básica, internalizarem que essa demanda de atendimento deve ser absorvida, quando se referir a um caso menos complexo. No entanto, para a efetivação desse atendimento, há necessidade de capacitação da equipe, outro aspecto discutido pelos participantes, conforme depoimento:

A questão é que os profissionais da atenção básica, além de não possuir capacitação para o atendimento dos pacientes, eles ainda se comportam como se esse atendimento fosse mais uma tarefa para eles. Quando internalizo que esse atendimento não está no meu programa, que não está no meu trabalho, fica difícil de aceitar (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

A esse respeito à experiência da rede de saúde mental de Belo Horizonte é modelo para o País. Em visita técnica realizada a referida cidade para embasamento desta pesquisa, percebeu-se que os profissionais da atenção básica possuíam o entendimento de que o paciente com transtorno mental é parte integrante de seu território, devendo, sem discriminação, ser atendido em suas necessidades. Na oportunidade da visita, houve uma discussão, na reunião de matriciamento, sobre qual território uma determinada paciente pertencia. Duas ACS, presentes em reunião, defendiam que a paciente era do território de atuação de cada uma, mostrando, pois, postura incluyente dessas ACS, no que se refere ao atendimento de pacientes portadores de transtorno mental.

Deve-se considerar, no entanto, que a cidade de Belo Horizonte, em seus 17 anos, vem construindo uma das mais ousadas experiências de Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem definido como um dos seus objetivos o diálogo com a cidade, a formulação de estratégias e a criação de dispositivos capazes de sustentar a presença pública e digna do portador de sofrimento mental (NILO et al., 2008).

A implantação e a ampliação da rede de serviços substitutivos do município de Belo Horizonte, compostas por instâncias de cuidado articuladas entre si e conectadas com a vida da cidade, elaboraram um fluxo no atendimento aos portadores de transtorno mental: a presença das equipes de saúde mental em CSF para o acompanhamento e a sustentação de projetos terapêuticos singulares e territorializados é uma realidade, considerando tanto as

ações relativas à clínica do sujeito quanto aquelas relativas à sua habilitação e a sua inserção no mundo do trabalho e da cultura (NILO et al., 2008).

A organização do fluxo de atendimento da saúde mental em Belo Horizonte permite que a atenção básica seja considerada uma rede substitutiva, efetiva, para atendimento de pessoas com transtorno mental. A responsabilização da ESF por estes pacientes impôs um desafio à clínica tradicional, que passou a buscar por soluções criativas, como festas, debates, hortas comunitárias, tardes culturais, oficinas de artesanato, coral, escola de samba, dentre outras ações para responder a referida demanda. Esse movimento contribuiu para uma mudança da posição ética e política dos profissionais da ESF em relação a esses pacientes, justificando, dessa forma, a postura das ACS que acolhiam, na reunião de matriciamento, o atendimento da paciente com transtorno mental de sua área de abrangência.

O conjunto dessas ações, desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, oportuniza aos pacientes com transtorno mental o cumprimento das diretrizes atuais da atenção básica e da atenção em saúde mental, fazendo tanto da ESF quanto do CAPS estruturas do SUS que buscam por encontrar ponto de equilíbrio para melhor atender a essa clientela.

A Política Nacional de Saúde Mental encontra-se pautada na diretriz de reorientação do cuidado em saúde mental de base comunitária, voltada para um trabalho articulado em rede de saúde mental. Esta rede deve ser diversificada, de base territorial, de referência para os usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2007b). Portanto, os profissionais da ESF devem articular ações que mapeiem e acolham os pacientes portadores de transtorno mental nesse nível de atenção.

No entanto, como referenciado no depoimento anterior, o insuficiente entendimento político dos papéis da atenção básica e do CAPS no atendimento de portadores de transtorno mental, juntamente, com a necessidade de capacitação dos profissionais, são obstáculos nos serviços de saúde do município pesquisado. O resultado é a presença de profissionais da atenção básica resistentes a esse tipo de atendimento, implicando em encaminhamento desnecessário pela pouca habilidade técnica e/ou estigma, tão veemente combatido pela Reforma Psiquiátrica.

A esse respeito um participante fez menção à postura excludente de profissionais da atenção básica no atendimento a pessoas com transtorno mental:

A gente recebe encaminhamento da atenção básica que eles poderiam resolver. Quando eu me proponho a ser de uma equipe da atenção básica, não devo ter resistência em atender paciente com transtorno, não posso escolher quem vou atender. Sei que tem a questão de cada profissional em se identificar com esse tipo de paciente, mas tem que se tornar inadmissível que esses profissionais continuem

com essa postura excludente. Essa ideia do paciente psiquiátrico não transitar na atenção básica, traz muito prejuízo ao cuidado integral (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

O município de Fortaleza mostra-se, portanto, incipiente nas ações de inclusão dos portadores de transtorno mental na atenção básica, embora movimento político se inicie para a mudança do quadro, por meio da implantação do matriciamento.

Para o fortalecimento dessas ações, a Coordenação Nacional de Saúde Mental discute, atualmente, a introdução no SIAB, de indicadores de monitoramento baseados no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de pacientes portadores de transtorno mental na atenção básica e seu encaminhamento desnecessário para a institucionalização (BRASIL, 2003a).

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, somente poderá ser alcançada por meio de trocas de saberes, práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica de trabalho interdisciplinar (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Parte das equipes da atenção básica apresenta deficiência para abranger importante tarefa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica no sentido da modificação das condutas terapêuticas que visem a antecipar a detecção dos casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento (OMS, 2001). Contudo, a resistência profissional para lidar com o transtorno mental dificulta as iniciativas de capacitação oferecidas.

Ainda existe muita resistência por parte dos profissionais com o transtorno mental. Quando surge algum curso para nós profissionais da atenção básica, sobre saúde mental, na minha equipe ninguém se habilita a fazer, exceto eu e outra enfermeira. Então os cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde do município, de saúde mental, somente poucos se dispõem a fazer (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

A resistência traduz entrave da evolução da atenção em saúde mental na atenção básica, considerando ser a capacitação uma importante ferramenta para a quebra de paradigmas. Tal realidade foi ressaltada por uma participante que apresentou o comportamento de uma colega:

Eu já fui chamada para fazer uma visita domiciliar e quando cheguei ao posto fui recebida por uma enfermeira que disse: “agora tome de conta desse paciente” [se referindo ao paciente portador de transtorno mental] (Assistente social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

Se a conjuntura da presente pesquisa, ainda, encontra comportamentos profissionais excludentes, evidenciam-se dificuldades e entraves para trabalhar com as questões de saúde inerentes à vida de pessoas portadoras de transtorno mental, particularmente os aspectos sexuais e reprodutivos.

Não obstante, necessário se faz o avanço na tentativa de incluir as demandas de saúde desse público alvo à atenção básica. O surgimento de pessoas com transtorno mental, com demanda de atendimento nas várias ações realizadas na atenção básica, pode promover mudanças de condutas profissionais, tornando-os sensibilizados para tal atendimento.

Essa necessidade de inserção pode ser descrita por mulheres portadoras de transtorno mental que, inegavelmente, possuem demanda em PF, como apontado no depoimento de um dos profissionais:

O CAPS está lotado de pacientes que têm uma gravidez seguida de outra. A percepção que tenho é que os profissionais da atenção básica, quando se deparam com uma mulher com transtorno e que faz uso de psicotrópico, pensam que essa mulher não pode, de maneira alguma, engravidar (Enfermeira, 17 anos de atuação no CAPS).

As questões discutidas anteriormente, referentes ao atendimento de pacientes com transtorno mental na atenção básica, estão relacionadas à realização do PF de mulheres portadoras desse sofrimento. É primordial, portanto, para a efetivação desse atendimento, o fortalecimento da parceria das equipes dos CSF com a equipe do CAPS, a capacitação dos profissionais da atenção básica e a mudança na resistência dos profissionais da atenção básica para com o atendimento desse público-alvo.

Os ACS foram apontados como profissionais determinantes para captação de mulheres com transtorno mental com necessidades de PF, uma vez que, pela determinação de suas ações, possuem um contato direto com a comunidade e famílias, podendo articular a atenção dessas mulheres na rede básica de saúde. As ações de saúde mental na ESF devem-se, primordialmente, ao envolvimento dos ACS nesse processo de busca e ligação dos casos ao sistema de saúde.

O ACS ocupa um lugar de destaque nas ações de atenção básica à saúde da comunidade. Realiza atendimento aos moradores em seus domicílios, identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização de procedimentos necessários à prevenção de doenças e à promoção da saúde das pessoas da comunidade. Portanto, eles ocupam o lugar de operadores centrais da ESF, sendo fundamental para o sucesso das ações de PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

Dessa forma, os ACS devem participar das reuniões de matriciamento, assim como no modelo preconizado em Belo Horizonte, apresentando os casos clínicos para o restante da equipe e discutindo ações que promovam os aspectos sexuais e reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental.

A valorização do matriciamento foi um aspecto também discutido nessa etapa da pesquisa, na qual os profissionais o colocaram como estratégia facilitadora do diálogo entre a atenção básica e o CAPS.

Uma participante enfermeira elucidou essa valorização, ressaltando também suas dificuldades em lidar com a paciente portadora de transtorno mental:

Particpei de uma reunião de matriciamento e entendi que a atenção básica é a responsável em prover a saúde das pessoas com transtorno mental, mas o problema é que nós não sabemos abordar esse paciente. Em uma visita domiciliar, eu me deparei com uma paciente com mania de perseguição e eu não soube conduzir o caso. Eu não tenho esse olhar de vocês [se referindo ao CAPS], esse olhar de escuta (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

A participante referida ressaltou também a importância da capacitação dos profissionais da atenção básica para o atendimento dessa demanda, pelo matriciamento:

O matriciamento é importante em tudo. Quando estou na minha comunidade me sinto fortalecida, pois sei que se aparecer alguma demanda de transtorno vou poder contar com os profissionais do CAPS. O matriciamento fortalece os vínculos das equipes. Ele fortalece o aprendizado.

O MS, visando ao estímulo à formação permanente e não somente pontual, preconiza a estratégia de capacitação a ser desenvolvida com a implantação das equipes de apoio matricial, pois estas podem atuar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos junto às equipes da atenção básica (BRASIL, 2003a).

Em Fortaleza, o início da implantação do matriciamento ocorreu em 2007. A partir de então diversas unidades estão se organizando para sistematizar esta ação em suas agendas, tornando rotina o acompanhamento dos pacientes que apresentam algum transtorno. Assim, o matriciamento foi implantado em 27% dos CSF, ou seja, 24 unidades estão realizando encontros periódicos com as equipes de matriciamento para discutir os casos dos pacientes adscritos (SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2007).

Apesar do exposto, a participação das equipes da atenção básica e do CAPS nas reuniões de matriciamento é parcial, ou seja, nem todos os profissionais participam, o que compromete a assistência de pacientes portadores de transtorno mental.

Não era para um ou dois profissionais trabalharem com matriciamento, era para toda equipe do CAPS e toda a equipe da atenção básica. O que ocorre é que somente algumas pessoas participam, geralmente aquelas que não têm problema em lidar com o paciente com transtorno mental (Enfermeira, 16 anos de atuação na atenção básica).

Os profissionais da atenção básica, conforme sinalizado por um participante e discutido anteriormente, não devem escolher o tipo de paciente para o atendimento, pois tal conduta implica na negação da proposta da atenção básica que, conforme o MS, deve-se desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde (BRASIL, 2007a).

A integralidade, na perspectiva do matriciamento, alude ao cuidado que transpõe às questões do transtorno mental em si. O que se observou no depoimento a seguir que destacou o matriciamento como inerente somente a esse aspecto:

É necessário ver a paciente com transtorno sendo uma obesa, uma cardiopata, com necessidade de PF. Não se pode matricular somente o transtorno. Aqui em Fortaleza a gente ainda está matriciando somente o transtorno, pois os profissionais não sabem nem atender o próprio transtorno, quem dirá outras questões (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

Portanto, o matriciamento, em Fortaleza, apesar de iniciando, demarca um modelo que visa à atenção integral, sendo preciso despertar nos profissionais a ampliação de percepções para outras questões referentes à vida de pessoas com transtorno mental, como o PF. O despertar para este aspecto pareceu adormecido por uma profissional, conforme declarado:

Elas vêm do CAPS [se referindo as pacientes] com a demanda da saúde mental e já são tantos problemas que não dá para ter um olhar no PF. Ninguém da equipe atentou para essa questão [referindo-se a atenção ao PF], foi bom você [referindo-se a entrevistadora] falar, pois agora a gente reforça essa parte (Enfermeira, 10 anos de atuação na atenção básica)

Diante do exposto, que narrou a discussão de grupo representado por profissionais da ESF, CAPS e SER sobre a primeira etapa desta pesquisa, cujos dados foram apresentados pela pesquisadora aos mesmos, encaminhou-se o segundo encontro, com a proposta de matricular um caso clínico de mulher com transtorno mental, apresentando a necessidade do PF.

5.9 Exercício matricial

Conforme descrita na metodologia, a experiência da segunda reunião, matriciamento, foi vivenciada para simular a resolução de um caso clínico real selecionado entre os participantes.

O caso clínico apresentado será apresentado a seguir, seguindo-se das contribuições dos participantes para a construção da assistência ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

Os resultados desta segunda reunião foram apresentados na seguinte ordem: descrição do caso clínico; contribuições da equipe de matriciamento para a resolução do caso clínico; e contribuições da autora para o matriciamento de casos que incluam o transtorno mental e o PF.

5.9.1 Descrição do caso clínico

RM (24 anos) e RA (25 anos) eram irmãs e ambas possuíam diagnóstico médico de transtorno bipolar. Mãe e irmão também tinham comportamento sugestivo de transtorno mental, porém sem diagnóstico médico confirmado. As duas irmãs eram acompanhadas no CSF e no CAPS. Esta última realizava acompanhamento psiquiátrico mensal e já realizou, por solicitação do CSF, duas visitas domiciliares no intuito de orientar as condutas para com as pacientes.

RM e RA já foram acompanhadas por três, das quatro equipes do CSF. Isto devido à troca frequente de endereço e, conseqüentemente, de equipe corresponsável pela área adscrita. Faziam uso contínuo de psicotrópicos (carbonato de lítio, haldol decanoato, prometazina e depakene), prescritos pelo psiquiatra do CAPS, além de anticoncepcional hormonal injetável trimestral, Acetato de Medroxiprogesterona (AMP), prescrito pelo médico do CSF. Ressalta-se que o uso de tais medicações era acompanhado pela equipe da ESF, não sendo avaliada por nenhum dos referidos profissionais a interação medicamentosa.

RM possuía uma vida de promiscuidade sexual e RA encontrava-se com um companheiro fixo. Devido à vida promíscua de RM, foi indicado além do anticoncepcional injetável, o uso de camisinha em todas as relações sexuais, com uso irregular devido a não aceitação de alguns parceiros.

Ambas possuíam filhos, sendo o de RM de pai desconhecido, cuidado por uma irmã que não possuía transtorno mental (guarda definitiva conseguida após a criança ter passado seus primeiros seis meses de vida em um abrigo). Já os dois de RA, filhos de um usuário de drogas, eram cuidados pela avó paterna (guarda definitiva conseguida após as crianças terem ingerido drogas psicotrópicas acidentalmente, além de apresentarem quadro grave de desnutrição e de repetidas diarreias, pediculose e doenças dermatológicas).

Após a última mudança de endereço das pacientes e da equipe da ESF, as mesmas ficaram sem acompanhamento. A última mudança ocorreu em julho/2010 e até novembro/2010 a nova equipe da ESF não havia tomado conhecimento dos casos.

A insuficiente comunicação entre as equipes anterior e atual, possivelmente, acarretou prejuízo na continuidade do uso do anticoncepcional e dos psicotrópicos, uma vez que o uso regular de tais medicações dependia do empenho da equipe, sobretudo da ACS que frequentava as residências das pacientes para acompanhá-las e/ou incentivá-las ao uso dos psicotrópicos e do anticoncepcional injetável. Além disso, no dia da consulta do CAPS, essa mesma profissional as acompanhava para fornecer informações a respeito do comportamento das mesmas aos profissionais do serviço, trazendo consigo as receitas, os medicamentos prescritos e as informações pertinentes aos casos.

Nesses dois anos de acompanhamento intenso, o vínculo da equipe do CSF com as pacientes mostrou-se como ferramenta para a melhoria da qualidade e perspectiva de vida de RM e RA, o que acarretou inúmeros benefícios para as mesmas, tais como: aquisição de segunda via de documentos (RG, CPF, certidões de nascimentos), queimados em um momento de crise psiquiátrica de uma delas; cessação de inúmeras internações psiquiátricas que, anteriormente, haviam se submetido; ocupação com afazeres domésticos; envolvimento afetivo com os filhos; adesão a tratamentos clínicos, como a tuberculose, com envolvimento do parceiro nas consultas e administração das doses medicamentosas residenciais e supervisionadas; adesão, embora limitada por algumas dificuldades, ao uso do anticoncepcional injetável e ao condon e, conseqüentemente, a não ocorrência de novas gravidezes durante o período.

Questões específicas do PF dessas pacientes foram referidas, como resistência de uma das pacientes ao uso do AMP, por associá-lo ao ganho de peso; dificuldade de encontrá-las em suas residências no dia agendado para a administração do AMP, por passarem grande parte do dia perambulando nas ruas; dificuldade técnica de interação da equipe da ESF com as mesmas nas crises e/ou instabilidades emocionais, prejudicando, sobretudo, a administração dos psicotrópicos e do AMP.

Na oportunidade da apresentação do caso, foi mencionada pelos profissionais do CAPS a ausência atual das pacientes no serviço, o que vinha acontecendo regularmente, conforme referido anteriormente.

5.9.2 Contribuições da equipe de matriciamento para a resolução do caso clínico

A Figura 7, apresentada a seguir, delinea seis estratégias discutidas pelo grupo participante do matriciamento do caso, facilitando a visualização dos temas que emergiram na reunião.

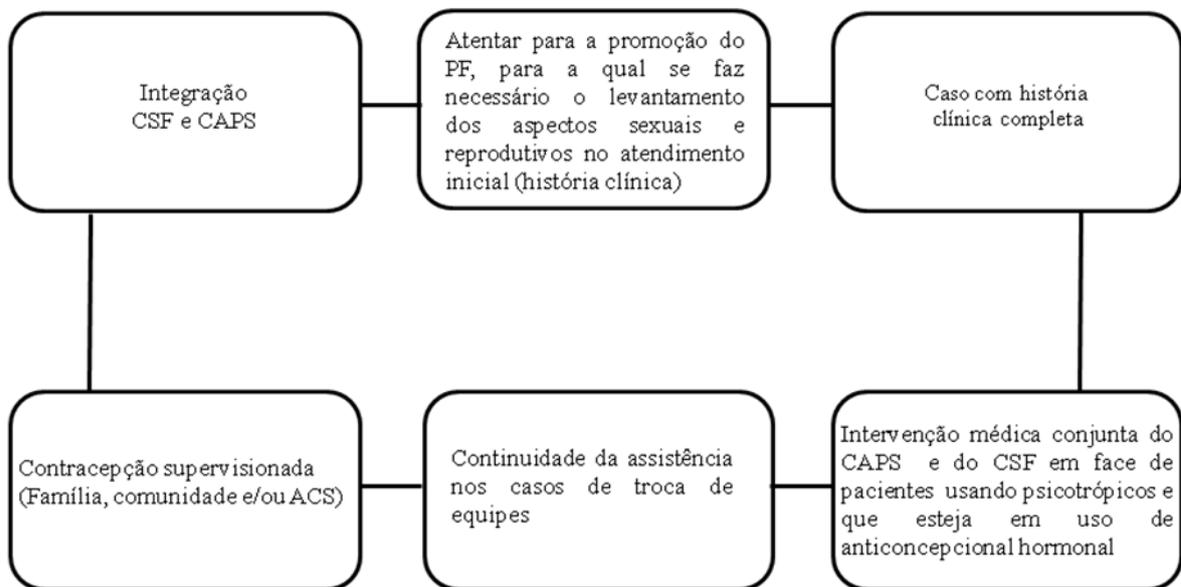


Figura 7 – Estratégias para a assistência do PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Fortaleza-CE, 2010.

5.9.2.1 Integração CSF e CAPS

A necessidade de integração entre as equipes do CSF/CAPS foi referida como primordial para o acompanhamento do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, sem a qual dificultaria a resolução conjunta de casos pelos profissionais dos dois serviços. O depoimento que segue expressou tal questão:

Fica muito complicado quando ligamos prá cá [se referindo ao CAPS] e não sabemos a quem recorrer; não conhecemos os profissionais pessoalmente. Outra coisa é quando você liga e sabe a quem se direcionar, sabe que tal profissional será o mais indicado para apoiar o caso (Enfermeira, 7 anos de atuação na atenção básica).

A ausência de integração das referidas equipes também reflete no acompanhamento das intervenções realizadas pela equipe do CAPS, que não recebem a contrarreferência da equipe da ESF. Este aspecto foi levantado por um profissional do CAPS que participou do atendimento clínico do caso matriciado.

Fui solicitada para cuidar dos casos. Fiz orientações aos familiares e aos profissionais do posto, como o uso correto dos psicotrópicos e o encaminhamento para o PF. Mas não obtive mais nenhum retorno da equipe. Não fiquei sabendo como elas ficaram depois do atendimento. Só agora estou tendo informações delas (Assistente Social, 1 ano e meio de atuação no CAPS).

Um modelo de assistência integral em saúde mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo, nem se sobrepondo um ao outro (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006).

A relação entre os profissionais da saúde mental e da atenção básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental, que será definido de acordo com o grau de complexidade do caso. A definição do local e dos profissionais da saúde que irão conduzir o caso vai depender da situação específica de cada caso em questão, respeitando os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolubilidade de cada serviço. Assim, todos se tornam responsáveis (equipes da saúde mental e da atenção básica) pelo PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Seja na percepção dessa demanda de cuidado para esse público, seja na própria prestação da assistência ao PF.

A Reforma Psiquiátrica preconiza a rede básica de saúde como lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

Os profissionais desse nível de atenção são os que estão próximos e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população. Em contrapartida, os CAPS devem buscar pela integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Em consonância com a necessidade de integração destes serviços, apontada pelo grupo, o MS prevê como atividades do CAPS a integração com as equipes de atenção básica de seu território; o estabelecimento de iniciativas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; a realização do apoio matricial às equipes da atenção básica; realização de atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica. Em contrapartida, o CSF também deve prover os CAPS de informações sobre o entorno dos pacientes, suas relações familiares e com os vizinhos, além de identificar pessoas que possam colaborar no tratamento. Por todos estes fatores, as equipes devem atender em conjunto as situações mais complexas (BRASIL, 2004a).

Como sugestão para o avanço da integração entre as equipes do CSF e do CAPS, os participantes propuseram realizar encontros sistemáticos, objetivando o estreitamento das relações profissionais o que, seguramente, potencializará as reuniões de matriciamento e, portanto, a resolubilidade da atenção básica, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, aspecto referido por uma participante:

Acho que deveremos marcar reuniões sistemáticas para facilitar nosso trabalho. Podemos, por exemplo, nos encontrar uma vez por mês para falarmos sobre questões de saúde mental. Alguém pode falar sobre a Reforma Psiquiátrica [...]. Acredito que isso quebraria barreiras ainda existentes por parte de alguns profissionais para o atendimento dessas pessoas e melhoraria nossa comunicação (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

Outra questão exposta como benéfica da integração do grupo foi a possibilidade de profissionais, resistentes ao atendimento de portadores de transtorno mental, tornarem-se sensíveis ao atendimento desse público-alvo, baseado no pressuposto de que as reuniões sistemáticas, além do caráter integrador da equipe, oportunizariam momentos de capacitações/formações, aspecto corroborado por outra enfermeira e pelo psiquiatra:

Eu mesma posso dizer que não tenho resistência no atendimento de portadores de transtorno mental, porque já participei de muitas capacitações e fui ficando

sensibilizada com esse tipo de paciente. Quando a Secretaria Municipal de Saúde oferece alguma capacitação em saúde mental, só eu e outra colega se habilita em participar. Os demais profissionais sempre se recusam, pois não se interessam por esse tipo de paciente (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

O grande problema, além da falta de capacitação, é ainda o temor que os profissionais da atenção básica possuem em atender pessoas com transtorno mental. Preferem não se envolver, não realizar nenhum tipo de atendimento. Acredito que as reuniões contribuiriam para melhorar essa questão (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

Para formalização das reuniões sistemáticas entre o CAPS/CSF, o grupo requereu a pesquisadora, como responsável pelo estudo, o envio de solicitação para os coordenadores dos referidos serviços, viabilizando as reuniões acordadas (Apêndice G).

É imperativa à criação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que efetivamente atenda as necessidades dos pacientes em todos os níveis de assistência, que conte com estabelecimentos e equipes de intervenção capazes de atuar na promoção, na prevenção, na atenção e na reabilitação. O PF, indiscutivelmente, perpassa pela atenção integral de mulheres com transtorno mental, tendo sido reconhecido pelos participantes como uma ação ainda não inserida no atendimento dessas mulheres. No entanto, a pesquisa foi mencionada como sensibilizadora para a questão.

Nossa preocupação principal com as pacientes [se referindo aos casos apresentados] foi o transtorno mental, como realizar o atendimento delas na crise que estavam. Por isso solicitamos a presença do CAPS. Só depois é que começamos a nos atentar para as questões da anticoncepção, até porque a colega [se referindo a profissional do CAPS que realizou atendimento as pacientes] percebeu essa necessidade e fez o encaminhamento para o posto. Momentos como esse [se referindo à pesquisa] sensibilizam a gente para ver a mulher com transtorno mental com essa necessidade. Agora ficarei alerta com essa questão [se referindo ao PF] (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

Visto essa realidade, o grupo encaminhou como ação interveniente para a promoção do PF a inserção dos aspectos sexuais e reprodutivos no atendimento inicial, conforme discussão a seguir.

5.9.2.2 Promoção do PF com levantamentos dos aspectos sexuais e reprodutivos no atendimento inicial (história clínica)

No intuito de facilitar o reconhecimento da necessidade de PF de mulheres portadoras de transtorno mental, o grupo sugeriu que os aspectos sexuais e reprodutivos fossem abordados logo que essas mulheres cheguem ao serviço para atendimento, seja no CSF ou no CAPS. Destarte, o PF desse público estaria mais propenso a ser efetuado nos CSF, assim como a equipe do CAPS estaria mais vigilante a tais questões, o que defendeu a participante abaixo:

Podemos abordar na avaliação inicial as questões do PF. Se a paciente tem vida sexual ativa, se tem companheiro, se já teve gravidez indesejada. Eu já faço algum atendimento desse tipo na consulta de Enfermagem. Mas, na avaliação inicial, é interessante, porque dependendo da necessidade da mulher, o encaminhamento para o posto já seria feito (Enfermeira, 17 anos de atuação no CAPS).

O levantamento dos aspectos sexuais e reprodutivos na história clínica inicial favorece a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), preconizado pelo MS, que objetiva, por meio do diálogo entre as equipes, condutas terapêuticas articuladas. Desta maneira, o PTS é bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento (BRASIL, 2007d).

O projeto terapêutico deve compor modelos assistenciais que rompam com as formas excludentes de tratamento ao portador de transtorno mental. Portanto, esse projeto precisa ter o caráter de reabilitação psicossocial, proporcionando o desenvolvimento do sujeito como ator principal de sua vida e de seu tratamento, com garantia de direitos sociais. Desta forma, o CAPS precisa ter o compromisso de inverter o modelo manicomial, asilar e excludente, e funcionar como um mediador de ações que possibilitem a reabilitação e inserção social dos sujeitos (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007).

Nessa perspectiva, a equipe do CAPS deve estar sensibilizada com o PF de mulheres portadoras de transtorno mental, de modo a inseri-lo, quando necessário, nos PTS, o que fomentará a reinserção social dessa população, uma vez que a realização do PF se faz nos CSF.

Por outro lado, as equipes dos CSF devem estar preparadas para atender, no serviço de PF, mulheres portadoras de transtorno mental com essa necessidade de cuidado. Entretanto, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, ainda há resistências dos

profissionais da atenção básica no atendimento desse público-alvo, seja por déficit de capacitação e/ou por questões de ordens pessoais, conforme reconhecido por participantes deste estudo.

A importância da configuração da rede de cuidados de saúde parte da premissa de que, de forma isolada e sem articulações entre si, os serviços de saúde são incapazes de reunir a totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde da população (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008). No PF de mulheres portadoras de transtorno mental não seria diferente. A necessidade de articulação entre os CSF e os CAPS, na promoção do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, vem sendo evidenciado nesse estudo. Desta forma, sendo os CSF responsáveis em prover tal cuidado e, levando-se em conta, a incipiência das ações de saúde mental nesse nível de atenção, competirá ao CAPS prover o suporte necessário para que mulheres portadoras de transtorno mental tenham acesso, sem discriminação, às ações de PF na atenção básica.

O PTS implica também no modo institucional de operação dos serviços, pois resulta de uma ação coletiva da equipe interdisciplinar, tendo como proposição o matriciamento. Na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades, esta pode solicitar apoio. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, este é potencialmente um excelente espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, com variáveis que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Nesse sentido, o matriciamento permitirá a junção de saberes da equipe dos CSF e do CAPS, promovendo discussões e decisões para a realização do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, como a inclusão dos aspectos sexuais e reprodutivos no atendimento da história clínica inicial, proposta pelo grupo participante desta pesquisa.

A inclusão dos aspectos sexuais e reprodutivos na história clínica inicial desse público acarretará diagnóstico de possível necessidade de PF para tais mulheres, sendo imprescindíveis as condutas profissionais para tornar o caso resoluto. Neste sentido, no grupo não foi definido estes aspectos, logo a pesquisadora os sugeriu em um informe técnico de PF (apresentado no capítulo seguinte), almejando a uniformidade das condutas do CAPS e do CSF nessa área do cuidado. O mesmo encontra-se disposto à validação em estudos posteriores.

A inclusão do informe técnico de PF no atendimento de mulheres com transtorno mental superaria as ações de encaminhamento e/ou de medicalizações tão impetuosas na maioria dos CSF e do CAPS. Desta maneira, seria possível potencializar a capacidade das equipes para articular recursos comunitários, familiares e intersetoriais para o enfrentamento de questões que extrapolam os problemas biológicos referentes aos transtornos mentais, como o PF.

Ademais, o informe referido fomentaria a corresponsabilização e a prática interdisciplinar dos serviços, motivando o encaminhamento responsável, citado pelo grupo participante, como prática incomum nos serviços em questão, aspecto que será discutido a seguir.

5.9.2.3 Caso com história clínica completa

A história clínica completa foi citada, pelo grupo, como fundamental para a realização do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, suscitando a prática do encaminhamento responsável, discutida anteriormente. Os depoimentos que seguem mostraram que a escassez dessas informações gera insatisfação e dificuldade no atendimento em ambos os serviços:

Já recebi encaminhamentos de pacientes com falta total de informações, faltando até o diagnóstico do transtorno. Não sabemos, por exemplo, quais as medicações que o paciente está usando e às vezes o próprio paciente não sabe responder. Lembro de uma que era cardíaca e fazia uso de muitas medicações psicotrópicas (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

Inúmeras vezes já recebi também pacientes, encaminhados dos postos, para atendimento aqui no CAPS sem nenhum dado. Somente informando a necessidade de atendimento psiquiátrico (Terapeuta Ocupacional, 5 anos de atuação no CAPS).

As colocações dos participantes revelaram um sistema de encaminhamento fragilizado, desprovido de elementos clínicos que poderão comprometer a promoção do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, haja vista a necessidade de informações para a realização desse tipo de cuidado, como o diagnóstico do transtorno e o uso de medicamentos.

Ademais, detalhes apresentados no caso clínico, como idade fértil das pacientes; vida sexualmente ativa, com risco de gravidez não planejada; incapacidade de cuidado dos filhos; e dificuldade de administração de medicações devido ao comportamento ocasionado

pelo transtorno bipolar, são elementos que devem estar apresentados de forma completa no encaminhamento.

O compartilhamento dessas e de outras informações, entre as equipes dos CSF e do CAPS, na perspectiva do matriciamento, será determinante para a efetivação do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, possibilitando a mudança da práxis revelada.

O vínculo estabelecido entre as pacientes e os profissionais dos serviços poderá influenciar no fornecimento das informações. O CAPS, de forma geral, mantém vínculo mais intenso com as pacientes, adquirindo, mais informações sobre estas. Isto se deve, em parte, à natureza dos cuidados prestados que, de acordo com o PTS, poderá atrair, diariamente, os pacientes para esse serviço.

A depender do projeto terapêutico, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, atendimento intensivo (trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua); atendimento semi-intensivo (nesta modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia; e atendimento não intensivo (oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês (BRASIL, 2004a).

Baseado no exposto, o CAPS, mesmo não ofertando o PF em sua complexidade, poderá, por meio do vínculo estabelecido nas intervenções, contribuir, significativamente, para a efetivação desse aspecto do cuidado, seja no encaminhamento responsável ou no acompanhamento, e em particular por meio do apoio às equipes da ESF aplicado nos encontros de matriciamento.

Tal necessidade, parte do princípio de que algumas pacientes com transtorno mental possuem dificuldades para manter vínculo com o CSF. Todavia, posturas profissionais acomodadas a essa realidade são inoportunas. Deve-se ser empregada, em ambos os serviços, a obstinação pela reinserção social dessas pacientes na atenção básica que possui espaço de cuidado ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias. Nesse contexto, destacam-se os cuidados prestados às comunidades pelos ACS, exemplificado e reconhecido por uma participante nas narrativas apresentadas:

A ACS é que traz, na maioria das vezes, notícias das pacientes [se referindo aos casos apresentados]. Ela participou do nosso último matriciamento e trouxe informações importantes para a discussão dos casos. Acho fundamental que os ACS participem das discussões e das condutas terapêuticas dos pacientes (Enfermeira, 25 anos de atuação na atenção básica).

O ACS ocupa um lugar de destaque nas ações de atenção básica à saúde da comunidade. Faz atendimento aos moradores em seus domicílios em questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização de procedimentos necessários à prevenção de doenças, a promoção da saúde e a recuperação/reabilitação da saúde das pessoas da comunidade. Portanto, eles ocupam o lugar de operadores centrais da ESF, sendo fundamental para o sucesso das ações de saúde mental (CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009).

A interação dos ACS com a comunidade subsidia a equipe da ESF em realizar encaminhamento com a história clínica completa e com os detalhes da vida sociofamiliar das pacientes de modo que as informações fundamentais não sejam omitidas nos encaminhamentos, que porventura, se fizerem necessário.

A esse respeito, emergiu como direção do grupo, a intervenção médica conjunta dos CSF e dos CAPS nas prescrições de medicamentos, aspecto demarcado a seguir.

5.9.2.4 Intervenção médica conjunta do CAPS e do CSF em face de pacientes usando psicotrópicos e que esteja em uso de anticoncepcional hormonal

No momento, não existe a prática de fazermos prescrições conjuntas. Mas, sem dúvida alguma, é importantíssima essa prática. A interação medicamentosa deve ser avaliada em qualquer prescrição, principalmente quando se refere a pacientes em sofrimento psíquico (Psiquiatra, 6 anos de atuação no CAPS).

A OMS adverte que as interações medicamentosas entre os anticoncepcionais orais hormonais combinados e de progestógeno com alguns anticonvulsivantes (psicotrópicos bastante utilizados na prática psiquiátrica) podem diminuir a eficácia desses últimos, sujeitando os pacientes à crise psiquiátrica. Já os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio, quando em uso concomitante com alguns anticonvulsivantes, induzem as enzimas hepáticas, reduzindo assim a eficácia da minipílula (OMS, 2007). Em relação aos anticoncepcionais hormonais injetáveis, não há descrição de interações medicamentosas com os anticonvulsivantes.

Nessa perspectiva, o anticoncepcional hormonal injetável torna-se uma indicação apropriada para mulheres portadoras de transtorno mental em uso de convulsivantes. Além disso, o comportamento instável de alguns transtornos, que possivelmente dificultaria o uso diário de anticoncepcional oral, e a praticidade na administração supervisionada, haja vista o uso mensal ou trimestral, pode ser considerado como benéfico para esse público. A instabilidade comportamental do transtorno bipolar e a administração supervisionada do injetável hormonal pela ACS, nos casos apresentados neste estudo, elucidam essa conjuntura.

Outro aspecto que deve ser adotado pelos profissionais na atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental é a indicação do uso de preservativo masculino e/ou feminino, de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e por outras DST, o que também foi ilustrado no caso clínico apresentado, pela presença de promiscuidade sexual.

A Política de Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção do HIV/Aids e DST no Brasil, instituída pela Coordenação Nacional de DST/Aids, prevê como estratégia de enfrentamento dessas patologias, a ampliação de acesso da população ao preservativo masculino (BRASIL, 2002). Nessa circunstância, o CAPS realiza distribuição desse método, podendo contribuir para a adesão da dupla proteção de mulheres portadoras de transtorno mental.

O MS orienta que a distribuição do preservativo deve estar acompanhada de informações sobre as vias de transmissão do HIV e outras DST, bem como as formas de prevenção e o uso adequado do preservativo. O principal instrumento desta estratégia é o processo educativo que busca pela construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo (BRASIL, 2002). A publicação do documento específico para pacientes portadores de transtorno mental, intitulado “Prevenção e atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Aids na saúde mental do Brasil: análise, desafios e perspectivas”, ressalta a necessidade de políticas públicas de prevenção e atenção às IST/HIV/Aids nos serviços de saúde mental no Brasil, pois indivíduos portadores de transtorno mental estão potencialmente sujeitos a um maior risco de diversas condições de saúde, incluindo as IST/HIV/Aids. Características clínicas e comportamentais, além das condições sociais, são os principais fatores associados a uma maior vulnerabilidade dessa população (BRASIL, 2008b).

O PF de mulheres portadoras de transtorno mental deve perpassar pelas orientações do MS a respeito do uso de preservativos. Não se pode subestimar a capacidade desse público-alvo em acolher as informações pontuadas, o que, certamente, contribuirá para a adesão ao método, como no caso apresentado.

A OMS, em seu documento “Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais” sinaliza que a prescrição para pessoas portadoras de necessidades especiais requer considerações especiais, sendo o transtorno mental uma dessas condições. Orienta, ainda, que as decisões quanto à anticoncepção apropriada devem considerar a natureza do transtorno, os desejos expressos pela pessoa e a natureza do método. Nos casos em que a natureza da condição não permitir uma escolha informada, os anticoncepcionais devem ser fornecidos somente após exaustiva discussão com as partes envolvidas inclusive os responsáveis legais. Os direitos reprodutivos do indivíduo devem ser considerados em qualquer uma destas decisões (OMS, 2007).

A discussão, referida no documento supracitado, remete à importância do envolvimento da família e/ou do responsável legal nas condutas profissionais adotadas para a promoção do PF de mulheres portadoras de transtorno mental. A participação da família é entendida com um suporte para a vida de qualquer indivíduo, no entanto, para os portadores de transtorno mental, esse apoio é visto com especial importância, pois estes sujeitos necessitam de constantes e específicos cuidados dos membros de seu grupo familiar (NASI; STUMM; HILDEBRANDT, 2004).

O PF é exemplo de cuidado específico para mulheres portadoras de transtorno mental que, comumente, necessita do apoio familiar e/ ou do responsável, cabendo aos profissionais de saúde o reconhecimento dessa necessidade. O protocolo de atendimento inicial, apresentado no capítulo seguinte, contribuirá para avaliação dessa situação.

Baseado no exposto, justifica-se a proposta dos participantes da pesquisa, em ser realizada avaliação médica conjunta para a prescrição de anticoncepcionais de mulheres em uso de anticonvulsivantes, reforçando a importância do envolvimento de toda a equipe na promoção do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, o que inclui considerar as necessidades de atenção em saúde sexual e reprodutiva manifestadas e a considerar os critérios de elegibilidade apropriados para a escolha e utilização de um determinado método de PF, levando-se em considerações critérios sociais e comportamentais.

Diante das discussões aqui pontuadas, que mostram a circunstâncias que devem ser consideradas no PF de mulheres portadoras de transtorno mental, há necessidade de uma assistência contínua por parte de todos os envolvidos nesse cuidado, apontado pelo grupo participante como prejuízo nos casos apresentados. Dessa forma, a continuidade da assistência nos casos de troca de equipes foi outro aspecto acordado entre os profissionais para a efetivação dessa área do cuidado.

5.9.2.5 Continuidade da assistência nos casos de troca de equipes

O processo de trabalho da ESF determina para a execução das ações a definição precisa do território de atuação, o mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua. A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica no mapeamento e na segmentação da população por território (BRASIL, 2007a). Dessa maneira, a territorialização e adscrição da clientela favorecem as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações do cuidado e a efetivação do PF.

Para a consolidação das ações de cuidado na ESF, é necessária a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado, aplicando-se essa questão quando houver necessidade de troca da equipe cuidadora, ocorrida no caso em discussão. Para tanto, é imprescindível a determinação de uma rotina institucionalizada, que defina o fornecimento de informações quando na necessidade de trocas de cuidadores.

Os registros de informações no prontuário, juntamente com a comunicação verbal entre as equipes de saúde, são ferramentas beneficiadoras da continuidade do cuidado de mulheres portadoras de transtorno mental no campo de PF. Atualmente, as informações dos CSF são efetuadas em meio eletrônico, espaço utilizado somente pelos profissionais de nível superior, o que limita o compartilhamento dos dados. Nesse sentido, a comunicação verbal pode ser considerada como veículo propício de integração das ações prestadas pela equipe cuidadora, o que não diminui a importância do registro eletrônico citado.

O espaço de discussão de casos clínicos, proposto pelo matriciamento, apresenta-se como uma rede de apoio facilitadora da continuidade do cuidado. A soma de olhares exercita o diálogo entre as equipes, ponto essencial no estabelecimento das relações profissionais e, por conseguinte, supera a fragmentação de saberes e de práticas na organização.

O exercício do matriciamento, realizado nesta pesquisa, mostrou-se como estimulador de discussões e decisões, formalizando e motivando a continuidade das condutas profissionais, na assistência ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental, dos CSF e do CAPS. Exemplo disso foi a deliberação em realizar contracepção supervisionada pelo CSF, o

que já vinha ocorrendo antes da descontinuidade dos cuidados prestados às pacientes do estudo clínico.

5.9.2.6 Contracepção supervisionada (Família, comunidade e/ou ACS)

A sugestão de contracepção supervisionada para o PF de mulheres portadoras de transtorno mental foi proveniente da realidade mostrada no caso clínico matriciado, no qual a equipe acompanhava, na medida do possível, a administração dos psicotrópicos e do hormonal injetável.

A proposta de contracepção também foi apontada pelos profissionais participantes da primeira etapa do estudo, quando solicitados a sugerir ações para a realização do PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

A gente se sente impotente na questão psiquiátrica, como abordá-la. Tem que ter um acompanhamento melhor com o ACS, fazer até como se fosse o DOTS [referindo-se ao tratamento supervisionado, no caso de tuberculose]. Se ela tiver com o anticoncepcional oral, ou se com o injetável, tem que ter um controle com o agente de saúde, que seria nosso elo (Médica, 9 anos de atuação na atenção básica).

Assim como se faz o DOTS para a tuberculose, poderia fazer um PF supervisionado e se tivesse alguma intercorrência o agente de saúde faria a ponte que ele já deveria estar fazendo com os pacientes de uma forma geral (Enfermeira, 8 anos de atuação na atenção básica).

O ACS é fundamental ao cumprimento das ações que o PF de mulheres com transtorno mental exige, conforme discutido anteriormente. Todavia, cada profissional deve realizar ações inerentes a esse cuidado, sobretudo, enfermeiros e médicos que, institucionalmente, estão à frente da avaliação das pacientes e prescrição dos MAC, evitando preconceito, negligência e/ou omissão no atendimento.

As ações de PF devem ser avaliadas e acordadas conjuntamente, enfocando, sobretudo, a autonomia das mulheres em questão, recomendada pela Reforma Psiquiátrica. A dose supervisionada, nesse sentido, deve ser avaliada com riscos e benefícios, pois pode acarretar uma “falsa” necessidade, estimulando a dependência dessas mulheres ao serviço e deste modo, comprometendo a autonomia referida e sobrecarregando o trabalho das equipes.

Os familiares e/ou a comunidade também são agentes que podem contribuir para a contracepção supervisionada, produzindo a corresponsabilização das ações e o vínculo das pacientes com tais segmentos.

Vinculando-se aos aspectos que emergiram na discussão do matriciamento, no intuito de integrar as possibilidades para a realização do PF dessa população, a autora do

estudo apresentará no capítulo a seguir um informe técnico sumário ao manejo do PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

5.10 Informe técnico sumarizado ao manejo do PF de mulheres portadoras de transtorno mental

São muitas as características que tornam as mulheres portadoras de transtorno mental vulneráveis a uma gravidez não planejada, entre elas: dificuldade para estabelecer uniões estáveis; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico e autonomia prejudicada, principalmente nos surtos psicóticos; hipersexualidade; impulsividade; baixa autoestima; internações psiquiátricas, dentre outras. Portanto, o PF dessa clientela deve ser prestado de maneira particular, considerando suas necessidades e peculiaridades.

Dessa forma, torna-se necessário estabelecer medidas para o atendimento do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, objetivando um atendimento digno e compatível com a realidade dessas mulheres. Nesse contexto, particularidades deste grupo específico foram sumarizadas a seguir, constituindo-se de instrumento de consulta para equipes do CAPS e da ESF.

- Considerar a possibilidade da mulher portadora de transtorno mental, possuir demanda de concepção e anticoncepção, não a rotulando como incapaz de vivenciar seus aspectos sexuais e reprodutivos. Torna-se necessário ponderar, individualmente, cada caso, uma vez que muitos transtornos mentais são classificados como leves e/ou moderados, podendo ter caráter intermitente;

- Envolver, sempre que possível, o parceiro sexual nas consultas de PF, conduzindo-o também à corresponsabilização na anticoncepção e no exercício da paternidade, tornando-o colaborador da mulher consoante seu estado de autonomia;

- Avaliar o grau de autonomia quanto ao uso adequado dos anticoncepcionais, cujo controle dependerá da usuária (métodos comportamentais, Método da Amenorréia da Lactação - LAM, preservativo feminino, anticoncepcionais orais), propondo sempre ao parceiro e/ou aos familiares apoiar e/ou supervisionar no uso. Para esse público, a preferência deve recair sobre os métodos que independem do controle pessoal. Dessa forma, o preservativo masculino, o injetável (mensal e trimestral), e o DIU (Tcu e Levonorgestrol);

- Avaliar, juntamente com o companheiro e/ou familiares, a real necessidade de ser realizada laqueadura tubária, considerando todo o histórico da doença psiquiátrica, da vontade da paciente em engravidar e do seu desejo de realizar o procedimento, oportunizando

o cumprimento da Lei do PF. A Lei permite a realização do procedimento, que deve ser expressa em relatório escrito e assinado por dois médicos, servindo de testemunho da situação;

- Solicitar ao companheiro e/ou aos familiares, que quando a paciente utilizar anticoncepcionais e for submetida à internação hospitalar, informar a instituição sobre o uso da medicação, para que seja dada continuidade ao uso;

- Alertar a paciente que deseja engravidar sobre os riscos de transmissão que alguns transtornos mentais possuem, como os transtornos bipolares e as esquizofrenias, sem que isso interfira na decisão da mesma.) O transtorno bipolar 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 (MICHELON; VALLADA, 2005). A transmissão genética da esquizofrenia é considerada como os maiores problemas da relação gravidez e esquizofrenia (BALLONE, 2005). A intensidade de surtos, de internações e a relação materna com outros filhos devem ser consideradas no aconselhamento quanto à concepção;

- Verificar se a paciente que deseja engravidar faz uso de carbonato de lítio, uma vez que tal droga, quando ingerida na gravidez pode causar teratogenicidade, e quando suspensa, a paciente poderá apresentar crises psiquiátricas, sendo necessária, portanto, a avaliação do custo e benefício da utilização dessa droga na gravidez;

- Atentar para a indicação do preservativo masculino, independente da vulnerabilidade sexual, como método de primeira escolha para a prevenção de DST.

- Atentar para o uso de anticoncepcionais orais combinados e de progestágeno que interagem com alguns anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina), diminuindo a eficácia desses últimos, ficando a paciente susceptível às crises psiquiátricas;

- Indicar os MAC, de acordo com as particularidades de cada mulher*, utilizando a eficácia preconizada pela OMS**.

- Mulheres com necessidade de adiar ou evitar a gravidez devido à presença de transtorno mental grave, com história de internações repetidas e com história de cuidado materno negligente e/ou prejudicado.

Métodos indicados: Muito eficazes ou eficazes.

* Taxa de gravidez não desejada por 100 mulheres

** Eficácia dos MAC

- Mulheres em uso de anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato) não fornecer Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) e Pílula só de Progestógeno (PP). Estes medicamentos podem tornar os AOC e a PP menos eficazes.

Métodos indicados: Todos os MAC, à exceção de AOC e PP. Todavia, os MAC considerados “moderadamente eficaz” e “menos eficaz” devem ser cuidadosamente avaliados, levando-se em consideração o histórico anterior e atual do comportamento psiquiátrico da paciente.

Quadro 2 – Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais de acordo com a OMS. 2007

	Taxa de gravidez no primeiro ano		Classificação da eficácia conforme uso comumente
	Uso consistente e adequado	Usado comumente	
Vasectomia	0.1	0.15	Muito eficaz (0-0.9)
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2	
Laqueadura	0.5	0.5	
DIU com Cobre	0.6	0.8	
LAM	0.9	2	Eficaz (1-9)
Injetáveis mensais	0.05	3	
Injetáveis só de progestágeno	0.3	3	
Anticoncepcional oral combinado	0.3	8	
Pílula só de progestágeno	0.3	8	Moderadamente eficaz (10-25)
Preservativo masculino	2	15	
Diafragmas com espermicida	6	16	
Preservativo feminino	5	21	
Métodos baseados na percepção da fertilidade (exceto método da ovulação cuja eficácia em uso comumente não é descrita na referida fonte)	---	25	
Coito interrompido	4	27	Menos eficaz (26-32)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de mulheres portadoras de transtorno mental, com necessidade de atendimento em PF na atenção básica foi realidade constatada por 50% dos profissionais dos CSF. Contudo, os resultados apresentados apontam distintas condições que dificultam o acesso de tais mulheres às ações de PF oferecidas na atenção básica.

Não obstante às condutas adequadas de enfermeiros e médicos dos CSF (preocupação com interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais, indicação correta de MAC, envolvimento do companheiro para exercer corresponsabilidade no PF, vigilância à vulnerabilidade ao abuso sexual que essas mulheres estão expostas e atendimento sem discriminação), que denotam ações de inclusão social, as condutas inadequadas (atendimento restrito ao quadro psicopatológico, PF de usuária portadora de esquizofrenia e exclusão das mulheres com transtorno mental das ações de PF) infringem os direitos a uma saúde integral e resolutiva, conquistados nas políticas vigentes. Compreender a mulher portadora de transtorno mental, em sua totalidade, pressupõe ações capazes de lhe proporcionar a melhoria das condições de sua saúde sexual e reprodutiva.

Para tanto, devem ser ponderados fatores intervenientes como os apresentados no estudo, seja de ordem institucional (restrita variedade de MAC, rotina de encaminhar à paciente, necessariamente, para a prescrição médica do anticoncepcional oral) ou profissional (insegurança técnica para atender os casos, gerando encaminhamento indevido para o CAPS) que dificultam e/ou impedem a efetivação do PF de mulheres portadoras de transtorno mental. Há necessidade de esforços políticos, que valorizem os preceitos do SUS, no atendimento integral, igualitário e de qualidade, contribuindo para a regularidade da oferta variada dos MAC e para a capacitação dos profissionais dos CSF na área de saúde mental.

Dos oito aspectos mencionados pelos profissionais dos CSF para a melhoria do atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno mental, cinco (redução do número de famílias por equipe da ESF; garantia de número adequado de ACS por equipe; oferta de maior variedade de MAC, matriciamento dos CAPS e CSF e capacitação dos profissionais em saúde mental, incluindo os ACS) efetivamente estão vinculados às questões políticas, embora os dois últimos também tenham relação com o interesse dos profissionais, juntamente com os demais aspectos (formação de grupos educativos e atendimento domiciliar; envolvimento da família, cuidador e/ou do parceiro; e supervisão do uso dos contraceptivos).

Dessa forma, faz-se necessário que as instâncias políticas criem e implementem ações que favoreçam a melhoria do atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno

mental. Além disso, o envolvimento dos profissionais pela causa em questão é de fundamental importância.

As percepções dos profissionais dos CAPS, no tocante à necessidade de PF de mulheres portadoras de transtorno mental, são determinantes para que esse público receba cuidados nessa área do cuidado no CAPS, seja por uma ação específica ou por encaminhamento responsável aos CSF, favorecendo a articulação social e intersetorial desse público-alvo.

As contribuições para a melhoria do atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno mental, destacadas pelos participantes do CAPS (uso de anticoncepcionais orais combinados nos casos mais leves e o encaminhamento para a laqueadura tubária das pacientes em estado mais grave; acompanhamento contínuo no uso de medicamentos; importância do papel familiar; e estímulo à participação do parceiro e da família nos grupos de família e na visita domiciliar) destacam a importância desse serviço na promoção do PF, que mesmo não o ofertando em sua complexidade, poderá contribuir, significativamente, para a efetivação desse aspecto do cuidado.

Ante no exposto, pôde-se concluir que os CAPS e os CSF possuem igual importância na efetivação do PF de mulheres portadoras de transtorno mental, sendo o matriciamento um dispositivo que possibilita majorar discussões a respeito dessa área do cuidado, favorecendo a corresponsabilização dos profissionais da atenção básica e do CAPS e o cumprimento dos direitos a uma saúde integral, tão constantemente negada para esse público-alvo. Constatou-se, portanto, que há muito a ser executado no que se refere à organização do trabalho em saúde acerca desta questão.

Acredita-se que as definições das estratégias para a realização do PF, oriundas do exercício matricial, realizado no presente estudo, possa ser um referencial para os profissionais que lidam com mulheres portadoras de transtorno mental. Desse modo, ressalta-se a importância da divulgação destes resultados para os serviços o que, em parte, já foi contemplado no estudo.

Considera-se, pois, que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica se impõe como algo inadiável, pois dela depende o cuidado integral, contínuo e de qualidade às mulheres portadoras de transtorno mental.

Ademais, espera-se que os resultados apresentados instiguem novos estudos e contribuam para uma reflexão na dinâmica do atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

Por fim, confirmou-se a tese de que o matriciamento é uma estratégia que favorece a promoção da assistência ao PF de mulheres com transtorno mental pelas equipes da ESF.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006. [Internet]. Disponível em: http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 10 jan. 2011.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **Mundo Saúde**, v.32, n.4, p.511-518, 2008.

BALLONE, G. J. **Gravidez e depressão**. 2005. Disponível em: <http://www.psiqweb.com.br>. Acesso em: 11 nov. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, R. D.; WILLIAMS, L. C. A.; BRINO, R. F. Habilidades de auto-proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. **Rev Bras Educ Espec**, v.14, n.1, p.93-110, 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. **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. 1996. [Internet]. Disponível em: <http://www.providafamilia.org.br/doc.php?doc=doc29935>. Acesso em: 12 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: programa de saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Lei nº 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. 2001. [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**: define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996). **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 20, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de janeiro de 2007**: dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e atenção as DST/aids na saúde mental no Brasil** : análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura de saúde da família**. 2010. [Internet]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 15 de mar. 2010.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.450-452, 2005.

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Cienc Cogn** [periódico na Internet], v.14, n.1, p.246-254, 2009. Disponível em: http://www.cienciaecognicao.org/pdf/v14_1/m318342.pdf. Acesso em: 02 out. 2009.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gauch Enferm**, v.29, n.4, p.575-580, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

_____. **A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.117-128, 2009.

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

COTTA, R. M. M. et al. Aprehensão y conocimiento de las directrices del Sistema Único de Salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. **Rev Agathos**, v.3, n.4, p.16-23, 2004.

COIMBRA, V. C. C. et al. A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev Elettre Enf** [periódico na Internet], v.7, n.1, p. 113-117, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/847/1021>. Acesso em: 20 ago. 2010.

CRUZ, N. O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p.80.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, sup.1, p.1483-1492, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc**, v.8, n.1, p.63-74, 2009.

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

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.411.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). Guidance for industry on establishing pregnancy exposure registries. [Internet]. 2002. Disponível em: www.fda.gov/ohrms/dockets/98fr/. Acesso em: 22 dez. 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de saúde 2007**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

GUEDES, T. G. **Planejamento Familiar de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental**. 2007. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; ALMEIDA, P. C. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.5, p.1-7, 2009.

LEMOS, P. M.; CAVALCANTE JÚNIOR, F. S. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.233-242, 2009.

LOUZÃ, N. M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v.20, n.2, p.i-ii, 2009.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.472-478, 2006.

MIAN, L. **Comportamento, auto-percepções e eventos de vida de crianças que convivem com mães com história recente de depressão**. 2003. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

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

MILHOMEM, M. A. G.; OLIVEIRA, C. A. G. B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enferm**, v.12, n.1, p.101-108, 2007.

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

NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Rev Eletr Enf** [periódico na Internet], v.6, n.1, p.59-67, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 20 jan. 2010.

NILO, K. et al. (Org). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das praticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.10, p.2375-2384, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembléia Geral. **Declaração de direitos do deficiente mental**. 1971. [Internet]. Disponível em <http://www.cedipod.org.br/w6ddd.htm>. Acesso em: 10 jan. 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

_____. Centro de Programas de Comunicação da Universidade de Hopkins. Projeto INFO. **Planejamento familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Genebra: OMS, 2007.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Méd Fam**, v.1, n.3, p.72-80, 2005.

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.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1177-1182, 2009.

SANTOS, J. E.; MEIRA, M. O. B. Roda da saúde: articulando saberes. uma experiência da Universidade do Estado da Bahia no Distrito Sanitário de Cabula-Beiru, Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.30, n.1, p.161-168, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO CEARÁ (SESA). **Portaria nº 85/2007 de 09 de julho de 2007**: divulga a resolução do COFEN 271, de 12 de julho de 2002, que dispõe sobre as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e solicitação de exames de rotina e complementares. Fortaleza (CE): SESA, 2007.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 139-148, 2009.

SOARES, M. V. B.; CARVALHO, A. M. P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.5, p.632-638, 2009.

SOUZA, A. J. F. et al. A saúde mental no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.4, n.60, p.391-395, 2007.

STRICKLER, H. L. Interaction between family violence and mental retardation. **Ment Retard**, v.39, n.6, p.461-471, 2001.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v.6, n.2, p.34-42, 2007.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

WETTERICH, N. C.; MELO, M. R. A. C. Perfil sócio-demográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.3, p.404-410, 2007.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados (CSF)

1. Idade: _____ (anos completos)
2. Sexo: []Masculino []Feminino
3. Tempo de atuação na atenção básica: _____
4. Tempo de atuação no planejamento familiar: _____
5. Você já participou de capacitação na área do PF? [1]Sim [2]Não
6. Caso sim, quem ofereceu a capacitação? _____
7. A assistência em PF de mulheres portadoras de transtornos mentais foi abordada nesta capacitação? []Sim []Não
8. Você já acompanhou mulheres portadoras de transtornos mentais em PF? [1]Sim [2]Não
Comente.
9. Qual(is) a(s) conduta(s) realizada(s) por você quando se depara com mulheres portadoras de transtorno mental com necessidade de PF ?
10. Existem fatores que interferem nesse atendimento? []Sim []Não.
Se sim, qual(is)?
11. O que você sugere para que a atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental seja oferecida adequadamente?

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados (CAPS)

1. Idade: _____ (anos completos)
2. Sexo: []Masculino []Feminino
3. Tempo de atuação No CAPS: _____
4. Você já participou de capacitação na área de saúde mental? [1]Sim [2]Não
5. Se sim, qual(is)?
6. Você, como profissional de saúde, já se deparou com alguma situação relacionada ao atendimento de mulheres portadoras de transtorno mental que precisasse de informações sobre planejamento familiar? [1]Sim [2]Não. Comente.
7. Como você percebe essa necessidade?
8. Você realiza alguma ação relacionada ao planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental no CAPS? [1]Sim [2]Não. Comente.
9. O que você sugere para que a atenção ao PF de mulheres portadoras de transtorno mental seja oferecida adequadamente?

APÊNDICE C – Convite para apresentação dos dados da primeira etapa

CONVITE

I SARAU DA QUINTA

O Sarau das 5^ª feiras é um espaço da Rede Assistencial de Saúde Mental destinado à contribuição, apresentação e discussão de pesquisas e temas realizados à prática e às inovações na área da Saúde Mental.

Contamos com a sua participação para a solidificação deste espaço coletivo.

Pesquisa:

“Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”

Expositora: Tatiane Gomes Guedes

Data: 18 de Fevereiro de 2010

Local: FANOR – Auditório 2

Horário: 14h00min às 16h00min

Público-alvo:

- Coordenadores Regionais de Saúde Mental;
- Coordenadores dos Serviços de Saúde Mental;
- Profissionais da atenção básica;
- Profissionais dos CAPS;
- Profissionais da rede hospitalar e de urgência e emergência.

Informações:

Andréa Sampaio: 3452-6941/3433.7146/9921-2925

Assessora Técnica da Coordenação Colegiada de Saúde Mental

APÊNDICE D – Carta Convite

Fortaleza, 4 de janeiro de 2010.

UBASF Célio Brasil Girão

Enfermeira ...

CARTA CONVITE

Cara Enf^ª...

Após sua valorosa participação na pesquisa de doutorado intitulada: “Matriciamento do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”, convido-lhe a se fazer presente no **I Sarau da quinta**, promovido pelo Colegiado de Saúde Mental, que será realizado no dia **18 de fevereiro de 2010 às 14h00**, no Auditório 2, da Faculdade Nordeste – FANOR, situada à Rua Antônio Gomes Guimarães, Nº 150 – Dunas / 1º andar.

Na oportunidade, serão apresentados os dados preliminares da referida pesquisa, oportunizando discussões a respeito do matriciamento dos CSF dos CAPS.

Ressalto a importância de sua participação. Juntos poderemos construir um atendimento adequado a mulheres portadoras de transtorno mental em relação ao planejamento familiar, considerando as nuances que envolvem suas vidas.



Enfa. Tatiane Gomes Guedes
Doutoranda da Universidade Federal do Ceará

APÊNDICE E – Convite Café com Saúde Mental



APÊNDICE F – Solicitação para coordenadores dos CSF e do CAPS**Fortaleza, 25 de outubro de 2010.****Prezado(a) Coordenador(a),**

A pesquisa intitulada “Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”, realizada na Secretaria Executiva Regional II, teve como participantes enfermeiros e médicos dos CSF e diversos profissionais do CAPS.

A segunda etapa, da referida pesquisa, ocorreu por meio do matriciamento entre CAPS/CFS e objetivou definir estratégias para a efetivação do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. Para tanto, foi delineado pelo grupo participante a realização de reuniões sistemáticas entre os profissionais dos serviços, facilitando a interação dos mesmos e, conseqüentemente, o diálogo tão necessário para a efetivação desse cuidado.

Como autora e responsável pela pesquisa, saliento a importância do estudo para o cumprimento dos direitos previstos pela legislação vigente a uma saúde integral para mulheres portadoras de transtorno mental, sendo os profissionais dos CSF e do CAPS importantes promotores desse cuidado. Diante do exposto, solicito que os profissionais vinculados à sua coordenação sejam incentivados a participar das reuniões de integração entre as equipes dos CSF e do CAPS propostas, que visam à formação e à desmistificação do cuidado dessa população alvo.

Ao ensejo,

Cordiais saudações.



Enfa. Tatiane Gomes Guedes
Autora da Pesquisa

APÊNDICE G – Retorno da pesquisa ao serviço

Os resultados da pesquisa foram apresentados para a equipe de um dos CSF participantes, como primeira atividade de devolução dos dados para a comunidade científica, favorecendo reflexões e discussões importantes para a efetivação do atendimento em PF de mulheres portadoras de transtorno mental. A referida reunião ocorreu no encontro semanal de equipe, com a presença do coordenador local, de enfermeiros, de médicos, de odontólogos, de ACS e de auxiliares de enfermagem.

Os discursos abaixo ilustram a repercussão da pesquisa para os profissionais participantes, que ressaltaram a relevância do matriciamento entre o CAPS e o CSF como ferramenta para oferecer uma atenção qualificada em PF de mulheres portadoras de transtorno mental.

Parabenizo primeiramente a você pela brilhante pesquisa. Ela traz para nós uma grande reflexão, sobretudo, no processo de construção do nosso sistema de saúde. Como você trouxe em Belo Horizonte eles estão muito mais evoluídos no cuidado com o paciente portador de transtorno mental. Aqui nós estamos iniciando. Infelizmente nossos CAPS estão super lotados e nós da atenção básica não temos preparação para receber esse tipo de paciente. Talvez todos que estão aqui tiveram uma formação acadêmica muito voltada para a doença. Ainda é muito forte a visão dos ACS, dos enfermeiros, dos médicos do cuidado voltado para o tratamento de doenças. Sua pesquisa traz um novo olhar, despertou a necessidade de cuidarmos de pessoas com transtorno mental de forma diferente, sobretudo, com essa questão do PF. Na minha equipe [se referindo a ESF] tem uma pessoa que precisa de acompanhamento nessa área, até já fizemos algum atendimento nesse sentido, mas para nós é muito difícil, o que poderia ser amenizado com o apoio da equipe do CAPS (Médico).

Para mim esse momento foi uma grande capacitação. Tirei várias dúvidas. Se tivéssemos sempre outros iguais a esse, nossas pacientes com transtornos estariam melhores assistidas (ACS).

Agradeço sua presença aqui no posto. Acredito que as nossas reuniões de matriciamento, a partir de agora, serão diferentes. Até mesmo com mais adesão dos profissionais, que muitas vezes não se interessam em participar (Enfermeira).

Eu nem sequer conhecia o que era matriciamento. Às vezes via o cartaz da reunião, mas nunca me interessei em participar. Agora vou procurar não faltar mais. Já tenho até um caso para discutir (ACS).

APÊNDICE H – Relatório Visita Técnica

A visita técnica ao município de Belo Horizonte, ocorrida de 23 a 26 de novembro de 2009, objetivou constatar “*in loco*” o modelo da rede de saúde mental, construído ao longo dos seus dezoito anos de existência, especialmente no tocante à inserção do portador de transtorno mental na rede básica de saúde.

A escolha pelo município de Belo Horizonte ocorreu pela apropriação que a cidade possui no campo de matriciamento, configurando-se como uma experiência exitosa para outros municípios brasileiros que ainda encontra-se com ações incipientes nessa área.

Participaram da referida visita a orientadora e a autora do estudo, bem como duas bolsistas de iniciação científica do CNPq, autoras dos projetos citados na metodologia deste trabalho.

A visita, previamente agendada com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, iniciou com uma entrevista à Coordenação Municipal de Saúde Mental, que contextualizou o surgimento e a implementação da Política de Saúde Mental do município, desde sua criação até o momento atual, seguindo-se de visitas a vários serviços da rede de saúde mental, dentre eles: Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM, residência terapêutica, centro de convivência e unidades básicas de saúde. Além disso, houve participação do grupo em dois momentos de matriciamento entre as equipes de saúde mental e do CERSAM, sendo de grande valia para o incremento da proposta do estudo.

Ressalta-se que o grupo, em todos os lugares visitados, foi recebido com presteza pelo coordenador(a) do serviço, pelos profissionais e até mesmo pelos pacientes, sendo repassadas informações a respeito do funcionamento e da inserção do serviço na rede de saúde mental do município.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, amparada pelo SUS e pela luta antimanicomial, vem construindo, desde 1993, por meio da Política de Saúde Mental, serviços diversos, territorializados, articulados numa rede que possibilita tratamento desospitalizado e a inserção de portadores de transtorno mental na vida política e social da cidade.

Os resultados têm sido amplamente favoráveis, mostrando o êxito da abordagem do sofrimento mental pautada pela busca do consentimento e da participação do usuário e seus familiares em seu tratamento, da garantia de seu pleno acesso aos serviços públicos, pela afirmação de seus direitos, pela sua politização como protagonista do controle social, constituindo-se, assim, uma das mais ousadas experiências de Reforma Psiquiátrica no país.

Como reconhecimento, em 1998 a Política de Saúde Mental recebeu da Fundação Getúlio Vargas/ Fundação Ford o Prêmio Gestão Pública e Cidadania e, em 2004, recebeu o Prêmio HUMANIZASUS David Capistrano.

A Lei 10.216, de abril de 2001, preconiza a reinserção do portador de sofrimento mental em seu território, tornando-se norteadora das práticas no campo da saúde mental no Brasil. Belo Horizonte vem construindo para os portadores de transtorno mental de seu município, novos horizontes, o acesso à cidade, a garantia ao direito inalienável da liberdade e conta atualmente com uma ampla rede de atenção que tem dentre seus dispositivos sete Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAM, para o atendimento intensivo das urgências, com oferta de hospitalidade noturna, quando necessário; um CERSAM álcool e drogas; um CERSAM infante juvenil; Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) que acolhe e atende os casos novos de urgência psiquiátrica e os encaminha, no dia seguinte, ao CERSAM mais próximo de sua residência; 9 Centros de Convivência onde portadores de sofrimento mental participam de oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria, assim como de passeios, festas, assembléias, exposições, dentre outros; os serviços residenciais terapêuticos nas quais residem ex-internos de hospitais psiquiátricos, com laços sócio-familiares já rompidos ; 9 Equipes Complementares de Atenção à Criança e ao Adolescente compostas por psiquiatra infantil, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional que além do atendimento técnico realizado oferecem múltiplas ações intersetoriais, envolvendo as áreas da educação e ação social; o Projeto Arte da Saúde destinado a crianças e adolescentes implantado nas 9 regionais da cidade; 22 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 1 Incubadora de Empreendimentos Solidários que visa a conquista do trabalho e da autonomia financeira pelos portadores de sofrimento mental; 535 Equipes de Saúde da Família que trabalham conjuntamente com as Equipes de Saúde Mental, o SAMU, importante parceiro no atendimento às urgências em saúde mental e 58 Equipes de Saúde Mental na atenção básica, atuando em parceria com as equipes da ESF.

A inserção do portador de transtorno mental na rede básica de saúde, pautada nos princípios do SUS, na desconstrução da lógica manicomial, na progressiva desativação de leitos em hospitais psiquiátricos, na inserção da loucura no espaço da cidade é uma realidade no município de Belo Horizonte. A articulação entre esses dois serviços objetiva garantir o acesso e o acompanhamento dos usuários portadores de transtorno mental grave e persistente, na rede de saúde do município, de acordo com suas necessidades. As ações realizadas em conjunto com a Estratégia Saúde da Família resultam no acolhimento dos portadores de transtorno mental por todos os profissionais de saúde; na circulação dos mesmos pelos vários serviços oferecidos,

reconhecendo-os como pessoas que necessitam de cuidados clínicos; e fundamentalmente, no atendimento do CERSAM nas crises e nas urgências, diminuindo a superlotação desse serviço, tão comumente observada em outras realidades municipais, como por exemplo, em Fortaleza.

As equipes de saúde mental são lotadas nas unidades de saúde e atendem às equipes de saúde da família da própria unidade que se encontram e, ainda, de outras que estejam vinculadas à microrregião. Há, nesta proposta, uma perspectiva de trabalho territorial no quais os profissionais, de ambas as equipes, pensam juntos, propondo a construção compartilhada de projetos terapêuticos. Dessa forma, o portador de transtorno mental deixou de ser um problema exclusivo do profissional *psi*. A integração das equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família tem ampliado as ações na rede básica, contribuindo para uma mudança da posição ética e política dos profissionais em relação aos pacientes, tornando-os não apenas cuidadores, mas agentes sociais que buscam formas diferentes de relação e convívio com portadores de transtorno mental. Toda essa realidade é subsidiada pela estratégia do matriciamento.

As reuniões de apoio matriciamento entre as equipes de saúde mental e as equipes de saúde da família acontecem uma vez por mês na própria unidade de saúde, com a presença de todos os membros das equipes, e têm como objetivo discutir os casos, estabelecer estratégias de acompanhamento, realizar discussões sobre o projeto de saúde mental do município, dentre outros. A equipe de saúde mental encontra-se sempre pronta a acolher urgências trazidas pelas equipes de saúde da família, a conversar sobre situações difíceis enfrentadas pela comunidade, a realizar atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, além do atendimento individualizado dos casos que necessitam. Realizar atendimento em conjunto é uma estratégia fundamental para o aprendizado das duas equipes.

Além do matriciamento, ocorre outro momento importante de formação que são as reuniões de micro área que acontecem de 21 em 21 dias e reúnem a equipe do CERSAM, as equipes das unidades de saúde, a equipe de outros dispositivos, como o centro de convivência, além de outros atores envolvidos, para discutir casos e construir estratégias de intervenção que atendam as necessidades dos pacientes. Esta reunião acontece após a supervisão de saúde mental, que também é aberta a toda a rede. Articular a Política de Saúde Mental à ESF foi um grande avanço no município de Belo Horizonte. As equipes de saúde mental já se encontravam nas unidades de saúde quando a ESF foi implantada, tornando propícia essa articulação. O fato é que o matriciamento permite a intervenção no território do paciente, construindo parcerias e realizando interlocuções constantes com as demais áreas da saúde, buscando promover uma nova cultura clínica e uma abordagem qualificada dos portadores de

transtorno mental, seja pelos profissionais ou pela sociedade em geral, tendo como sustentáculo, sobretudo, a decisão política de empreender a desconstrução do manicômio. Desse modo, a luta do município de Belo Horizonte, por uma sociedade igualitária e sem preconceitos, configura-se como um importante modelo de Política de Saúde Mental para o país.

A visita técnica ao município de Belo Horizonte subsidiou a proposta do estudo, uma vez que na exposição dos resultados em nível central, no exercício de matriciamento e no retorno dos dados da pesquisa ao serviço, houve apresentação do modelo implantado no referido município, fomentando discussões e contribuindo, notadamente, para a percepção dos profissionais de que é possível cuidar desse público alvo promovendo suas necessidades no campo de PF.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Tatiane Gomes Guedes, enfermeira e aluna do curso de Doutorado de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo intitulado “Matriciamento da atenção em Planejamento Familiar de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental”. O estudo tem como objetivo geral definir estratégias para a efetivação do Planejamento Familiar (PF) de mulheres portadoras de transtorno mental, embasada no matriciamento dos Centros de Saúde da Família (CSF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e como objetivos específicos identificar condutas de enfermeiros e de médicos frente às demandas de PF de mulheres com transtorno mental na atenção básica, bem como possíveis fatores que interfiram no atendimento nesse nível de atenção; verificar percepções da equipe de saúde do CAPS a respeito de demandas de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do planejamento familiar; e investigar contribuições de profissionais dos CSF e do CAPS a favorecer o atendimento ao PF de mulheres com transtorno mental no sistema de saúde.

Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo;
- Será garantido seu anonimato, o que significa dizer que seu nome e as informações que você prestar durante as Rodas de Gestão, 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 mulheres portadoras de transtorno mental em relação ao planejamento familiar.

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

Enf^a Tatiane Gomes Guedes – 8786-6460

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

✂-----

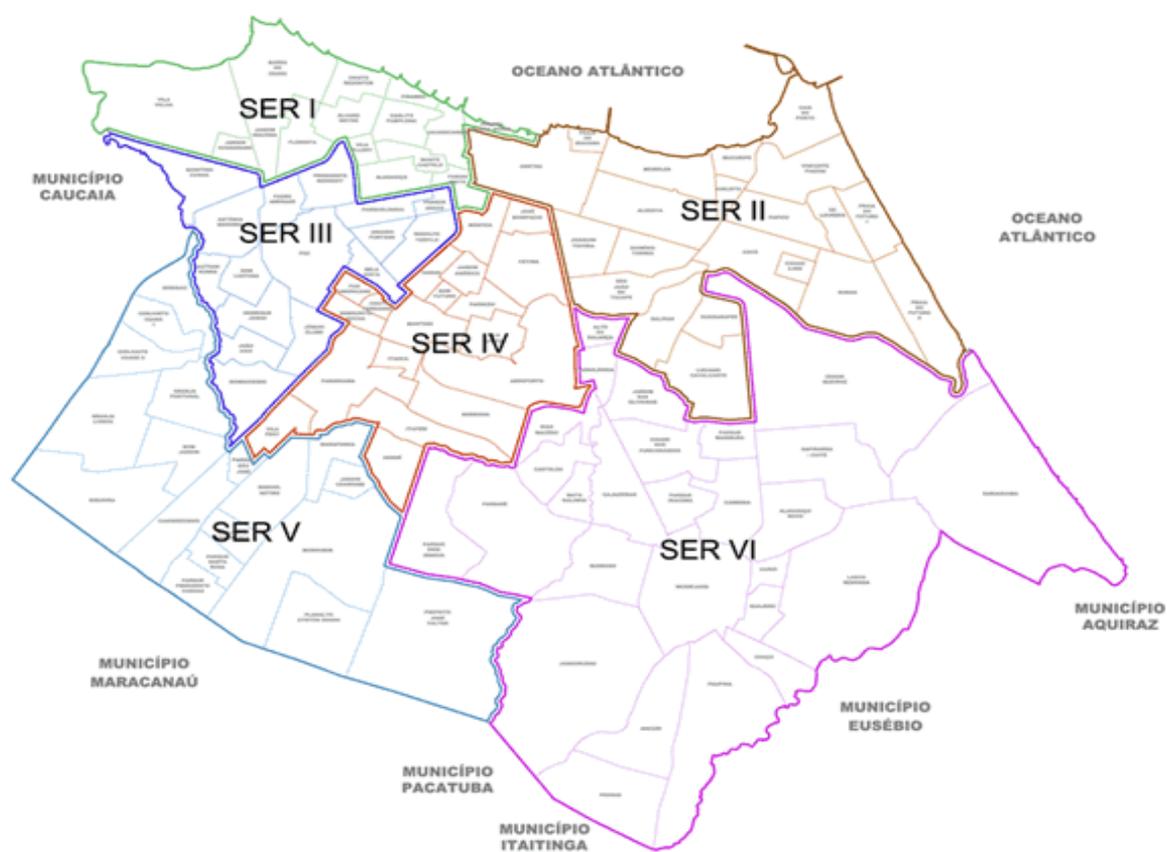
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

Fortaleza, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO A - Divisão administrativa do município de Fortaleza



ANEXO B - Divisão territorial por bairros da SER II



ANEXO C – Protocolo do Comitê de Ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 194/09

Fortaleza, 17 de julho de 2009

Protocolo COMEPE n° 225/ 09

Pesquisador responsável: Tatiane Gomes Guedes

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: “Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 16 de julho de 2009.

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

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

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

ANEXO D – Protocolo do Comitê de Ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 193/09

Fortaleza, 17 de julho de 2009

Protocolo COMEPE n° 226/ 09

Pesquisador responsável: Escolástica Rejane Ferreira Moura

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: “Planejamento familiar portadoras de transtorno mental: ações, fatores intervenientes e propostas da equipe de atenção básica”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 16 de julho de 2009.

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

Atenciosamente,

Minian Parente Monteiro.

D^{ra}. Minian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO E – Protocolo do Comitê de Ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 230/09

Fortaleza, 07 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE n° 227/ 09

Pesquisador responsável: Escolástica Rejane Ferreira Moura

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: “Percepções e tomadas de decisão da equipe de saúde do CAPS quanto às necessidades de mulheres portadoras de transtorno mental no campo do planejamento familiar”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. 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 n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 06 de agosto de 2009.

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

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

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