



ASPECTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

REPRODUCTIVE ASPECTS IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS

ASPECTOS REPRODUTIVOS DE MUJERES CON TRASTORNO MENTAL

Tatiane Gomes Guedes^I

Escolástica Rejane Ferreira Moura^{II}

Danielle Rosa Evangelista^{III}

Marcela Alves Valente da Conceição^{IV}

RESUMO: Objetivou-se averiguar aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental de um centro de atenção psicossocial de Fortaleza-CE. Foi realizado, em 2007, um estudo descritivo e estatístico. Participaram 255 mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual iniciada. Mais da metade das participantes já havia engravidado, sendo que 125 (86,8%) referiram gesta de um a quatro e 19 (13,2%) gesta acima de quatro. Dessas, 110 (76,4%) tiveram todas ou parte das gestações sem planejamento. A idade das gestantes, no primeiro parto, variou entre 13 até mais de 35 anos, sendo a maioria, 70 (51,4%), do grupo etário de 20 a 35 anos; 38 (14,9%) sofreram aborto espontâneo ou provocado. Conclui-se que mulheres portadoras de transtorno mental apresentam demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva, exigindo uma assistência integral, amparada na proposta da reforma psiquiátrica e no cumprimento dos direitos reprodutivos.

Palavras-Chave: Direito reprodutivo; saúde da mulher; transtorno mental; política de saúde.

ABSTRACT: This study aimed to ascertain reproductive characteristics of women with mental disorders at a Psychosocial Care Center in Fortaleza, Brazil. The study participants were 255 women of reproductive age who had started sexual activity. More than a half the women reported pregnancies: 125 (86.8%) had from 1 to 4 gestations and 19 (13.2%), more than 4. All or nearly all pregnancies of 110 (76.4%) women were unplanned. Age at pregnancy ranged from 13 to over 35 years of age, most frequently (70 women – 51.4%) 25 to 35; and 38 (14.9%) had spontaneous or induced abortions. The results indicate that women with mental disorders have sexual and reproductive health demands which require comprehensive care supported by the proposals for reform of Brazil's psychiatric services and by assurance of reproductive rights.

Keywords: Reproductive rights; women's health; mental disorder; health policy.

RESUMEN: Se objetivó investigar aspectos reproductivos de mujeres con trastorno mental de un centro de atención psicossocial de Fortaleza-CE-Brasil. Fue cumplido, en 2007, estudio descriptivo y estadístico. Participaron 255 mujeres en edad reproductiva y con vida sexual iniciada. Más que la mitad de las participantes tenían embarazado, siendo que 125 (86,8%) afirmaron de uno a cuatro embarazos y 19 (13,2%) más de cuatro embarazos. De esas, 110 (76,4%) habían tenido todo o una parte de los embarazos sin planeamiento. La edad de las gestantes, en el primer parto, varió de 13 hasta más de 35 años, siendo la mayoría – 70 (51,4%) – de la franja etaria de 20 a 35 años; 38 (14,9%) de las mujeres habían sufrido aborto espontáneo o provocado. Los resultados indican que mujeres con trastorno mental tienen demandas mentales en el campo de la salud sexual y reproductiva, exigiendo, por lo tanto, una atención integral, apoyada en la oferta de la reforma psiquiátrica y en el cumplimiento de los derechos reproductivos.

Palabras Clave: Derecho reproductivo; salud de la mujer; trastorno mental; política de salud.

INTRODUÇÃO

Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental é tema relevante de ser discutido na literatura científica. Na prática dos serviços de saúde, tal clientela não recebe atenção no campo da saúde sexual e reprodutiva ou a recebe inadequada-

mente, sendo ignorados as especificidades e o cumprimento de seus direitos nessa área do cuidado.

A Reforma Psiquiátrica propõe mudanças no tratamento de pessoas com transtorno mental, substituição do modelo hospitalocêntrico por alternati-

^IEnfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: tatiguedes@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: daniellere@bol.com.br.

^{IV}Enfermeira do Hospital Regional Unimed Fortaleza. Brasil. E-mail: marcelavalente_ ce@hotmail.com.

vas terapêuticas de atendimento à comunidade. Devem ser transformadas as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental. O olhar passa a ser direcionado para a pessoa, para sua cultura e para sua vida cotidiana, tornando-se o indivíduo o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença¹.

Nesse sentido, é necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, com vistas a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde, em todas as fases do ciclo de vida.

Face ao exposto, decidiu-se pela realização do presente estudo, no intuito de averiguar a saúde reprodutiva de mulheres portadoras de transtorno mental.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades como 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 pessoais².

O direito ao planejamento familiar foi definido na Carta Magna de 1988, no § 7 do Art. 226, sendo regulamentado pela Lei nº. 9.263, de 10 de 12 de janeiro de 1996, que garante às mulheres e aos homens o direito de decidir livremente sobre o número de filhos que querem ter, assim como devem ter acesso à informação e aos meios para regular a sua fecundidade³.

O direito à saúde é, por princípio, um bem inalienável a todo e qualquer cidadão, sendo a Constituição Federal a principal fonte dos parâmetros jurídicos de proteção às pessoas portadoras de transtorno mental, no País. Depois da Carta Magna, o mais relevante instrumento normativo é a Lei nº. 10.216, de 2001, que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e das obrigações do Estado para esse grupo populacional. A nova ordem prescrita nessa Lei ainda se mostra insuficiente quanto às questões da cidadania, por ter permanecido mais afeita à reorientação do modelo assistencial e à preocupação com o sequestro da liberdade, o que, evidentemente, à época da sua promulgação, era muito importante e urgente⁴.

Não se trata, todavia, de considerar que a referida Lei cuidou de todos os aspectos relativos à matéria. Ao contrário, esse instituto, resultado de uma longa e difícil negociação no Congresso Nacional, carece de meios para a efetivação das garantias das pessoas portadoras de transtorno mental. Deve-se reconhecer, no entanto, o avanço historicamente possível para a ques-

tão dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, especialmente quanto às garantias de não asilamento.

Os direitos conquistados e debatidos no atual panorama da *reforma psiquiátrica*, que implica políticas públicas sociais e inclusivas, devem abranger dimensões do cuidado à mulher portadora de transtorno mental, incluindo ações que perpassem pela saúde sexual e reprodutiva.

METODOLOGIA

Pesquisa transversal com obtenção de dados quantitativos e qualitativos concomitantes. Esse método envolve coleta e análise das duas formas de dados, integrando as informações na interpretação dos resultados gerais⁵. Os dados qualitativos referiram-se aos discursos das participantes e foram organizados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin⁶, sendo, posteriormente, processados, com os dados quantitativos no Programa SPSS.

A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens⁶.

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II do município de Fortaleza-CE, no período de maio a agosto de 2007. A população do estudo correspondeu a 747 mulheres matriculadas no serviço. Para definição da amostra, foi fixado nível de significância de 5%, erro amostral de 6% e proporção de 50%, por implicar esse valor um tamanho máximo de amostra, quando fixados os erros anteriores. Tais valores foram aplicados na fórmula para cálculo com populações finitas, obtendo-se valor amostral de 255 mulheres. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter diagnóstico de transtorno mental, estar em idade fértil (12 a 49 anos) e ter iniciado vida sexual.

Os dados foram coletados por meio de entrevista que seguiram um formulário, contendo questões abertas e fechadas, versando sobre os aspectos reprodutivos: número de gestações, idade do primeiro parto, intervalo gestacional, planejamento das gestações, realização de aborto e desejo de concepção. As mulheres foram abordadas por ocasião da espera pelas consultas médicas e de enfermagem. Seus relatos são designados por Entrevistada (E) e respectivos números, conforme a ordem de participação. Exemplo: E1, E2...

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE), obtendo parecer favorável (protocolo nº. 81/07).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes apresentaram perfil socioeconômico semelhante ao de outras mulheres usuárias do serviço público de saúde, demonstrado baixa escolaridade, ocupação predominantemente doméstica e baixa renda familiar.

Tal perfil mostra que a idade das participantes variou entre 18 e 49 anos, predominando a faixa etária de 20 a 35 anos, com 136 (53,3%). Em relação aos anos de estudo, observou-se 40 (15,7%) sem instrução e 101 (39,6%) com ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação, 179 (70,2%) das participantes realizavam atividades do lar, devendo-se ressaltar que 100% estavam em plena idade produtiva, porém, fora do mercado de trabalho. Apenas 14 (5,5%) das participantes exerciam trabalho formal, 4 (1,6%) tinham trabalho formal, mas estavam afastadas do serviço e outras 7 (2,7%) encontravam-se aposentadas. Quase metade da amostra, 114 (44,7%), perfazia renda familiar até um salário mínimo. Do grupo estudado, 119 (46%) eram casadas e 114 (44,7%) solteiras e/ou que possuíam companheiros eventuais, conforme mostra a Tabela 1.

O perfil mencionado proporciona uma reflexão acerca da restituição da cidadania dessas mulheres, com vista a melhores oportunidades e condições dignas de vida. A cidadania de pessoas portadoras de transtorno mental é um desafio amplo no país e se torna central quando se defende a mudança de paradigma, quando se tira o foco da doença e se entende o campo de intervenções⁷.

As políticas inclusivas podem ser entendidas como estratégias voltadas para a universalização de direitos civis, políticos e sociais. Elas buscam, pela presença intervencionista do Estado, aproximar os valores formais proclamados no ordenamento jurídico dos valores reais existentes em situações de desigualdade. A meta dessas políticas é combater todas e quaisquer formas de discriminação que impeçam o acesso a uma igualdade maior de oportunidade e de condições⁸.

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é a potencialização do trabalho, como instrumento de inclusão social dos pacientes. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, essas experiências, mesmo apresentando ótimos resultados, caracterizam-se, ainda, por sua frágil sustentação institucional e financeira.

A *economia solidária*, política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, surge como parceira para discussão do problema de exclusão do mercado de tra-

balho das pessoas com transtornos mentais. De fato, os movimentos da *reforma psiquiátrica* e da *economia solidária* compartilham princípios fundamentais, quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade⁹.

O elevado número de mulheres casadas com transtorno mental sugere uma abordagem acerca do papel do cônjuge no processo de reabilitação dessas clientes. O cônjuge ocupa espaço privilegiado na proposta de desinstitucionalização da *reforma psiquiátrica*, participando, ativamente, desse novo modelo de cuidado. Caso contrário contribui para a instabilidade emocional e favorecimento de crises. Portanto, estando o cônjuge a desempenhar papel de destaque na reabilitação da companheira, fica com os profissionais dos CAPS e dos demais serviços o redimensionamento desses cuidados, trazendo-os para o contexto familiar e do casal.

No que diz respeito aos tipos de diagnósticos recebidos pelas mulheres do estudo, os transtornos do humor apresentaram-se com maior frequência, perfazendo, praticamente, a metade das mulheres do estu-

TABELA 1: Distribuição de mulheres segundo condições sociodemográficas. Centro de Atenção Psicossocial. Fortaleza-CE, maio-agosto, 2007. (N=255)

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

do, 125 (49,0%), seguidos da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, com 60 (23,6%). O transtorno ansioso posicionou-se em terceiro lugar, com 48 (18,8%) clientes. O transtorno de personalidade, juntamente com outros transtornos, representaram 22 (8,6%).

Os estudos de morbidade e mortalidade de mulheres, em idade fértil, discutem a presença dos transtornos mentais como causas básicas de óbito. O conhecimento de sua incidência, prevalência e mortalidade, medidas em suas reais dimensões, permite a elaboração e implantação de políticas de saúde adequadas às mulheres incluídas nessa faixa etária¹⁰.

Quanto aos aspectos reprodutivos das mulheres do estudo, a gravidez acometeu mais da metade das participantes, sendo de uma a quatro em 125 (86,8%) e mais de quatro em 19 (13,2%). Dessas mulheres, 110 (76,4%) não planejaram todas ou algumas gestações. A idade no primeiro parto variou entre 13 e mais de 35 anos, ocorrendo a maioria – 70 (51,4%) no grupo etário de 20 a 35 anos. O intervalo de gravidez superior a dois anos foi afirmado pela maioria, 54 (59,3%), das mulheres; 38 (14,9%) clientes referiram aborto espontâneo ou provocado, correspondendo a, respectivamente, 13 (34,2%) e 25 (65,8%).

Os aspectos reprodutivos, em referência, confirmam que a gravidez de mulheres, portadoras de transtorno mental, é uma realidade. Levando-se em consideração que essas mulheres, emocionalmente e patologicamente são portadoras de agravos para que possam conceber, é imprescindível uma atenção em planejamento familiar individualizada. Daí a importância de ações que visem ao planejamento dessas gestações, tornando a relação gravidez / transtorno mental um evento tranquilo. Além disso, tais ações favorecem um intervalo de gravidez adequado e a diminuição de abortos provocados, aspectos observados no presente estudo.

Mulheres portadoras de transtorno mental possuem, como as demais, o direito a um atendimento que abranja todas as suas necessidades de saúde. Na prática, tais mulheres padecem por conta da intervenção de um sistema de saúde fragmentado, que nega a assistência integral e compromete o respeito aos seus direitos reprodutivos, além do que oportuniza a violação de direitos conquistados e, debatidos no atual panorama da reforma psiquiátrica, implicando políticas públicas sociais mais inclusivas. Seja qual for o nível de assistência oferecido a essas mulheres, não se pode ocultar as necessidades de atendimento dessa população em relação aos aspectos reprodutivos.

A atenção básica, no formato organizacional proposto, adotado no sistema de saúde brasileiro, tem função de atender os usuários em sua competência, encaminhá-los se necessário a níveis de maior aporte tecnológico para continuidade do atendimento ou para subsidiá-lo em suas conduções¹¹. Portanto, a aten-

ção básica à saúde, dado a sua condição de porta de entrada do sistema de saúde, necessita desse olhar integral, permitindo que sintomas psíquicos e/ou outras demandas, que pressionam o cotidiano das mulheres com transtorno mental, sejam detectados e tratados precocemente.

O Programa Saúde da Família objetiva a reorganização da prática da atenção à saúde. Para que essa prática se concretize, é necessária a presença de um enfermeiro com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação¹².

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

Por outro lado, os CAPS, na medida em que ocupam um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, devem contemplar em suas ações, não somente o diagnóstico e o tratamento de transtornos mentais, mas ações que visem alterar a qualidade e as condições de vida das mulheres, na perspectiva também de integralidade das ações, oferecendo atendimento à mulher portadora de transtorno mental, dentro de uma dimensão biopsicossocial, além de funcionar como apoio técnico às equipes de atenção básica.

Os três principais motivos citados pelas mulheres para não planejar as gestações foram: não usar método contraceptivo, 37 (32,5%); efeitos colaterais provocados pelos anticoncepcionais orais, 21 (18,4%); e o próprio transtorno mental, apenas 12 (10,5%). Os depoimentos, a seguir, ilustram tais motivos:

Só comecei a tomar anticoncepcional depois da quarta gravidez. (E1)

Eu não gostava de tomar comprimido, me dava dor de cabeça e eu ficava mais nervosa. (E2)

Aconteceu porque eu estava depressiva e desorientada. (E3)

As pacientes psiquiátricas constituem população de alta prevalência de gravidez indesejada, devido à freqüente falta de entendimento da doença e do controle comportamental¹³. Os discursos mostram que, apesar de possíveis gravidezes indesejadas, pelo não planejamento das mesmas, as mulheres apresentaram entendimento e controle comportamental favorável, mostrando que a generalização desse quadro é estigmatizante e excludente.

Por vezes, os profissionais de saúde subestimam o aprendizado das mulheres com transtorno mental, sua capacidade de se relacionar com o outro, além da negação de que, antes do quadro psicopatológico, essas mulheres possuem um corpo responsivo a condições fisiológicas, como o desejo sexual^{13,14}.

Os depoimentos citados, a seguir, partiram de algumas das 48 (18,8%) participantes que, quando interpeladas acerca do desejo de engravidar, manifestaram-se receosas pela possibilidade de hereditariedade do transtorno mental do qual eram portadoras, e, nessas condições, apontaram a patologia como sendo fator impeditivo à vontade de engravidar, confirmando que essas mulheres possuem entendimento da doença e controle comportamental favorável, discutidos anteriormente. confirmando que, os na presente pesquisa.

Depois desse problema eu me conformei, não quero trazer para o mundo uma pessoa com o mesmo problema que o meu. (E4)

Tenho medo de ter um filho igual a mim. Como vou cuidar dele? (E5)

Outras 12 (4,7%) tinham predileção por filho de determinado sexo, e diante da incerteza desse acontecimento, optaram por não engravidar, conforme o relato:

Queria ter um filho homem, mas pode ser que seja outra mulher e aí não quero correr risco. (E5)

Ainda, 9 (3,5%) mulheres informaram dificuldade financeira, como restrição à gravidez, 7 (2,7%) aludiram à idade avançada, 3 (1,2%) apontaram a violência sofrida pelos companheiros e 3 (1,2%) expressaram a irresponsabilidade masculina e o risco para as doenças sexualmente transmissíveis.

Destaca-se nos relatos, a seguir, a violência conjugal apontada anteriormente, reunindo elementos possivelmente desencadeantes do transtorno mental:

Meu marido me pegava bêbado e me obrigava a fazer sexo. Não queria fazer confusão por causa dos vizinhos. (E6)

Já sofri tanto. Perdi meus filhos de tanto apanhar do meu marido. Do monte de filhos que tive, só tem seis comigo. (E7)

A maior parte dos atos de violência contra a mulher resulta em problemas físicos, sociais e psicológicos, não necessariamente causando lesões, incapacitação ou morte. A violência conjugal pode assumir diversas formas, incluindo violência física e sexual, vindo, comumente, acompanhada de outros comportamentos abusivos, como restrições financeiras, proibição do engajamento social, familiar e ocupacional da mulher¹¹.

As instituições de atendimento às mulheres, independentemente do nível de atenção à saúde, devem buscar decodificar queixas que podem estar as-

sociadas à violência, contribuindo para a constante interface saúde mental e gênero. A prática de um trabalho em equipe multidisciplinar e transdisciplinar é indispensável para garantir a qualidade assistencial e o respeito aos direitos humanos, principalmente dos grupos populacionais mais vulneráveis, entre os quais os clientes com transtorno mental.

Necessário se faz que a violação de direitos conquistados na *reforma psiquiátrica* e que o estigma dos profissionais de saúde, em relação ao transtorno mental, sejam eliminados, facilitando o processo de intervenção na saúde reprodutiva de mulheres esquizofrênicas, psicóticas, depressivas, ansiosas, etc; pouco vistos em nosso meio. Caso contrário, os aspectos reprodutivos dessas mulheres serão negligenciados pelos serviços de saúde, e tais mulheres continuarão a apresentar demanda de cuidados relativos à saúde sexual, como a gravidez, a idade do primeiro parto nos extremos das fases reprodutivas, o intervalo gestacional menor de dois anos, o não planejamento das gestações, a provocação de abortos e o desejo de concepção.

Tais aspectos, apresentados veementes neste estudo, põem à mostra a necessidade de intervenções educativas, capazes de promover para essas mulheres o direito à informação, com referência ao planejamento familiar. Na perspectiva de cuidado integral do CAPS, o enfermeiro deve oportunizar a ida dessas mulheres ao serviço, e orientá-las nesse aspecto, além de remetê-las ao planejamento familiar, propriamente dito, realizado nos serviços de atenção básica, assegurando, assim, a saúde sexual dessas mulheres.

CONCLUSÃO

Os aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental mostram uma realidade que deve ser considerada nas interfaces entre as políticas públicas de planejamento familiar e de saúde mental, transpondo o discurso oficial para a prática na atenção à saúde da mulher portadora de tal agravo.

Nessa dimensão, mulheres acometidas por qualquer transtorno mental contam com o amparo da legislação vigente que, sem discriminação, favorece o direito a um atendimento contemplador de todas as nuances da vida feminina.

Espera-se que os resultados apresentados contribuam para o reconhecimento dos profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, de que o fato de serem portadoras de transtorno mental não as tornam somente um diagnóstico. Para além de qualquer diagnóstico psicopatológico, as mulheres em sofrimento mental devem ser assistidas de forma biopsicossocial.

Ademais, espera-se que o enfermeiro, profissional atuante na atenção básica e nos serviços especializados para o atendimento de pessoas com transtorno mental,

possua visão sistêmica e integral das mulheres portadoras de transtorno mental, sendo capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva os aspectos reprodutivos aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Gamba MA, Bretãs ACP. *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo: Manole; 2006.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): Gráfica do Ministério da Saúde; 2007.
3. Ministério da Saúde (Br). *Constituição da República Federativa do Brasil - 1998*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
4. Costa ACF. *Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica*. In: Aranha MI (Org). *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília (Br): Ministério da Saúde; 2003.
5. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Po): Edições; 1977.
7. Wetzell C, Kantorski LP, Souza J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:39-45.
8. Cury RJ. Políticas inclusivas e compensatórias na educação básica. *Cad Pesquisa*. 2005; 35: 11-32.
9. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília (DF): Gráfica do Ministério da Saúde; 2005.
10. Laurenti R, Mello JMHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7: 449-60.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília (DF): Gráfica do Ministério da Saúde; 2006.
12. Primo CC, Bom M, Silva PC. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:76-82.
13. Pheula GF, Banzanato CEM, Dalgalarondo P. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. *J Bras Psiquiatr*. 2003; 52(2): 97-107.
14. Loyola CMD, Pôrto KF, Rocha KS. Implicações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico para a enfermagem psiquiátrica. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:9-13.