UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LIDIANE VIEIRA DE SENE

Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior do Estado de
Minas Gerais

RIBEIRÃO PRETO

ANO 2014

LIDIANE VIEIRA DE SENE

Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior do Estado de
Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Pimenta Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

ANO 2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Sene, Lidianie Vieira de

Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais / Lidianie Vieira de Sene. Ribeirão Preto, 2014.

58 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Pimenta Carvalho

Área de concentração: Promoção de Saúde Mental

1. Saúde mental. 2. Mulheres. 3. Transtornos mentais. I. Título.

Nome: SENE, Lidiane Vieira

Título: Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTO

Inicio meus agradecimentos por Deus, já que ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta.

Sou muito grata a todos os meus amigos pelo incentivo recebido ao longo destes anos, obrigada pelo amor, alegria, compreensão e atenção sem reservas.

A todas as amigas do Departamento Pessoal e Secretaria de Saúde, pela compreensão, nos momentos em que me ausentei por dedicação ao meu estudo.

À minha orientadora Dr.^a Ana Maria Pimenta Carvalho, que eu tive a sorte de conhecer. Não sei nem o que dizer. Ana obrigada por me ajudar tanto, por ter me aceitado como orientanda. Obrigada por me apoiar. Obrigada por tudo. Ao incentivo dado para que eu continuasse o trabalho de campo mesmo nos momentos em que isso não me era tão atrativo. Pela confiança depositada em meu trabalho, esperando-o pacientemente mesmo quando eu demorava a mostrar novos resultados. Mas também, e principalmente, por ter exigido maiores aperfeiçoamentos, quando necessários.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todas as pacientes que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

À minha família, em especial aos meus pais, um enorme obrigado por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida.

EPÍGRAFE

“Tal como para a humanidade em geral, também para o indivíduo a vida é difícil de suportar. A civilização de que participa impõe-lhe certa quantidade de privação, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja apesar dos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela...”

(Sigmund Freud – O futuro de uma ilusão)

SENE, L. V. **Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais**. 2014. 64f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto, 2014.

RESUMO

A assistência à saúde mental da mulher constitui-se em uma questão de dupla intervenção, em especial para aquelas em idade reprodutiva, visto que, a própria condição de maternidade traz riscos à mulher de desenvolver patologias importantes, repercutindo no cuidado com os filhos. O escopo do adoecimento mental além dos componentes biológicos envolvem as relações entre as pessoas e entre as pessoas e seus contextos de vida e, nesse sentido os profissionais da área têm ampliado suas ações além do tratamento por meio de medicamentos. E não é sem grandes dificuldades que a proposição desses serviços tem sido colocada em prática. A legislação diz que os municípios devem apresentar projetos para os serviços que pretendem implantar e, no que dizem respeito à saúde mental, os serviços abertos têm sido incentivados, em consonância com as políticas estabelecidas a partir do movimento de reforma na assistência. No presente trabalho investigou como se deu a entrada de mulheres no serviço de uma cidade do interior do estado de MG. Foram escolhidas aleatoriamente 30 mulheres conforme critérios de inclusão e exclusão de um total de 79. Destas 30, foi possível contatar e entrevistar 21. Foi utilizado o recurso da entrevista semiestruturada com foco nos seguintes tópicos: razões para busca de assistência, situações de vida relacionadas aos sintomas, repercussões do adoecimento mental em suas vidas e percepções sobre a assistência recebida. Os resultados foram apresentados considerando-se a caracterização das participantes e em conformidade com os objetivos, foram apresentados os dados relativos aos temas abordados nas entrevistas. Quanto às características sócio demográficas verificou-se que a maior parte das participantes vive com companheiro, têm de 1 a 5 filhos com idades entre 4 meses a 20 anos de idade não trabalha fora de casa atualmente, mas já trabalhou; a faixa etária predominante foi de 30 a 34 anos; escolaridade ensino fundamental incompleto, cor da pele auto declarada branca, oriundas do próprio município onde o estudo foi realizado. Os sintomas iniciais referidos pelas participantes que as levaram a buscar pela assistência foram alterações físicas, dores de cabeça, aceleração dos batimentos cardíacos, entre outros; psicológicas, tristeza, desânimo e comportamentais, buscar isolamento, negligenciar cuidados aos filhos, dentre outros. Os diagnósticos recebidos foram predominantemente transtornos de ansiedade e de depressão. As situações da vida que, na percepção das participantes, estiveram relacionadas a seu adoecimento foram conflitos conjugais, adoecimento e uso de drogas de pessoas da família. Como este repercutiu em suas vidas esteve ligado a conflitos no trabalho e na família. A assistência recebida é vista como muito boa, mas limitada por ter apenas um profissional responsável por ela. É centrada no medicamento embora seja vista também como um espaço em que podem ser escutadas e orientadas. Ao lado do recurso médico especializado aparece também o contexto religioso como meio de apoio para o enfrentamento dos problemas. O trabalho encontrou resultados semelhantes aos de outros estudos e também pode oferecer elementos ao contexto específico em que ele foi desenvolvido para a organização de serviços de assistência.

Palavras chave: Saúde mental; Mulher; Transtornos mentais.

SENE, L. V. **Mental health care for women in the city of Minas Gerais.** 2014. 64f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto, 2014.

ABSTRACT

The mental health care of women is an issue in dual intervention especially for those of reproductive age as the very condition of motherhood brings risks to women of developing major diseases impacting the care of the children. The scope of mental illness in addition to biological components involve the relationships between people and between people and their life contexts and, accordingly, the practitioners have expanded their actions beyond treatment through medication. And it is not without great difficulty that the proposition of these services has been put into practice. The law says that municipalities must submit projects for the services they intend to deploy and, with regard to mental health, open services have been encouraged, in line with the policies established from the reform movement in assistance. In the present study investigated how was the entry of women in the service of a city in the state of Minas Gerais. We randomly selected 30 women as criteria for inclusion and exclusion of a total of 79. Of these 30, we were able to contact and interview 21 was used feature of semi structured interviews with focus on the following topics: reasons for seeking assistance related life situations the symptoms of mental illness impact on their lives and perceptions about the care received. The results were presented considering the characterization of participants and in accordance with the objectives; the data on the topics covered in the interviews were presented. As for socio demographic characteristics found that most participants living with partner, have 1-5 children aged 4 months to 20 years old do not work outside the home today, but has worked; the predominant age group was 30-34 years; education incomplete primary education, self-declared white skin color, derived from the same town where the study was conducted. The initial symptoms reported by participants which led them to seek the assistance were physical changes, headache, rapid heartbeat, among others; psychological, sadness, depression and behavioral seek isolation, neglect care for children, among others. The diagnoses received were predominantly anxiety disorders and depression. Life situations that, in the perception of the participants, were related to marital conflicts, illness and drug use of family members. How this impacted on their lives was linked to conflicts at work and in the family. The assistance received is seen as very good, but limited by only having one professional responsible for it. It is centered in the medicine but is also seen as a space that can be listened to and oriented. Beside the specialized medical resource also appears the religious context as a means of support for dealing with problems. The study found similar results to those of other studies and can also provide elements to the specific context in which it was developed for the organization of medical care.

Keywords: Mental health; Woman; Mental disorders.

SENE, L. V. **Atención de salud mental para las mujeres en la ciudad de Minas Gerais**. 2014. 64f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto, 2014.

RESUMEN

La atención de la salud mental de las mujeres es un problema en la doble intervención especialmente para aquellos en edad reproductiva como la condición misma de la maternidad trae riesgos para las mujeres de desarrollar las principales enfermedades que afectan al cuidado de los niños. El alcance de la enfermedad mental, además de los componentes biológicos implican las relaciones interpersonales y las relaciones entre personas y sus contextos de vida y, en consecuencia, los profesionales han ampliado sus acciones más allá del tratamiento a través de la medicación. Y es con grandes dificultades que la proposición de estos servicios se ha puesto en práctica. La ley dice que los municipios deben presentar proyectos para los servicios que tengan la intención de implementar y, en lo que respecta a la salud mental, los servicios abiertos han sido incentivados, en línea con las políticas establecidas desde el movimiento de reforma en la asistencia. En el presente estudio investigó cómo era la entrada de las mujeres en el servicio de una ciudad en el estado de Minas Gerais. Se seleccionaron al azar a 30 mujeres como criterios para la inclusión y exclusión de un total de 79. De estos 30, hemos sido capaces de ponerse en contacto y entrevista 21 fue utilizado característica de entrevistas semi estructuradas con especial atención a los siguientes temas: motivos para solicitar asistencia relacionada con situaciones de la vida los síntomas de la enfermedad mental impacto en sus vidas y percepciones acerca de la atención recibida. Los resultados se presentan considerando la caracterización de los participantes y de acuerdo con los objetivos, se presentaron los datos sobre los temas tratados en las entrevistas. En cuanto a las características sociodemográficas encontraron que la mayoría de los participantes que viven con pareja, han 1-5 niños de 4 meses a 20 años de edad no trabajar fuera de casa hoy, pero ha trabajado; el grupo de edad predominante fue 30 a 34 años; educación incompleta la educación primaria, la auto declarada color de piel blanca, que se deriven de la misma ciudad, donde se realizó el estudio. Los primeros síntomas reportados por los participantes que les llevaron a buscar la ayuda eran los cambios físicos, dolor de cabeza, latidos rápidos del corazón, entre otros; psicológica, tristeza, depresión y comportamiento buscan el aislamiento, la atención abandono de los niños, entre otros. Los diagnósticos recibidos fueron predominantemente trastornos de ansiedad y depresión. Situaciones de la vida que según la percepción de los participantes estaban relacionadas con su enfermedad, fueron conflictos maritales, enfermedad y consumo de drogas de los miembros de la familia. Cómo el tratamiento ha impactado en sus vidas estaba ligado a los conflictos en el trabajo y en la familia. La asistencia recibida fue considerada muy buena, pero limitada por sólo tener un profesional responsable por la misma. Se centra en los medicamentos, pero también es visto como un espacio en el que pueden ser escuchadas y orientadas. Junto al recurso médico especializado también aparece el contexto religioso como medio de apoyo para hacer frente a los problemas. El estudio encontró resultados similares a los de otros estudios y también puede proporcionar elementos al contexto específico en el que fue desarrollado para la organización de los servicios de atención médica.

Palabras clave: Salud mental; Mujer; Los trastornos mentales.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Descrição do processo de abordagem das participantes para realização da coleta de dados para o estudo.

Tabela 1. Características demográficas da amostra. Conceição das Alagoas, 2014.

Tabela 2. Classificação do diagnóstico segundo CID 10.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Planejamento Familiar
SM	Saúde Mental
TMC	Transtornos mais comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA MULHER E SEUS FILHOS.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA	23
2. OBJETIVO	24
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. MATERIAIS E MÉTODO	25
3.1 DESENHO DO ESTUDO	25
3.2 PARTICIPANTES.....	25
3.3 LOCAL DO ESTUDO	25
3.4 INSTRUMENTOS	27
4. PROCEDIMENTO	28
4.1 COLETA DOS DADOS	28
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6. CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE.....	55
ANEXOS.....	55

1. INTRODUÇÃO

No estudo da saúde/doença mental, encontram-se múltiplas definições sendo possível afirmar que suas diferenças remetem não apenas à conceituação em si, mas a práticas variáveis, que se determinam segundo as políticas públicas de saúde, englobando aspectos econômicos, culturais e psicossociais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco pra população (PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010).

Uma nova concepção de saúde surge centrada na evolução da promoção de saúde e estruturação de políticas públicas reconhecidas pela Declaração de Ottawa, em 1986, que instituiu princípios como marco para a evolução em consonância com essa compreensão da relação pessoa ambiente, apontou cinco eixos de ação para a promoção da saúde que assim se configura: “Define cinco estratégias fundamentais, a saber: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde” (HEIDEMANN et al., 2012).

O conteúdo da Carta ressaltava melhoria na qualidade de vida pela compreensão no processo saúde-doença, sugerindo estratégias para a recuperação e garantia de política pública estimulando a compreensão dos determinantes sociais da população relacionados com sua situação de saúde (HEIDEMANN et al., 2012).

As relações entre os determinantes e aquilo que determinam é mais complexa e mediada do que as relações de causa e efeito. Daí a denominação ‘determinantes sociais da saúde’ e não ‘causas sociais da saúde’. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem condições socioeconômicas, culturais e ambientais que caracterizam condições de vida e trabalho do indivíduo (BUSS; FILHO, 2007).

A qualidade de vida da população que utiliza os serviços de saúde pode ser avaliada segundo estudos epidemiológicos realizados, para determinar a incidência, prevalência ou até mesmo a frequência de distúrbios mentais e do comportamento existente na população (MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008).

A epidemiologia como instrumento de investigação, é útil para avaliar a assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde, verificar o perfil socioeconômico e de morbidade da população fornecendo subsídios para intervenções mais efetivas no processo saúde/doença (BACKES et al., 2009).

Estudos revelam o desafio no levantamento de dados sobre a saúde mental em vários países devido à falta de informações, à escassez de dados, à diversidade da população representada por diferentes grupos étnicos, com diferentes práticas religiosas e à extremidade no contraste entre a pobreza e a riqueza de vários países (GAVIRIA; RONDON, 2010).

A noção de que os transtornos mentais são um sério problema de saúde pública só foi firmada pela OMS e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard em 1994 (ANDRADE; VIANNA; SILVEIRA, 2006).

A saúde mental é a capacidade do indivíduo em manter um equilíbrio emocional diante das adversidades e exigências que surgem ao longo de sua existência, e já a doença mental ou Transtorno mental é tudo aquilo que está fora dos padrões de comportamento aceitos pela sociedade, que pode ser explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais e que necessita de amparo objetivando a ressocialização do doente e apoio aos familiares (SPADINI; SOUZA, 2004).

Ambas as definições apresentam diferentes realidades que podem ser definidas por normalidade. A normalidade é estipulada pelo modo de viver e oscila conforme a interferência de inúmeras variáveis possíveis de serem vivenciadas como situações relacionadas à idade, ao sexo, raça, cultura, ao ambiente, entre outras (BACKES et al., 2009).

Algumas variáveis caracterizadas por escolaridade, ocupação ou renda, relações sociais, estrutura ocupacional; são fatores determinantes na distribuição das doenças na população referindo a doença mental como uma complexidade determinada por tais características. Essas variáveis relacionadas às demandas da vida em sociedade podem vir a provocar limitações no indivíduo causando um descontentamento na sociedade, gerando emoções negativas, resultando em adoecimento psíquico (LUDEMIR, 2008).

A identificação do perfil de pacientes atendidos em um serviço público de saúde mostrou que as mulheres apresentaram maiores taxas de prevalência de adoecimento psíquico do que o homem, evidenciando as particularidades existentes na incidência e manifestações entre homem e mulher. Essas particularidades se mostram mais evidenciadas em mulheres devido à vulnerabilidade em lidar com sintomas ansiosos e depressivos, que estão associados principalmente ao período reprodutivo (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Os transtornos mentais se tornaram responsáveis por 1% da mortalidade e por 12% de restrições provenientes de doenças, sendo que das dez causas que mais causam incapacitação na população que ocasiona redução da produtividade, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por

7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) futuramente a depressão será a segunda maior causa de doença no mundo ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, e o maior causador de incapacidade na mulher devido ao contexto de vida em que estas estão inseridas (OMS, 2002: XII).

Mas, além da depressão, encontram-se patologias que constituem importantes fatores de risco para condições prejudiciais à saúde, que são causas de mortalidade prematura e incapacitação em mulheres como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, uso abusivo de álcool, e suicídio (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

O surgimento dessas patologias pode estar relacionado ao nível de escolaridade, nível socioeconômico, suporte psicológico, fatos vivenciados durante a transição da infância para a vida adulta, conflitos raciais, fortes retrocessos econômicos, perseguições políticas e religiosas, situações sociais de violência, instabilidade e outras tantas situações a que já esteve exposta. Constata-se então que, são vários os fatores que contribuem para o adoecimento psíquico, evoluindo ao surgimento de transtorno mental (MORAES et al., 2006).

Estudos brasileiros mostram que transtornos emocionais e comportamentais associam-se a gênero e condições socioeconômicas como escolaridade e renda. Mulheres são mais acometidas de tais transtornos assim como indivíduos com menos renda e nível menor de escolaridade (TAVARES et al., 2013; LIMA; SOARES; MARI, 1999).

Maragno et al. (2006), avaliaram a presença dos chamados transtornos mentais comuns em populações cadastradas em unidades do projeto de saúde da família no município de SP. Encontraram que mulheres, indivíduos mais velhos, com baixa escolaridade e baixa renda apresentaram índices maiores de prevalência dos referidos transtornos.

Os transtornos mentais podem ainda ter uma ligação com agentes estressores ou ter se manifestado por uma combinação de constituição genética combinada a patógenos ambientais, uma vez que o indivíduo tem a probabilidade de herdar algum tipo de transtorno, por ter sofrido mudanças em seu código genético as quais auferiram a ele maiores chance do transtorno se manifestar, pela primeira vez, na família a qual pertence (SOARES; BORN; STEINER, 2005).

Os fatores biológicos que estão relacionados também a estes determinantes desenvolvem sintomas no período pré-menstrual, na menopausa, no puerpério ou até mesmo durante a maternidade (SOARES; CARVALHO, 2009).

No plano biológico a mulher tem a particularidade de seu funcionamento reprodutivo e problemas associados tais como transtornos disfóricos pré-menstruais, transtornos de humor e ansiedade pré e pós-natal e transtornos relacionados à menopausa (CAMACHO et al., 2006).

Eventos adversos vivenciados ao longo do tempo podem desencadear o aparecimento de problemas psicológicos futuramente com prejuízo para o exercício de atividades cotidianas (BLEGEN; HUMMELVOLL; SEVERINSSON, 2010).

Reconhece-se na atualidade o que se denominou Transtornos Mentais Comuns (TMC) que envolve um conjunto de sinais e sintomas caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, humor depressivo, pensamentos depressivos associados a sintomas somáticos, com o desenvolvimento de patologias que mesmo não preenchendo os critérios formais de diagnósticos segundo CID-10 ou DSM-IV podem levar a uma incapacitação funcional (MARAGNO et al., 2006).

Esse refinamento das classificações diagnósticas psiquiátricas e a investigação de problemas de SM na população geral tornou possível compreender que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração e queixas somáticas (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999).

Em mulheres, estes transtornos estão associados às variáveis do cotidiano e à ocupação, isto é, as exigências depositadas na mulher como o cuidado com os filhos, os afazeres domésticos e sua presença no mercado de trabalho, ou seja, a mulher veio se tornar uma provedora de serviços (GASTAL et al., 2006).

A mulher veio se remodelando ao longo dos tempos, enfatizando a sua função em diferentes tempos na sociedade (COLE; COLE, 2003).

As famílias seguiam um padrão onde o homem era responsável por garantir o sustento financeiro e a mulher desempenhar as funções relacionadas com a lida da casa e com os cuidados prestados aos filhos (HINTZ, 2001).

Em toda evolução da história as mulheres eram responsabilizadas pela educação dos filhos, pela coesão familiar e por todos os afazeres domésticos, ficando distanciadas do mercado formal de trabalho (ARAÚJO et al., 2006).

A partir do século XIX as mulheres passam a ser assistidas de forma limitada, reducionista e fragmentada com ações verticalizadas e centralizadoras, que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades dessa população-alvo que tinha a necessidade que se incorporasse às políticas de saúde pública outras questões como gênero, trabalho,

desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (FREITAS et al., 2009).

Atualmente a mulher ainda exerce papel fundamental no cuidado, tendo que dividir as responsabilidades domésticas, familiares com atividade profissional que exerce. (GASTAL et al., 2006). Conflitos que acontecem no espaço doméstico podem levar à violência física pelo próprio companheiro com repercussões negativas em sua saúde mental (RABELLO; JUNIOR, 2007).

As demandas associadas aos cuidados maternos podem ser fontes de sofrimento para estas mulheres que já estão tão desgastadas com o sofrimento mental e muitas vezes sentem dificuldade até para cuidar de si próprias. Elas precisam de ajuda institucional e/ou familiar para exercer esse cuidado. É comum que pessoas da família envolvam-se nesse cuidado e nem sempre isso ocorre sem que haja conflitos entre a mãe e esses cuidadores aumentando assim as chances de haver algum tipo de sofrimento (CARVALHO et al., 2007).

É importante saber das complexidades e particularidades das situações vividas por elas, para que se criem estratégias para aumentar as oportunidades de manter um controle sobre sua própria vida (BLEGEN; HUMMELVOLL; SEVERINSSON, 2010).

1.1 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA MULHER E SEUS FILHOS

A prática assistencial cotidiana à mulher destina-se ao atendimento em um contexto geral, voltada às necessidades específicas que os serviços de saúde disponibilizam (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

Na diversidade de um país como o Brasil, um dos grandes problemas da assistência integrada à saúde física e mental da mulher inclui interesse político, organização e estímulo a treinamento adequado da equipe de saúde estabelecendo uma integração entre profissionais de áreas diversificadas, que foquem de forma abrangente, prioridades estabelecidas de acordo com dados epidemiológicos concretos (RENNÓ JR et al., 2005).

A prestação de cuidados deve ser um processo contínuo, havendo uma integralização dos serviços juntamente com familiares, focados em prestar um atendimento voltado para o acolhimento entre as partes (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Algumas das necessidades do cuidado às mulheres têm sido omitidas ou pouco percebidas, destacando o cuidado à saúde mental na gravidez, no pós e pré-natal, na custódia de filhos, entre outros (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

A mulher se destaca como principal cuidadora dentro de cada família que apresente um portador de doença mental. No entanto, como principais prestadoras desses cuidados, problemas psiquiátricos vêm acometer essas mulheres que tem como responsabilidade o cuidado por outros doentes de seu grupo familiar, o que torna necessário que elas próprias recebam cuidados (PEGORARO; CALDANA, 2008).

A lei nº 10.216, de 06/04/2001 do Ministério da Saúde, ressalta os direitos e a proteção aos sujeitos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental estabelecendo o acesso desses sujeitos às informações sobre sua doença e tratamento disponíveis (DELGADO, 2011).

Há a necessidade em assistir às mulheres diante do cenário do Planejamento Familiar (PF), uma vez que é grande a ocorrência de gravidez não planejada entre pacientes psiquiátricas. Para assegurar igualdade dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, é necessário proporcionar informação para livre escolha de métodos contraceptivos que melhor se adaptem às condições de cada uma (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

A ocorrência de gravidez não planejada se dá como causa a falta de *insight* em função do transtorno, deficiência e/ou ausência de planejamento familiar, e uma possível interação medicamentosa entre os anticoncepcionais hormonais e alguns psicotrópicos, resultando em diminuição da efetividade contraceptiva (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

O desejo de ser mãe em mulheres com transtorno mental grave é cada vez mais reconhecido pelos profissionais de saúde e os desafios em lidar com as condições em que se encontram; está diretamente relacionado à responsabilidade de criarem seus próprios filhos e de se realizarem como mães (MONTGOMERY et al., 2006).

Neste caso não se trata de proibir as pacientes portadoras de transtorno mental de engravidar, mas de proporcionar oportunidade de cuidado envolvido na escolha pela maternidade (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

Mulheres mães com diagnóstico de transtorno mental devem ter uma consideração especial, afinal afeta não só a vida de seus filhos, mas também sua família e da sociedade em geral (BLEGEN; HUMMELVOLL; SEVERINSSON, 2010).

Nesse sentido, destacam-se a falta de capacitação de profissionais, sejam eles médicos ou outra especialidade, para o atendimento a essa clientela; falta de acompanhamento das usuárias pelo serviço básico de saúde (como tratamento ginecológico); e falta de ações

educativas objetivando a promoção e prevenção em relação às doenças associadas ao gênero (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

Grande parte dessas mulheres vive com seus filhos, e este convívio pode agravar se a mãe apresentar baixo-nível educacional, problemas financeiros e certa carência de suporte. Sendo assim, baseado no bem-estar da criança, há um risco maior, de perder a custódia de seu filho por tempo determinado ou permanentemente (BLEGEN; HUMMELVOLL; SEVERINSSON, 2010).

A perda da custódia dos filhos é maior entre mulheres que em homens na mesma situação. Segundo os estudos o impacto provocado na criança poderá vir a interferir no convívio, no bem-estar emocional e no relacionamento resultando em condições sociais precárias (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Sendo assim, constata-se que grande maioria das crianças filhos de paciente psiquiátrica foi criada por outras pessoas, sendo estas o pai, familiares ou famílias adotivas (CANEJA; JOHNSON, 2004).

Os problemas de saúde mental, relacionados com uso de medicamentos, também trazem consequências na rotina dessas mulheres e no cuidado com seus filhos; podem impedi-las de realizar sua função de mãe, por terem a concentração lenta tornando-se indecisas e inseguras. Devido a isso, a função de mãe passa a não ser reconhecida e a interação com a criança torna-se prejudicada como resultado de sintomas ou qualquer outra dificuldade que a mãe venha a apresentar (PEGORARO; CALDANA, 2008).

Em um estudo realizado em um Centro de Saúde no Rio Grande do Norte, fez-se um levantamento de mulheres que faziam uso de ansiolíticos por aproximadamente três meses, já considerado um período sugestivo de dependência que para maioria delas já havia se tornado um hábito. Essas mulheres usavam medicamento para tratar de ansiedades ou para combater a insônia, e ainda calmantes, como forma de escapar das pressões cotidianas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

No contexto de atenção à saúde da mulher considerando suas especificidades, Rennó et al. (2005), retrataram diferentes iniciativas de instituições que buscavam oferecer à mulher assistência nos diferentes aspectos e especificidades de sua saúde numa perspectiva multiprofissional. Os autores analisaram as forças e as fragilidades desses serviços e um ponto comum é a escassez de recursos, tanto financeiros como de estrutura física, as dificuldades de pesquisa nesses locais por serem seus profissionais dedicados à assistência e não terem currículos acadêmicos que lhes permitam pleitear fomentos junto a agências de pesquisa,

enquanto outros ligados a universidades têm produzido conhecimento na área, a despeito das dificuldades.

As ações descentradas do enfoque médico exigem a participação de outros setores com Educação, por exemplo, e o estabelecimento de mecanismos que permitam o acompanhamento do usuário como casos a serem cuidados de forma partilhada por esses setores. Há poucos relatos sobre essa questão. Carvalho et al. (2007), relataram as ações de cuidado a uma mulher com diagnóstico de depressão, estendidas a seu bebê. O serviço social do ambulatório de SM onde era atendida identificou uma escola de educação infantil próxima à sua residência que pudesse acolher a criança por um período do dia para aliviar a mãe, que só tinha o marido para ajudá-la e este tinha que sair para trabalhar. Entende-se que isso é operacionalizar o duplo cuidado de que falaram Nicholson, Sweeney e Geller, (1998) e Blegen Hummelvoll e Severinsson (2010), com as mães e com seus filhos.

No contexto da nova organização do sistema de saúde e com o propósito de intensificar as ações de SM a partir de trabalho de parceria entre ESF e CAPS, foi proposta uma estratégia de trabalho para mulheres que faziam uso de ansiolíticos. A principal queixa que traziam era insônia e as principais condições de vida relatadas diziam respeito a suas relações com os companheiros, sua sensação de sobrecarga por ter que assumir várias responsabilidades no contexto de vida de suas famílias. Como resultado do estudo foram revistos os diagnósticos, as prescrições de medicamentos e as mulheres passaram compreender melhor os mecanismos que geravam seu sofrimento e a desenvolver habilidades para lidar com os mesmos “sem que para isso precisassem silenciar-se com o medicamento”. Os autores ressaltaram ainda que a parceria entre os profissionais gerou outra dinâmica de trabalho com a ampliação da compreensão do processo saúde/doença mental e, no plano operacional garantiu integração e continuidade na assistência. Segundo os autores essa forma de atuar reflete as proposições da estratégia de matriciamento (RABELO; TAVARES, 2008).

Sob a perspectiva das relações de gênero, Santos (2009), identificou em um CAPS de uma cidade do interior do estado de SP como se configuram as formas de adoecimento mental de homens e mulheres. Mulheres assumem papel de cuidadoras mesmo estando adoecidas. Elas cuidam de seus filhos e companheiros, assumem tarefas do dia a dia. Seu adoecimento tem relação com violências sofridas e com a repressão sexual. A autora argumenta que o adoecimento mental surge como desfecho de uma trajetória de vida adversa, sobretudo no contexto da vida afetiva conjugal.

Em um cenário de atenção básica à saúde, Santos (2012), se propôs a trabalhar com mulheres, usuárias e funcionárias desta unidade, em grupos de conversa tendo como foco o

enfrentamento das situações adversas de vida. Para aquele contingente de mulheres que estava em atendimento metade já havia feito psicoterapia e 37% faziam uso de medicamentos para depressão, síndrome do pânico e insônia. Dentre as situações consideradas adversas estavam a própria doença, a doença de familiares, o uso de drogas por pessoas da família e por elas mesmas, conflitos conjugais, dificuldades financeiras, tentativas de suicídio, ter sofrido violência (como ter sido assaltada), ter tido aborto.

Outra estratégia de assistência utilizada na mesma direção do que foi proposto no trabalho de Santos (2012), Tavares, Souza e Pontes (2013), Rabelo e Junior (2009) é a chamada Terapia Comunitária.

Para Barreto (2005), idealizador da Terapia Comunitária esta é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Busca explorar dimensão terapêutica do próprio grupo, visto que as experiências de vida de cada um, em seus contextos, leva à produção de um saber cuja partilha é incentivada.

O terapeuta comunitário não desenvolve o papel de especialista em saúde mental, mas precisa estar sensível ao surgimento de distúrbios, para que estes possam ser devidamente referenciados para serviços específicos, recebendo tratamento apropriado. Assim sendo, precisa ter conhecimento da rede de apoio de sua comunidade. Sua intervenção terapêutica consiste em assumir as ações básicas de saúde mental comunitária, voltadas para a prevenção, a mediação das crises e a promoção da inserção social do indivíduo (BARRETO, 2005).

Ferreira Filha et al. (2009), utilizaram essa estratégia para trabalhar com mulheres usuárias de uma unidade de saúde da família de um município do estado do Rio Grande do Norte e verificaram que ao final do trabalho, que consistiu em oito encontros, as participantes relataram ter podido aliviar o sofrimento decorrente de experiências de seu cotidiano, construírem laços de solidariedade entre si e entre elas e a equipe, além de sentirem-se valorizadas.

Ao percorrer as produções em torno da temática do presente estudo verifica-se que esforços têm sido feitos em diferentes partes do país muitos deles catalisados por trabalhos de investigação científico-acadêmica. Compreende-se que isso é bastante desejável, pois dá expressão ao que os serviços vêm fazendo com o propósito de ajudar a traçar caminhos futuros e porque uma das funções da universidade é produzir e compartilhar tecnologias que levem à melhoria da assistência em saúde.

Recomendações do MS determinam que dispositivos de atenção à saúde mental sejam propostos em conformidade com o tamanho dos municípios onde serão instalados, ou seja,

que em municípios com menos de 20.000 habitantes sejam realizadas ações em saúde mental com base nas unidades básicas de saúde (MS, 2002).

No presente trabalho pretende-se focalizar um município de pequeno porte para o qual se preconiza a instalação de um CAPS I.

Este trabalho pretendeu compreender como mulheres que também são mães se apresentam a um serviço de saúde quais são suas queixas ou motivos para buscar ajuda e como essas queixas são diagnosticadas e tratadas. Considerando, ainda, que a rede de assistência à SM está em fase de estruturação, na localidade onde o estudo foi realizado, entende-se que é importante conhecer ainda o que pensam as usuárias sobre a assistência que recebem.

1.2 JUSTIFICATIVA

Embora haja ações em saúde da mulher, garantindo direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, e políticas como medidas educativas, preventivas e de promoção, a assistência à saúde mental da mulher não tem recebido igual tratamento nos diferentes contextos do território nacional assim, este estudo, pretende identificar em uma cidade do interior do estado de Minas Gerais como as usuárias dos serviços percebem o atendimento que é prestado.

Nesse contexto, faz-se uma análise frente a essas mulheres dos problemas de saúde apresentados, a percepção destas sobre a consideração dos serviços de saúde frente ao problema identificado, e como é avaliado esse serviço. Se o problema de saúde interfere em atividades cotidianas ou em relacionamentos extrafamiliares. Como vivenciam, entendem, explicam, interpretam e lidam com as suas consequências nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre introduzindo toda essa problemática no seu cotidiano.

2. OBJETIVO

Identificar razões para busca de assistência psiquiátrica e a percepção desta assistência de mulheres em um município de pequeno porte do estado de MG.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os diagnósticos por meio dos prontuários médicos;
- Identificar os sinais e sintomas que levaram ao profissional de saúde;
- Identificar como relacionam sinais e sintomas a suas experiências de vida;
- Identificar o que pensam sobre a assistência recebida.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo tem delineamento transversal com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva dos achados.

Utilizou-se abordagem qualitativa, objetivando analisar as interpretações que os sujeitos sociais atribuem aos fatos, práticas e relações quanto às suas próprias práticas. (GODOY, 2005).

O objeto do estudo à medida que é compreendido torna as ações dos serviços de saúde e seus agentes mais eficazes e eficientes transformando-se em realidade social.

A abordagem qualitativa permite construir meios para que as ações dos serviços sejam delineadas pelo diálogo entre as diferentes perspectivas dos indivíduos com os serviços. (GODOY, 2005). Compreende-se, ainda, que este tipo de abordagem permite aproximar da complexidade do objeto de estudo a partir da valorização dos conteúdos trazidos pelos participantes.

3.2 PARTICIPANTES

As participantes selecionadas eram usuárias dos serviços públicos de saúde do município de Conceição das Alagoas-MG, que está situado na microrregião de Uberaba, onde vários serviços médicos especializados são referenciados, quando o município não tem condições de prestar assistência.

Para a seleção das participantes deste estudo, foi solicitada, à Secretaria Municipal de Saúde e à médica especialista em Saúde Mental que é responsável pela assistência à clientela da Unidade Básica de Saúde autorização para acesso aos prontuários e, posteriormente, às próprias usuárias que estavam em atendimento.

As mulheres do estudo foram identificadas através de levantamento de dados pelo prontuário médico da unidade no período de 2012 a 2014. Foram encontradas 899 pessoas

com transtorno mental, sendo 609 mulheres e 290 homens. Dentre as 609 mulheres 248 eram mães e 79 eram mulheres com filhos menores de 12 anos.

Foi elaborada, uma lista com 30 nomes, escolhida aleatoriamente, constando endereços e telefones para contato a partir dos prontuários consultados na etapa preparatória para a realização do estudo. Este número foi estipulado considerando-se o cronograma de desenvolvimento do projeto.

A partir desta lista houve contato com as participantes sobre a disponibilidade de participação das mesmas.

O quadro abaixo exhibe a condição da participante em termos de resultado das consultas para participação no estudo.

Quadro 1. Descrição do processo de abordagem das participantes para realização da coleta de dados para o estudo.

Entrevista marcada através de visita domiciliar	19
Entrevista marcada através de contato telefônico	2
Não localizada devido à mudança de endereço	1
Não localizada devido a retorno à cidade de procedência	3
Desinteresse em participar	2
Não estava na residência quando visitada após contato prévio	1
Telefone com número inexistente	2
Entrevistas	21

Foram contatadas 30 mulheres e após as exclusões pelas razões expostas na Tabela 1 permaneceram 21 participantes, sendo estas efetivamente entrevistadas. As entrevistas eram previamente agendadas com as participantes, e todas foram realizadas em suas residências.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: mulheres, mães, portadoras de qualquer tipo de transtorno mental, que tivessem filhos na faixa etária de 0 a 12 anos de idade. Com relação à faixa etária escolhida para os filhos, trata-se dos primeiros anos de vida da criança, que requer atenção e cuidados diretos.

As mulheres com idade inferior a 18 anos, ou mulheres com filhos com idades acima de 12 anos ou ainda mulheres cujo quadro psicopatológico envolvesse dificuldades de participação na entrevista, foram excluídas deste estudo.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O município de Conceição das Alagoas/MG fica situado no Triângulo Mineiro, cuja população é de 23.055 habitantes segundo o censo 2010 do IBGE.

A base econômica do município é diversificada, devido a isso vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo. Houve a introdução da lavoura de cana-de-açúcar e, conseqüente, instalação de usinas de álcool e açúcar, sendo, até o momento, as únicas indústrias instaladas no município (IBGE, 2010).

Devido essa grande movimentação sucro-alcooleira, o município recebe um grande número de população flutuante, que vem para o município em busca de emprego principalmente vindas do Norte de Minas e Região Nordeste sem moradia fixa. Essa crescente busca se dá principalmente a oferta de empregos e de nível de salários originando fluxos de pessoas em busca de trabalho ou melhores rendimentos.

O município dispõe de uma rede de atenção básica que assim se configura: 01 (um) Fundação Hospitalar, para atendimentos de urgência de média complexidade, 01 (um) pronto socorro (PS), 8 (oito) equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF), 01 (um) Unidade Básica de Saúde (UBS) onde são realizados atendimentos multiprofissionais para atender a demanda da clientela, 01 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que realizam intervenção integrada juntamente com a equipe da estratégia em saúde da família, e no momento já foi autorizado pelo Ministério da Saúde (MS) o funcionamento do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) para atendimento em municípios com população acima de 20.000 habitantes, mas no momento ainda não se encontra em efetivado.

Para atender a clientela de pacientes com diagnósticos de transtorno mental, as unidades de referência para atendimento são os dispositivos de bairros, situados dentro do percurso cotidiano de seus pacientes, ou seja, as unidades de saúde da família e a UBS dão suporte para realização dos serviços.

3.4 INSTRUMENTOS

Como instrumento de investigação e registro de dados utilizou-se um protocolo de pesquisa, concebido a partir do prontuário médico da unidade com dados referentes a motivo da consulta, história clínica e diagnóstico segundo CID-10.

Utilizou-se um questionário individual (com informações sócio demográficas), constando características como idade, situação conjugal, escolaridade e presença de filhos.

Aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, para a qual cada participante foi convidada a responder uma sequência de perguntas pré-determinadas, com intuito de encorajá-las a elaborar suas respostas. A entrevista visava abordar os seguintes tópicos.

- Razões para a procura de serviço de Saúde Mental.
- Relações entre os sinais e sintomas de sofrimento percebidos e experiências de vida.
- Repercussões sobre as tarefas cotidianas na família, trabalho, vida conjugal.
- Avaliação sobre a forma de atendimento no serviço de saúde mental.

4. PROCEDIMENTO

4.1 COLETA DOS DADOS

Para que se entrasse em contato com as participantes foi realizado um trabalho em conjunto entre a entrevistadora e membros da equipe da ESF por ser o principal elo de comunicação entre a comunidade. As agentes comunitárias acompanharam a pesquisadora nas visitas realizadas.

A entrevista era marcada pessoalmente com o ACS intermediando o encontro ou por contato telefônico, sendo sempre agendadas com data e hora marcada de acordo com a disponibilidade da mesma. Todas as entrevistas foram realizadas na residência da participante, estando presente no momento da entrevista a pesquisadora e a participante, sendo esta sempre acompanhada de algum membro da família.

Após todas as apresentações antes de dar início à entrevista eram explicados os objetivos do estudo e apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em média os encontros duravam aproximadamente 40 minutos. Após o encerramento quando se percebia certo sofrimento em virtude dos conteúdos trazidos no momento do relato,

conversava-se com a entrevistada até que a mesma transparecesse tranquilidade para encerramento do encontro.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Como primeiro quesito em atendimento à Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram obtidas autorizações para pesquisa dos locais onde o estudo ocorreu inclusive da Secretaria Municipal de Saúde.

A coleta apenas iniciou após a aprovação do estudo pelo CEP da EERP ao qual foi submetido para avaliação.

A participante do estudo foi previamente esclarecida sobre os objetivos do mesmo, para isso ela teve acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido, e será solicitada a assinar o termo de consentido se concordar em participar do estudo.

4.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e lidas visando extrair os elementos que se buscava a partir do roteiro. Procedeu-se assim à análise do conteúdo das mesmas visando extrair categorias referentes a sinais e sintomas; experiências de vida que, na percepção das entrevistadas se relacionavam com seu adoecimento e as repercussões deste em sua vida cotidiana. (BARDIN, 1977)

Para a avaliação da assistência não foram construídas categorias, mas, preservaram-se os temas sugeridos por suas falas.

O nome das participantes citadas no resultado, foram substituídos por outros nomes fictícios, preservando assim, sua identidade.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos inicialmente serão descritas as características demográficas da amostra de mulheres, usuárias do serviço abordado no estudo.

A Tabela 2 a seguir mostra dados relacionados a características da amostra quanto a idade, estado civil, à escolaridade, à cor da pele autodeclarada, à ocupação e à naturalidade.

Tabela 2. Características demográficas da amostra. Conceição das Alagoas, 2014.

Variáveis	Frequência n=21	%
Idade		
15 a 19	1	4,76
20 a 24	3	14,29
25 a 29	3	14,29
30 a 34	8	38,10
35 a 39	2	9,52
40 a 44	4	19,05
Estado Civil		
Separada ou divorciada	3	14,29
União estável	5	23,81
Casada	7	33,33
Viúva	1	4,76
Solteira	5	23,81
Escolaridade		
Analfabeto/Menos de um ano de instrução	1	4,76
Fundamental incompleto	11	52,38
Fundamental completo e Ensino Médio incompleto	4	19,05
Ensino médio completo e Superior incompleto	4	19,05
Superior completo	1	4,76
Cor da pele		
Branca	15	71,43
Parda	5	23,81
Negra	1	4,76
Ocupação		
Já trabalhou fora de casa, mas não trabalha	11	52,38
Trabalha fora de casa atualmente	9	42,86
Nunca trabalhou fora de casa	1	4,76
Naturalidade		
Conceição das Alagoas-MG	11	52,38
Saboeiro-CE	1	4,76
São Paulo-SP	1	4,76
		Continua

		Conclusão
Ipiranga-PE	1	4,76
Junqueiro-AL	1	4,76
Maceió-AL	2	9,52
Salinas-MG	1	4,76
Patos de Minas-MG	1	4,76
Teotônio Vilela-AL	1	4,76
Coruripe-AL	1	4,76
Total	100,00	

Os intervalos etários utilizados foram aqueles propostos pelo IBGE (IBGE, 2008). A faixa etária mais frequente foi a que compreende o intervalo de 30 a 34 anos o que corresponde a 38% da amostra. O número de filhos variou de 1 a 5 filhos com idades entre 4 meses a 20 anos de idade.

A maior parte das usuárias dos serviços 33,3% apresentou união conjugal formal com nível educacional fundamental incompleto e 71,4% das participantes definiram a cor da pele como branca. Estar casado ou vivendo em união consensual e ter alcançado nível educacional nos estratos inferiores tem sido característica encontrada em estudos que visam rastrear problemas de saúde mental definidos como Transtornos Mentais Comuns em populações adscritas em áreas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (MARAGNO, 2006; VERAS, 2006).

O nível educacional pode gerar oportunidades que de alguma forma repercutirão na saúde psicológica das pessoas, gerando possibilidades de escolha de vida, motivando comportamentos mais saudáveis, com repercussões positivas como independência e alta autoestima (ARAÚJO; et al, 2006).

Das 21 entrevistadas, 52,4% já tiveram atividade remunerada, mas no momento em que foram abordadas não estavam trabalhando fora de casa. É possível que a saída da condição de trabalhadoras remuneradas tenha se dado em função de seu adoecimento. O desempenho das funções laborais e mesmo o relacionamento interpessoal no contexto de trabalho ficam comprometidos (SOUZA, 2006).

Ao comparar mulheres que trabalham fora do lar e aquelas consideradas donas de casa verificou-se que as primeiras se encontravam em melhores condições que as segundas quanto à saúde mental (Ludemir, 2000). Argumentou-se que o cuidado com a casa e com os filhos pode gerar certa monotonia na rotina doméstica, o que acaba gerando apatia e pouca possibilidade de realização profissional (ARAÚJO, 2006). No entanto, a saída da atividade remunerada, verificada no presente estudo em 52,4% das participantes, pode ter ocorrido em virtude do adoecimento.

O tipo de trabalho exercido, que exige baixa qualificação e traz baixa remuneração, para mulheres que vivem em condições menos favorecidas, também concorre para o aparecimento de sofrimento mental que, ao emergir no contexto dos serviços de saúde, recebe diagnóstico de transtorno mental (LUDEMIR, 2008). A saída da vida produtiva, por sua vez, traz prejuízos econômicos ao próprio indivíduo e à sociedade criando assim mais um evento relacionado ao próprio adoecimento mental que é a falta de recursos materiais para o cuidado com a própria saúde.

A procedência e naturalidade dessas mulheres é a cidade onde o estudo foi realizado em 52,3% dos casos. Entretanto as outras participantes são oriundas de diversas cidades de diferentes estados do país, com predomínio de cidades alagoanas.

É possível que essas mulheres provenientes de outros locais do país, sejam mais acometidas pelo sofrimento psíquico, uma vez que a variável imigração associada à baixa renda e à baixa escolaridade responde por uma parcela do adoecimento mental (ALMEIDA-FILHO; MARI; COUTINHO, 1999).

Com base no levantamento dos prontuários da unidade de saúde do município de Conceição das Alagoas – MG, pode se observar na Tabela 2 os diagnósticos psiquiátricos, tendo como referencia a classificação diagnóstica CID-10.

Como já foi mencionado anteriormente optou-se por considerar os diagnósticos constantes nos prontuários visto que esta versão é a que vem sendo utilizada desde sua publicação e que traz recomendações para aqueles que entram em contato com os usuários dos serviços de atenção básica. Segundo Iacoponi (1999), é nesse contexto que se encontra a maior parcela de pessoas que precisam cuidados de saúde mental. Há, nesse manual de classificação, uma descrição de queixas associadas aos diferentes transtornos que auxilia médicos não psiquiatras a fazer o diagnóstico.

Tabela 2 - Descrição dos diagnósticos psiquiátricos evidentes nos sujeitos de acordo com a Classificação do diagnóstico CID 10. Conceição das Alagoas – MG, 2014.

CID	DIAGNÓSTICO	FREQUÊNCIA	%
F411	Ansiedade generalizada	6	28,57
F50.2	Compulsão alimentar (bulimia nervosa)	1	4,76
F32	Episódio depressivo moderado	1	4,76
F20	Esquizofrenia	1	4,76
F43.0	Reação aguda ao “stress”	1	4,76
F31	Transtorno afetivo bipolar	2	9,52
F31.0	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco	1	4,76
F41	Transtorno da Ansiedade	4	19,05
F41.0	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	1	4,76
F60.3	Transtorno de personalidade com	1	4,76

	instabilidade emocional.		
F33	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual	2	9,52
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	3	14,29
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1	4,76
F44	Transtorno dissociativo (conversão)	3	14,29
F60	Transtornos específicos da personalidade	1	4,76
F45	Transtornos somatoformes	3	14,29

Nota: Houve mais de um diagnóstico por sujeito.

Os diagnósticos mais frequentes encontrados no estudo relacionam-se a transtorno de ansiedade e de depressão, seguidos de transtornos dissociativos e somatoformes.

A literatura aponta que os transtornos mais frequentes em mulheres estão relacionados à ansiedade, humor depressivo, insônia, anorexia nervosa e sintomas psicofisiológicos resultando em angústia psicológica e desordens depressivas (ARAÚJO et al 2006; PINHO; ARAÚJO, 2012).

Verificou-se um predomínio significativo do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo associado ao surgimento de vários sintomas como tristeza, desânimo e/ou cansaço, falta de interesse ou prazer, choro fácil, angústia, dores, alterações do sono e do apetite, que, como será detalhado a seguir, foram mencionados pelas participantes como sintomas que as levaram a buscar ajuda profissional.

Ainda, em conformidade com o objetivo do estudo, passa-se a apresentar os relatos das participantes sobre os sinais de incômodo que perceberam em si e que as levaram a buscar ajuda de profissionais da saúde.

Esses sintomas se apresentaram como alterações físicas, dores no corpo, ganho de peso, problemas no estômago, e problemas relacionados à menopausa.

“Eu sentia muita dor de cabeça, batadeira, tremedeira, eu me sentia em pânico, dava vontade de esconder... No começo eu achava que eu tinha problema de coração, porque eu sentia dor no peito demais..(Eliana).

*“... pressão alta, batimentos cardíacos elevados, tonteira, boca roxeando...”
(Neide).*

“...dores no estômago e vômito...afetou minha concentração... (Kelly)

“Eu engordei muito durante um ano, eu só dormia... eu ficava só deitada me deu dor no corpo, eu comecei a ter gastrite nervosa...” (Julia)

“A menopausa que eu tenho, que tem horas que eu fico estressada, muito nervoso e eu não me controlo... Tem hora que eu fico tão nervosa que eu tenho tanta raiva de qualquer pessoa que chega perto de mim... (América)

São os sinais de perturbação no corpo aqueles que primeiro impulsionam a busca por auxílio médico. Os sinais físicos dão concretude ao sofrimento mobilizando aquele que os apresenta. Portanto, a mulher só procura o serviço de saúde na tentativa de aliviar o seu sofrimento que só é percebido pelo desencadeamento de sintomas físicos corporais (FERREIRA FILHA et al., 2009).

Em relação à associação entre funcionamento reprodutivo da mulher e saúde mental, verifica-se que alterações hormonais criam condições também para o aparecimento de sintomas emocionais como a instabilidade de humor (VERAS et al., 2006). O que não difere do relato de Andrade, Viana e Siqueira (2006) ao mencionarem que as mulheres apresentam vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos no período reprodutivo, em decorrência da flutuação hormonal.

Alterações psicológicas como ansiedade, variação de humor, falta de vontade são evidentes no depoimento das mulheres.

“Ficava triste, com a autoestima lá embaixo. Brigava muito, possessiva, agressiva...” (Noemia)

“Vontade de largar tudo e sumir, sem mais e sem menos...” (Eliza)

“Sempre que eu fico preocupada com alguma coisa eu tenho reação, choro bastante...” (Lourdes)

“De imediato eu estava sonolenta e um cansaço físico mental...” (Izabel)

“Só chorava, só chorava, só chorava...eu vomitava...” (Julia).

Isolados ou acompanhados de sintomas físicos apresentam-se as alterações psicológicas características de transtornos ansiosos e transtornos depressivos.

Uma das participantes apresentou pensamentos suicidas e relatos de tentativas.

“Porque aconteceu de eu tentar suicídio e não foi uma vez não já é a terceira vez... tentei tirar minha vida três vezes... A primeira vez que isso atacou eu ficava caçando um carro para suicidar, um carro ou uma faca pra cortar o pulso, veneno para tomar...” (Norma)

A literatura vem mostrando que o grupo de risco de tentadores de suicídio, é constituído por indivíduos jovens, em sua maioria mulheres, com idade inferior a 30 anos (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010). Constata-se que a depressão, a ansiedade e a psicose são fatores de risco para o suicídio entre mulheres. Em decorrência da relação entre transtornos mentais e o risco de suicídio em mulheres, faz se necessário que os profissionais de saúde investiguem o risco dessa situação na assistência a essa população e planejem intervenções para minimizar essa problemática (TUONO et al., 2007).

Vale ressaltar que a participante com ideias de suicídio falou várias vezes sobre o fato de ficar muito sozinha que faz com que pensamentos que considera como “*besteiras*” fiquem passando por sua “*cabeça*”. Além disso, queixa-se da necessidade de estar com a mãe e da vontade de voltar para cidade natal pra ficar junto dela. Este relato remete ao sofrimento de pessoas que por razões econômicas e/ou políticas precisam sair de sua terra natal e se veem desligadas de seus vínculos afetivos (ALMEIDA FILHO et al 1999; MARTNS-BORGES, 2013).

Outros sintomas referidos pelas participantes foram as **alterações psicológicas cognitivas** como perda da consciência e da noção de espaço.

“Às vezes eu saía e me perdia de casa... às vezes dá branco na minha cabeça e eu tenho que esperar minha consciência voltar pra eu conseguir voltar pra casa...” (Márcia)

Estados de intensa ansiedade provocam tais sensações características de dissociações (DALGALARRONDO, 2000).

Alterações no sono foram também referidas

“Eu fico com insônia, e eu só percebo por isso, eu começo a me isolar, eu fico assim, por esses motivos eu começo a notar que eu não estou bem... eu não conseguia dormir, não dormia bem, não estava conseguindo nem comer direito...” (Luciana)

Sintomas como dificuldades para dormir – seja dificuldade para adormecer, sono entrecortado ou dificuldade para permanecer dormindo após acordar de madrugada é um dos sintomas mais comuns. São característicos de quadros ansiosos, preocupação excessiva e depressão (DALGALARRONDO, 2000).

Medos generalizados e preocupações persistentes também foram mencionados.

“...Eu senti uns medo, do nada vinha uma voz na minha cabeça...” (Carla)

“Eu vinha pra casa pensando naquilo que tava errado, eu acordava pensando naquilo que tava errado... não conseguia desligar... eu converso o tempo inteiro comigo mesmo...” (Kelly)

A busca **de isolamento social** é outro sintoma importante associado à percepção de não estar bem.

“Eu me sentia sozinha e não era sozinha, dentro de casa... Eu tinha convívio mas não queria... eu queria ficar mais sozinha...” (Eliza)

A sensação de ruptura nas relações interpessoais cotidianas é também característica de indivíduos que estão vivenciando sofrimento psíquico (SALLES; BARROS, 2009).

Sintomas relacionados a **problemas alimentares** foram mencionados como: provocar vômito e a percepção da relação entre estados emocionais e alimentação.

“Pesava 90 kg hoje estou com 54 kg e eu vomitava, comia, vomitava, forçava o vomito de nervosa... mexe com seu emocional se você ficar nervosa você vomita se você ficar ansiosa você vomita, se você ficar triste você vomita se você perder alguém da família você vomita tudo te dá uma

recaída... eu pego sabe o cabo do garfo ou cabo de metal da faca e fico fuçando a garganta e machuca...” (Julia)

Sintomas de transtornos alimentares são característicos de mulheres jovens e, em geral, surgem no decorrer de dietas para emagrecer. Uma vez instalados geram sentimentos de culpa com consequente autopunição e vergonha (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Por outro lado, estados emocionais negativos também se encontram associados com a maneira como a pessoa se alimenta, utilizando a comida como elemento compensatório para sentimentos de tristeza, baixa autoestima e problemas nos relacionamentos familiares, dentre outros (FRANÇA et al., 2012).

Verifica-se que os sintomas relatados pelas participantes envolvem todo o funcionamento da pessoa – nos domínios físico/fisiológico, cognitivo, emocional e relacional.

Em estudo realizado no ambulatório de saúde mental da mulher do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, encontrou-se que as principais queixas físicas eram dores de cabeça, hipersensibilidade dolorosa nas mamas, alterações no sono, cólicas menstruais, alterações no estímulo ou desejo sexual e sudorese. As queixas psicológicas e cognitivas mais comuns foram labilidade de humor (82%), ansiedade (80,5%), irritabilidade (79%), falta de energia (70,5%), baixa autoestima (63%), impulsividade (60%), isolamento social (60%) e dificuldades de memória (59%) (RENNÓ JUNIOR et al., 2005). Tais achados são convergentes com os encontrados na presente investigação.

Associadas a todos esses sintomas estão relatadas experiências relativas a conflitos familiares e extra familiares com repercussões na esfera do trabalho ou nas relações que o sujeito estabelece, nos diferentes âmbitos da sua vida.

Eventos descritos da vida dessas mulheres foram dificuldades financeiras, prisão de parentes, presença de usuários de drogas na família, abuso sexual, dificuldade no relacionamento com a mãe, doença grave de um membro da família.

“...problema financeiro... eu estava morando de aluguel... nós ficamos os três dentro de um quarto...” (Joana)

Toda e qualquer situação geradora de mudança, como sugerido na fala de Joana, provocada por perda de recurso financeiro, causa um desequilíbrio emocional significativo, capaz de gerar condições de desconforto e o aparecimento de sintomas provenientes da

vivência dessa condição, tornando os aspectos financeiros importante fonte de conflitos conjugais (MOSMAN; FLACKE, 2011).

O equilíbrio de uma família também fica abalado quando um dos membros faz uso de drogas ilícitas como relatou uma das participantes.

“...ele se envolveu com drogas, foi preso... ele foi vender droga...” (Maria)

A literatura revela que o uso de drogas ilícitas é um fator de risco nas famílias podendo levar a conflitos na relação familiar, alterações na saúde levando ao aumento de sintomas psicológicos e desencadeando transtornos mentais (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Outro evento importante desencadeador de transtorno mental refere a **abuso sexual**, que geralmente vem a ocorrer no contexto familiar.

“... meus primos abusavam de mim...” (Júlia)

Crianças que sofreram abusos sexuais apresentam alterações cognitivas e comportamentais que podem comprometer seu desenvolvimento gerando sentimentos de menos valia e desamparo resultando em adoecimento mental (HABIGZANG et al., 2010).

Há evidências que o abuso sexual se relaciona com transtornos alimentares que podem perdurar da adolescência até a vida adulta (NARVAZ; OLIVEIRA, 2009; SERAFIM et al; 2011). O relato de Julia expressa essa associação.

Estudos sobre família apontam que o bom funcionamento requer que seus membros tenham clareza de seus papéis e que os adultos assumam as tarefas de provimento de necessidades materiais e afetivas em relação a seus filhos. Em algumas famílias as dificuldades dos adultos levam à sobrecarga dos filhos e à confusão no desempenho de suas funções (PRATTA; SANTOS, 2007). Kelly expressa sua concepção sobre sua família e suas dificuldades de relacionamento com a mãe.

“...ela me passou as responsabilidades que seria do filho homem do filho mais velho...tudo só eu... fico só vivendo a vida e os problemas da minha mãe...”(Kelly)

Outra circunstância de vida que acompanhou o sofrimento mental foi o enfrentamento de doença grave de membros da família.

“Descobri que a minha mãe tinha câncer de mama, e com isso eu fiquei com medo de perder ela...”(Beatriz)

“Quando uma irmã minha adoeceu de câncer eu fui cuidar dela e com o sofrimento e com a morte dela minha doença agravou...”(Márcia)

O enfrentamento de doença grave na família traz alterações no funcionamento cotidiano que exige adaptações em especial quando se trata de assumir o papel de cuidador daquele que está doente (BARRETO; AMORIM, 2010). Somada às ameaças de perda de alguém querido há a sobrecarga decorrente das atividades de cuidado.

A maioria dos cuidadores é mulher. Elas cuidam de seus filhos, maridos, pais, outros membros da família e até de pessoas de seu círculo de amizades. Por isso são também mais suscetíveis a sofrer sintomas de ansiedade e de depressão decorrentes do exercício desse cuidado (SRIVASTAVA, 2012).

Conflitos conjugais também apareceram como circunstâncias relacionadas ao adoecimento dessas mulheres, desencadeadas logo após uma discórdia conjugal resultante de ciúmes e traições.

As relações afetivas conjugais constituem-se em elemento importante na vida de indivíduos adultos. No entanto, quando permeadas por sentimentos intensos de posse em relação ao companheiro/a podem trazer intenso sofrimento (CARVALHO, 2005).

Os relatos de Noemia e Isabel retratam a questão da dificuldade de relacionamento, percebe-se que o sofrimento psicológico instalou-se desencadeando sentimentos de posse e agressividade gerando autoestima baixa, com repercussões negativas no cuidado com os filhos.

*“Foi a falta de confiança, não achava que tinha mais confiança...”
(Noêmia)*

*“Preocupação com marido, eu ficava com muito ciúme dele, ciumenta sabe, ficava só preocupada com ele, esquecia mesmo um pouco dos meninos...”
(Isabel)*

Também Luciana referiu um conflito gerado ao longo da convivência conjugal que resultou em agressão física.

“...tinha que ganhar humilhação e até agressão, porque ele me agredia...”(Luciana)

Muitas vezes a mulher se sujeita a humilhação para manter uma relação conjugal objetivando a manutenção dos vínculos familiares (CARVALHO, 2005).

Não raro os desgastes nessa relação levam a agressão mútua entre o casal. Por outro lado, Noemia relatou que, em suas experiências conjugais, ela mesma se percebia como muito agressiva com seus companheiros. Justificou essa agressividade e irritabilidade pela falta de compreensão que recebia dos mesmos.

“... esse segundo marido meu, mas nós não se combinava, era igual o primeiro marido, só desavença, no primeiro era desavença e ciúme e desse segundo também...” (Noemia).

As falas destacadas até aqui mostram que cada mulher tem uma forma de reação para enfrentar algo que lhe é desagradável, mesmo que todos os sintomas citados recebam diagnósticos semelhantes eles abarcam eventos de diferentes esferas e também ocorrem em momentos particulares da vida da pessoa.

A partir dos relatos e experiências vividas pelas mulheres participantes do estudo percebe-se que são vários os fatores que afetam a sua saúde mental. A literatura descreve que a mulher por ser a principal cuidadora da família pode ter sua saúde física e emocional afetadas, assim como suas relações sociais e sua situação financeira. Quando trabalham fora de casa acabam acumulando múltiplas responsabilidades. Em geral, seus empregos têm baixo status, oferecem baixa remuneração levando-as a viver em condições de pobreza e, não menos, importante mulheres estão sujeitas a abuso físico e sexual que, em geral, tem forte impacto negativo em sua saúde mental. (SRIVASTAVA, 2012).

No que se refere à percepção de como a experiência do adoecimento repercutiu em suas vidas as participantes referiram o cuidado com os filhos, o desempenho no trabalho e nas relações interpessoais.

*“...meu filho reclamava que precisava de uma roupa que não estava limpa...
...meu filho perdia muita aula, minha filha deu anemia grave, porque a gente fica em um mundo só da gente...” (Joana)*

Noemia relatou que, sob efeitos de remédios, não conseguia realizar tarefas no cuidado com a filha.

“eu não cuidei muito dela, porque eu já estava doente, tomava medicamento e ficava dopada...” (Noemia).

“eu cuidava delas, mas fazia só o necessário, no meu limite... não desfiz delas... e elas falavam para vó delas que elas sentiam a frieza...” (Eliza)

“Os meninos foram reclamando fome né, sobre questão de fome né que não tavam conseguindo se alimentar, que diz que eu tava fazendo comida fora de hora... nossa eu tenho que ir no médico dar vacina no nenê e acaba que eu deixava pra outro dia, daí atrasava a vacina..” (Isabel)

As dificuldades em cuidar dos próprios filhos podem levar à perda da guarda dos mesmos. Isto ocorreu com Isabel que foi denunciada ao Conselho Tutelar e por decisão judicial perdeu a guarda de seus filhos. Pode-se pensar que os sintomas de Isabel tivessem relação com depressão pós parto pois um de seus filhos era, ainda, bebê. As depressões pós-parto aparecem, em geral, entre a 4^a.e a 8^a semana após o nascimento do bebê e relacionam-se a fatores como: relacionamento conjugal insatisfatório, problemas financeiros, situações estressantes ocorridas na gravidez e não planejamento e/ou aceitação da gestação (SCHIMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005). Verifica-se, ainda, que no relato de Isabel ela menciona as dificuldades na relação com o marido como evento que ela associa a seu adoecimento mental e que trouxe repercussões importantes no cuidado com os filhos.

A maternidade de mulheres com transtornos mentais tem sido amplamente abordada e representa uma confluência de cuidados que se tornam necessários. Trata-se de cuidar da mãe e das crianças. Como já foi mencionado, os sentimentos de auto estima baixa e menos valia estão presentes nessas mulheres e podem ser exacerbados pelo estigma de serem mães negligentes, incapazes de cuidar de seus filhos (BLEGEN; HUMMELVOLL; SEVERINSSON, 2010).

Toda essa gama de responsabilidades atribuídas à mulher exerce um impacto importante em suas vidas nos planos pessoal e familiar, principalmente no cuidado com os filhos e se reflete em seu desgaste físico e mental (CARVALHO et al., 2007).

O adoecimento pode ainda alterar o rendimento no trabalho e comprometer a execução das atividades devido ao intenso sofrimento psíquico como se percebe no relato de Márcia e América.

Eu cheguei agredir alguém no meu serviço eu tentei agredir alguém... Minha patroa falava que eu tinha que controlar...” (Márcia)

“ Teve dia de eu largar meu trabalho, sair chorando e ir embora, porque eu não aguentava aquilo ali...” (América)

“...tem dias que eu fico super nervosa, tem dias que eu não converso com ninguém eu me isolo, as vezes eu fico agitada demais...quando dava as crises eu ficava dois, três dias sem trabalhar, hoje eu não trabalho mais eu tenho medo de voltar a trabalhar e dar as crises e eu ter que faltar do serviço...” (Lucia)

Os prejuízos sociais, familiares e individuais podem vir a acarretar grande incapacitação, um deles é a perda do emprego, influenciado por adoecimento psíquico que por sua vez se torna responsável por experiências frustrantes vividas no trabalho, quando a pessoa ainda tenta manter-se inserida numa atividade laboral (SILVA, 2009).

No que diz respeito à como percebiam a assistência recebida, as participantes do estudo mencionaram os aspectos de aprendizado que são processos intrínsecos a tratamentos psicoterápicos, permitindo que possam aprender a enfrentar seu adoecimento e reorientar suas relações com outras pessoas, em especial, familiares.

“... Fui na doutora e eu peço muito esclarecimento... me esclarece Doutora me ajuda, pra senhora me esclarecer porque preciso de resposta que estou sentindo muita falta dos meus meninos aí ela falou você continua com seus remédios porque como você realmente deixou de cumprir algumas coisas você vai ter que ficar sem eles por enquanto...” (Isabel).

“... nossa eu gostei, esse tratamento foi até mais esclarecido que outros tratamentos que eu fiz. eu fui falando o que eu sentia, e a gente conversou de como começou e aí eu fui entendendo. Essa foi muito boa, com ela, a

doutora, eu conseguia entender mais, foi clara, mostrou preocupação de me atender de esclarecer as coisas. eu gostei...” (Luciana)

“... toda vida ela sempre fala, que eu tenho que conversar muito com as pessoas, ter diálogo, não ficar muito sozinha, ter paciência com as meninas, conversar mais... a médica passou até a escala de tarefa de casa, porque remédio a gente toma todos os dias, mas a escala é importante porque hoje eu faço o que eu consigo...” (Eliza)

“...a psiquiatra está me ajudando ela está me ensinando e isso melhorou minha convivência com meu marido, com meu filho...” (Beatriz)

As falas acima mostram o envolvimento da usuária com seu atendimento em consonância com as ações do profissional de escuta, acolhimento e promoção da pessoa. Elas mostram, ainda, disponibilidade para se expor e aceitar aprender novas formas de relação com as pessoas de seu meio e compreender o que ocorre em suas vidas.

Quanto aos medicamentos eles também foram tópico de avaliação.

“...remédios me ajudam muito aí quando eu acho que eu estou bastante agitada eu tomo o remédio e apago...” (Márcia)

“Tomo o remédio direto, porque se parar... pronto...” (Noemia)

“...eu passei a ir nela para pegar as receitas...” (Eliza)

“no início eu tive muito problema com o efeito colateral do remédio...” (Joana)

“...esses remédio tá me dando bastante ânimo bastante fôlego...” (Isabel)

No tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão, os psicofármacos são capazes de dar a sensação de bem estar, causar sensações agradáveis a despeito da pressão da vida cotidiana (SANTIAGO et al., 2010). Tavares, Souza e Pontes (2013), constaram em seu estudo que as mulheres utilizavam benzodiazepínicos por tempo superior ao recomendado, justificando esse uso pela redução da ansiedade, a melhora no sono e a fuga dos problemas.

Este fenômeno vem chamando atenção de pesquisadores que abordam a relação entre condições ruins de vida das mulheres e sua saúde mental apontando a necessidade de ampliação da atenção à saúde para além dos aspectos biológicos. Entretanto, no presente trabalho verifica-se que as mulheres reconhecem que pode ser incorporado outros elementos na busca de fortalecimento para o enfrentamento de suas condições de vida.

Além disso, reconhecem que outros elementos na busca de fortalecimento para o enfrentamento de suas condições de vida podem ser incorporados.

“...o médico só entende de doença um por cento, quem entende o resto é Deus... porque as vezes os médicos não conseguem curar todas as doenças, por isso eu me apego na bíblia...” (Sandra)

“...eu ando sempre com a bíblia, porque eu ia muito na igreja, aí é onde eu começo a ler a bíblia, peço muito a Deus pra me acalmar...” (Márcia)

Há evidências que pessoas quando em situações de sofrimento se tornam mais religiosas. Buscam conforto e apoio através da oração e de rituais religiosos quando do adoecimento físico ou mental (KOENIG, 2007).

Maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos sintomas de depressão, de pensamentos e comportamentos suicidas além de ser protetivo para o uso/abuso de álcool e drogas. Em geral, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas que vivem situações estressantes (idosos, e aqueles com deficiências e doenças clínicas) (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Neste estudo foram abordadas apenas usuárias de um serviço público de saúde, ressaltando que o atendimento em saúde mental do município encontra-se em um contexto limitado, seja pela quantidade de psiquiatras disponíveis ou pela elevada demanda, resultando em um serviço restrito com atendimentos esporádicos.

De acordo com a Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, estabelece que todos os municípios com capacidade operacional para atendimento em população entre 20.000 e 70.000 habitantes dê assistência diária à pessoas portadoras de Transtorno Mental (BRASIL, 2002).

O município conta com uma população de 23.055 habitantes (IBGE, 2010), já foi autorizada a implantação do CAPS I, porém a estrutura física ainda está em fase de adaptação, assim como a formação da equipe conforme preconizado pelo MS.

Os serviços de saúde disponíveis no município funcionam como apoio, porém são pouco eficazes frente a dificuldades diárias enfrentadas por pacientes para atendimento especializado, que na maioria dos casos fazem acompanhamento com psicólogos da rede, de acordo com a disponibilidade de atendimentos.

“...tem semana que tem tanta gente para ser atendido que você só tem meia hora e eu acho pouco. tem semana que você quer falar tanta coisa, porque ela está ali para te ouvir e também para te criticar, é claro, mas eu acho pouco tempo meia hora...” (Sandra)

A fala desta participante, além da queixa relativa ao tempo dedicado pelo profissional, mostra o desejo da troca - ser ouvida, ser criticada - que pressupõe espaços de tempo maiores para que o atendimento tenha caráter de aprendizagem para a vida e não apenas para a prescrição de medicamentos. Isto ilustra também a disponibilidade da mulher a falar de si, de seus problemas e por essa razão poder construir uma rede de apoio para o enfrentamento de problemas que tem sido apontada como um elemento diferenciador em comparação com o homem e que cria condições para que seja efetivamente ajudada.

Percebe-se que a prática assistencial constitui um espaço amplo e de extrema complexidade requerendo que se amplie a compreensão do processo saúde-doença (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008). Para que a assistência seja efetiva há que buscar recursos outros além dos usuais centrados nos aspectos médicos. A proposição dos CAPS enquanto dispositivos abertos de assistência supõe essa possibilidade de estender a atenção.

Rabelo e Tavares (2008) propuseram estratégias de trabalho da ESF em parceria com um CAPS, na cidade de Goiânia, que visaram ampliar as possibilidades de enfrentamento do sofrimento psicológico por homens e mulheres que o vivenciavam e que os levou a buscar ajuda em serviço de assistência à saúde mental. Propiciaram ainda uma reorganização quanto ao peso atribuído ao medicamento e ponderação sobre seu uso, uma vez que o uso indiscriminado de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos é um fenômeno recorrente (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; TAVARES; SOUZA; PONTES, 2013).

O modelo de terapia comunitária é outro recurso que pode ser implementado no contexto da assistência à saúde mental de modo geral e à saúde da mulher em específico (BARRETO, 2005). Essa modalidade de assistência vem ganhando espaço no contexto da saúde como forma de desenvolver redes de apoio para o enfrentamento do adoecimento e da vida. As estratégias aqui mencionadas são algumas possibilidades de intervenção utilizadas por profissionais da saúde em equipes multiprofissionais que visam aprofundar os vínculos entre os serviços e seus usuários ampliando assim as possibilidades de cuidado.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou descrever condições de assistência à saúde mental de mulheres, mães que por vivenciar sofrimento psíquico buscaram ajuda especializada.

Encontrou-se, de modo semelhante a outros estudos, que situações de vida permeiam esse sofrimento que no contexto médico recebe um diagnóstico e prescrição de medicamento como forma de tratamento. Além de questões biológicas como alterações hormonais ligadas ao período reprodutivo da vida das mulheres há condições de vida que levam a sofrimento psíquico que pode se configurar em transtornos que merecem atenção médica mas que não se reduzem a ela e requerem outras formas de tratamento.

Em comparação com os homens as mulheres buscam mais ajuda para problemas relacionados à saúde mental e isto reflete sua disponibilidade para falar sobre si mesma e sobre seus sentimentos o que pode contribuir para sua proteção. Este aspecto não pode ser negligenciado pelos serviços de assistência como algumas experiências têm mostrado.

O cuidado destinado à saúde mental da mulher traz consigo importantes aspectos da vida relacional - entre homens e mulheres e entre mulheres e seus filhos. Portanto tratar desse fenômeno significa tocar também em temas como relações de gênero e relações entre pais e filhos.

É importante ainda ressaltar as limitações do estudo por focalizar um contexto específico por outro lado essa é também sua força em virtude de descrever aspectos de uma realidade que ainda não conta com serviço específico de atenção à SM. Os achados encontrados poderão auxiliar na formatação desse serviço que já existe “no papel”. Não se pode deixar de observar ainda que aqui foram focalizadas apenas mulheres que são mães de crianças até 12 anos. Deixou-se de lado um contingente importante de mulheres com filhos mais velhos ou sem filhos que apresentam outras demandas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E. S. F. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1999;26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> (acessado em 10 de outubro de 2014).
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANNA, M.C., SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n.2, p. 43-54, 2006.
- APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtorno Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2000;22(Supl II):28-31
- ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2006 abril/junho; 14(2):260-9.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da História sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.
- BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v.32, n.4, p. 511-518, 2008.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza (CE): Gráfica LCR. 2005.
- BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Revista de enfermagem**. jul/set; 18(3):462-7. Rio de Janeiro, 2010.
- BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobre dose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2010; 26(7):1366-72.
- BIEBEL, K. et al. A national survey of State Mental Health Authority Programs and policies for clients who are parents: a decade later. **Psychiatric Quartely**, v. 77, n.2, Summer 2006.

BLEGEN, N. E.; HUMMELVOLL, J. K.; SEVERINSSON, E. Mothers with mental health problems: a systematic review. **Nursing and Health Sciences**.v.12, p. 519-528, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002 Disponível <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf> Acesso em 19 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf> Acesso em: 11 de agosto de 2014.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo , v. 33, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de Novembro de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>

CANEJA, A. D.; JOHNSON, S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. **Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiologic**, London, v.39, p. 472-482, 2004.

CARVALHO, A. M. P. et al. Mães com transtornos mentais: um estudo exploratório. **Revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas**. v.3 n.1 fevereiro. Ribeirão Preto, 2007.

CARVALHO, I. S.; COELHO, V. L. D. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. *Estudos de Psicologia* 2005, 10(2), 231-238. Brasília.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129. 2004.

COLE, M.; COLE, S. R. O desenvolvimento da criança e do adolescente. 4 ed. São Paulo, 2003.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1999; 26(5).

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. v. 63, n. 2. Rio de Janeiro, RJ. 2011.

FERREIRA FILHA, M.O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o emponderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2009;11(4):964-70.

FRANÇA, C. L. et al. Contribuições da Psicologia e da Nutrição para mudanças no comportamento alimentar. *Estudos de Psicologia* 17(2): 337-45, 2012.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.2009;11(2):424-8

GASTAL, F. L. et al. Doença mental, mulheres de transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Revista de Psiquiatria do RS**. v. 28, n.3, p. 245-254. set/dez 2006.

GAVIRIA, S. L.; RONDON, M. B. Some considerations on women's mental health in Latin America and the Caribbean. **Int Rev Psychiatry**. 2010; 22:363-9.

GODOY, Arilda Schmidt. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. Vol. 3, Número 2, mai./ago. 2005

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; ALMEIDA, P. C. Particularities of family planning in women with mental disorders. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.17, n.5, Set-Out/2009.

HABIGZANG, L. F. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psiquiatria Clínica*, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.27 – 44, 2010

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Ciência Cuidado e Saúde**. 2012 Jul/Set; 11(3):613-619

HINTZ, Helena Centeno. Novos tempos, novas famílias, Da modernidade à pós-modernidade. **Pensando famílias**. 3, 2001; (8-19).

IACOPONI, Eduardo. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento na CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais nos cuidados primários. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 21 (2):132, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=311730> Acesso em 30 de junho de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm Acesso em 18 de setembro de 2014.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and psychotic disorders. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol.34 suppl.1 São Paulo. 2007.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1999; 26(5) [www.http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/index.html](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/index.html)

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(3):647-659, 2000.

LUDEMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 18(3), 451-467. 2008.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, agosto, 2006

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **Rev. Inter. Mob. Hum.** Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 151-162, jan./jun. 2013.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. Avaliação psicológica. v.7 n.2 Porto Alegre ago. 2008.

MONTGOMERY, P. et al. Keeping close: mothering with serious mental illness. **Journal of advanced Nursing**. Oxford, v.54, n.1, p. 20-28, 2006.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006, vol.28, n.3 pp. 242-250.

MOSMAN, C. FALCKE, D. Conflitos conjugais: motivos e frequência. **Revista SPAGESP**. 12 (2): 5-16, 2011.

NARVAZ, M. OLIVEIRA, L. L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. **Interamerican Journal Psychology**. v.43 n.1 Porto Alegre abr. 2009.

Nicholson, J.; SWEENEY, E. M.; GELLER, J. L. Focus on women: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, v.49, pp. 643-649,1998.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2002), Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental, Nova Conceição, Nova Esperança, Lisboa, Direção-Geral da Saúde/OMS.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf (consultado em 03/05/2014).

PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Revista. Latino-americana de Enfermagem*. São Paulo,v.17, n.2, p.82-94, 2008.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.1, p. 98-106, 2010.

PINHO, P. S. ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 15(3): 560-72; Bahia. 2012.

PORTAL DA SAÚDE, COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. *Lei 10216*, disponível em: http://portal.saude.gov/portal/saude/areacfm?id_area=925. Acesso em: 25 de setembro de 2014.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.

PREFEITURA DE CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS. Disponível em <http://www.conceicaodasalagoas.mg.gov.br/cidade/dados-gerais.html> Acesso em: 30 de junho de 2014.

RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C. Homens-carrapatos e suas mulheres: Relato de experiência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES**. 32(78, 79, 80), 133-142. 2008.

RABELLO, P. M.; JUNIOR, A. F. C. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**. 2007; 41(6):970-8.

RENNÓ JR. et al. Saúde Mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.27, supl. II, 573-76, 2005.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul Enfermagem**. 2009;22(1):11-6.

SANTOS, A.M.C.C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz a sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde Coletiva**. 17 (4): 1177-1182, 2009.

SANTOS, C.V.M. Saúde Mental e Gênero: risco e proteção na saúde mental de mulheres. Tese. Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. UnB, 2012.

SANTIAGO, L. M. et al. O medicamento, a ansiedade e a depressão. **Acta Medica Portuguesa**. 23: 983-992. 2010.

SCHENKER, M., MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(3):649-659, mai-jun, 2004.

SCHIMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós parto: fatores de riscos e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico USF** 10 (1): 61-68, 2005.

SERAFIM, A. P. et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2011; 38(4):143-7, São Paulo/SP.

SILVA, G. G. J. et al. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. vol.34 no.119 São Paulo Jan./June 2009.

SOARES, C.N.; BORN, L.; STEINER, M. Saúde Mental da mulher: questões e controvérsias atuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, Supl. II, s40, 2005.

SOARES, M.V. B., CARVALHO, A. M. P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.17, n.5, sept/oct, 2009.

SOUZA, P. C. Z. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 175-183, jan./abr. 2006.

SPADINI, L. S., SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, 40(1), pg 123-7, 2004.

SRISVASTAVA, K. Women and mental health: Psychosocial perspective. *Ind Psychiatry J* [serial online] 2012 [cited 2014 Oct 15]; 21:1-3. Disponível em: <http://www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2012/21/1/1/110938> Acesso em: 10 de outubro de 2014.

TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):35-42. 2013.

TORRES, A. R. CERQUEIRA A. T. A. R. DIAS, R. S. O ciúme enquanto sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol.21 n.3 São Paulo Setembro. 1999.

TUONO, V. L. et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, vol.16, n 2 p.85-92 jun. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200003&Ing=pt&nrm=iso Acesso em: 10 de outubro de 2014.

VERAS, A. B. et al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Revista de psiquiatria**. RS maio/ago 2006;28(2):130-134.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADO

Meu nome é Lidianie Vieira de Sene, sou enfermeira e faço mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Pimenta de Carvalho.

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais”**, que tem como objetivo identificar como se dá a assistência a mulheres com diagnóstico de transtorno mental e como elas percebem essa assistência. Sua participação envolve uma entrevista, que será como uma conversa com perguntas relacionadas de como as usuárias dos serviços percebem o atendimento que é prestado, com intuito de buscar possíveis mudanças e melhorias no atendimento. Se houver concordância, a entrevista será gravada e depois transcrita.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser manifestações de desconforto e sofrimento. Caso aconteça esteja certa de que receberá acolhimento da entrevistadora e se necessário encaminhamento para o serviço ou unidade de referência.

A sua participação é voluntária, caso concorde, você não terá nenhum gasto ou despesa. Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão de como se dá a assistência à saúde mental da mulher em seu município e para a produção de conhecimento científico. Espera-se que esse conhecimento possa ajudar a fortalecer e/ou subsidiar mudanças nessa assistência.

Quaisquer dúvidas no momento da entrevista ou do trabalho relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas, se assim o desejar.

Lidianie Vieira de Sene

Fone: 3321-1097

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Avenida: Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto-SP

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Assim, pedimos que assine este termo de consentimento, que receberá uma via assinada por nós, para contato quando necessário.

Eu, _____ declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Sei que minha participação é voluntária, sem ganhos financeiros, e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Conceição das Alagoas, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho
Orientadora do Projeto de Pesquisa

Lidiane Vieira de Sene
Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP

ANEXOS

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3362 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 195/2013

Ribeirão Preto, 05 de agosto de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 14561013.5.0000.5393

Projeto: Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de MG.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
Lidiane Vieira de Sene

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dr. Ana Maria Pimenta Carvalho
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0510
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Conceição das Alagoas, 23 de julho de 2012.

Ilma Sra. NARCISA RODRIGUES MOUTINHO DE SOUSA

Secretária de Saúde do Município de Conceição das Alagoas/MG

Prezada Senhora

Venho respeitosamente, solicitar sua autorização para desenvolver o projeto de Pesquisa intitulado: Assistência a mulheres portadoras de transtorno mental em uma cidade do interior de Minas Gerais tendo como pesquisadora Lidiane Vieira de Sene sob orientação da Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho. Este trabalho terá como objetivo principal identificar como as usuárias dos serviços percebem o atendimento que lhes é prestado.

Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos e desde já agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Orientador

Orientando

De acordo:

NARCISA R. MOUTINHO DE SOUSA
Secretária de Saúde

SECRETÁRIA MUNICIPAL