



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

BRUNO NASCIMENTO BARBOSA

**SAÚDE REPRODUTIVA EM MULHERES COM TRANSTORNO
MENTAL GRAVE**

ARACAJU
2019

BRUNO NASCIMENTO BARBOSA

**SAÚDE REPRODUTIVA EM MULHERES COM TRANSTORNO
MENTAL GRAVE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

ARACAJU
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**SAÚDE REPRODUTIVA EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, ____/____/____

Autor: Bruno Nascimento Barbosa

BRUNO NASCIMENTO BARBOSA

**SAÚDE REPRODUTIVA EM MULHERES COM TRANSTORNO
MENTAL GRAVE.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso
de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias
Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

*Dedico ao Sagrado Feminino, força geradora
da vida na Terra.*

*Dedico àquelas que não são compreendidas em
sua essência e são taxadas como loucas, tendo
sua sexualidade ignorada.*

Agradeço a Deus, por ter me permitido chegar até aqui. À minha mãe, alicerce da minha vida e motivo pelo qual não desisti de sonhar nenhum dia. Ao meu pai (em memória) exemplo vivo em meu coração de caráter, força e amor ao próximo. À Luiz Henrique, minha âncora nos dias de tempestade. A todas as mulheres que deram voz a este trabalho, permitindo torná-lo real.

“ [...] Eu sei de muita coisa que não vi. E vocês também, eu sei. Não se pode dar uma prova de existência daquilo que é mais verdadeiro, o único jeito é acreditar: e acreditar chorando.

Esta história acontece em estado de emergência e de calamidade pública. Trata-se de um livro inacabado, porque lhe falta resposta. Resposta esta que eu espero que alguém no mundo me dê. Vós? É uma história em technicolor para se ter algum luxo, por Deus, que eu também preciso. Amém para nós todos. ”

(Clarice Lispector, A hora da estrela.)

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil da saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental grave atendidas nos centros de apoio psicossocial (CAPS), descrevendo seus principais problemas relacionados à contracepção, maternidade e o cuidado com os filhos. **Método:** Estudo transversal realizado com 46 mulheres, com idades entre 18 e 50 anos, acolhidas no CAPS III Jael Patrício de Lima e o CAPS III Liberdade, no município de Aracaju/Sergipe. Os dados foram obtidos através de revisão de prontuários e entrevistas estruturadas, no período de agosto a setembro de 2019. Os diagnósticos foram agrupados segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição 5 (DSM-5). Para verificar a existência de significância ($p \leq 0,05$) entre os grupos de transtornos mentais e os aspectos pertinentes a saúde reprodutiva, foi utilizado o teste de correlação de Fisher. **Resultados:** O grupo com Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos correspondeu a 19 (41,3%) das mulheres, com Transtornos do humor 21 (45,7%) e outros diagnósticos 6 (13%). A média da idade foi de 40,9 anos com desvio padrão (DP) de 7,16. Tinham vida sexual ativa 29 (63%) e apenas 13 (28, 2%) utilizavam métodos contraceptivos. 38 (82,6%) eram mães, com uma média de 02 filhos por mulher (DP= 1,4) e 20 (52,6%) possuíam filhos menores de idade. Não houve diferença significativa entre o tipo de transtorno mental com o uso de métodos contraceptivos, o planejamento das gestações e a capacidade de cuidar dos filhos. Mais da metade 27 (58,7%) não sabia informar se possuíam alguma IST e nenhuma 46 (100%) participava efetivamente de um programa de Planejamento Familiar (PF). **Conclusão:** Apesar dos diagnósticos psiquiátricos distintos, os perfis da saúde reprodutiva foram semelhantes, evidenciando uma desassistência à saúde da mulher com transtorno mental. Do ponto de vista de gestão em saúde pública, essa semelhança apresenta a vantagem de que se ao menos houvesse um plano de ação efetivo de PF, ele alcançaria toda essa população.

Palavras-chave: planejamento familiar; saúde reprodutiva; transtorno mental grave.

ABSTRACT

Objective: To identify the reproductive health profile of women with severe mental disorders treated at psychosocial support centers (CAPS), describing their main problems related to contraception, maternity and child care. **Method:** Cross-sectional study conducted with 46 women, aged between 18 and 50 years, received at CAPS III Jael Patrício de Lima and CAPS III Liberdade, in the city of Aracaju / Sergipe. Data were obtained through review of medical records and structured interviews from August to September 2019. The diagnoses were grouped according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edition 5 (DSM-5). In order to verify the existence of significance ($p \leq 0.05$) between the groups of mental disorders and the aspects pertinent to reproductive health, the Fisher's correlation test was used. **Results:** The group with schizophrenia and other psychotic disorders corresponded to 19 (41.3%) women, with mood disorders 21 (45.7%) and other diagnoses 6 (13%). The average age was 40.9 years with standard deviation (SD) of 7.16. They had an active sex life of 29 (63%) and only 13 (28, 2%) used contraceptive methods. 38 (82.6%) were mothers, with an average of 02 children per woman (SD = 1.4) and 20 (52.6%) had underage children. There was no significant difference between the type of mental disorder with the use of contraceptive methods, pregnancy planning and the ability to care for children. More than half 27 (58.7%) could not tell if they had any STIs and none (46%) actually participated in a Family Planning (FP) program. **Conclusion:** Despite the different psychiatric diagnoses, reproductive health profiles were similar, showing a lack of health care for women with mental disorders. From the point of view of public health management, this similarity has the advantage that if only there was an effective FP action plan, it would reach this entire population.

Keywords: family planning; reproductive health; severe mental disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da frequência sociodemográfica das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019.	54
Tabela 2: Distribuição da frequência de dados comportamentais das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019	55
Tabela 3: Distribuição da frequência de dados reprodutivos das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto- setembro 2019.	56
Tabela 4: Distribuição da frequência de dados contraceptivos das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto- setembro 2019	57
Tabela 5: Análise entre o diagnóstico do transtorno mental e as variáveis categóricas independentes de saúde reprodutiva em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto- setembro, 2019.....	58

LISTA DE ABREVIACÕES

ACO – Anticoncepcional oral combinado

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

AMP-D – Acetado de medroxiprogesterona

CAPS – Centro de apoio psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CE – Contracepção de emergência

DIU – Dispositivo intrauterino

DIP – doença inflamatória pélvica

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IST – Infecções sexualmente transmissível

LNG – levonorgestrel

PF – Planejamento familiar

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSP – Pílulas de progestagênios

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental	15
2.2 Planejamento familiar: um direito constitucional.....	16
2.3 Métodos contraceptivos e transtorno mental.....	18
Métodos Naturais	18
Métodos de Barreira.....	18
Anticoncepção hormonal combinada.....	19
Anticoncepção com progestagênios.....	21
Anticoncepção de emergência	22
Método Mecânico	22
Esterilização cirúrgica: a laqueadura tubária no Brasil	23
2.4 Maternidade e Transtorno mental.....	24
2.5 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo na assistência em saúde mental.....	25
3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	32
5 ARTIGO ORIGINAL	39
Resumo	40
Introdução	41
Métodos	42
População da amostra	42
Critérios de inclusão e exclusão.....	43
Aspectos éticos	43
Coleta e organização dos dados para análise	43
Resultados.....	44
Discussão	46
Conclusões	49
Conflitos de Interesse.....	50

Agradecimentos	50
Referências.....	51
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	59
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR E ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL	62

1 INTRODUÇÃO

Após a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 70, houve uma transição do modelo “*hospitalocêntrico*”, até então hegemônico no Brasil, para um modelo de atendimento psiquiátrico descentralizado e multiprofissional. A desinstitucionalização permitiu que pacientes crônicos fossem reinseridos no cerne de suas famílias (BARROSO & SILVA, 2011) e a rede básica de saúde foi quem assumiu a maior parte desta responsabilidade assistencial. Os centros de apoio psicossocial (CAPS) são considerados, hoje, dispositivos estratégicos de reabilitação destes pacientes crônicos dentro da comunidade em que residem. Também estão incluídos nesse serviço: a atenção básica, as residências terapêuticas e serviços ambulatoriais em hospitais gerais (BRASIL, 2004a).

Diante de tantos avanços sociais, e principalmente terapêuticos, indiscutivelmente surge um novo perfil da mulher com transtorno psiquiátrico em cuidado no CAPS e questões como sexualidade, casamento e maternidade passaram a fazer parte das suas aspirações (UEBEL *et al*, 2015). Em uma revisão sobre saúde reprodutiva em mulheres com doença mental grave, Matevosyan (2009) concluiu que as taxas de parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e gravidez indesejada são maiores neste grupo, em comparação à população geral. Em detrimento ao uso de métodos contraceptivos, que é quase inexistente.

A vulnerabilidade psíquica e emocional em que muitas se encontram tornam-nas mais facilmente vítimas de violência sexual, tanto doméstica quanto em situação de rua. Arelados a este comportamento de alto risco está a banalização da prática sexual, usada por algumas, como troca por drogas (SEEMAN & ROSS, 2011; SEEMAN, 2012).

A maternidade em mulheres com transtorno psiquiátrico grave vem ascendendo cada vez mais e o aumento dessa demografia afeta principalmente sua prole, que tem suas necessidades básicas negligenciadas (PEGORARO & CALDANA, 2008). Devido aos períodos críticos da doença, mães com sintomas psicóticos tanto podem colocar a própria vida em risco, quanto à dos seus filhos, pelo retardo de algumas percepções cognitivas ou pelo não reconhecimento das necessidades vitais da criança (NICHOLSON *et al*, 1998). Tais achados reforçam a necessidade das equipes multidisciplinares em saúde desenvolverem habilidades necessárias ao abordarem o planejamento familiar e os problemas de segurança sexual e contraceptiva desse grupo de pacientes.

A assistência ao planejamento familiar (PF) é um direito de todo cidadão brasileiro, assegurado pela Constituição Federal em 1996, que estabelece que as instâncias

gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) o planejamento familiar é uma ação prioritária. Estas ações de saúde propostas enfatizam: a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento; o combate à violência doméstica e sexual; e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério (GUEDES *et al*; 2009a). Esta política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, e das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis incluindo o transtorno mental (BRASIL, 2001).

Infelizmente, os sistemas de saúde ainda seguem despreparados do ponto de vista técnico e científico para lidar com situações como planejamento familiar, rápida detecção de gestação, pré-natal, amamentação, moradia assistida para mulheres com transtorno mental grave e seus bebês, além de atendimento a casais (UEBEL *et al*, 2015).

Entender o perfil gineco-obstétrico das pacientes com transtorno mental grave pode ser útil para desenvolver estratégias mais eficazes de planejamento familiar, pelos profissionais da saúde. Através de planos de ação mais efetivos, em saúde reprodutiva, poderemos reduzir ou até mesmo prevenir danos como a violência sexual, gravidez indesejada e morbimortalidade materno-infantil neste grupo de alto risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental

Mulheres com transtorno mental grave além de conviverem com o estigma e os efeitos da doença, experimentam sérios problemas relacionados à saúde reprodutiva em suas vidas (WHO, 2009). Muitas delas não planejam com antecedência o envolvimento na relação sexual ou até mesmo podem se tornar vítimas de estupro (SEEMAN & ROSS, 2011). Em comparação com a população geral, mulheres com transtorno mental grave possuem um número maior de parceiros sexuais ao longo da vida, seja de forma consensual ou vítimas de violência, além de estarem mais sujeitas a gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (MATEVOSYAN, 2009; OZCAN *et al.*, 2013).

São diversos os problemas relacionados à saúde reprodutiva nestas mulheres: gestações não planejadas, complicações obstétricas com repercussões materno-fetais negativas e dificuldades parentais graves, chegando até ao abandono ou a perda da guarda dos filhos (GUEDES *et al.*, 2009b). Mesmo com o forte desejo de não engravidar, muitas dessas mulheres perdem a autonomia da anticoncepção. Essa perda se dá tanto pela coerção do companheiro, que não aceita determinados métodos contraceptivos, quanto pela recidiva da doença mental que impõem internações psiquiátricas compulsórias, obrigando-as a interromper a prática anticonceptiva e potencializando o risco gestacional (GUEDES *et al.*, 2009a).

Em um estudo feito com mulheres com transtorno mental grave na Turquia, um terço delas nunca havia obtido qualquer informação sobre sexualidade de alguém ou de alguma instituição de saúde antes de terem relações sexuais (OZCAN *et al.*, 2013). Essas mulheres dependiam muitas das vezes de informações de vizinhos, amigos e outras fontes não tão confiáveis na busca por estas informações (ALTAY & GOENEREN, 2009; BUYAUU KBAYRAK *et al.*, 2010). O desconhecimento por conta dos familiares e o despreparo das instituições psiquiátricas com relação à saúde reprodutiva feminina faz com que essas demandas passem despercebidas no momento da internação psiquiátrica (GUEDES *et al.*, 2009a; COVERDALE *et al.*, 2018).

A psicofobia ou o preconceito de considerar os pacientes com transtorno mental grave como assexuados ou socialmente isolados fazem muitos profissionais desconsiderarem suas necessidades sexuais e reprodutivas (BUCKLEY & WIECHERS, 1999; SEEMAN & ROSS, 2011). Essa concepção, porém, diverge do perfil atual dos pacientes psiquiátricos

pois questões como sexualidade, casamento e maternidade passaram a fazer parte das aspirações desse grupo (UEBEL *et al.*, 2015).

Alguns estudos identificaram uma série de barreiras que podem impedir os médicos de fornecer aconselhamento contraceptivo para seus pacientes, dentre eles: o desconhecimento sobre contracepção, treinamento insuficiente ou desconforto em lidar sob o tema (MOURA *et al.*, 2012; SEEMAN & ROSS, 2011). Além disso, muitos psiquiatras associam o aconselhamento contraceptivo como algo inferior à sua função e delegam essas discussões aos médicos de família. Porém na prática, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar esse suporte a essas mulheres (MATEVOSYAN, 2009).

2.2 Planejamento familiar: um direito constitucional

De acordo com o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito à informação e ao acesso aos recursos que permitam a pessoa optar livre e conscientemente por ter ou não filhos, o número, o espaçamento entre eles e o método anticoncepcional mais adequado de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2002). Já o conceito de saúde reprodutiva foi muito bem definido no *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, em 1994:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relacionados ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. A saúde reprodutiva, portanto, implica que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e que elas têm a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Está implícita nesta última condição o direito dos homens e mulheres a serem informados e a terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planejamento familiar da sua escolha, bem como a outros métodos à sua escolha para a regulação da fertilidade que não sejam contra a lei e o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitirão às mulheres irem com segurança através da gravidez e do parto e fornecer aos casais a melhor chance de ter um bebê saudável. Em consonância com a definição acima de saúde reprodutiva, os cuidados de saúde reprodutiva são definidos como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo propósito é o aumento da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (UNFPA, 1994, p. 59).

As mulheres com transtorno mental estão amparadas pela Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que, sem discriminação, universaliza sua participação nas ações referentes ao PF e pelas políticas específicas de saúde mental que preveem, fundamentadas na Lei

nº.10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), o resgate à cidadania, o respeito às diferenças, a autonomia e a inclusão social.

O programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM), lançado em 1983 e regulado em 1986, preconiza ações que ampliam, significativamente, o atendimento à saúde da mulher, incluindo a atenção ao PF como ação prioritária. A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM) amplia a visão do PAISM e propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações voltadas a segmentos sociais específicos, como o caso de mulheres portadoras de transtorno mental. Em suas diretrizes, a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteadada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais (BRASIL, 2004a).

Assistir às mulheres no campo do PF deve constituir prioridade na atenção básica. Não obstante, tais ações devem assegurar igualdade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com transtorno mental. Por outro lado, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também na perspectiva de integralidade das ações, devem oferecer atendimento biopsicossocial às suas pacientes, funcionando como apoio técnico às equipes de atenção básica e vice-versa. Porém existem lacunas enormes entre as políticas públicas da saúde da mulher e as políticas públicas de saúde mental, que no campo prático da Atenção Básica carecem de planos de ações mais efetivos.

Um exemplo de estratégia efetiva seria uma história sexual detalhada como parte integrante de qualquer avaliação psiquiátrica (COVERDALE *et al.*, 2018). Assim como a participação do companheiro e/ou dos familiares responsáveis nas escolhas reprodutivas e contraceptivas destas pacientes (GUEDES *et al.*, 2009a).

A sexualidade vai muito além do ato físico e deve ser entendida como uma expressão de afetividade (BALLONE, 2006). O deficiente mental, como qualquer outro sujeito, tem a necessidade de expressar seus sentimentos de maneira particular e intransferível. Isso nada mais é que a capacidade de estar em contato consigo e com o outro na construção da autoestima (BRITO & OLIVEIRA, 2009). A negação ou a omissão da existência da sexualidade do doente mental, pelos profissionais de saúde, não diminuirá a exposição a comportamentos sexuais de risco, muito menos excluirá o fato de estarem em idade fértil e a possibilidade de uma gravidez não planejada a qualquer momento (MATEVOSYAN, 2009). Para isso, psiquiatras, médicos de família, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para orientar essas pacientes sobre os métodos contraceptivos e para o PF, caso a gestação seja um desejo das mesmas (UEBEL *et al.*, 2015).

2.3 Métodos contraceptivos e transtorno mental

Muitos tipos de métodos contraceptivos estão atualmente disponíveis. Os psiquiatras precisam ter conhecimento dos métodos existentes para que possam aconselhar seus pacientes adequadamente (DEHLENDORF *et al.*, 2010). As seções a seguir apresentam uma visão geral de alguns dos principais métodos anticoncepcionais, retirado do *Manual de Anticoncepção* da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), publicado em 2015. As pesquisas subsequentes foram direcionadas e relacionadas ao seu uso em mulheres com transtorno mental identificando seus riscos, vantagens e desvantagens para esse grupo amostral.

Métodos Naturais

Os métodos naturais de contracepção incluem a abstinência, sexo não genital, coito interrompido, ritmo e verificação do muco cervical ou da temperatura basal. A abstinência sexual é o único método 100% seguro na proteção contra gravidez e IST's. Porém não as protege de situações inesperadas, como encontros sexuais não planejados ou agressões sexuais (SEEMAN & ROSS, 2011).

Outros métodos utilizados é a avaliação da aparência do muco genital, que varia de acordo com o período do ciclo menstrual, a elaboração e acompanhamento de tabelas e a medição de temperatura do corpo, o qual sabe-se que sofre alteração durante o período de ovulação (RESENDE JR *et al.*, 2010).

Pacientes com transtornos mentais podem ter dificuldades para a utilização desses métodos, visto a necessidade de realização de cálculos e análises, principalmente àqueles com cognição comprometida (SEEMAN & ROSS, 2011). Além não protegerem contra IST's. Outra desvantagem é que determinadas drogas antipsicóticas costumam interromper a regularidade da menstruação, o que diminui a eficiência desta contagem (WIECK & HADDAD, 2003).

Métodos de Barreira

São os métodos que utilizam de uma barreira para impedir o avanço do espermatozoide para o interior do útero. Como principal opção para esse procedimento, temos o uso dos preservativos, ou camisinhas. Os preservativos masculinos, geralmente são

feitos de látex, já a feminina é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis. Elas atuam auxiliando também na prevenção da transmissão de IST's/AIDS e é indicado seu uso concomitante com os outros métodos contraceptivos para proteção destas infecções.

O uso destes dispositivos requer um planejamento antecipado e contam com a cooperação total do parceiro masculino. Geralmente, mulheres com transtorno mental sentem dificuldade em insistir que o seu parceiro, ou parceira os utilize (OZCAN *et al.*, 2014).

Anticoncepção hormonal combinada

a) Anticoncepcional oral combinado (ACO)

OS ACO's são métodos reversíveis de anticoncepção que proporcionaram à mulher o controle sobre seu próprio corpo e sobre o PF. Podem ser divididos em monofásicos, bifásicos e trifásicos. Os monofásicos podem ser de 21, 24 e 28 comprimidos todos com a mesma composição e dosagem hormonal. Os bifásicos possuem a mesma composição, porém são divididos em duas fases de dosagem. Os trifásicos por sua vez são divididos em três fases de diferentes dosagens hormonais. Atualmente as pílulas mais utilizadas são as monofásicas (POLI *et al.*, 2009). Eles contêm uma combinação de estrogênio, geralmente o etinilestradiol, e um progestágeno associado.

Dentre os benefícios deste método está uma eficácia de 97% - 99% na contracepção, se usadas corretamente e consistentemente, permitindo maior liberdade da atividade sexual (BRANDT *et al.*, 2018). Já como desvantagens, eles não protegem contra IST's, sendo necessário um método de barreira concomitante e a obrigação de lembrar de tomar a pílula diariamente, o que pode ser um desafio para aqueles que não conseguem manter uma rotina ou tem algum tipo de comprometimento cognitivo (GUEDES *et al.*, 2009a; SEEMAN & ROSS, 2011).

O componente estrogênico da pílula são os que mais causam efeitos colaterais e possíveis complicações com o uso prolongado. Mulheres com hipertensão arterial ou diabetes descompensada, obesas, tabagistas, com histórico de trombofilias, doenças cardiovasculares, enxaqueca com aura ou apresentam fatores de risco para cânceres ginecológicos devem evitar o uso de ACO. Mulheres acima de 35 anos de idade que nunca utilizaram ACO devem ser avaliadas quanto aos fatores de risco supracitados acima, antes

de iniciar o seu uso. Além disso, o tabagismo e as comorbidades metabólicas e cardíacas, infelizmente, são realidades comuns em pacientes psiquiátricos, o que dificultaria essa adesão (VESSEY *et al.*, 2010).

Os ACO's têm metabolização hepática e medicamentos que também são metabolizados no fígado podem sofrer interações por competição enzimática reduzindo a eficácia do agente contraceptivo ou do agente terapêutico. Por exemplo, a enzima CYP 3A4, do citocromo P450 metaboliza tanto o etinilestradiol, quanto os anticonvulsivantes fenobarital, fenitoína, carbamazepina, felbamato, oxcarbazepina e topiramato, prejudicando a eficácia de ambos (REIMERS, 2016). Já os antipsicóticos Clorpromazina e Clozapina, que também são metabolizados pela CYP 3A4, se administrados juntos com os ACO's, têm seus níveis séricos quase que triplicados e resultam em efeitos colaterais significativos, como hipotensão, sedação, tremor e náusea (SEEMAN & ROSS, 2011). Os demais antipsicóticos e os benzodiazepínicos não estão associados a interações farmacocinéticas clinicamente significativas com os ACO's (BERRY-BIBEE *et al.*, 2016).

b) Injetáveis mensais combinados

Os injetáveis mensais combinados possuem formulação semelhante à encontrada na pílula anticoncepcional oral combinada, contendo estrogênio natural associado ao progestagênios. O estrogênio utilizado nos injetáveis mensais é natural e, portanto, mais fisiológico do que os utilizados nas pílulas anticoncepcionais combinadas contendo etinilestradiol, assim, o tipo e intensidade dos efeitos colaterais também podem ser diferentes. Além disso, a administração por ser parenteral, elimina o efeito da primeira passagem dos hormônios sobre o fígado (FEBRASGO, 2015).

Porém, a contracepção por injetáveis mensais combinados ainda não dispõe de muitos trabalhos epidemiológicos sobre sua ação em longo prazo. Evidências disponíveis para os contraceptivos orais combinados podem ser aplicadas aos injetáveis, mas não em todas as situações. Os injetáveis mensais são colocados numa categoria intermediária entre os contraceptivos orais combinados e os contraceptivos somente com progestagênios (FEBRASGO, 2015).

Anticoncepção com progestagênios

As Pímulas de progestagênios (PSPs) contêm doses baixas de progestagênio, são administradas diariamente, por via oral e sem pausas. Por não conterem o componente estrogênio, estas pímulas são indicadas em situações em que há contraindicação absoluta ou relativa para o uso de estrogênios ou durante a amamentação, pois parece não interferir na lactação (FEBRASGO, 2015).

Os PSP's também reduzem a eficácia dos barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, e topiramato e não deve ser incentivado o seu uso nas pacientes que fazem uso destas medicações (OMS, 2004). Apesar de menores contra-indicações de uso em comparação com os ACO's, a necessidade de tomar a pílula de progesterona durante o mesmo período de tempo em cada dia, coloca uma pressão e um estresse considerável sobre as mulheres com transtorno mental que levam vidas irregulares (SEEMAN & ROSS, 2011).

Os contraceptivos injetáveis contendo apenas progestagênios são preparações de acetato de medroxiprogesterona (AMP-D) de liberação lenta, administradas por via intramuscular, de 150 mg, com duração de três meses. É um método contraceptivo muito eficaz, com uma taxa de falha inferior a 1% e não apresentam efeitos significativos na pressão arterial, no colesterol e no risco de trombose na paciente (SEEMAN & ROSS, 2011). Além disso, a amenorreia provocada pelos progestagênios trazem melhoras para os quadros relacionados ao ciclo menstrual como menorragia, dismenorreia, anemia ferropriva, síndrome pré-menstrual e enxaquecas pré-menstruais. Também não estão associadas a nenhum risco aumentado de câncer ovariano, hepático ou cervical e ainda reduzem o risco de câncer endometrial. A posologia trimestral facilita a adesão de mulheres com transtorno mental e a amenorreia pode ser útil naquelas pacientes com dificuldade de higiene (ELKINS *et al.*, 1986; FEBRASGO, 2015).

O AMP-D também pode ser usado com segurança em mulheres com transtornos convulsivos, anemia falciforme, doença cardíaca congênita, enxaqueca com aura, história prévia de tromboembolismo. O AMP-D apresenta níveis hormonais elevados o suficiente que faz com que sua eficácia contraceptiva não seja comprometida pelo aumento da atividade metabólica das enzimas hepáticas, ao contrário dos ACO's. Além disso, o AMP-D pode ter efeitos benéficos no controle das crises convulsivas, pois acredita-se que os progestogênios aumentam o limiar convulsivo em pacientes epiléticas (HAIDER & DARNEY, 2007).

Como desvantagens apresentam a diminuição da libido, aumenta a queixa de dispareunia e reduz a tolerância à glicose em mulheres com diabetes. Como efeitos adversos podem ocorrer sangramento menstrual irregular, sensibilidade mamária, ganho de peso, depressão, acne e cefaleia, o que desencoraja a adesão do método no início. Outra desvantagem é a diminuição da densidade mineral óssea pelo estado de hipoestrogenismo por longos períodos (VERHAEGHE, 2010).

Anticoncepção de emergência

A contracepção de emergência (CE) refere-se aos métodos que podem ser utilizados por mulheres nos dias após um intercurso sexual desprotegido e que poderia ocasionar a elas uma gestação indesejada. Ela se faz necessária no cuidado de mulheres com transtorno mental grave pelo fato delas não planejarem, muitas das vezes, sua atividade sexual sendo algo imprevisível (SEEMAN & ROSS, 2011). A CE mais usada é o levonorgestrel (LNG) em uma dose única de 1,5 mg ingerida até 120 horas após a relação sexual desprotegida. É importante destacar que as pílulas EC são contraceptivos hormonais em altas doses e não um método abortivo.

Método Mecânico

O dispositivo intrauterino consiste em um objeto sólido de formato variável que é inserido através do colo uterino na cavidade uterina, com o objetivo de evitar a gestação. Os DIUs mais conhecidos são os de cobre e o DIUs impregnados com progestagênios, o LNG. Alguns estudos sugerem que os DIUs impregnados com hormônios são mais eficazes na prevenção da gravidez. Porém na prática, a eficácia na anticoncepção são semelhantes com a continuação do uso (HEINEMANN *et al.*, 2015).

O DIU de levonorgestrel tem ação local sobre o endométrio e não estão sujeitos às interações medicamentosas do metabolismo hepático. Esta ação local no endométrio provoca uma atrofia que leva ao aparecimento de efeitos clínicos como a amenorreia e/ou oligomenorreia. Diferente do DIU de cobre, que na maioria das vezes, aumentam o fluxo menstrual e as cólicas abdominais (FEBRASGO, 2015).

O DIU de cobre é um método contraceptivo de primeira linha para mulheres com contraindicações ao estrogênio, mulheres que amamentam, história de trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou doença cardíaca. Fornece contracepção por até 10 anos, com

taxas anuais de gravidez inferiores a 1 por 100 mulheres-anos. Os DIUs têm eficácia contraceptiva semelhante aos ACOs quando são usados corretamente, porém são mais eficazes do que a contracepção oral incorretamente usada (SEEMAN & ROSS, 2011).

A expulsão do DIU é mais comum no primeiro ano de uso, ocorrendo em 2% a 10% das usuárias. O índice cumulativo de expulsão em cinco anos para o DIU de cobre é de 6,7%. Fatores de risco para expulsão incluem inserção imediatamente pós-parto, nuliparidade e expulsão prévia de DIU. A perfuração uterina é uma complicação rara da inserção do DIU. Todas as perfurações uterinas parciais ou completas ocorrem no momento de inserção do DIU (JATLAOUI *et al.*, 2017).

Embora a inserção do DIU possa contaminar a cavidade endometrial com bactérias exógenas, esta se torna estéril pouco tempo depois. Estudos randomizados controlados indicam que qualquer risco de infecção genital, depois do primeiro mês de uso do DIU, é pequena e que a ocorrência de IST's, como a doença inflamatória pélvica (DIP) se dá pela relação sexual desprotegida e não pelo uso do DIU (FEBRASGO, 2015). Para isso, os preservativos devem ser utilizados de modo concomitante no ato sexual.

Caso ocorra gestação com um DIU in loco, a possibilidade de gravidez ectópica deve ser excluída. As raras gestações intra-uterinas que ocorrem em mulheres que usam um DIU geralmente acabam em aborto espontâneo. Caso ocorra a gravidez na presença do DIU, esta tem maior chance de ser ectópica (JATLAOUI *et al.*, 2017).

Por ser um método contraceptivo duradouro e requerer pouca atenção por parte da usuária, os DIUs têm sido recomendados como o mais adequado para mulheres com doenças mentais crônicas, como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia. É o método de escolha principalmente naquelas que sentem dificuldade em planejar e lembrar de tomar as pílulas anticoncepcionais diárias (GUEDES *et al.*, 2009a; SEEMAN & ROSS, 2011; PAGANO *et al.*, 2016).

No Brasil, o DIU Tcu 380 (DIU de cobre), é disponibilizado de forma gratuita para todas as instituições integrantes do SUS, segundo o decreto da Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017 que ampliou seu uso para anticoncepção pós-parto ou pós-abortamento imediatos nas maternidades (BRASIL, 2017).

Esterilização cirúrgica: a laqueadura tubária no Brasil

Esterilizar significa tornar estéril ou infecundo; do ponto de vista médico, significa impedir, por ato cirúrgico e de forma definitiva, a concepção. O processo esterilizante

poderá ser efetuado em indivíduo do sexo masculino ou feminino. No Brasil, a regulamentação deste procedimento deu-se através da Lei Nº 9.263/96 e em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 144 e posteriormente revogada pela Portaria SAS/MS Nº 48 de 11 de fevereiro de 1999, incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do SUS (BRASIL, 1999).

Consta no artigo 10º desta portaria que a esterilização voluntária é permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e do ato cirúrgico. Ou quando a futura gestação oferece risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

Não é permitida no Brasil a realização da esterilização voluntária em sujeitos absolutamente incapazes sem autorização judicial. Assim, o artigo 10º, § 6º da Lei 9263/2003 dá à autoridade judiciária o poder para decidir sobre a fertilidade dos sujeitos absolutamente incapazes. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei (BRASIL, 1999).

2.4 Maternidade e Transtorno mental

Uma particularidade no manejo da gestação e maternidade nas pacientes com transtorno mental é o uso das medicações psiquiátricas (GUEDES *et al.*, 2009a). Torna-se importante a rápida detecção da gestação, principalmente no 1º trimestre, período correspondente à organogênese do feto, pelo risco elevado de teratogenicidade. Uma vez identificada a gravidez, a paciente deve ser devidamente assistida durante todo o período pré-natal e pós; deve ser revisado todas as suas medicações e suas possíveis interações no feto e no período de lactação. Para isso, uma equipe multidisciplinar deve estar devidamente preparada para atender as suas necessidades e manter a vigilância pelo risco de possíveis recaídas da doença (SEEMAN, 2013).

Devido aos períodos críticos da doença, mães com sintomas psicóticos tanto podem colocar a própria vida em risco, quanto à dos seus filhos. O efeito da medicação psicotrópica pode também retardar algumas percepções cognitivas e prejudicar no reconhecimento das necessidades vitais da criança (NICHOLSON *et al.*, 1998). Nestes casos, quem assume a

responsabilidade total pelo cuidado dos filhos são os demais familiares ou elas acabam perdendo o direito legal da guarda da criança (GUEDES *et al.*, 2009b).

... Apesar de um forte desejo de levar uma vida normal junto de seus filhos, mulheres portadoras de sofrimento mental apresentam dificuldade para discipliná-los, sentem-se culpadas por compreenderem que os criam de um modo “errado” e têm dificuldades de serem aceitas pela família, assim como em procurar a melhor maneira de expor às crianças sobre sua doença e o tratamento... (PERGORARO & CALDANA, 2008, p.91).

Quando a mulher adoece psiquicamente é muito comum o abandono pelo marido, diferente da esposa que tende a continuar ao seu lado em caso inverso. Outros, se não abandonam na eclosão do sofrimento mental destas, assumem a postura de “pais” e apagam de suas mentes a imagem da mulher (NICHOLSON *et al.*, 1998). Pode acontecer, ainda, que aquele que as abandonou retorne para casa com o término da crise. É muito mais comum que os cuidados fiquem a cargo da família parental, no caso de adoecimento feminino, partindo do pressuposto de que para os pais seus filhos serão sempre “crianças” e dependentes de seus cuidados permanentes (ROSA, 2011).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTAY, B.; GONENER D. **Recognize and utilization of the family planning method among married males and the factors that affect the utilization of these services.** *Fırat Medical Journal* v.14, p.56–64, 2009.

BALLONE, G. J. **O que é Doença Mental?** In: SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. *Psicopatologia e Psiquiatria Básicas*. Vector Editora, 2006.

BARROSO, S. M.; SILVA, A. M. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** *Revista da SPAGESP*, v.12 (1), p.66-78, 2011.

BERRY-BIBEE, E. N.; KIM, M.; SIMMONS K. B.; TEPPER N. K.; RILEY H. E. M.; PAGANO, H.; CURTIS K. M. **Drug Interactions between Hormonal Contraceptives and Psychotropic Drugs: A Systematic Review.** *Contraception*, v. 94 (6), p 650-667, 2016.

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

BRANDIT, G. P.; OLIVEIRA, A. P. R.; BURCI, L. M. **Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar.** *Revista Gestão & Saúde*, v18(1), p.54-62, 2018

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

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 18 ago. 2019.

_____. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.providafamilia.org.br/doc.php?doc=doc29935>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

_____. **Portaria nº48**, de 11 de fevereiro de 1999. Considerando o disposto no Artigo 6º e Parágrafo Único e Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial nº10, de 15 de janeiro de 1996 e Diário Oficial nº 159, de 20 de agosto de 1997, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html>. Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de**

Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Legislação em saúde mental**. 5. ed. Brasília, 2004b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004c.

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.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº3.265, de 01 de dezembro de 2017. Sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 01 dez. 2017

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. **A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde**. Ciências & Cognição, v14 (1), p.246-254, 2009

BUCKLEY, P. F.; WIECHERS, I. R. **Sexual Behavior of Psychiatric Inpatients: Hospital Responses and Policy Formulation**. Community Mental Health Journal, v. 35(6), p1-6, 1999.

BUYUKBAYRAK, E. E.; KARS, B.; KARAGEYIM, A. Y.; DABAK, R. KURTULUS, H.; PIRIMOGLU, Z. M.; TURAN, C. **Comparison of attitudes related with family planning methods before and after effective family planning counseling**. Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology v.7, p.231–237, 2010.

COVERDALE, J.; BALON, R.; BERESIN, E. V.; BRENNER, A. M.; GUERRERO, A. P. S.; LOUIE, A. K.; ROBERTS, L. W. **Family Planning and the Scope of the “Reproductive Psychiatry” Curriculum**. Academic Psychiatry. V.42, p. 183–188, 2018.

DEHLENDORF, C.; LEVY, K.; RUSKIN, R. **Health care providers’ knowledge about contraceptive evidence: A barrier to quality family planning care?** Contraception, v.81(2), p.292–8, 2010.

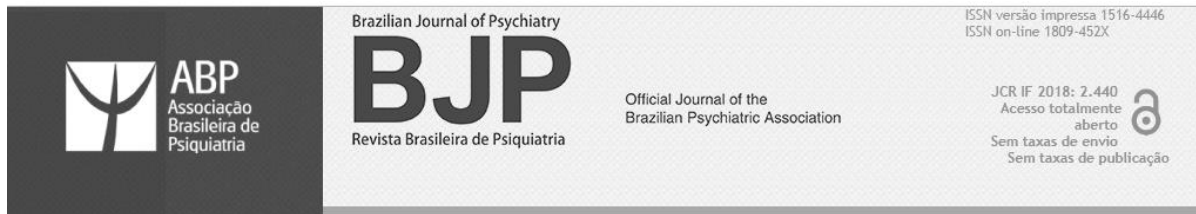
ELKINS, T.E.; GAFFORD, L. S.; WILKS, C. S.; *et al.* **A model clinic approach to the reproductive health concerns of the mentally handicapped**. Obstet Gynecol, v68; 185–188, 1986.

FEBRASGO. **Manual de anticoncepção** / Marta Finotti. - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

- GUEDES, G. T.; FERREIRA, M. E. R.; DE ALMEIDA, P. C. **Particularities of family planning in women with mental disorders**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, V.17, p.639–44, 2009a.
- GUEDES, G. T.; MOURA, E. R. F.; EVANGELISTA, D. R.; DA CONCEIÇÃO, M. A. V. **Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental**. Rev. enferm. UERJ, abr/jun; v.17(2):p.153-8, 2009b.
- HAIDER, S.; DARNEY, P. **Injectable Contraception**. Clinical Obstetrics and Gynecology, V. 50 (4), p 898–906. 2007.
- HEINEMANN, K.; REED, S.; MOEHNER, S.; MINH, T. D. **Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices**. Contraception, V.91, p 280–283, 2015.
- JÚNIOR, J. A. D. R.; CRUZ, D. S. L. C.; DAMIÃO, R. **Planejamento familiar**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.9(1), p. 60-68, 2010.
- MATEVOSYAN, N. R. **Reproductive health in women with serious mental illnesses: A review**. Sexuality Disab. v.27, p.109–18, 2009.
- MOURA, E. R. F.; GUEDES, T. G.; FREIRE, S. A.; BESSA, A. T.; BRAGA, V. A.; DA SILVA, R. M. **Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer?** Rev Esc Enferm USP, v.46(4), p935-43, 2012.
- JATLAOUI, T. C.; RILEY H. E. M.; CURTIS, K. M. **The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review**. Contraception, V95(1), p17-39, 2017.
- NICHOLSON, J.; BIEBEL, K. **Commentary on “Community mental health care for women with severe mental illness who are parents”: the tragedy of missed opportunities: what providers can do**. Community Mental Health Journal, Heidelberg-Germany, v. 38, n. 2, p. 167-172, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Crêterios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais**. 3ªed. Genebra: OMS, 2004.
- OZCAN, N. K.; BOYACIO GLU, N. E.; ENGINKAYA, S., DINC H., & BILGIN, H. **Reproductive health in women with serious mental illnesses**. Journal of Clinical Nursing, v.23, p. 1283–1291, 2014.
- PAGANO H.; P.; ZAPATA, L. B.; BERRY-BIBEE, E. N.; NANDA K.; CURTIS, K.; M. **Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review**. Contraception Journal, v.94 (6), p. 641-649, 2016.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. **Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental**. Saúde Soc.V.17(2), p. 92-94, 2008.
- POLI, M.; E.; H. *et al.* **Manual de anticoncepção da FEBRASGO**. Femina. V.37 (9), p. 459-92, 2009.

- REIMERS, A. **Contraception for women with epilepsy: counseling, choices, and concerns.** Open Access Journal of Contraception. v.7, p69–76, 2016.
- REZENDE Jr, J. A. D.; CRUZ, D. S. L.; DAMIÃO, R. **Planejamento Familiar.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Ano 9, Suplemento 2010.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3ªed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SEEMAN, M. V.; ROSS, R. **Prescribing Contraceptives for Women with Schizophrenia.** Journal of Psychiatric Practice, V. 17(4), p.258 – 269, 2011.
- SEEMAN, M. V. **Women and psychosis.** Women's Health, v.8(2), p. 215–224, 2012.
- SEEMAN, M. V. **Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy.** Acta Psychiatr Scand. V.127, p 12–22, 2013
- UEBEL, M. P.; COSTA, L. G.; BRIETZKE, E. **Esquizofrenia e gestação.** In: Antônio Egídio Narde; João Quevedo; Antônio Geraldo da Silva. (Org.). Esquizofrenia. 1ed.Porto Alegre: Artmed. v. 1, p. 231-239, 2015.
- UNFPA. **Programme of Action of the International Conference on Population and Development.** Cairo, 5-13 September 1994. New York, United Nations Population Fund, 1994.
- VERHAEGHE, J. **Hormonal contraception in women with the metabolic syndrome: A narrative review.** Eur J Contracept Reprod Health Care. v.15, p305–313, 2010.
- VESSEY, M.; YEATES, D. FLYNN. **Factors affecting mortality in a large cohort study with special reference to oral contraceptive use.** Contraception. v.82, p22–29, 2010.
- WIECK, A.; HADDAD P. M. **Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia in women: pathophysiology, severity and consequences Selective literature review.** British Journal of Psychiatry, v. 182, p. 199 – 204, 2003.
- WHO, UNFPA. **Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature.** Geneva: WHO Press; 2009.

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Instruções para os autores

Objetivos e política editorial

A Revista Brasileira de Psiquiatria (JBP) é a revista oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ). É a revista psiquiátrica mais tradicional do Brasil, publicada regularmente há mais de 70 anos.

A Revista Brasileira de Psiquiatria se empenha em publicar estudos de alta qualidade com o objetivo de avançar no conhecimento sobre os transtornos mentais e melhorar o atendimento aos pacientes que sofrem de tais condições. A revista se esforça para educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outras áreas científicas relacionadas à saúde mental.

A Revista Brasileira de Psiquiatria publica artigos originais, relatórios breves, resenhas, cartas ao editor e editoriais que atendem aos objetivos acima mencionados, bem como aqueles com características heurísticas que poderiam ajudar os pesquisadores a prever novos caminhos de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por um revisor anônimo o mais rápido possível.

Preparação de manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

A Revista Brasileira de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

Artigos Originais - Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria e proporcionando avanços em pesquisas clínicas e experimentais. Artigos originais devem conter novos dados derivados de um número representativo de participantes e empregar métodos sólidos e adequados. Os artigos não devem exceder 4.000 palavras.

Comunicações breves - Relatórios curtos de estudos originais, avaliações ou dados piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.

Revisões - Artigos sistemáticos concisos e objetivos concebidos para reunir informações atualizadas e relevantes sobre um tópico específico de particular importância e interesse em psiquiatria e saúde mental. Autores são necessários para analisar e discutir a literatura disponível. Deve conter no máximo 6.000 palavras.

Cartas ao Editor - Comunicações discutindo artigos publicados recentemente na revista ou descrevendo pesquisas originais ou descobertas científicas significativas. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.

Editoriais - Comentários críticos e feitos por pesquisadores com expertise em uma área específica do conhecimento, a convite dos editores. Eles devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Originalidade e autoria

A Revista Brasileira de Psiquiatria considera apenas para publicação manuscritos que consistem em material original que não estão atualmente sob consideração para publicação ou não foram publicados em outro lugar. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figuras e / ou qualquer outro material publicado em outro lugar, e obter permissão dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar os materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores cumprem com este requisito, e que todos eles participaram substancialmente do trabalho e revisaram pessoalmente e deram a aprovação final da versão submetida. Portanto, cada autor deve declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo) e no manuscrito,

Conflitos de interesse e divulgações financeiras

A Revista Brasileira de Psiquiatria exige que todos os autores relatem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e / ou qualquer tipo de apoio financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos e no futuro previsível. Esta divulgação inclui, mas não se limita a opções de ações / ações, subsídios, remunerações, empregos, afiliações, royalties, invenções, relacionamento com organizações patrocinadoras (governamentais, sem fins lucrativos e / ou fontes comerciais), palestras e gabinete de palestrantes para qualquer indústria farmacêutica, empresa, patentes (arquivadas, recebidas, pendentes ou em preparação), fundos de viagem; independentemente do valor ou valor. Se um ou mais autores não tiverem conflitos de interesse para divulgar, eles devem declará-lo explicitamente (por exemplo, os Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não têm conflitos de interesse a serem relatados). Os autores interessados podem ler um editorial sobre este assunto, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e as divulgações financeiras devem ser escritos como uma seção separada intitulada "Conflitos de Interesse", após a seção "Contribuições individuais".

Problemas éticos

A Revista Brasileira de Psiquiatria considera a integridade ética uma pedra angular da pesquisa científica e do cuidado dos seres humanos. Portanto, na seção intitulada "Métodos", os autores devem identificar o licenciamento e o comitê ou comitê de revisão institucional que revisou e aprovou a pesquisa. Além disso, em casos de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar claramente que todos os participantes concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e devem descrever os métodos usados para avaliar a capacidade do sujeito de entender e dar consentimento informado e as estratégias utilizadas no estudo, para garantir a proteção dos seres humanos. Finalmente, em casos de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as diretrizes

institucionais e nacionais para o cuidado e uso de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de ensaios clínicos

Antes de submeter um manuscrito para uma possível publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os autores devem registrar os ensaios clínicos em um registro de ensaios públicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que registre prospectivamente seres humanos ou grupos para uma ou mais intervenções (farmacológicas ou não) para estimar seus impactos nos resultados de saúde. Os autores devem registrar esses estudos antes ou no início da inscrição dos sujeitos. Para ser considerado válido, um registro de teste público deve ser livremente acessível ao público, deve ser pesquisável eletronicamente, aberto a todos os registrantes em potencial e gerenciado por uma organização sem fins lucrativos. Alguns exemplos são os Institutos Nacionais de Estudos Clínicos de Saúde (<http://www.clinicaltrials.gov>), o Netherlands Trial Register (<http://www.trialregister.nl>), o Registro de Ensaios Clínicos da UMIN (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outros. O nome da avaliação e sua URL, o nome do registro de avaliação pública e sua URL, bem como o número de registro, devem ser incluídos imediatamente após a divulgação dos conflitos de interesse.

Estrutura Geral do Manuscrito

Os autores devem evitar abreviaturas. No entanto, oficiais podem ser usados, tendo em mente que a primeira menção de um termo no texto deve ser completa, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar nomes genéricos de medicamentos, ao contrário de seus nomes comerciais.

O manuscrito deve ter todas as páginas numeradas, com total de palavras indicadas na primeira página (exceto para resumos, tanto em português quanto em inglês, referências, figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título e o cabeçalho em execução (em inglês e em português), bem como a contagem total de palavras do manuscrito e os nomes e afiliações dos autores. Os títulos dos artigos não devem conter siglas. O Running Head deve conter um total de até 50 caracteres (com espaços) e não mais que cinco palavras. Diferente do título, o chefe em movimento também deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (na mesma língua em que foi escrito).

A segunda página deve conter um resumo em português e as informações de registro do estudo (quando aplicável, veja acima). O resumo deve ser informativo, de forma clara e concisa, descrevendo o conteúdo dos manuscritos em não mais que 250 palavras. Em artigos originais, comunicações breves e revisões, os resumos devem ser estruturados em quatro tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. No máximo cinco palavras-chave em português devem seguir o resumo. Eles devem, se possível, ser retirados da lista MeSH do Index Medicus e escolhidos com vistas a uma útil indexação cruzada do artigo. Para artigos escritos em português, esses termos estão disponíveis em Descritores de Ciências da Saúde, publicado pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês, os quais devem ser idênticos às versões em português.

A quarta página deve conter todo ou o início da seção Introdução. Em artigos originais, relatórios breves e revisões, a sequência correta das seções é Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesse, Agradecimentos e Referências. Embora a Revista Brasileira de Psiquiatria não estipule um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitido para cada tipo de artigo aceito. Tabelas e figuras devem vir após as referências, ser citadas no texto, e sua posição desejada no manuscrito deve ser indicada.

Introdução - Deve conter uma revisão concisa de qualquer literatura diretamente relacionada ao tema, bem como o objetivo do estudo.

Métodos - Devem apresentar o modelo de estudo e uma descrição detalhada dos métodos empregados, a fim de permitir sua replicação por outros autores.

Resultados - Descritos de forma lógica, sequencial e concisa, com a ajuda ocasional de tabelas e ilustrações.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerar quaisquer semelhanças ou diferenças com os resultados de outros autores, implicações dos resultados, limitações e perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, preferencialmente em um curto parágrafo, apenas as conclusões que os dados do estudo permitem suportar, juntamente com sua significância clínica (evitando generalizações excessivas).

Contribuições individuais - O manuscrito deve incluir as contribuições específicas feitas por cada autor nesta seção. Para ser um autor, cada colaborador deve atender a pelo menos as seguintes condições: (1) contribuiu substancialmente para a concepção e design ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuiu substancialmente para redigir o artigo ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; e (3) deu a aprovação final da versão a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve divulgar qualquer potencial conflito de interesse que possa ter o potencial de influenciar o estudo (seja financeiro ou não). Se um ou mais autores não tiverem conflitos de interesse a serem declarados, isso deve ser explicitamente declarado (consulte a Seção Conflitos de Interesse e Divulgações Financeiras).

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer a assistência pessoal e técnica, bem como fornecer informações detalhadas sobre todas as fontes de subsídios e outras modalidades de apoio material ou financeiro.

Referências - Devem ser apresentadas em estilo Vancouver ("Requisitos uniformes para artigos enviados para periódicos biomédicos: redação e edição para publicação médica" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]) na mesma ordem eles foram citados no texto, conforme mostrado nos exemplos a seguir.

Artigos:

Versiani M. Uma revisão de 19 estudos duplo-cegos controlados por placebo em transtorno de ansiedade social (fobia social). *Mundo J Biol Psiquiatria*. 2000; 1 (1): 27-33.

Appolinario JC, McElroy SL. Abordagens farmacológicas no tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Alvos de Drogas de Curr*. 2004; 5 (3): 301-7.

Dekker J, Wijdenes W, Koning YA, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Tratamento comunitário assertivo em Amsterdã. *Community Ment Health J*. 2002; 38: 425-34.

Livros:

Goodwin FFK, Jamison KR. *Doença Maníaco-Depressiva*. Nova York: Oxford University Press; 1990.

Capítulo de livro:

Heimberg RG, Juster HR. *Tratamentos cognitivo-comportamentais: revisão de literatura*. Em: Heimberg RG, Liebowitz MR, Esperança DA, Schneier FR, editores. *Fobia Social - Avaliação Diagnóstica e Tratamento*. Nova Iorque: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da web:

Associação Brasileira de Psiquiatria - Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de abril de 2007.

Tabelas e ilustrações - Os autores devem formatar tabelas e figuras em estilo APA (Manual de Publicação da Associação Americana de Psicologia, sexta edição), numerá-las em algarismos arábicos, com as respectivas legendas. Eles devem estar em um formato digital adequado para reprodução.

Cada tabela deve ser autoexplicativa e não deve repetir as informações já presentes no texto. Os autores também devem indicar claramente os locais para inserção da tabela no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, format.tif ou.jpg. A impressão será cobrada dos autores.

Submissão de manuscrito

A fim de reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito e a decisão final do editor e eventual publicação, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* implementou um sistema de submissão e rastreamento baseado na internet ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsiq-scielo>). Portanto, o *Journal* não aceita mais envios através de e-mails. Os autores devem submeter todos os manuscritos, sem exceções, através do sistema ScholarOne. Durante o processo de submissão os autores devem fornecer um Título e um Chefe em Movimento (não mais do que cinco palavras), indicar um autor correspondente e um ORCID (<https://orcid.org/signin>), incluir um resumo conciso, adicionar uma carta de apresentação e uma carta de permissão, sugerir cinco revisores em potencial e também proceder de acordo com as etapas do processo de submissão do ScholarOne. Atenção: os revisores sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição / departamento, não podem ter relacionamentos próximos ou ter publicado como co-autor com algum dos autores. A falta de atenção a esses requisitos pode levar à rejeição.

Não há taxa para artigos de submissão e revisão.

Carta de apresentação

Na carta de apresentação, os autores devem fornecer o nome completo e afiliações de todos os autores e as informações de contato para o autor correspondente (endereços postais e de e-mail, números de telefone e fax, etc.). Os autores também devem explicar por que consideram o artigo submetido à publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria, ressaltando sua relevância e aspectos inovadores. Além disso, os autores devem declarar claramente que o manuscrito representa material original, que não foi publicado anteriormente, e que não está sendo considerado para publicação em outro lugar.

Se os autores receberem qualquer assistência de escritores técnicos e editores de idiomas durante a preparação do manuscrito, eles devem anotar na carta de apresentação juntamente com a declaração de que o (s) autor (es) é (são) inteiramente responsável pelo conteúdo científico do artigo.

Para ser um autor, cada colaborador deve atender a todas as seguintes condições: (1) contribuiu substancialmente para a concepção e design ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuiu substancialmente para redigir o artigo ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; e (3) deu a aprovação final da versão a ser publicada. A supervisão geral do grupo de pesquisa por si só não justifica a autoria. A participação apenas na aquisição de financiamento ou na coleta de dados também não é suficiente. A fim de assegurar que todas estas condições sejam satisfeitas, os autores devem incluir uma declaração na carta de apresentação relativa à autoria, descrevendo separadamente o papel de cada autor no estudo e na preparação do manuscrito, caso contrário o artigo não será revisado.

Após o envio

Revisão por pares

Depois de receber um manuscrito pelo ScholarOne, os editores julgarão se os revisores anônimos o revisarão. Eles basearão sua decisão no escopo editorial da revista e na estrutura, originalidade e relevância do manuscrito para o campo e estrutura. Então, se os editores assim o decidirem, eles submeterão o manuscrito a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (não necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do Jornal Brasileiro de Psiquiatria se esforçam para manter um cronograma rápido de publicação. Geralmente, o processo de submissão do manuscrito à aceitação leva cerca de três meses. Os autores receberão por e-mail a decisão final do editor, juntamente com cópias dos comentários do revisor. Em caso de revisões, os autores devem reproduzir os comentários do revisor antes de suas respostas. Incluir apenas as respostas aos comentários do revisor não é suficiente e pode levar a atrasos no processamento. Todo esse processo pode ser rastreado pelos autores através do ScholarOne.

Carta de permissão

Os autores devem preencher uma carta de permissão e enviá-la junto com o manuscrito:

"Os autores abaixo assinados aprovam o envio deste trabalho e todos os subseqüentes para publicação e transferência, cessão ou outra forma de propriedade de direitos autorais para o Brazilian Journal of Psychiatry. Além disso, os autores abaixo assinados garantem que este trabalho representa material original e não infringe os direitos autorais de terceiros, que nenhuma parte da obra foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, a menos que seja rejeitada pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar a editora contra qualquer perda ou dano resultante por violação deste contrato. No caso de nossa submissão não ser publicada, a propriedade dos direitos autorais será revertida para o (s) autor (es). "

Todos os autores precisam assinar a carta de permissão e incluir seu nome completo, endereços para postagem, telefone e e-mail. Eles devem digitalizar e enviá-lo para os editores através do ScholarOne System.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Conselho editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

Todo o conteúdo da revista, salvo indicação em contrário, está licenciado sob uma [licença Creative Commons License](#)

**Avenida Venceslau Brás 71 Fundos
22295-140 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Telefax .: (5521) 3873-5510**

editora@ipub.ufrj.br

5 ARTIGO ORIGINAL**SAÚDE REPRODUTIVA EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE****REPRODUCTIVE HEALTH IN WOMEN WITH SERIOUS MENTAL DISORDER**

Bruno Nascimento Barbosa¹, Júlia Maria Gonçalves Dias¹

1. Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil da saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental grave atendidas nos centros de apoio psicossocial (CAPS), descrevendo seus principais problemas relacionados à contracepção, maternidade e o cuidado com os filhos.

Método: Estudo transversal realizado com 46 mulheres, com idades entre 18 e 50 anos, acolhidas no CAPS III Jael Patrício de Lima e o CAPS III Liberdade, no município de Aracaju/Sergipe. Os dados foram obtidos através de revisão de prontuários e entrevistas estruturadas, no período de agosto a setembro de 2019. Os diagnósticos foram agrupados segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição 5 (DSM-5). Para verificar a existência de significância ($p \leq 0,05$) entre os grupos de transtornos mentais e os aspectos pertinentes a saúde reprodutiva, foi utilizado o teste de correlação de Fisher.

Resultados: O grupo com Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos correspondeu a 19 (41,3%) das mulheres, com Transtornos do humor 21 (45,7%) e outros diagnósticos 6 (13%). A média de idade foi de 40,9 anos com desvio padrão (DP) de 7,16. Tinham vida sexual ativa 29 (63%) e apenas 13 (28, 2%) utilizavam métodos contraceptivos. 38 (82,6%) eram mães, com uma média de 02 filhos por mulher (DP= 1,4) e 20 (52,6%) possuíam filhos menores de idade. Não houve diferença significativa entre o tipo de transtorno mental com o uso de métodos contraceptivos, o planejamento das gestações e a capacidade de cuidar dos filhos. Mais da metade 27 (58,7%) não sabia informar se possuíam alguma IST e nenhuma 46 (100%) participava efetivamente de um programa de Planejamento Familiar (PF).

Conclusão: Apesar dos diagnósticos psiquiátricos distintos, os perfis da saúde reprodutiva foram semelhantes, evidenciando uma desassistência à saúde da mulher com transtorno mental. Do ponto de vista de gestão em saúde pública, essa semelhança apresenta a vantagem de que se ao menos houvesse um plano de ação efetivo de PF, ele alcançaria toda essa população.

Descritores: planejamento familiar; saúde reprodutiva; transtorno mental grave.

Introdução

Após a Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 70, houve uma transição do modelo “*hospitalocêntrico*”, até então hegemônico no Brasil, para um modelo de atendimento psiquiátrico descentralizado e multiprofissional. A desinstitucionalização permitiu que pacientes crônicos fossem reinseridos no cerne de suas famílias e a rede básica de saúde foi quem assumiu a maior parte desta responsabilidade assistencial¹. Os centros de apoio psicossocial (CAPS) são considerados, hoje, dispositivos estratégicos de reabilitação destes pacientes crônicos dentro da comunidade em que residem. Também estão incluídos nesse serviço: a atenção básica, as residências terapêuticas e serviços ambulatoriais em hospitais gerais².

Diante de tantos avanços sociais, e principalmente terapêuticos, indiscutivelmente surge um novo perfil da mulher com transtorno psiquiátrico em cuidado no CAPS e questões como sexualidade, casamento e maternidade passaram a fazer parte das aspirações deste grupo³. Em uma revisão sobre saúde reprodutiva em mulheres com doença mental grave, Matevosyan⁴ concluiu que as taxas de parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e gravidez indesejadas são maiores neste grupo, em comparação à população geral. Em detrimento ao uso de métodos contraceptivos, que é quase inexistente.

A vulnerabilidade psíquica e emocional em que muitas se encontram tornam-nas mais facilmente vítimas de violência sexual, tanto doméstica quanto em situação de rua. A banalização da prática sexual, por algumas, também contribui para as exposições a comportamentos de altos riscos^{5, 6}.

A assistência ao planejamento familiar (PF) é um direito de todo cidadão brasileiro, assegurado pela Constituição Federal em 1996, que estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde⁹.

Na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) o PF é uma ação prioritária. Estas ações de saúde propostas enfatizam: a melhoria da atenção obstétrica; o PF; a atenção ao abortamento; o combate à violência doméstica e sexual; e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério¹⁰. Esta política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, e das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis incluindo o transtorno mental¹¹.

O seguinte trabalho tem como objetivo descrever o perfil da mulher em cuidado no CAPS, identificando problemas relacionados à saúde reprodutiva, como contracepção, PF, maternidade e o cuidado com os filhos. Também tem como finalidade verificar se há correlação entre o transtorno mental e o número de gravidez não planejada e a capacidade de cuidar dos filhos, assim como a associação entre o transtorno mental à adesão aos métodos contraceptivos.

Métodos

Estudo transversal, do tipo documental e de campo. Os dados foram coletados através de revisão de prontuários e entrevistas realizadas pelo pesquisador acadêmico, em mulheres com transtorno mental em cuidado nos CAPS de Aracaju/SE.

As instituições escolhidas foram o CAPS III Jael Patrício de Lima, localizado no bairro Cidade Nova e o CAPS III Liberdade, localizado no bairro Siqueira Campos. Atualmente, seis unidades estão em funcionamento na capital, distribuídas em pontos estratégicos da cidade, sendo uma delas exclusiva para o tratamento de pacientes dependentes de álcool e droga (CAPS-AD).

População da amostra

Mulheres diagnosticadas com transtorno mental, baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição 5 (DSM-5)¹³ que estão acolhidas nos CAPS's Jael Patrício e Liberdade no momento da pesquisa. Foi realizado um levantamento quantitativo do número de mulheres cadastradas no livro de admissão, resultando em um total de 1347 pacientes. Destas, foram subtraídas 788 pacientes que estavam desligadas da instituição, seja por alta, transferência ou evasão e tinham seus nomes registrados no arquivo morto, restando um número final de 559 mulheres em cadastro ativo.

Segundo um estudo realizado por Guedes e colaboradores¹⁰ o número de mulheres com transtorno mental que faziam uso de métodos contraceptivos era de 5,9%. Portanto, para a definição do tamanho da amostra foi utilizado o programa *StatCalc Epi Info*™ 7 para cálculo de populações finitas, com intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5%, com proporção provável da amostra de 5,9%¹⁰ e obtivemos um número amostral de 75 pacientes. Acrescentando-se 10% deste valor para eventuais perdas, o número total final da amostra foi de 83 pacientes.

Crêterios de inclusão e exclusão

Considerando o período reprodutivo das mulheres, que variam em média de 15 a 50 anos, foram incluídas neste estudo pacientes de 18 a 50 anos, que já tinham iniciado sua vida sexual e que estava em acolhimento no CAPS. As pacientes que apresentaram comportamento psicótico ou estavam em mania, no momento da entrevista, ou mesmo sob essas condições não possuíam um mediador responsável, como um familiar por exemplo, para colaborar com os objetivos do estudo, foram excluídas desta pesquisa.

Aspectos  ticos

Após a aprovação no Comitê de  tica em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, com o certificado de apresentação para apreciação  tica (CAAE) de número 16232619.2.0000.5546, a coleta foi iniciada no mês de agosto de 2019 e será concluída no mês de outubro, deste mesmo ano, até que o número total da população da amostra seja alcançado. Portanto, as estatísticas apresentadas a seguir nos itens “Resultados” e “Discussão” foram calculadas a partir de um resultado parcial de 46 pacientes que foram entrevistadas até a data da entrega deste trabalho de monografia. Todas as 46 participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

Coleta e organização dos dados para análise

Os dados parciais, coletados no período de agosto a setembro de 2019, foram realizados através de entrevista semiestruturada e de consulta ao prontuário. Na entrevista, foi aplicado o questionário sobre saúde reprodutiva (Apêndice II) que aborda temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva da mulher, bem como entendimento e participação do planejamento familiar e o cuidado com os filhos.

Os resultados foram compilados e analisados no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0. Os dados foram apresentados como média, desvio padrão e frequência. Para verificar a existência de significância ($p \leq 0,05$) entre os grupos de transtornos mentais, foi utilizado o teste de Fisher, utilizado para testes não-paramétricos para amostras independentes¹².

Resultados

Participaram desta pesquisa, até o momento, 46 mulheres em cuidado no CAPS, com idades que variaram de 24 a 50 anos, com média de aproximadamente 41 anos e desvio padrão de 7,16. Os transtornos mentais encontrados estão fundamentados no DSM-5 e foram agrupados por diagnóstico médico descrito nos prontuários. O primeiro grupo corresponde aos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, com 19 (41,3%) pacientes. No segundo, foram incluídos os transtornos do humor que correspondeu a 21 (45,7%) pacientes, sendo 12 (26,1 %) transtorno bipolar e 9 (19,6%) transtornos depressivos. O terceiro grupo, bastante heterogêneo, corresponde a 6 (13%) da amostra e foram agrupados os diagnósticos de transtornos de personalidade e do comportamento do adulto, transtornos de ansiedade e retardo mental grave, que denominamos na tabela 5 como *outros*.

Como já vimos, um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, sendo um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros) cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo².

Metade das mulheres eram solteiras 24 (52,2%) e o número de casadas correspondeu a 14 (30,4%). O grau de escolaridade, em anos estudados, de até 5 anos correspondeu a 47% (22) e apenas uma (2,2%) relatou ter uma atividade laboral, como empregada doméstica. As demais, não realizavam qualquer atividade laboral e a renda que possuíam era proveniente do auxílio doença ou da aposentadoria por invalidez (Tabela 1). Segundo Andrade e Silveira¹³, das dez principais causas de incapacitação no mundo, cinco delas são transtornos psiquiátricos e a depressão (13%) é a que mais causa debilidade ocupacional em mulheres.

A composição do grupo familiar foi bastante heterogêneo, porém se somarmos o grupo de mulheres que moram somente com seus filhos com as que moram com filhos e netos, esse número corresponde a 15 (32,7%). Vale destacar que o que a maioria dos grupos familiares têm em comum é a renda familiar per capita de meio salário mínimo 27 (58,7%) (Tabela 1).

Apesar de 29 (63%) das mulheres terem vida sexual ativa (Tabela 3) e 25 (96,2%) afirmarem possuir parceiro fixo, o casamento não foi o desejo da maioria das mulheres que estavam solteiras 25 (71,4%). Mais da metade 27 (58,7%) não sabia informar se possuíam alguma IST, pois não recordavam de terem feito testes sorológicos para rastreio das mesmas (Tabela 2).

Infelizmente, a violência sexual é uma realidade na vida da mulher e a vulnerabilidade psíquica e emocional que muitas portadoras de transtorno mental se encontram, agravam ainda mais essas estatísticas 18 (40%) (Tabela 3). Quando perguntadas se já sofreram algum tipo de violência sexual durante suas vidas, muitas relataram em tom de desabafo o quanto foram violentadas e coagidas, tanto por seus maridos, quanto por terceiros. Uma das participantes desta pesquisa relatou ter sido estuprada por um profissional de saúde em uma de suas internações, que resultou em uma gravidez não desejada e que este era o pai de um dos seus filhos.

Mais da metade 30 (65,2 %) já haviam abortado e 38 (82,6%) possuíam filhos. O número médio de filhos por mulher foi de 2, com desvio padrão de 1,4. Das mulheres que já eram mães, 20 (52,6 %) possuíam filhos menores de idade e quando perguntadas se conseguiam dar a assistência necessária a estas crianças, 11 (55%) afirmaram não conseguirem cuidar da prole, deixando a assistência a cargo de um familiar materno 9 (82%). Nestes casos, eram os avós maternos que assumiam esta responsabilidade. As que afirmaram conseguir cuidar dos filhos 9 (45%), reconheceram que nos períodos de crise da doença mental, tanto o pai da criança quanto algum familiar ajudavam nestes cuidados (Tabela 3).

Apesar de 40 (87%) estarem em idade reprodutiva e 29 (63%) afirmarem ter vida sexual ativa, apenas 13 (28, 2%) usavam métodos contraceptivos. O método mais utilizado foi a camisinha masculina de látex 9 (69%) e apenas 4 (31%) utilizavam métodos contraceptivos hormonais. As Unidades Básicas de Saúde foram a referências citada por 10 (77%) das pacientes na obtenção do método contraceptivo (Tabela 4).

O número de mulheres que nunca realizou mamografia ou ultrassom das mamas foi de 28 (61%) e as que realizaram em um tempo maior ou igual a cinco anos foi de 5 (10,8%). Já a citologia cervical, nunca foi realizada em 6 (13 %) das pacientes e 13 (28,3 %) não recordaram a última vez que realizaram o exame. Mulheres que realizaram laqueadura tubária correspondeu a 19 (41,3%) e o número de mulheres histerectomizadas, por alguma complicação ginecológica, foi de 6 (13%).

42 (91,3%) pacientes afirmaram que não gostariam de ter algum filho futuramente e quando questionadas se já ouviram falar sobre e o significado real da palavra “*planejamento familiar*” 34 (74%) afirmaram ouvir este termo nas oficinas terapêuticas de grupo dos CAPS, porém nenhuma 46 (100%) participava efetivamente de um programa de PF (Tabela 4).

Discussão

Mulheres com transtornos mentais além de conviverem com o estigma e os efeitos deste agravo à saúde, experimentam sérios problemas relacionados à saúde reprodutiva em suas vidas¹⁴. Apesar de 17 (37%) (tabela 3) afirmarem que não possuem vida sexual ativa, essa variável pode ser modificada a qualquer momento, visto que muitas delas não planejam com antecedência o envolvimento na relação sexual⁵. Em comparação com a população geral, essas mulheres possuem um número maior de parceiros sexuais ao longo da vida, seja de forma consensual ou vítimas de violência, além de estarem mais sujeitas a gravidez indesejada e a infecções sexualmente transmissíveis (IST's)^{4, 15}.

O número de participantes que relataram ter sofrido violência sexual foi de 18 (40%) (Tabela 3) e é inadmissível que essa seja uma informação negligenciada na população com transtorno mental grave. Comparado com a população geral, elas têm chances 6 a 9 vezes maiores de serem vítimas de violência sexual e 30 a 40% mais chances de que essa violência seja realizada por um familiar próximo. Abusos sexuais cometidos pelo parceiro também são 2 a 3 vezes maiores neste grupo²⁷.

Esse tipo de violência gera um agravo à saúde dessas mulheres após a vitimização e tanto os serviços psiquiátricos, as políticas de saúde pública quanto a justiça criminal precisam tomar consciência desta problemática. A psicofobia ou o preconceito de considerar os pacientes com transtorno mental como assexuados ou socialmente isolados para manter relações sexuais fazem muitos profissionais desconsiderarem a existência de tais problemas, assim como as necessidades sexuais e reprodutivas desse grupo^{5, 16}.

Junto com a desassistência da saúde reprodutiva, vem todos os problemas inerentes a ela: as complicações obstétricas com repercussões materno-fetais negativas, gestações não planejadas, abortos, dificuldades no cuidado e na educação dos filhos e até ao abandono ou a perda da guarda legal da criança¹⁷.

O fato de 38 (82,6%) possuírem filhos, com uma média de dois filhos por mulher, também é um reflexo dessa desassistência. Muitas das vezes a maternidade pode agravar o sofrimento psíquico destas pacientes, gerando um sentimento de frustração e culpa pela incapacidade de cuidar dos filhos. Mesmo com um forte desejo de levar uma vida normal junto de sua prole, elas sentem dificuldade em disciplina-los, serem aceitas pelas suas famílias, assim como em procurar a melhor maneira de conversar com as crianças sobre sua doença e o tratamento⁷.

Devido aos períodos críticos da doença, mães com sintomas psicóticos tanto podem colocar a própria vida em risco, quanto a dos seus filhos. O efeito da medicação psicotrópica pode também retardar algumas percepções cognitivas e prejudicar no reconhecimento das necessidades vitais da criança⁸. Nestes casos, geralmente quem assume a responsabilidade total pelo cuidado são os demais familiares¹⁷. Das 11 mulheres que possuíam filhos menores de idade e não conseguiam prestar-lhes assistência, os familiares maternos delas 9 (82%) é quem os assumiam. Fica então o seguinte questionamento: e se não houvesse a disponibilidade dos familiares, ou até mesmo a inserção da criança em um grupo familiar extremamente desestruturado, de quem seria a responsabilidade da assistência?

A preponderância de mulheres que renegaram a ideia de uma futura gestação 42 (91,3%), torna-se contraditória se observarmos a quantidade de usuárias no serviço que possuíam vida sexual ativa e não usavam métodos contraceptivos 33 (71, 8%). Uma prova disso é o número alarmante de gestações não planejadas 28 (73,7 %) (tabela 4). Estudos que compararam mulheres com transtornos mentais com: transtorno bipolar²⁸, depressão²⁹ e esquizofrenia²⁴ mostraram que a frequência de gestações não planejadas e eventos adversos, como a interrupção eletiva da gravidez, foram maiores nestes grupos em relação ao grupo controle.

A perda da autonomia da anticoncepção, muitas das vezes, se dá tanto pela coerção do companheiro, que não aceita determinados métodos contraceptivos, ou até mesmo pela recidiva da doença mental que impõem internações psiquiátricas compulsórias, obrigando-as a interromper a prática anticonceptiva e potencializando o risco gestacional¹⁰. Outra particularidade é o desafio para aquelas que não conseguem manter uma rotina ou tem algum tipo de comprometimento cognitivo, seja pela própria doença ou pelos efeitos adversos dos psicotrópicos⁵. Isso nos mostra uma grande lacuna existente entre o desejo real da paciente e o poder limitado de modificar esta realidade.

Apesar de 34 (74%) das participantes já terem ouvido falar sobre PF, nenhuma delas participava efetivamente de um programa de PF, seja em grupos terapêuticos ou de forma individual. O método contraceptivo mais utilizado foi a camisinha masculina de látex, porém o uso destes dispositivos além de requerer um planejamento antecipado, depende da cooperação total do parceiro masculino. Muitas delas não conseguem insistir que o seu parceiro, ou parceira os utilize¹⁵, ficando muitas das vezes desprotegidas.

Para esta população, o método ideal seria os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs – *long-acting reversible contraceptives*) associado a um método de barreira, neste caso a camisinha^{5, 10, 18}. Os LARCs disponíveis no Brasil são o dispositivo

intrauterino de Cobre (DIU-cu), o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) e o implante subdérmico liberador de etonogestrel (ENG)¹⁹.

Nenhuma participante deste estudo utilizava LARCs e a não utilização da camisinha, mesmo com vida sexual ativa, foi a justificativa de todas as que já tinham realizado laqueadura tubária ou eram histerectomizadas 25 (54,3%) (tabela 4). Apesar de não correrem o risco de uma gestação, muitas não conseguem atentar para a gravidade de estarem totalmente desprotegidas contra as IST's. Inclusive, mais da metade 27 (58,7%) não sabia informar se possuíam alguma IST, por nunca terem feito nenhum tipo de teste sorológico. Além disso, a cobertura para rastreio de câncer de mama e de colo do útero, nesta população, se mostrou bastante espaçada, muitas das vezes até inexistente, sugerindo uma falha de integração entre as políticas públicas de saúde da mulher e as políticas públicas de saúde mental.

Segundo Mariana Uebel e colaboradores³, os sistemas de saúde ainda seguem despreparados do ponto de vista técnico e científico para lidar com situações como planejamento familiar, rápida detecção de gestação, pré-natal, amamentação, moradia assistida para mulheres com transtorno mental grave e seus bebês. Alguns estudos identificaram uma série de barreiras que podem impedir os médicos de fornecerem aconselhamento contraceptivo para seus pacientes, dentre eles: o desconhecimento sobre contracepção, treinamento insuficiente ou desconforto em lidar sob o tema^{5, 20}. Além disso, muitos psiquiatras associam o aconselhamento contraceptivo como algo inferior à sua função e delegam essas discussões aos médicos de família. Porém na prática, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar esse suporte a essas mulheres⁴.

Em um estudo feito com mulheres com transtorno mental grave na Turquia, um terço delas nunca havia obtido qualquer informação sobre sexualidade de alguém ou de alguma instituição de saúde antes de terem relações sexuais¹⁵. Elas dependiam muitas das vezes de informações de vizinhos, amigos e outras fontes não tão confiáveis na busca por estas informações^{21, 22}. O desconhecimento por conta dos familiares e o despreparo das instituições psiquiátricas com relação à saúde reprodutiva feminina faz com que essas demandas passem despercebidas no momento da internação psiquiátrica^{10, 23}.

Não houve associação estatística significativa entre o tipo de transtorno mental e as variáveis apresentadas na tabela 5: uso de métodos contraceptivos ($p = 0,322$); gestações planejadas ($p = 0,170$) e a capacidade de cuidar dos filhos menores de idade ($p = 0,478$). Isso nos mostra que apesar dos diagnósticos psiquiátricos bastantes divergentes, o perfil da saúde reprodutiva destas mulheres foi bastante semelhante. Do ponto de vista de gestão e saúde

pública este é um fator positivo, pois um plano de ação efetivo em PF alcançaria toda essa população. Por isso a importância de entender o perfil gineco-obstétrico destas pacientes.

Os CAPS como dispositivos estratégicos, na perspectiva de integralidade das ações, devem funcionar como apoio técnico na tentativa de diminuir, ou até mesmo eliminar, o abismo que separa as políticas públicas da saúde da mulher e as políticas públicas de saúde mental, que carecem de planos de ações mais efetivos. Um exemplo de estratégia efetiva seria uma história sexual detalhada como parte integrante de qualquer avaliação psiquiátrica²³, no momento da admissão nos serviços de saúde mental. Posteriormente, após identificado o perfil gineco-obstétrico da usuária, orientá-la sobre questões pertinentes ao PF integrando a participação do companheiro e/ou dos familiares responsáveis nas escolhas reprodutivas e contraceptivas destas pacientes¹⁰.

A sexualidade vai muito além do ato físico e deve ser entendida como uma expressão de afetividade²⁵. Pessoas em sofrimento psíquico, assim como qualquer outro sujeito, têm a necessidade de expressar seus sentimentos de maneira particular e intransferível. Isso nada mais é que a capacidade de estar em contato pleno consigo e com o outro na construção da autoestima²⁶. A negação ou a omissão da existência dessa sexualidade, pelos profissionais de saúde, não diminuirá a exposição a comportamentos sexuais de risco. Muito menos excluirá o fato delas estarem em idade fértil e a possibilidade de uma gravidez não planejada a qualquer momento. Para isso, psiquiatras, médicos de família, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para orientar essas pacientes sobre os métodos contraceptivos e para o PF, caso a gestação seja viável e seja um desejo das mesmas.

Uma particularidade no PF desse grupo é o manejo da gestação e maternidade e o uso das medicações psiquiátricas¹⁰. Torna-se importante a rápida detecção da gestação, principalmente no 1º trimestre, período correspondente à organogênese do feto, pelo risco elevado de teratogenicidade. Uma vez identificada a gravidez, a paciente deve ser devidamente assistida durante todo o período pré-natal e pós; deve ser revisado todas as suas medicações e suas possíveis interações no feto e no período de lactação. Para isso, uma equipe multidisciplinar deve estar devidamente preparada para atender as suas necessidades e manter a vigilância pelo risco de possíveis recaídas da doença.

Conclusões

O presente estudo delineou o perfil da saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental grave como solteiras, com vida sexual ativa, onde apenas um terço utiliza métodos contraceptivos e mais da metade possuía filhos, com uma média de dois filhos por mulher.

As que possuíam filhos menores de idade, apenas cerca de metade conseguiam cuidar dos mesmos. A maioria não sabia informar se possuíam alguma IST e nenhuma participava efetivamente de um programa de planejamento familiar. Apesar dos diagnósticos psiquiátricos distintos, os perfis da saúde reprodutiva foram semelhantes, evidenciando uma desassistência à saúde da mulher com transtorno mental. Do ponto de vista de gestão em saúde pública, essa semelhança apresenta a vantagem de que se ao menos houvesse um plano de ação efetivo de PF, ele alcançaria toda essa população.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

A todas as participantes desta pesquisa que, como verdadeiras autoras, deram voz a este trabalho; a toda equipe multidisciplinar do CAPS Jael Patrício e Liberdade pelo apoio, em especial a Laís por ter proporcionado, em um curto espaço de tempo, nossa interação e vivência com todas as demais integrantes deste trabalho.

Referências

1. Barroso SM, Silva AM. Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*. 2011; 12 (1): 66-78.
2. Brasil, Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.
3. Uebel MP, Costa LG, Brietzke E. Esquizofrenia e gestação. In: Antônio Egídio Narde; João Quevedo; Antônio Geraldo da Silva. (Org.). *Esquizofrenia*. 1ed. Porto Alegre: Artmed. 2015; 1: 231-239.
4. Matevosyan NR. Reproductive health in women with serious mental illnesses: A review. *Sexuality Disab*. 2009; 27: 109–18.
5. Seeman MV, Ross R. Prescribing Contraceptives for Women with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*. 2011; 17(4):258 – 269.
6. Seeman MV. Women and psychosis. *Women's Health*. 2012; 8(2):215–224.
7. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc*. 2008; 17(2): 92-94.
8. Nicholson J, Biebel K. Commentary on “Community mental health care for women with severe mental illness who are parents”: the tragedy of missed opportunities: what providers can do. *Community Mental Health Journal*, Heidelberg- Germany. 2002; 38(2):167-172.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília. 2002;4.
10. Guedes GT, Ferreira MER, De Almeida PC. Particularities of family planning in women with mental disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17:639–44.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 2001.
12. Triola MF. Introdução à Estatística. Ed. LTC, Rio de Janeiro. 1999;7.
13. Andrade LH, Viana MC, Silveira CG. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria clínica*. 2006; 33(2).
14. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press. 2009.

15. Ozcan NK, Boyacio Glu NE, Enginkaya S, Dinc H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23: 1283–1291.
16. Buckley PF, Wiechers IR. Sexual Behavior of Psychiatric Inpatients: Hospital Responses and Policy Formulation. *Community Mental Health Journal*. 1999; 35(6): 1-6.
17. Guedes GT, Moura ERF, Evangelista DR, Da Conceição MAV. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev. enferm. UERJ*, abr/jun. 2009; 17(2): 153-8.
18. Pagano HP, Zapata LB, Berry-bibee EN, Nanda K, Curtis KM. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review, *Contraception Journal*. 2016; 94(6): 641-649.
19. FEBRASGO. Manual de anticoncepção / Marta Finotti. - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.
20. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga, VA, Da Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer? *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4): 935-43.
21. Altay B, Gonener D. Recognize and utilization of the family planning method among married males and the factors that affect the utilization of these services. *Firat Medical Journal*. 2009; 14: 56–64.
22. Buyukbayrak EE, Kars B, Karsidag AYK, Dabak R, Kurtuluş H; Pirimoğlu MZ, Turan C. Comparison of attitudes related with family planning methods before and after effective family planning counseling. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*. 2010; 7:231–237.
23. Coverdale J, Balon R, Beresin EV, Brenner AM, Guerrero APS, Louie AK, ROBERTS LW. Family Planning and the Scope of the “Reproductive Psychiatry” Curriculum. *Academic Psychiatry*. 2018;42: 183–188.
24. Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127:12–22.
25. Ballone GJ. O que é Doença Mental? In: Souza JC, Guimarães LAM, Ballone GJ. *Psicopatologia e Psiquiatria Básicas*. Vector Editora, 2006.
26. Brito PF, Oliveira CC. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências & Cognição*. 2009; 14(1): 246-254.

27. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2015;45(4):875–86.
28. Marengo E, Martino DJ, Igoa A, Scapola M, Fassi G, Baamonde MU, Strejilevich SA. Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;178:201–5.
29. Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson ER, Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2014; 27:9, 960-967.

Tabela 1: Distribuição da frequência sociodemográfica das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019.

Variáveis	N (%)
Faixa etária:	
24 – 34	8 (17,4)
35 – 45	24 (52,1)
46 – 50	14 (30,5)
Estado Civil:	
Solteira	24 (52,2)
Casada	14 (30,4)
Divorciada	6 (13)
Viúva	2 (4,4)
Escolaridade (em anos estudados):	
Sem instrução	3 (6,5)
Até 5 anos estudados	22 (47,8)
Até nove anos estudados	8 (17,4)
Doze anos estudados	13 (28,3)
Situação Ocupacional	
Não possui ocupação e não possui nenhuma renda	21 (45,7)
Aposentada por invalidez	18 (39,1)
Auxílio doença	6 (13)
Empregada doméstica	1 (2,2)
Renda Familiar per capita em salário mínimo	
Até meio salário	27 (58,7)
Um salário mínimo	16 (34,8)
Até 1,5 salário mínimo	3 (6,5)
Composição do grupo familiar	
Mora sozinha	3 (6,5)
Mora com o companheiro (somente)	4 (8,7)
Companheiro + filho (s)	9 (19,6)
Com o(s) filho (s) (somente)	7 (15,3)
Com o(s) filho (s) + netos	8 (17,4)
Com os pais	2 (4,3)
Com os pais + irmãos	2 (4,3)
Com os pais + irmãos + filhos	8 (17,4)
Irmão (s) + sobrinhos	3 (6,5)

Tabela 2: Distribuição da frequência de dados comportamentais das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019

Variáveis	N (%)
Idealiza casar?^I	
SIM	10 (28,6)
NÃO	25 (71,4)
Número de parceiros sexuais (no momento da entrevista)	
Um	25 (54,3)
Mais de um	1 (2,2)
Não possui nenhum	16 (34,8)
Não informou/ não sabe informar	4 (8,7)
Parceiro sexual fixo^{II}	
SIM	25 (96, 2)
NÃO	1 (3, 8)
Possui IST's	
Não sabe informar	27 (58,7)
NÃO	17 (37)
Sim (HIV)	2 (4,3)
Fuma	
NÃO	39 (84,8)
SIM	7 (15,2)
Ingerem bebida alcoólica	
NÃO	45 (97,8)
SIM	1 (2,2)

^I Não se aplica para 11 pacientes, por serem casadas

^{II} Não se aplica para 20 pacientes, por não terem parceiros sexuais.

Tabela 3: Distribuição da frequência de dados reprodutivos das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019.

Variáveis	N (%)
Vida sexual ativa	
SIM	29 (63)
NÃO	17 (37)
Já sofreu algum tipo de abuso sexual?	
NÃO	28 (60)
SIM	18 (40)
Já abortou?	
NÃO	30 (65, 2)
SIM	16 (34, 8)
Possui filhos	
SIM	38 (82,6)
NÃO	8 (17,4)
Quantidade filhos que possui	
Nenhum	8 (17,5)
Um	6 (13)
Dois	18 (39,1)
Maior que dois filhos	14 (30,4)
Teve assistência pré-natal?^{III}	
SIM	34 (89, 5)
NÃO	4 (10, 5)
Possui filhos menores de idade^{III}	
SIM	20 (52,6)
NÃO	18 (47,4)
Se filhos menores de idade, conseguem cuidar?^{IV}	
NÃO	11 (55)
SIM	9 (45)
Se não consegue cuidar, quem cuida?^{IV}	
Familiar materno	9 (82)
O pai	1 (9)
Perdeu a guarda/ conselho tutelar	1 (9)

^{III} Não se aplica para 8 pacientes, por não possuírem filhos

^{IV} Não se aplica para 26 pacientes, por não possuírem filhos ou por não possuírem filhos menores de idade.

Tabela 4: Distribuição da frequência de dados contraceptivos das mulheres com transtorno mental em cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto-setembro 2019

Variáveis	N (%)
Em idade reprodutiva?	
SIM	40 (87)
NÃO	6 (13)
Usa algum método contraceptivo?	
NÃO	33 (71, 8)
SIM	13 (28, 2)
Qual método contraceptivo?^V	
Apenas camisinha	9 (69)
ACO	3 (23,3)
Injetável trimestral	1 (7,7)
Acesso ao método contraceptivo^V	
Unidade de saúde	10 (77)
Por conta própria	3 (33)
Usa a camisinha combinada com outro método contraceptivo^V	
SIM	2 (50)
NÃO	2 (50)
Laqueadura tubária	
Histerectomia	6 (13)
SIM	19 (41, 3)
NÃO	21 (45,7)
Laqueadura espontânea?^{VI}	
SIM	18 (94,7)
NÃO	1 (5,3)
As gestações foram planejadas?^{III}	
NÃO	28 (73,7)
SIM	10 (26,3)
Gostaria de ter filhos algum dia?	
NÃO	42 (91,3)
SIM	2 (8,7)
Já ouviu falar em planejamento familiar (PF)	
SIM	34 (74)
NÃO	12 (26)
Participa de algum programa de planejamento familiar	
SIM	0 (0)
NÃO	46 (100)

^{III} Não se aplica para 8 pacientes, por não possuírem filhos. ^V Não se aplica para 33 pacientes, por não fazerem uso de métodos contraceptivos. ^{VI} Não se aplica para XX, por não terem realizado laqueadura.

Tabela 5: Análise entre o diagnóstico do transtorno mental e as variáveis categóricas independentes de saúde reprodutiva em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. Aracaju, SE, agosto- setembro, 2019

Variáveis	Usa métodos contraceptivos		Gestações planejadas		Consegue cuidar dos filhos	
	N(%)		N(%)		N(%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	6 (13)	13 (28,4)	2 (5,2)	14 (35,9)	3 (15)	3 (15)
Transtornos do humor	7 (15,2)	14 (30,4)	8 (20,5)	9 (23)	5 (25)	5 (25)
Outros	0 (0)	6 (13)	1 (2,6)	5 (12,8)	3 (15)	1 (5)
Total*	46		39		20	
<i>p</i> **	0,322		0,170		0,478	

* valor total de 'N' para cada variável

** p de Fisher

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS- GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rua Cláudio Batista S/N- Centro de pesquisas Biomédicas –Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 3194-7208
E-mail: cephu@ufs.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Sergipe, por intermédio dos alunos do curso de medicina: Bruno Nascimento Barbosa; Lucas Fonseca Carvalho Silveira; Vitória Teles Apolônio Santos, sob orientação da professora Júlia Maria Gonçalves Dias.

1. Título da Pesquisa: “**Saúde reprodutiva em mulheres com transtorno mental grave.**”
2. Objetivo: Identificar o perfil gineco-obstétrico e do planejamento familiar das mulheres com transtorno mental na atenção básica no município de Aracaju.
3. Descrição: Estudo transversal, do tipo documental e de campo. Os dados serão coletados através de entrevistas e verificação de prontuários, realizadas pelos pesquisadores acadêmicos em mulheres com transtorno mental em cuidado no CAPS. Na entrevista será aplicado um questionário que abordará temas relacionados ao atendimento recebido em relação ao planejamento familiar, os aspectos da vida sexual, adesão ou não ao uso de anticoncepcionais e sua dinâmica de uso.
4. Justificativa: Entender o perfil gineco-obstétrico das pacientes com transtorno mental grave pode ser útil para desenvolver estratégias mais eficazes de planejamento familiar, pelos profissionais da saúde.
5. Aspecto Legal: Esta pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF e está vinculada ao CEP/UFS
 - O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS é um colegiado de natureza consultiva, educativa e independente, vinculada ao CONEP/MS, para defender os sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.
 - O CEP/UFS tem por objetivo garantir o respeito e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes, sujeitos da pesquisa, nas investigações científicas, tomando conhecimento de todos os protocolos de pesquisa da UFS que envolvam seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição.

6. Desconforto e riscos esperados: se referem à garantia do sigilo e confidencialidade ou situações que causem desconforto pelo conteúdo abordado no questionário. Lembrando que sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, não trazendo riscos a sua saúde física ou mental.
- **Fui devidamente informada dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.**
 - Em caso de dúvidas, reclamação, divergência, denúncia ou até mesmo desconforto relacionado à participação deste estudo, o participante, ou o seu responsável, legal poderá entrar em contato com o CEP pelos meios referidos abaixo. Lembrando que o CEP é um órgão de proteção ao participante da pesquisa.
7. Benefícios esperados: Entender o perfil gineco-obstétrico das pacientes com transtorno mental grave pode ser útil para desenvolver estratégias mais eficazes de planejamento familiar, pelos profissionais da saúde.
8. Confiabilidade: O seu direito à privacidade será mantido. Sua identidade (nome e sobrenome) não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações. Os dados que serão utilizados para identificar o paciente serão a idade cronológica e o CID-10 referente ao diagnóstico psiquiátrico. Todas as informações obtidas serão arquivadas em local seguro sob a guarda dos pesquisadores, que garantem obedecer aos princípios de autonomia dos participantes, justiça, beneficência e não maleficência.
9. Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano por isso.
10. Informações: Os participantes têm a garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo. Diante de dúvidas referentes ao estudo, os participantes, ou seus responsáveis legais, poderão entrar em contato com os pesquisadores através dos contatos abaixo:
- Bruno Nascimento Barbosa / e-mail: bruno-bnb@hotmail.com/ (79) 99162-1394.
 - Lucas Fonseca Carvalho Silveira (79) 99858- 3976
 - Vitória Teles Apolônio Santos (79) 99922-4119
 - Julia Maria Gonçalves Dias / e-mail: dias_jmg@yahoo.com.br

- **Comitê de Ética Em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.**

Hospital Universitário - Centro de pesquisas Biomédicas

Endereço: Rua Cláudio Batista S/N, Bairro Sanatório, Aracaju- SE

CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

11. Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

Agradeço sua colaboração!

Estou de acordo em participar do estudo acima mencionado e declaro que recebi todas as informações pertinentes ao mesmo, inclusive a possibilidade de me retirar da pesquisa a qualquer momento, anulando a minha autorização.

Data: ____/____/____

Assinaturas:

Digital
(caso não assine)

(Participante ou responsável legal)

(Pesquisador acadêmico)

**APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR E
ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL**

SOCIOECONÔMICO:			
Nome:			
Endereço:			Tel:
Diagnóstico (CID10):			
Tempo do diagnóstico:			
Medicamentos em uso:			
Idade:	Estado Civil:	Escolaridade:	Ocupação:
Idealiza casar e ter filhos?			
Renda Familiar:		Benefício:	
Composição do grupo familiar:			
Condições da moradia (ex: casa de alvenaria? Própria ou alugada? Cômodos?)			
Fuma:	Beb. Alcoólica:	Comorbidades (ex: HAS, DM, etc.):	
Possui filhos:	Se não possui filhos, gostaria de ter algum dia?		
Idade do 1º parto:	intervalo entre as gestações:		
- A(s) gestação(ões) foi (foram) planejada (s)? () sim () não.			
- Caso não, a que atribui?			
Se sim, quantos:		Quantidade dos menores de idade:	
Consegue cuidar deles:		Se não, quem cuida:	
Se já possui filhos, gostaria de ter mais algum?			
GINECOLÓGICO:			
Vida sexual ativa:	Já sofreu algum tipo de abuso sexual:	Já abortou:	
Quando grávida, teve assistência pré-natal:			Onde:
Nº de parceiros:	Não sabe informar:	Parceiro fixo:	
Em idade reprodutiva:		Menopausada:	
Usa método de barreira:			
Já fez uso de algum método contraceptivo:		Qual?	
- Forma de uso: () correta () incorreta			
- Acesso ao método: () serviço de saúde () farmácia () outros _____			
- Se no serviço de saúde, recebe regularmente? () sim () não			
- Caso não, por quê?			
- Já realizou laqueadura tubária () sim () não.			
- Caso sim, foi de espontânea vontade? () sim () não			
Já ouviu falar, por algum profissional de saúde, sobre planejamento familiar, anticoncepção e prevenção de IST's?			
- Participa ou já participou de algum programa de planejamento familiar? () sim () não			
Caso não, por quê?			
Nunca ouvi falar:		Já ouvi falar:	Quem:
Última vez que fez a mamografia:		Nunca fez:	
Última vez que fez a citologia endocervical:		Nunca fez:	