

Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer

THE FAMILY PLANNING OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS: WHAT CAPS PROFESSIONALS HAVE TO SAY

PLANEAMIENTO FAMILIAR DE MUJERES CON TRANSTORNO MENTAL: LA OPINIÓN DE PROFESIONALES DE LOS CAPS

Escolástica Rejane Ferreira Moura¹, Tatiane Gomes Guedes², Suellen Alves Freire³, Adriana Teofilo Bessa⁴, Violante Augusta Braga⁵, Raimunda Magalhães da Silva⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar demandas de planejamento familiar que chegam ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e investigar contribuições desse serviço para as mulheres portadoras de transtorno mental. Trata-se de estudo qualitativo, realizado com oito profissionais de um CAPS de Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, sendo utilizada para análise a técnica de conteúdo. As demandas detectadas foram: solicitação de informações pelos familiares para lidar com paciente sexualmente ativo; pacientes suscetíveis à violência sexual e gravidez; mulheres com depressão, em uso de carbonato de lítio. As contribuições: necessidade de rede integrada (atenção básica/CAPS), com profissionais conhecedores das particularidades do planejamento familiar dessas mulheres – parte defende atendimento na atenção básica, parte, atendimento no CAPS, destacando-se o matriciamento como estratégia a corresponsabilizar os dois polos, evitando encaminhamentos desnecessários aos CAPS, pelo fortalecimento da resolubilidade dos casos na atenção básica.

DESCRIPTORIOS

Mulheres
Transtornos mentais
Planejamento familiar
Serviços de Saúde Mental

ABSTRACT

The objective of this study was to explore the family planning demands that occur at the Psychosocial Care Center (Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS) and investigate the contributions of this service to women with mental disorders. This qualitative study was performed with eight workers from a CAPS located in Fortaleza-CE. Data collection was performed through interviews, and the data were submitted to content analysis. The following demands were identified: relatives' request for information on how to cope with a sexually active patient; patients susceptible to sexual violence and pregnancy; and women with depression taking lithium carbonate. Contributions identified were: the need for an integrated network (primary healthcare/CAPS) with professionals who understand the complexities regarding these women's family planning; supportive care should be provided in the primary healthcare setting, emphasizing matrix organization as a strategy to make both centers co-responsible, thus avoiding unnecessary patient referrals to the CAPS by strengthening the ability to deal with these cases in the primary healthcare setting.

DESCRIPTORS

Women
Mental disorders
Family planning
Mental Health Services

RESUMEN

El objetivo del estudio fue verificar demandas de planeamiento familiar que llegan al Centro de Atención Psicossocial (CAPS) e investigar contribuciones de tal servicio hacia las mujeres afectadas por transtorno mental. Estudio cualitativo, realizado con ocho profesionales de un CAPS de Fortaleza-CE. Datos recolectados mediante entrevista, utilizándose técnica de análisis de contenido. Las solicitudes fueron: pedido de informaciones a los familiares para hacerse cargo del paciente sexualmente activo; pacientes susceptibles a violencia sexual y gravidez; mujeres con depresión, medicadas con carbonato de litio. Contribuciones: necesidad de red integrada de atención primaria/CAPS, con profesionales conocedores de las particularidades del planeamiento familiar de tales mujeres: una parte apoya su atención en la atención primaria; y otra, atención en el CAPS, destacándose la participación como estrategia para corresponsabilizar a ambos polos, evitando derivaciones innecesarias a los CAPS, por la facilitación de la resolución de casos en la atención básica.

DESCRIPTORIOS

Mujeres
Trastornos mentales
Planificación familiar
Servicios de Salud Mental

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. escolpaz@yahoo.com.br ² Enfermeira. Professora Doutora de Enfermagem da Faculdade Nordeste. Fortaleza, CE, Brasil. tguedes@fanor.edu.br ³ Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. suellen_a_f@hotmail.com ⁴ Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. dridibessa@hotmail.com ⁵ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. vivi@ufc.br ⁶ Enfermeira. Professora Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Pesquisadora CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. rmsilva@unifor.br

INTRODUÇÃO

A atual política de saúde mental visa à ressocialização dos pacientes, substituindo, progressivamente, o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas, por um modelo de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade e integralidade, acrescida da proposta de desinstitucionalização⁽¹⁾. Portanto, propõe-se modificar o paradigma da doença para a existência-sofrimento da pessoa em seu corpo social, com a construção de novos saberes e práticas sobre a loucura.

Para responder por essa proposta, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dispositivo destinado a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, integrá-los em um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica⁽²⁾. Ademais, deve oferecer suporte técnico especializado à atenção à saúde mental na rede básica, por meio do matriciamento, sobre o que se destaca, em particular, a assistência ao Planejamento Familiar (PF) de mulheres portadoras de transtorno mental, objeto deste estudo.

O matriciamento ou apoio matricial é uma ferramenta utilizada no campo da saúde mental que visa modificar a estrutura organizacional da rede de atenção, evitando encaminhamentos desnecessários aos CAPS, pelo fortalecimento da resolubilidade dos casos na atenção básica. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para a equipe ou o profissional de referência, no caso, o CAPS é aquele que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ampliando as possibilidades de vínculo entre os profissionais e os usuários⁽³⁾. O elo entre as práticas de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família está alicerçado no vínculo, na corresponsabilidade, no envolvimento e no conhecimento do grupo familiar, tornando-se imperativo um modelo de base comunitária e territorial nesse nível de atenção⁽⁴⁾.

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) corrobora a relevância deste estudo quando propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações voltadas a atores sociais excluídos da atenção, a ressaltar as mulheres com transtorno mental, justificando a escolha destas como sujeitos do estudo. Nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a atenção integral à saúde da mulher deverá

ser norteada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e de crenças pessoais. Objetiva a qualificação da atenção à saúde mental das mulheres nas 26 capitais, no Distrito Federal e nos municípios que tenham Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de residência terapêutica e outras modalidades de serviços substitutivos de atenção à saúde mental. As ações de saúde propostas enfatizam: a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortoamento; o combate à violência doméstica e sexual; e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério. Essa política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo o transtorno mental⁽⁵⁾.

Em face do exposto, observa-se que as mulheres portadoras de transtorno mental têm direito aos serviços de atenção ao planejamento familiar, ofertado basicamente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, que respondem pela atenção básica no País. Reforçando essa assertiva, estudo realizado no Sistema de Saúde de Fortaleza-CE, com 255 mulheres portadoras de transtorno mental acompanhadas em um CAPS, identificou que essas mulheres apresentam necessidades de atenção em planejamento familiar, bem como um perfil gineco-obstétrico semelhante ao da maioria das mulheres em idade fértil sem diagnóstico de transtorno mental, identificando, portanto, a necessidade de ações voltadas para esse público-alvo⁽⁶⁾.

Embora o planejamento familiar seja de responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (atenção básica), o atendimento é pouco abrangente e pouco eficaz às mulheres portadoras de transtorno mental, devido à fragmentação do sistema de saúde, ou seja, os profissionais da atenção básica parecem pouco informados sobre as especificidades do planejamento familiar de mulheres com transtorno mental, e os profissionais do CAPS parecem pouco informados sobre as ações que devem estar ao alcance desse público-alvo⁽⁶⁾. Com isso, tais mulheres ficarão suscetíveis a uma gravidez não planejada e, conseqüentemente, às questões que envolvem a relação da gravidez/maternidade e o transtorno mental, como a teratogenicidade de alguns psicotrópicos, que quando não utilizados podem ocasionar surtos psiquiátricos; a autonomia prejudicada e as possíveis internações psiquiátricas, que podem causar prejuízo no cuidado dos filhos.

Diante dessa problemática, foram elaborados os seguintes questionamentos: profissionais atuantes nos CAPS recebem demanda para atendimento em planejamento familiar? Como realizam esse atendimento? De que forma poderiam contribuir para a promoção do planejamento familiar dessas usuárias? Para responder a

Embora o planejamento familiar seja de responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (atenção básica), o atendimento é pouco abrangente e pouco eficaz às mulheres portadoras de transtorno mental, devido à fragmentação do sistema de saúde...

essas indagações, foram estabelecidos como objetivos: verificar demandas de Planejamento Familiar (PF) de mulheres portadoras de transtorno que chegam ao CAPS e investigar contribuições de profissionais desse serviço à referida área do cuidado.

MÉTODO

Estudo de campo, com abordagem qualitativa, realizado no CAPS tipo II, pertencente à Secretaria Executiva Regional (SER) II, do município de Fortaleza-CE. Participaram oito profissionais, incluindo enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e pedagogo, tendo-se como justificativa serem profissionais que têm contato direto com os pacientes; portanto, com possibilidades de perceberem as necessidades destes quanto ao objeto desta investigação, favorecendo a reunião de ideias em uma perspectiva interdisciplinar. Foram excluídos profissionais que atuassem há menos de um ano na área de saúde mental, respeitando-se a necessidade de se ter um tempo mínimo à adaptação e maior entrosamento profissional na área de atuação. Quatro profissionais não participaram por indisponibilidade de tempo e dois se recusaram.

Os dados foram coletados em dezembro de 2009, por meio de entrevista que seguiu um formulário semiestruturado, contendo perguntas subjetivas e objetivas. As perguntas subjetivas foram gravadas e as objetivas registradas no próprio formulário pela pesquisadora, possibilitando maior interação entre o entrevistador e os participantes.

Os dados transcritos das gravações foram organizados pela técnica de análise de conteúdo. Tal análise é uma técnica de investigação que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁽⁷⁾. Os formulários foram numerados por ordem da entrevista e foram codificados pela letra P, acrescida do corresponde número de ordem da entrevista.

Foram seguidas as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 227/09. Os participantes, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar voluntariamente, sendo-lhes dada a garantia do anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

A idade dos participantes 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.

Seis profissionais declararam já ter atendido pacientes portadoras de transtorno mental com necessidade de atendimento em planejamento familiar e os demais responderam negativamente, porém todos responderam não desenvolverem nenhuma ação voltada ao planejamento familiar, no CAPS. Esse resultado é coerente com a organização do SUS, uma vez que a atenção ao planejamento familiar é uma atribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família, 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 Estratégia Saúde da Família recebam apoio técnico das equipes especializadas, que no caso da mulher portadora de transtorno mental seriam as equipes CAPS⁽⁸⁾. Apesar da resposta negativa de todos os participantes a respeito do desenvolvimento de atividades de planejamento familiar no CAPS, no decorrer da entrevista foram relatadas demandas para esses profissionais, o que está apresentado e discutido no item seguinte.

O CAPS é responsável pela atenção em saúde mental dos pacientes atendidos nessa instituição, sendo um de seus desafios o de ultrapassar seus 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 Estratégia Saúde da Família, oferecendo suporte ao atendimento em saúde mental na atenção básica, incluindo transtorno mental *versus* planejamento familiar, como área de matriciamento, por exemplo⁽⁹⁾.

Demandas por assistência em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental que se apresentam à equipe do CAPS

Estas foram sintetizadas nas seguintes temáticas: solicitação de informações por parte dos familiares para lidar com paciente sexualmente ativo; pacientes suscetíveis à violência sexual e gravidez (sem companheiro fixo, não participação do companheiro no planejamento familiar); mulheres com depressão e que fazem uso de droga teratogênica (carbonato de lítio).

Do exposto, observa-se real necessidade de compreender a sexualidade e a atenção dessas mulheres em planejamento familiar, sendo narradas situações específicas, cujas equipes da Estratégia Saúde da Família poderiam atender com suporte técnico dos especialistas da área da saúde mental – CAPS.

A sexualidade de mulheres com transtorno mental é um tema controverso, pois, por um lado, se pensa que os

indivíduos portadores de deficiência mental são exibicionistas e que exacerbam a sua sexualidade; por outro lado, se pensa que são seres assexuados. O importante é reconhecer que a sexualidade dos indivíduos portadores de deficiência mental é semelhante à dos indivíduos ditos *normais*. Esses indivíduos sentem, apaixonam-se e amam como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente.

Revisão bibliográfica realizada na base de dados da BIREME, analisando a produção de 1990 a 2003 sobre a sexualidade de adolescentes com transtorno mental, revelou que os pais se deparam com novos desafios para a integração social dos seus filhos com transtorno mental quando estes chegam à adolescência, especialmente com o despertar de sua sexualidade genital, cujos preconceitos nesse campo ainda estão presentes. Também ficou evidente a dificuldade dos pais em lidar com as manifestações sexuais desses adolescentes, como a masturbação, donde se concluiu que a ampliação do debate aos pais e adolescentes com transtorno pode contribuir para que estes tenham uma vivência da sexualidade com menos estigmas e menos exposta a riscos⁽¹⁰⁾.

É necessária uma rede integrada de serviços de atenção básica/CAPS, com profissionais capacitados para lidar com a sexualidade desse grupo populacional, a abranger familiares, tornando-os também cuidadores. Estudo realizado com 17 enfermeiros de hospitais psiquiátricos de Ribeirão Preto com o objetivo de conhecer as representações sociais desses profissionais sobre a sexualidade de pacientes com transtorno mental constatou negação da sexualidade do doente mental pelos enfermeiros, circunscrevendo as manifestações de sexualidade presenciadas nas unidades psiquiátricas como desvio, transgressão ou doença⁽¹¹⁾.

Quando familiares solicitam informações para lidar com o paciente sexualmente ativo, conforme descreveu P2, é importante que as particularidades gerais do planejamento familiar desse grupo alvo sejam levadas a efeito e que cada situação seja analisada individualmente. Dentre essas particularidades, foram reconhecidas como as mais relevantes: hereditariedade de transtornos mentais, como o transtorno bipolar, que possui importante fator genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão, envolvendo múltiplos genes que estão sob influência de fatores ambientais; internações psiquiátricas e/ou crises de sofrimento psíquico, que poderão interferir na prática anticonceptiva, nos cuidados para com os filhos ou na realização adequada do pré-natal; uso de anticoncepcionais que exigem autocontrole feminino poderá ser comprometido por comportamento alterado, pela 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) apresenta interação medi-

camentosa com os anticoncepcionais hormonais orais e outros que podem provocar efeitos teratogênicos quando ingeridos na gestação (o carbonato de lítio)⁽⁶⁾.

(...) os familiares têm preocupação que uma gravidez indesejada ocorra com a paciente; então, eles buscam informação, até porque seria inviável o transtorno e uma gravidez (...). Os familiares são sempre os primeiros a relatarem se o paciente tem companheiro (P2).

Quando P2 afirma que *seria inviável o transtorno e uma gravidez*, põe-se um contraponto, uma vez que a mensagem parece preconceituosa e generalizadora, ferindo os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas portadoras de transtorno mental. Nesse contexto, é importante realizar um julgamento clínico diferenciado entre os transtornos episódicos de melhor prognóstico e passível de controle terapêutico e os transtornos crônicos e com prognóstico e controle terapêutico mais complexo, pois, inclusive, a maternidade pode melhorar certos sofrimentos psíquicos.

Estudo realizado em Ribeirão Preto-SP com 10 mulheres portadoras de transtorno mental; todas, 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 a uma urgente necessidade de se encontrarem diante do exercício da maternidade. Revelou-se, ainda, que essas mulheres têm a necessidade de se reconhecerem em sua função materna para que permaneçam lutando com as limitações impostas pelo transtorno mental⁽¹²⁾.

Demanda destacada por P3 e P4 foi a suscetibilidade dessas pacientes com relação a violência sexual e gravidez, por razões como o relacionamento com companheiro eventual e a não participação deste no PF. Para P3,

(...) ao contrário do que se pensa, o paciente com 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 estupidas e grávidas, isso é relativamente frequente.

P4 destacou uma usuária com cinco filhos, que sofreu violência sexual e que passava por grandes dificuldades.

A violência contra essas mulheres constitui significativo problema social e de saúde pública, pois, além das pressões impostas a elas devido às suas responsabilidades como 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⁽¹³⁾.

Fatores contribuem para maior violência sexual em deficientes mentais: aumento de dependência de ou-

tras 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 falta de independência econômica por parte da maioria dos indivíduos portadores de deficiência mental⁽¹⁴⁾.

Assim, é importante alertar as mulheres portadoras de 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, à gravidez não-planejada, os métodos anticoncepcionais que independem do controle pessoal, como o DIU, injetáveis e laqueadura tubária, se tornam de primeira indicação. Todavia, o risco para doenças sexualmente transmissíveis é mantido⁽⁶⁾.

Não se trata de despertar ou estimular mulheres com transtorno mental para a atividade sexual, pois ao contrário do que se pensa a maior parte dessas pacientes está ativa, mas de oferecer-lhes informações sobre o que acontece com o corpo que lhes faz sentir desejo, o que é a masturbação, quais as possibilidades de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, favorecendo, assim, a garantia de seus direitos e de sua dignidade⁽¹⁵⁾.

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 planejamento familiar. Isso é comum na população masculina, em geral, devendo ser abordado com elevada prioridade na existência do transtorno mental, em que um dos cônjuges poderá exercer a corresponsabilidade mais substancial com relação ao planejamento familiar⁽⁵⁾. A esse respeito P5 ressaltou:

Tem o caso de uma paciente que já tinha um filho que não foi planejado e depois que entrou no CAPS engravidou novamente e tem um relacionamento não estável (...).

P8 reforça:

A gente trabalhou com muitas mulheres que já tinham filhos, sem companheiro fixo ou o companheiro não participa [referindo-se ao planejamento familiar].

Mulheres com depressão decorrente de transtorno bipolar ou depressão puerperal foram outras demandas narradas pela equipe do CAPS. P4 destacou que

a maioria das pacientes está com filhos crescidos e não quer mais engravidar, e muitas estão laqueadas. (...) as usuárias que estão em idade fértil e por conta da medicação pesada não podem engravidar [referindo-se ao transtorno bipolar], se engravidarem precisam parar de tomar o lítio, e se deixarem de tomar o estabilizador de humor, é comprometimento com certeza.

Nesse depoimento entram em cena demandas por anticoncepção de mulheres que estão satisfeitas com a prole e que não querem mais 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 que, quando utilizado no decorrer da gestação e suspenso, poderá acarretar crises psiquiátricas na paciente, sendo necessários, portanto, a avaliação do risco e o benefício de sua utilização. Nesse caso, é preciso avaliação conjunta do médico e/ou enfermeiro da atenção básica com especialista do CAPS.

Contribuições dos profissionais dos CAPS para a atenção em planejamento familiar de portadores de transtorno mental

Conforme se afirmou, nenhum dos profissionais entrevistados declarou realizar ações voltadas ao planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. Todavia, P1 informou:

Quem aborda esse assunto aqui é a médica ou a enfermeira;

P4 e P6 reiteraram:

Tem o pessoal da enfermagem aqui que dá a orientação;

E prossegue P4:

(...) mas há um esforço para que seja feito pelas equipes da ESF. O CAPS é especializado e o planejamento familiar é para o PSF [...] quando a gente percebe essa demanda, a gente faz a orientação devida, mas encaminha e matricia com a atenção básica.

As assertivas de P1, P4 e P6 foram confirmadas no depoimento de P3, que afirmou:

(...) quando a gente percebe que é um planejamento familiar simples, em que a pessoa sente uma ansiedade ou uma depressão, aí é prescrever uma pílula, ou coisa assim, a gente faz uma orientação. Quando é um caso de pessoas suscetíveis a sofrer violência sexual ou mulheres com dificuldade de compreensão, 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.

Nesse sentido, P8 também comentou:

(...) o que a gente faz é orientar nos grupos quanto à importância do planejamento familiar, mas não é uma ação

de planejamento familiar específica. A gente trabalha bem para trazer o marido junto e encaminha para o Posto.

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 não realizar atendimento em planejamento familiar no CAPS, ou até para não se comprometerem com mais uma área do cuidado, que não é o foco central da atenção ao transtorno mental. Mesmo assim, contribuições adequadas às demandas apresentadas foram citadas pelos profissionais, porém é notável a necessidade de se definirem as atribuições, os fluxos e papéis das equipes de saúde nos dois polos de atenção, para lidar com essa área do cuidado.

Dessa forma, a produção da saúde passa por reformas estruturais de modo a atingir um maior grau de resolubilidade, sobre a qual o matriciamento propõe que as equipes das unidades de referência (no caso o CAPS) ofereçam apoio especializado às equipes da atenção básica. Nessa 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, reduzindo os encaminhamentos desnecessários. Essa 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⁽¹⁶⁾.

No contexto das contribuições, a equipe CAPS elencou dificuldades e facilidades no lidar com as demandas de planejamento familiar das pacientes, caracterizando-se como suporte para a organização e gestão dos serviços de saúde.

Como dificuldades, as contribuições recaíram sobre o próprio transtorno como déficit de concentração e de cognição dos pacientes, dificultando a abordagem profissional; ausência de companheiro e de familiares na consulta; necessidade de capacitação técnica para a equipe do CAPS e da atenção básica; tempo insuficiente para o atendimento; falta do atendimento em planejamento familiar para essa clientela na atenção básica; e indisponibilidade dos métodos anticoncepcionais no CAPS. Observa-se nesse conjunto de resultados determinada indefinição dos participantes sobre a quem compete a atenção desse público. Nos depoimentos há traços de que é uma atividade para atenção básica, mas também há preocupação para com capacitação da equipe CAPS (o que é fundamental para atuarem como suporte técnico no matriciamento) e com a disponibilidade de métodos anticoncepcionais.

Essa realidade foi ilustrada nos depoimentos:

(...) 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 esse tipo de conversa, de manter esse tipo de

diálogo. Eu venho da clínica médica, então eu já tenho algum ganho nessa área com o cliente, mas acredito que não seja o mesmo para os outros profissionais que estão chegando e não passaram pela clínica médica, eles sentem mais falta do que eu (P2).

(...) 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 planejamento familiar. Então, em face do tempo é inviável a gente fazer isso e a gente sabe que o planejamento familiar é da atenção básica (...) requer toda uma formação, mas a gente vive recebendo pessoas que eram para ser atendidas lá. Não dispor dos métodos no CAPS é uma discussão, as camisas deviam ficar no CAPS (P3).

(...) Os profissionais da rede básica não estão preparados, pois tudo eles mandam para cá [para o CAPS]. Os profissionais devem estar capacitados, mas também a maioria não tem interesse (P6).

(...) atendi uma paciente que estava na terceira gravidez e tem problemas graves de depressão pós-parto e o médico não queria passar a medicação [referindo-se a insegurança técnica], mesmo ela estando no sétimo mês de gravidez (P8).

Dependendo do tipo de transtorno mental, as mulheres podem ter algum déficit de atenção e cognição, tendo dificuldade para apreender as informações necessárias à tomada de decisão e autonomia para a prática anticoncepcional adequada. Portanto, obter uma relação de confiança com a paciente é crucial na promoção do cuidado em planejamento familiar. Considerando-se que essas mulheres são portadoras de agravos que podem comprometer sua autonomia, é imprescindível uma atenção individualizada, envolvendo o companheiro e outro(s) familiar(es) significativo(s) na tomada de decisão, tratando a relação gravidez/transtorno mental, embora delicada, como um direito sexual e reprodutivo dessa população⁽⁶⁾. Três profissionais entrevistados relataram a importância do contexto familiar nessa abordagem, ressaltando a participação da família e do parceiro nas consultas, oportunidade para serem preparados para apoiar a paciente.

A necessidade de capacitação permaneceu notória para os dois campos de atenção. Nesse contexto, os próprios participantes 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 é 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. P7 enfatiza essa condição quando afirma:

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 (P7).

E P2 complementa:

(...) 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.

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 dar 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⁽⁹⁾.

A atenção básica deve ser o local do primeiro acolhimento de pacientes portadores de transtorno mental; contudo, é visível a maneira com que 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 contra-referência. Os pacientes acabam perdendo-se na rede de saúde que deveria garantir o cumprimento da integralidade das ações⁽⁶⁾. A reinserção do portador de transtorno mental na comunidade é o grande desafio para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. A formação profissional na graduação e a falta de cursos de capacitação durante o exercício da profissão emergem como desafios para a não realização de um trabalho assistencial para esses usuários⁽⁴⁾.

Como facilidades, os profissionais do CAPS apresentaram contribuições no sentido de reconhecerem a importância do interesse do paciente por informações relativas à sexualidade, o que é facilitado pelas atividades grupais desenvolvidas; a presença do familiar no atendimento foi citado tanto como dificuldade quanto como facilidade.

Os depoimentos exemplificam essas contribuições:

(...) 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 (P2).

A facilidade é que o paciente tem um diálogo aberto com a gente (P3).

Nos grupos, os relatos ficam mais comuns, porque eles se abrem muito e conversam com outros profissionais (P5).

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⁽¹⁷⁾.

Outras contribuições dos profissionais CAPS foram dirigidas diretamente para o atendimento dessa clientela em planejamento familiar. Destacaram-se orientações quanto 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; tratamento contínuo do transtorno com medicamentos e, no caso do carbonato de lítio, atenção sobre os riscos teratogênicos, uma vez sendo suspenso o uso, deve-se ter ciência da maior suscetibilidade das pacientes às crises; importância do papel familiar; estímulo à participação do parceiro e da família nos grupos de família e na visita domiciliar.

P3, P4, P6 e P7 acrescentaram o papel da enfermagem nas orientações sobre o planejamento familiar. 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 à paciente e seus familiares a compreensão da doença e dos demais aspectos da sua vida, incluindo o aspecto sexual e reprodutivo e o planejamento familiar⁽¹⁶⁾. 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 dar apoio aos outros profissionais, acompanhando a evolução dos casos e contribuindo com conhecimento e ações.

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 tem muita rotatividade e não tem como acompanhar junto com a profissional a evolução do caso (P6).

As opiniões da equipe CAPS quanto ao campo de atendimento em planejamento familiar das mulheres portadoras de transtorno mental foram polarizadas, pois parte defende que essas pacientes sejam atendidas na atenção básica, mas esse serviço é negado e os profissionais encontram-se despreparados para atender a esse público-alvo; outros defendem que elas devem permanecer no CAPS, mas nesse local não são oferecidos os métodos anticoncepcionais, e quando está disponível o preservativo masculino se questiona sobre este ser oferecido, além da sobrecarga de trabalho desses profissionais.

Em meio a esses argumentos, percebe-se que essas mulheres estão desamparadas no que se refere ao planejamento familiar e a várias outras áreas da sua saúde, como é manifestado por P4:

(...) 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 procura a doença, infelizmente acontece muito isso, você não ver 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 (...).

Essa discussão apenas 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 planejamento familiar. P4 e P5 também destacaram que preferem encaminhar os casos para o matriciamento, objetivando a melhor resolução, enquanto P1, P2 e P3 afirmaram que preferem encaminhar para as Unidades Básicas de Saúde. Enfim, não houve um consenso entre os entrevistados. Porém, ressalta-se o matriciamento como estratégia a corresponsabilizar CAPS e Unidades Básicas de Saúde, associando forças e opiniões pelo atendimento multiprofissional, compartilhando os casos, aumentando a capacidade resolutive da Estratégia Saúde da Família, conforme preconiza o matriciamento.

Pode ser colocado no plano terapêutico o tópico planejamento familiar. Às vezes a gente encaminha para o posto e eles encaminham de volta. O paciente vai e volta tantas vezes que a gente acaba absorvendo casos que são do posto. Afinal, é aqui que elas são mais ouvidas, criam vínculo e participam dos grupos (P5).

Quando a gente percebe a demanda de planejamento familiar, a gente faz a orientação devida, mas encaminha e matrícia com a atenção básica (P4).

CONCLUSÃO

Seis dos oito profissionais afirmaram já terem recebido mulheres portadoras de transtorno mental com necessida-

REFERÊNCIAS

1. Bezerra BJ. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(2):243-50.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil [Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas]. Brasília; 2005.
3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

de de atendimento em planejamento familiar, sinalizando que estas devem ser vistas além das necessidades manifestas no campo da Psiquiatria. Assim, o estudo identifica que mulheres com transtorno mental geram demanda no campo do planejamento familiar, o que reforça a necessidade de uma rede de cuidados para atender a esse público.

Contribuições da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para lidar com as demandas de planejamento familiar das pacientes com transtorno mental motivaram discussão a respeito do local adequado para o atendimento desse público-alvo, nessa área do cuidado. Por um lado, a atenção básica encontra-se amparada pela legislação vigente para realizar esse atendimento e, conseqüentemente, a equipe de atenção básica deve estar preparada tecnicamente para atender. Por outro lado, a equipe do Centro de Atenção Psicossocial oferece atendimento especializado em saúde mental e, portanto, deve estar preparada tecnicamente para lidar com as demandas psiquiátricas dessas mulheres. Contudo, a legislação também determina que a atenção básica seja a porta de entrada das mulheres com transtorno mental, referenciando os casos especiais para o CAPS, mas mantendo a corresponsabilidade e a continuidade de ações básicas pelos pacientes adscritos.

Essa discussão reforça a relevância deste estudo, no sentido de fortalecer a necessidade de parceria técnica entre a equipe da atenção básica e a do CAPS no cuidado das pessoas com transtorno mental com necessidades no campo do planejamento familiar.

Baseado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que apresenta a articulação entre a atenção básica e a saúde mental como imprescindível e inadiável, sugere-se que o apoio matricial, mencionado por vários profissionais do estudo, seja utilizado na busca pelo melhor atendimento às mulheres portadoras de transtorno mental com demanda de planejamento familiar.

Ademais, considerando que o estudo foi realizado em uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial, que traz peculiaridades locais em sua forma de organização, sugere-se que outros estudos sejam realizados em regiões distintas do País, de forma a contemplar outras realidades brasileiras.

4. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2010 Aug 15];44(2):376-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_19.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

6. Guedes TG, Moura ERF, Almeida PC. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(5):639-44.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 jul. 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
9. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2009;14 Supl 1:1483-92.
10. Olga MB, Suely FD. Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):389-397.
11. Miranda FAN, Furegato ARF. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(2):207-13.
12. Soares MVB, Carvalho AMP. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(5):632-8.
13. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1177-82.
14. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. *Ment Retard*. 2001;39(6):461-71.
15. Barros RD, Williams LCA, Brino RF. Habilidades de auto-proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. *Rev Bras Educ Espec*. 2008;14(1):93-110.
16. Figueiredo AD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na Rede SUS-Campinas (SP) [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
17. Lemos PM, Cavalcante Junior FS. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):233-42.
18. Mota TD, Barros S. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):220-6.

Estudo financiado pelo CNPq – Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCITIE/DECIT, nº. 33/2008 – Saúde Mental. Processo: 575129/20085.