

Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher

Mental health assistance services: reflections on the challenges of integral health assistance for women

Servicios de asistencia a la salud mental: reflexiones a cerca de los desafíos de asistencia integral de salud para mujeres

*Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin**

*Sabrina Helena Ferigato***

*Fábio Bruno de Carvalho****

RESUMO: O presente trabalho teve por objetivo ampliar as reflexões e discussões acerca da assistência integral à saúde da mulher considerando o campo da saúde mental. Caracteriza-se como um estudo de revisão narrativa, qualitativo e descritivo. As bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO foram utilizadas como fonte de coleta de dados. A análise dos dados evidenciou que nas últimas décadas ocorreram inúmeros avanços em relação às políticas públicas dirigidas à assistência integral da saúde da mulher e a saúde mental. Tais políticas passaram gradualmente a incorporar um enfoque de gênero, enfatizando a promoção e a integralidade da saúde. No campo da saúde mental, priorizou-se a constituição de uma rede de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional, com vistas a desinstitucionalização, à reabilitação psicossocial e ao resgate da cidadania de pessoas com transtornos mentais. No entanto, mesmo com a constatação desses avanços, evidenciou-se a existência de inúmeros desafios que devem ainda ser superados, especialmente quando se aborda a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental, exigindo, portanto, uma reflexão detalhada de aspectos técnicos, científicos, éticos e ideológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência em saúde mental. Saúde da mulher. Serviços de saúde da mulher.

ABSTRACT: The present work had as its aim to enhance reflections and discussions about integral mental health assistance for women. It is a descriptive, qualitative and narrative survey. LILACS, MEDLINE and SCIELO databases were used as data collection sources. Data analysis showed that in the last decades countless advancements took place regarding public policies directed to integral health assistance for women with an emphasis in mental health. Such policies began to gradually assimilate a gender approach, emphasizing health promotion and integrality. In the mental health field, the priority was the constitution of a network of resources other than traditional psychiatric hospital facilities, aiming at deinstitutionalizing, promoting psychosocial rehabilitation and rescue citizenship for mentally disturbed people. However, even with the observation of these advancements, we identified countless challenges that must still be surpassed, especially when approaching the interface between woman health and mental health, thus requiring a detailed reflection on technical, scientific, ethical and ideological aspects.

KEYWORDS: Mental health assistance. Women's health. Women's health services.

RESUMEN: Este trabajo intenta realzar reflexiones y discusiones sobre la asistencia de salud mental integral para mujeres. Es descriptivo, cualitativo y narrativo. Las bases de datos LILACS, MEDLINE y SCIELO fueron usadas como fuentes de colecta de datos. El análisis de datos mostró que en las décadas pasadas progresos innumerables ocurrieron en cuanto a políticas públicas dirigidas a la asistencia de salud integral para mujeres con un énfasis en la salud mental. Tales políticas comenzaron a asimilar gradualmente un acercamiento de género, enfatizando la promoción y la integralidad de la salud. En el campo de la salud mental, la prioridad fue la constitución de una red de recursos distinta de instalaciones hospitalarias psiquiátricas tradicionales, y que apuntaban a desinstitucionalización, promoviendo la rehabilitación psicossocial y el rescate de la ciudadanía para la gente mentalmente enferma. Sin embargo, aunque se observan estos progresos, identificamos desafíos innumerables que todavía deben ser superados, sobre todo acercándose al interfaz entre la salud de la mujer y la salud mental, así requiriendo una reflexión detallada a cerca aspectos técnicos, científicos, éticos e ideológicos

PALABRAS LLAVE: Atención en salud mental. Salud de la mujer. Servicios de salud para mujeres.

*Doutora em Saúde Mental pela FCM da UNICAMP. Docente da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.
E-mail: awballarin@uol.com.br

**Mestre em Filosofia Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Docente da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas, Terapeuta Ocupacional – Centro de Atenção Psicossocial.

***Doutor em Saúde Mental pela FCM da UNICAMP. Docente da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.

Questões introdutórias

A prática assistencial cotidiana, desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, tem suscitado algumas inquietações relacionadas ao cuidado dispensado às mulheres. Nesse contexto, torna-se fundamental dirigir a atenção para questões que se revestem de extrema importância, na medida em que abordam a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental e exigem uma reflexão detalhada sobre os aspectos técnicos, científicos, éticos e ideológicos envolvidos.

Algumas mulheres, mesmo estando inseridas em serviços de saúde, em um contexto de assistência à saúde mental, vivenciam um intenso sofrimento psíquico, o que as tornam, muitas vezes, impossibilitadas de cuidarem de si próprias e, conseqüentemente, de sua saúde. Essa situação pode ser explicada em função de estarem vivenciando um estado de desorganização psíquica. Esse estado, presente nas psicoses, faz com que elas experimentem momentos de alheamento corporal, de modo que acabam se relacionando com o corpo como se esse fosse um outro, um objeto estranho, impossibilitando-as de se apropriar de si mesmas. Assim, o objeto-corpo se encontra à deriva, sujeitado às vozes, às imagens, às sensações desagradáveis, às pulsões incontrolláveis, aos processos de auto-mutilação. Quando emergem as necessidades específicas voltadas à saúde da mulher, elas ficam expostas às dificuldades para se submeterem aos exames ginecológicos periódicos de prevenção, que muitas vezes são sentidos como invasivos, às gestações não planejadas, aos abortos e às ingerências de seus corpos e desejos. São esses aspectos que se objetiva abordar neste estudo.

Quais estratégias e reflexões os profissionais que atuam no campo

da saúde mental devem propor diante desse contexto? Como estão sendo realizados os cuidados de saúde das mulheres com sofrimento psíquico? Como os serviços de saúde, incluindo os equipamentos de assistência à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos-SRT, e os Centros de Saúde lidam com essas questões? Como são trabalhados os direitos reprodutivos e de maternidade de mulheres com transtornos psicóticos? A busca por algumas dessas respostas constituiu o eixo norteador para o desenvolvimento desta investigação.

Considerações metodológicas

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica. Caracteriza-se como um trabalho de revisão teórica, de natureza descritivo-qualitativa. A pesquisa bibliográfica envolveu um levantamento de trabalhos publicados em periódicos considerando-se a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, cujas fontes de informação incluem a base de dados da *Literatura Latino-americana en Ciencias de La Salud*-LILACS, MEDLINE e SCIELO. Foram utilizados como descritores os termos: cuidado integral à saúde da mulher, saúde da mulher e saúde mental, planejamento familiar e saúde mental, mulheres com transtorno mental e gravidez, gênero e saúde mental. Consultou-se, ainda, documentos oficiais sobre as atuais políticas públicas relacionadas à saúde mental e à saúde integral da mulher que não constavam das bases de dados utilizadas, mas que se caracterizavam como fontes de informação para efetivação do estudo. Os dados foram coletados nos meses de março a junho de 2008 e incluíram trabalhos publicados nos últimos vinte anos. Os artigos foram analisados seguindo as pers-

pectivas da análise temática, sendo inicialmente procedida à leitura flutuante dos resumos dos textos coletados. Em seguida, buscou-se os eixos temáticos relacionados aos questionamentos norteadores desta investigação e, posteriormente, aferiu-se seus núcleos de sentido.

Resultados e discussões

A partir dos descritores utilizados, foram localizadas 437 publicações, que incluíam artigos, teses e relatórios oficiais. Desse total, aproximadamente 20% relacionavam-se a publicações repetidas, ou seja, um mesmo artigo constava tanto na base de dados LILACS como SCIELO ou MEDLINE. Constatou-se que é vasta a variedade de estudos que abordam o ciclo gravídico puerperal (Melo et al, 2007; Parada, Tonete, 2008; Almeida et al, 2006), as fases do ciclo vital – infância, adolescência e climatério (Mandu, 2002; Mitsuhiko, Chalem, Barros, 2006; De Lorenzi, Baracat, 2005), a sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis (Souza, 2006; Sant'Anna, Seidl, Galinkin, 2008; Souza, 2008), a violência (Schraiber, Oliveira, 2008; Rabello, Caldas Junior, 2007), as políticas públicas de atenção à saúde da mulher (Brasil, Ministério da Saúde, 2004; Martins, 2004; Pedrosa, 2005) e condições diversas de adoecimento da mulher, como por exemplo o câncer (Surita et al, 2007; Leme, Souza, 2006; Gomes, Skaba, Vieira, 2006).

Verificou-se, ainda, a existência de inúmeros estudos que estabelecem relações entre a saúde mental e gênero. Esses abordam, prioritariamente, temáticas relacionadas à gestação e transtornos psiquiátricos, tais como: epidemiologia de transtornos psiquiátricos na mulher, disforia pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal (Andrade, Viana, Silveira, 2006; Pheula, Banzato, 2003; Falco-

ne et al, 2005). Entretanto, poucos foram os estudos que abordaram a interface entre a saúde mental e a saúde integral da mulher. Assim, a partir de uma perspectiva qualitativa, buscou-se com o tratamento dos dados, sistematizá-los, de modo que as temáticas das publicações investigadas fossem agrupadas considerando-se três eixos fundamentais, quais sejam: políticas públicas de assistência à saúde da mulher, assistência à saúde da mulher com transtornos mentais, atenção integral à mulher e os desafios da clínica ampliada.

Políticas Públicas de assistência à saúde da mulher

No que se refere à assistência à saúde da mulher, pode-se dizer que aspectos históricos e culturais em muito contribuíram para que se perdurasse, por muitas décadas, as abordagens e intervenções fundamentadas em concepções anatomicofisiológicas. Segundo Pedrosa, o conhecimento científico relacionado ao funcionamento do corpo da mulher foi um elemento relevante na definição da distinção dos papéis sociais entre os gêneros.

No Brasil, desde a década de trinta até meados dos anos setenta, as políticas públicas e a assistência à saúde da mulher se desenvolveram a partir de uma visão reducionista, em que se atribuía à mulher uma especificidade biológica, ênfase no papel de mãe e responsabilidade pela educação e saúde dos filhos. Esse cenário começou a se modificar a partir da década de oitenta, com a organização de alguns movimentos feministas, de setores da sociedade civil e o movimento que preconizava a reforma sanitária no país (Martins, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher -PAISM, dando início às mudanças

nas políticas voltadas à saúde da mulher. Nesse momento, são propostas ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação de acordo com as demandas derivadas do perfil populacional das mulheres, que incluem a assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério; orientação no planejamento familiar e prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Pedrosa, o PAISM implementou uma postura inovadora baseada na assistência integral da mulher. A história recente da Saúde Coletiva no Brasil destaca que o investimento nesse campo foi um dos grandes avanços em termos conceituais e técnicos sobre as abordagens clínicas produzidas pelas políticas do Sistema Único de Saúde-SUS.

Objetivando consolidar os avanços no campo dos direitos reprodutivos e sexuais, o Ministério da Saúde, em 28 de maio de 2004, publicou os princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorporou, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde.

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi construída em parceria com diferentes Departamentos do Estado, universidades (pesquisadores), movimentos sociais e organizações não-governamentais, sendo, portanto, um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do SUS (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

As propostas dessa nova Política, além de ampliar as ações que envolviam grupos historicamente alijados das políticas públicas (mulheres negras, indígenas, em situação de prisão etc.) e enfatizavam ações dirigidas a: Atenção Clínico-Ginecológica, Obstétrica e Neonatal;

Planejamento Reprodutivo; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Atenção para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; HIV/Aids na população feminina; os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos da mulher; o Climatério; Saúde da Mulher na terceira idade, a Atenção ao Câncer na Mulher, a atenção à Saúde Mental.

Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher constitua um avanço significativo no campo de atenção à saúde, Pedrosa (2005) enfatiza que o cuidado oferecido nos serviços ainda é fragmentado, impessoal, derivado do modelo biomédico predominante na assistência à saúde. Esse modo de cuidar se reflete nos serviços e atendimento à mulher, portanto a implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher permanece um desafio para os gestores e profissionais inseridos no sistema de saúde.

Assistência à saúde da mulher com transtornos mentais

Nesse contexto, como avançar em relação às reflexões relacionadas aos cuidados de saúde das mulheres em sofrimento psíquico?

Quando se analisa a temática relacionada às mulheres com transtornos mentais, dois grandes grupos sociais estão em cena: as mulheres e os doentes mentais, ambos marcados por exclusão, por preconceitos, por estigmas e por lutas pelos direitos de cidadania e transformação social. Tanto o movimento feminista quanto o movimento da Reforma Psiquiátrica adquiriram grande relevância, êxito e legitimidade junto à sociedade brasileira e, dessa forma, tornaram-se ações do Estado. Como exemplo resultante desses movimentos, pode-se ver a criação, do Conselho Nacional dos Direitos da

Mulher, cujo primeiro artigo diz: “a finalidade de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País”²¹.

Já no âmbito das conquistas legais da área da saúde mental, podemos citar a promulgação da lei n. 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”²², buscando viabilizar a superação dos modelos asilares de assistência e os sistemas totalizantes de atenção, quando homens e mulheres permanecem trancados durante vidas inteiras, separados de suas famílias, em alas femininas e masculinas, como se fossem seres assexuados; ou simplesmente tivessem seus direitos reprodutivos anulados ou, ainda, seus filhos retirados de si ao nascer, sem nenhuma justificativa ou culpa. Há que se reconhecer que esses avanços são inegáveis, mas muito há que se refletir e se conhecer sobre as necessidades específicas da mulher que sofre psiquicamente.

Em seus estudos, Kohen (2001) salienta que algumas das necessidades das mulheres têm sido negligenciadas no campo da saúde mental, destacando-se o cuidado à saúde mental na gravidez, no pós e pré-natal, na custódia de filhos, entre outros. Enfatiza, ainda, a necessidade de se estabelecer, no século XXI, uma filosofia específica de cuidado para mulher com problemas de saúde mental.

Nesse sentido, reafirma-se que do mesmo modo que gestantes desenvolvem doenças mentais relacionadas à maternidade e ao puerpério, mulheres com doenças mentais, em sua condição de ser humano, adoece de outros

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

Dentre as problemáticas encontradas destacam-se a falta de acompanhamento das usuárias no tratamento ginecológico e clínico geral; o desconhecimento de ações educativas ou preventivas em relação às doenças associadas ao gênero; a falta de capacitação para o atendimento à pessoa com transtorno mental por parte de médicos e profissionais da saúde e de outras especialidades; o olhar especialista-reducionista faz parte de alguns profissionais de saúde; relações de poder por vezes estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes, entre outros.

Associadas a essas problemáticas, outras, de caráter técnico-científico, tornam ainda mais complexo esse cenário. São inúmeros os estudos (Pheula, Banzato, Dalgarrondo, 2003; Calil, Miranda, 1996) que salientam que os medicamentos psicotrópicos são contra-indicados em casos de gestação ou durante o período de amamentação. Nessas situações, muitas mulheres submetidas a tratamentos com psicotrópicos precisam interromper o próprio tratamento, ficando ainda mais suscetível a períodos de crise. Entretanto, quando a doença mental da paciente é severa, a conduta médica padrão tradicional deve ser revista. Assim, a prescrição da medicação psicotró-

pica na gravidez, principalmente no primeiro trimestre, só deverá ser feita se houver uma urgência real. Na eventualidade de desdobramentos implicados à relação mãe-bebê, as intervenções não podem ser autoritárias e restritas, tendo em vista a prevenção de riscos; são necessárias ações interdisciplinares de construção de possibilidades concretas para o desenvolvimento de uma relação materna saudável para ambos, mãe e bebê.

Um outro aspecto a ser destacado relaciona-se às questões jurídicas. A questão da custódia dos filhos de mulheres com transtorno mental severo merece um debate mais aprofundado, já que o estudo de Brunette, Dean (2002) aponta para o fato de que mais da metade das mulheres com transtornos mentais severos possuem filhos, sendo que 10% a 20%, ainda dependentes de cuidados.

Ora, “a crise e seu manejo estão imersos em um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, onde o paciente e sua crise são parte do tratamento, e não a sua totalidade” (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001). E nesse caso, em que se discute as problemáticas de mulheres com transtorno mental, não é diferente.

Mesmo com os avanços ocorridos nos últimos vinte anos, tanto no campo da saúde mental como da saúde da mulher, a aplicação prática da assistência integrada da saúde da mulher se mantém fragmentada e problemática. Isso se deve em parte à falta de treinamento apropriado das equipes de saúde em todos os níveis, pouca integração na formação das especialidades médicas (psiquiatras, ginecologistas, endocrinologistas) e com outras categorias profissionais e escassez no desenvolvimento de pesquisas com um escopo mais amplo de investigação (Rennó et al, 2005).

Mais do que uma questão meramente medicamentosa, essas

problemáticas – gravidez, planejamento familiar, sexualidade, quando se trata de mulheres com transtornos mentais, envolvem aspectos éticos, que avançam sobre as peculiaridades do *status* de cidadania conquistado pela mulher “louca” e a ambivalência social que a desinstitucionalização e a convivência com a loucura nos coloca, visto que, embora lhes seja oferecido o “direito ao tratamento em liberdade”, isso acontece “tendo em vista a vigência do dispositivo da tutela, o qual se ancora nos conceitos fundamentais de inimputabilidade (penal) e incapacidade (civil)” (Delgado, 1992). Como por exemplo, a capacidade de ser mãe.

As sutilezas do universo feminino ainda não estão problematizadas quando se abordam os temas centrais que impulsionam a Reforma Psiquiátrica, tais como, a desinstitucionalização, a construção de equipamentos substitutivos, a reabilitação psicossocial, ou, quando são, dá-se de forma indireta. Isso aponta para a necessidade de ampliação dessa discussão no campo intersectorial de ações, visto que há evidências que essa problemática ingressa nos campos da educação, cultura e sociologia.

Revelar a aparente sutileza do universo feminino implica entrar em contato com aspectos complexos que se relacionam à prática assistencial dos profissionais de saúde. Há que se ressaltar, portanto, que a presença de mulheres nos serviços de saúde mental exige atenção em relação às necessidades específicas que elas apresentam, pois, somente o reconhecimento dessas especificidades possibilitará a construção de uma prática assistencial menos fragmentada. Como se constata, a interface saúde da mulher e saúde mental constitui um espaço muito amplo e de extrema complexidade, tanto do ponto de vista da saúde quanto do ponto de vista da organização da sociedade contemporânea.

Atenção integral da mulher, rede de cuidados e a clínica ampliada: alguns desafios

Alguns trabalhos de Dimenstein, Yalle, Brito (2005); e de Delfini et al (2008) vêm abordando a promoção de cuidados em saúde mental a partir de ações articuladas entre diferentes serviços, salientando algumas estratégias criativas e potentes de cuidado das mulheres em tratamento em saúde mental. Nesse sentido, constata-se que modelos de atenção integral e mais complexos têm sido implantados em alguns municípios brasileiros.

Adotando como referência o modelo de rede de atenção, clínica ampliada e apoio matricial, algumas experiências desenvolvidas no município de Campinas, em Centros de Atenção Psicossociais-CAPS, têm buscado assistir as mulheres com transtornos mentais de modo mais integral. Assim, quando inseridas em CAPS, as mulheres são acompanhadas em um serviço com todas as características clínicas e de reabilitação psicossocial tradicionais que os compõem e, ao mesmo tempo, a partir da sua própria autonomia, parceria da família e a equipe de referência, é estabelecida uma linha de atendimento em rede com as Unidades Básicas de Saúde e/ou Ambulatórios, para os cuidados clínico-geral, ginecológico ou de outras especialidades necessárias.

Essas experiências têm revelado situações bastante diversas. Verifica-se que mulheres usuárias do CAPS experimentam graus diferenciados de atenção no que tange à rede de atenção à saúde da mulher: algumas são atendidas esporadicamente em serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, outras conseguem um acompanhamento clínico longitudinal sistemático, não havendo necessidade de tutela e ou acompanhamento do profissional do serviço de saúde mental.

Já em outros casos, só conseguem ter acesso aos profissionais de outras especialidades, quando estão acompanhadas por profissionais do CAPS. Constata-se, portanto, que ganhar a voz e ser compreendida em suas dores físicas e psíquicas ainda não é uma realidade presente em todos os serviços de saúde e, embora haja a perspectiva de oferecimento de uma assistência mais integral, criativa e inovadora, há muito a ser feito no que se refere à organização do trabalho em saúde acerca desta questão.

Nesse sentido, de acordo com (Onoko-Campos et al, 2003) o conceito de clínica ampliada, formulado por Campos e Amaral (2007) e Campos (1999), surge como um modelo de atenção em saúde que não nega as técnicas da clínica *strictus sensu*, mas as incorporam em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade. Esses cuidados buscam a produção de novos valores de saúde e cidadania. Assim, amplia-se o objetivo e a finalidade do trabalho clínico, na medida em que não somente se busca a produção de saúde (prevenção, tratamento, reabilitação), mas, também, a ampliação do grau de autonomia dos usuários.

“Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários

compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros” (Campos, Amaral, 2007).

Além disso, deve-se ampliar a compreensão acerca do processo saúde/doença, implícito na clínica ampliada, aprofundando o conceito de apoio matricial. Esse pode ser entendido como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde-UBS na busca de organizar o serviço e o processo de trabalho, tornando horizontal às especialidades.

“O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (Figueiredo, 2005).

Assim, este arranjo destina-se, especialmente, a contribuição para a ampliação da clínica, oferecendo o acolhimento e o encaminhamento responsáveis da demanda relacionada à assistência integral de mulheres usuárias de serviços e equipamentos de atenção à saúde mental, pressupondo a construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença; dado que compreende-se o sujeito como um ser biológico, social, sub-

jetivo e histórico, que não se reduz à condição de objeto, pois os valores e os desejos mudam com o passar do tempo e se constroem socialmente (Onocko-Campos, 2001).

Entende-se que para além dos problemas psíquicos que essas mulheres apresentam, outros também as atravessam: a pobreza, a dependência econômica, a dupla jornada de trabalho, a violência e a discriminação, a falta de alimentos; ou seja, a distribuição desigual das tarefas no ambiente doméstico afeta significativa e diretamente a saúde das mulheres nas diversas etapas de sua vida. Desse modo, destaca-se que os desafios que se apresentam à assistência integral da mulher com transtorno mental só podem ser superados quando houver o deslocamento do foco de atenção das especialidades ginecológicas e de obstetrícia que reduzem as mulheres à sua capacidade reprodutora, para outros focos. Enfatiza-se que o apoio matricial enquanto uma estratégia é recente no campo da saúde e ainda não foi incorporada plenamente no cotidiano do trabalho e no processo de construção de uma rede de atenção integral. Entende-se, ainda, que:

“A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo [...]. Sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto (Campos, 1999).

Desse modo, na direção da construção de um novo modo de fazer saúde, há que se destacar, ainda, com vistas à assistência integral da mulher, a importância da implementação de uma prática formadora que articule conhecimentos entre os diferentes campos,

que esteja em consonância com as atuais políticas de saúde e que garanta a qualificação continuada dos profissionais de saúde a fim de que se possa produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção. De acordo com Ceccim (2005), a

“condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (Ceccim, 2005).

Considerações finais

Dos aspectos descritos neste estudo, pode-se constatar que as políticas públicas relacionadas à assistência integral à saúde da mulher muito avançaram nas últimas duas décadas, entretanto, é urgente a necessidade de se superar algumas dificuldades e desafios que se apresentam, especialmente, quando se aborda a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental. A problemática decorrente dessa interação evidencia questões complexas, como gravidez, planejamento familiar, sexualidade e, em se tratando de mulheres com transtornos mentais, acentuam a necessidade de se

discutir os aspectos éticos, filosóficos, políticos e técnicos-científicos envolvidos.

Algumas experiências de atenção integral mais complexas e inovadoras vêm abordando a promoção de cuidados em saúde mental, a partir de ações articuladas com diferentes serviços. Essas experiências implantadas em municípios brasileiros adotam como referência o modelo de rede de

atenção, clínica ampliada e apoio matricial. Tais referências contrastam-se ao cuidado fragmentado e impessoal, constitutivo do modelo biomédico predominante na assistência à saúde e objetivam não somente a produção de saúde mas, também, a ampliação do grau de autonomia dos usuários, a partir de uma nova lógica de organização do trabalho. Assim, é necessário que se dê prioridade à articulação

intra e intersetorial, a fim de se ampliar o leque de ações que incluam o respeito à pessoa humana, seus desejos, experiência, valores e cultura. Por fim, se enfatiza que as discussões pertinentes à assistência integral à saúde da mulher exigem, necessariamente, reflexões que se relacionam à melhoria da formação dos profissionais de saúde e a valorização do trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Almeida MTC, Beltrão NG, Kaizô I, Leite IC. Vigilância da mortalidade materna: a identificação de mortes durante o ciclo gravídico puerperal ampliado. *Cad Saúde Colet* 2006;14(2):265-82.
- Andrade LHS; Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín.* 2006;33(2):43-54.
- Brasil. Lei n. 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. *Diário Oficial da União* 2001; 6 Abr.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: 1984.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brunette ME, Dean W. Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Ment Health J.* 2002;38(2):153-65.
- Calil HM, Miranda A. Terapias farmacológicas e outros tratamentos biológicos. In: Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 265-84.
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. [capturado em 09 Set 2008]. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2007 Ago;12(4):849-59. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007-8&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232007000400007
- Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. [capturado em Set 08]. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 1999;4(2):393-403. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S1413-81231999000200013
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. [capturado em 15 Set 2008]. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet] 2005 Fev;9(16):161-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013
- De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina* 2005;33(12):899-903.
- Delfini PSS, Sato MT, Antonelli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciências e saúde coletiva*. ABRASCO. Rio de Janeiro, Brasil; 2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2100
- Delgado PGG. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. In: Conferência Nacional de Saúde Mental. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 1992. p. 115-9.
- Dimenstein MS, Yalle F, Brito M. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* 2005;3(5):23-41.
- Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento, CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):612-8.
- Figueiredo, MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2005.

- Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJ. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad Saúde Pública* 2002;19(1):197-204.
- Kohen D. Psychiatric services for women. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7:328-34.
- Leme LHS, Souza GA. Câncer de mama em homens: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. *Rev Cienc Med* 2006;15(5):391-8.
- Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil Século XX. *Rev Lat-Am Enferm* 2002;10(2):358-71.
- Martins APV. Visões do feminino, a medicina da mulher no séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- Melo ASO, Assunção PL, Gondim SS, Rocha CDF, Amorim MMR, Benicio MHD'Aquino et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(2):249-57.
- Mitsuhiro S, Chalem E, Barros, MM. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):122-5.
- Onocko-Campos R, Rodrigues A et al. O inter "esse" dos programas de aprimoramento. Comunicação pessoal – curso de aprimoramento em saúde mental: medicina preventiva e social / FCM / UNICAMP; 2003.
- Onocko-Campos, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos se saúde mental. *Saúde Debate* 2001 Maio/Ago;25(58):98-111.
- Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface Comun Saude Educ* 2008;12(24):35-46.
- Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev Bras Méd Fam Com* 2005;1(3):72-80.
- Pheula GF, Banzato CEM, Dalgalarro P. Mania e gravidez: implicações para tratamento farmacológico e proposta de manejo. *J Bras Psiquiatr* 2003;52 (2):97-107.
- Rabello, PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Publica* 2007;41(6):970-8.
- Rennó Jr. J, Fernandes CE, Mantese JC, Valadares GC, Fonseca AM, Diegolli M et.al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(Supl II):S73-6.
- Sant'Anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas *Estud Psicol (Campinas)* 2008;25(1):101-9.
- Saraceno B, Asioli F, Tognoni, G. Manual de saúde mental. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Schraiber LB, D'Oliveira APL, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano. *Rev Saúde Pública* 2008;(Supl 1):127-37.
- Sousa MCP, Antônio Espírito Santo CG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc* 2008;17(2):58-68.
- Souza O. O cotidiano da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ; 2006.
- Surita FGC, Parpinelli MÂ, Yonehara E, Krupa F, Cecatti JG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: clinical evolution, maternal and perinatal outcomes and placental findings. [capturado em 29 Ago 2008]. *Med J* [periódico na Internet]. 2007;125(2):91-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000200005&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1516-31802007000200005

Recebido em 2 de agosto de 2008
Aprovado em 6 de setembro de 2008