

## **Episódios de cuidado a mulheres com transtornos mentais na Atenção Básica** **Episodes of care to women with mental disorders in primary care**

Michele Cecília Silva Torrêzio<sup>I</sup>; Nadja Cristiane Lappann Botti<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Enfermeira. Residente do Programa de Residência Profissional em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal de São João del Rei,

<sup>II</sup>Enfermeira. Psicóloga. Doutora em enfermagem psiquiátrica. Professora Adjunta IV Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

### **Resumo**

**Introdução:** para que aconteça cuidado integral ao paciente com transtorno mental na Atenção Básica é preciso que tenha ocorrido anteriormente reorientação da política pública e da prática profissional. **Objetivo:** compreender os episódios de cuidado a mulheres com transtornos mentais atendidas em uma Estratégia da Saúde da Família no município de Minas Gerais (Brasil). **Metodologia:** pesquisa de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários. O referencial teórico utilizado para análise e discussão foi a Classificação Internacional da Atenção Primária sob a ótica do cuidado compartilhado. **Resultados:** verificou-se que a ansiedade generalizada foi atribuída a mais da metade das mulheres; em relação às queixas/sinais e sintomas psicológicos, a sensação de ansiedade/nervosismo/tensão foi o mais encontrado; a morbidade clínica mais comum foi a Hipertensão Arterial Sistêmica; as ações voltadas à saúde da mulher foram escassas. **Conclusões:** há necessidade da implantação do apoio matricial na rede de atenção a fim de garantir uma assistência holística e de melhor qualidade às mulheres com transtorno mental.

**Palavras chave:** Saúde Mental; Cuidado em Saúde; Saúde da Família; Classificação Internacional da Atenção Primária.

### **Abstract**

**Introduction:** to occur integrate care to patients with mental disorders in primary care is necessary to have previously taken place reorientation of public policy and professional practice. **Objective:** To understand the episodes of care to women with mental disorders attended at a Family Health Strategy in the city of Minas Gerais (Brazil). **Results:** It was found that generalized anxiety disorder was attributed to more than half of women; in relation to complaints / signs and psychological symptoms, the feeling of anxiety / nervousness / stress was the most frequent; the most common clinical morbidity was the Hypertension; the actions focused on women's health were scarce. **Conclusions:** there is

need for implementation of matrix support in the care network to ensure a holistic and better for women with mental disorders assistance.

**Keywords:** Mental Health; Health Care; Health; International Classification of Primary Care.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a rede de atenção psicossocial (RAPS) passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde<sup>5</sup>. Neste contexto, a RAPS é uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva que tem por objetivos ampliar o acesso, garantir a articulação e integração dos pontos das redes de saúde no território e qualificar o cuidado. A RAPS é formada pelos componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial<sup>6</sup>.

A unidade básica de saúde, como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado a usuários de drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede<sup>4</sup>. Ressalta-se que a Atenção Básica na RAPS deve operar de maneira articulada, a partir da noção de território, discussão dos casos, integração entre os profissionais intra e inter-serviços, supervisão clínico-institucional, tempo para os atendimentos e profissionais capacitados. Caso contrário, a ausência dessas condições é motivo de ruptura no acesso à saúde das pessoas que buscam ajuda, assim, não contribuindo para o processo da Reforma Psiquiátrica e contribuindo com a hospitalização psiquiátrica<sup>24</sup>. Neste sentido a qualificação dos profissionais e organização da equipe é necessária para criar e fortalecer o vínculo, em virtude do usuário sentir-se acolhido, respeitado e com maior possibilidade de participar das ações na comunidade<sup>2</sup>.

Para que exista cuidado integral em saúde mental é preciso atenção integral à saúde capaz de promover melhoria da qualidade de vida pautada na ética social e coerente com os princípios da equidade, integralidade e universalidade<sup>1</sup>. Caso contrário, a incorporação de práticas de cuidado descontinuadas, mediante a focalização de aspectos parciais do

indivíduo compromete à produção do cuidado integral, podendo causar processo de desresponsabilização, de forma a deixar o usuário abandonado a si mesmo<sup>5</sup>.

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Dessa forma, a ESF tem potencial para o atendimento de pessoas com transtornos mentais em virtude de atuar na área de abrangência de suas famílias<sup>10</sup>.

Entre os dispositivos da política pública de saúde mental se reconhece o Apoio Matricial como prática em que profissionais especialistas oferecem suporte a equipes de saúde da família a fim de ampliar a resolubilidade e maior responsabilização no acompanhamento das pessoas transtornos mental e famílias<sup>21</sup>. Este dispositivo permite realizar a construção conjunta sobre cada caso do território, monitorar, fazer classificação de risco e atendimentos compartilhados e construção de um Plano de Cuidado Compartilhado entre Atenção Primária e Equipe Especializada para a pessoa com transtorno mental<sup>9</sup>. Deve-se cultivar a dialogicidade e a crítica diante das vivências e experiências diárias em um processo contínuo de educação em saúde junto aos sujeitos do cuidado<sup>26</sup>.

Entretanto alerta-se que o atendimento ao paciente com transtorno mental constitui um dos desafios que enfrentam os profissionais da Atenção Básica, pois a saúde mental, do ponto de vista formal, não é reconhecida pelo programa como alvo de sua atenção, já que as ações no âmbito da saúde mental nem sequer possuem espaço para os registros oficiais nos relatórios de produtividade<sup>10</sup>.

Entre os desafios também se coloca que os profissionais que lidam com demandas de saúde mental não devem trabalhar de forma unidirecional, mas empregar uma proposta compartilhada, ou seja, a educação e orientação devem se constituir em uma proposta de parceria para construção conjunta de intervenção a fim de promover a saúde e o bem-estar. Ressaltam ainda que a prática do cuidado depende da forma que o profissional atua dentro do seu espaço de trabalho e como concebe o cuidado e a relação com os usuários que estão à procura de um serviço<sup>18</sup>.

Diante do desafio de cuidado a pacientes com transtornos mentais pela ESF e a fim de colaborar na construção do conhecimento e na implantação efetiva da política pública definiu-se como objetivo deste estudo compreender os episódios de cuidado a mulheres com transtornos mentais atendidas na Estratégia da Saúde da Família.

Entende-se como episódio de cuidado todo tipo de atenção prestada à determinada pessoa que apresente um problema de saúde, desde a primeira vez que a pessoa procura atenção devido àquele problema até o último encontro com o profissional por este motivo<sup>23</sup>.

## **METODOLOGIA**

Realizada pesquisa de natureza qualitativa por entender que este tipo de pesquisa preocupa-se em estudar as sequências específicas dos comportamentos interpessoais, nas quais as ações de cada pessoa são visualizadas em uma sequência interativa que depende das ações dos demais parceiros de interação. Estudando pequenas amostras, os estudos qualitativos privilegiam as regularidades e as singularidades nas análises<sup>28</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del Rei (parecer nº 819.928).

O estudo foi realizado em Divinópolis, cidade do Oeste de Minas Gerais (Brasil), que conta com 20 ESFs, 14 Centros de Saúde e dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde distribuídos em dez regiões sanitárias. A coleta de dados foi realizada na Estratégia de Saúde da Família localizada na região sanitária sudeste do município.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço arquivados na própria unidade. Esse tipo de pesquisa é relevante por proporcionar melhor visão do problema de pesquisa e hipóteses que subsidiem a sua verificação por outras formas de pesquisa<sup>12</sup>. Foram analisados 13 prontuários de atendimento de pacientes mulheres pertencentes à ESF e vinculada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). A identificação dos prontuários foi realizada através de consulta ao Sistema de Informação em Saúde. Os dados foram coletados entre outubro de 2014 a março de 2015 a partir da análise documental dos prontuários do serviço. Para coleta de dados foi utilizado formulário construído especificamente para a pesquisa contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade, escolaridade) e história dos episódios de cuidado (motivo da consulta, diagnóstico do problema percebido pelo profissional de saúde e intervenção resultante).

O referencial teórico utilizado para análise foi a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) sob a ótica do cuidado compartilhado. A CIAP trabalha com o conceito de episódio de cuidado e com a premissa registrar três aspectos do episódio de cuidado (motivo da consulta, diagnóstico do problema e intervenção). O motivo da

consulta é elemento chave no registro devendo ser classificado tal como expresso pelo paciente<sup>17</sup>. É o sistema de classificação mais adequado para uso na Atenção Básica<sup>23</sup> e sua segunda edição (CIAP2) está organizada em 17 capítulos e 7 componentes e permite classificar os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe<sup>30</sup>.

O cuidado compartilhado é um processo permanente de pactuação que oferece melhor qualidade e coordenação de cuidados através da interface atenção primária-especialidade e envolve múltiplos atores no processo de cuidado<sup>5</sup>. Os componentes básicos para o modelo de cuidados compartilhados são: abordagem sistemática de generalista e especialista com objetivos comuns de melhorar a saúde mental, modelo de tratamento coerente com as necessidades da população, abordagem clínica e monitoramento com revisão de especialistas, atenção para as necessidades da equipe e supervisão para apoiar o desenvolvimento e manutenção do modelo de tratamento e estrutura de governança clínica<sup>16</sup>.

## RESULTADOS

Quanto à caracterização da população verifica-se há predominância do sexo feminino. Em relação às fases de vida da mulher observa-se que maioria das mulheres encontra-se na idade reprodutiva (10 a 49 anos). A idade varia entre 23 e 79 anos sendo a idade média de 45,7 anos. Quanto ao estado civil e escolaridade verifica-se que a maioria possui baixa escolaridade, são casadas e com filhos. A média é de 2,2 filhos por mulher. Todas apresentam morbidade psiquiátrica e a maioria delas possuem morbidade clínica associada, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica a doença mais comum. Dentre as morbidades psiquiátricas verifica-se que o diagnóstico de ansiedade generalizada foi atribuído a mais da metade das mulheres, seguido do diagnóstico de esquizofrenia não especificada e episódio depressivo moderado (Quadro 1).

Quadro 1. Perfil das mulheres com transtornos mentais atendidas na ESF e CAPS III.

Código	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Número de Filhos	Morbidade Psiquiátrica	Morbidade Clínica
M1	31	Médio Incompleto	Solteira	4	Ansiedade Generalizada	Asma/Bronquite
M2	62	Fundamental Incompleto	Casada	3	Esquizofrenia não especificada	Diabetes
M3	55	Fundamental Incompleto	Casada	3	Ansiedade Generalizada	HAS
M4	40	Fundamental Incompleto	Casada	2	Depressão Moderada	Sem morbidade

<b>M5</b>	79	Analfabeto	Viúva	1	Esquizofrenia não especificada	HAS
<b>M6</b>	25	Médio Incompleto	Casada	2	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade
<b>M7</b>	39	Fundamental Incompleto	Casada	3	Ansiedade Generalizada	HAS
<b>M8</b>	48	Fundamental Incompleto	Solteira	0	Esquizofrenia não especificada	HAS
<b>M9</b>	66	Fundamental. Incompleto	Viúva	6	Esquizofrenia não especificada	HAS
<b>M10</b>	51	Fundamental Incompleto	Casada	2	Ansiedade Generalizada	Dislipidemia
<b>M11</b>	43	Fundamental Incompleto	Casada	3	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade
<b>M12</b>	33	Médio Completo	Casada	1	Depressão Moderada	Sem morbidade
<b>M13</b>	23	Médio Incompleto	Solteira	0	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade

Quanto ao tempo de vinculação observa-se que as mulheres apresentam maior tempo médio de vinculação com a ESF (1508,77 dias) quando comparados com a vinculação no CAPS III (650,85 dias), portanto 4,13 anos na ESF e 1,78 anos no CAPS III. Esta diferença aumenta quando observado o número médio de consultas na ESF e CAPS III, onde as mulheres tiveram em média 26,08 consultas na ESF quando comparadas com 4,46 consultas no CAPS, sendo, portanto cinco vezes maior o número de consultas no serviço de Atenção Básica que no Serviço de Saúde Mental.

Quanto aos principais sintomas e queixas durante os atendimentos registrados nos prontuários verifica-se que a grande maioria das mulheres apresenta queixas psicológicas, seguido de queixas relacionadas ao sistema cardiocirculatório e músculo esquelético. Os demais sintomas e queixas menos presentes referem-se ao sistema tegumentar, genital feminino, digestivo, neurológico, endócrino, problemas sociais e geral e inespecífico. Dentre os sintomas e queixas psicológicas registrados nos prontuários verifica-se que a sensação de ansiedade/nervosismo/tensão é o mais presente entre as mulheres, seguindo da tristeza/sensação de depressão. Dentre as mulheres que receberam diagnóstico médico de ansiedade generalizada no serviço especializado, grande parte delas apresentaram na consulta da Atenção Básica queixas/sinais e sintomas de sensação de ansiedade/nervosismo/tensão e distúrbio ansioso/estado de ansiedade. Mais da metade das mulheres também apresentaram queixas relacionadas ao sistema cardiocirculatório (Quadro 2).

É possível observar que ações voltadas à saúde da mulher registradas nos prontuários foram escassas. Apenas quatro dentre as treze mulheres tiveram atendimentos

direcionados à saúde da mulher e somente em três prontuários havia registro da realização de exame preventivo do câncer do colo do útero. Os demais atendimentos foram direcionados a gestação e sinais/sintomas do aparelho genital feminino (Quadro 2).

Quadro 2. Queixas e sintomas mais frequentes dos três principais capítulos da CIAP 2 entre as mulheres com transtornos mentais atendidas na ESF e CAPS III.

<b>Código</b>	<b>Capítulo: Queixas e Sintomas da CIAP2</b>
<b>M1</b>	Psicológico: distúrbio ansioso/estado de ansiedade(3); sinais e sintomas psicológicos/outros(2); tristeza/sensação de depressão(1); perturbação do sono(1)
	Gravidez, parto e planejamento familiar: gravidez(1); outros problemas da gravidez/parto(1); contracepção/outros(1)
	Problemas sociais: perda/falecimento familiar(1); problemas de relacionamento com familiares(1)
<b>M2</b>	Endócrino, Metabólico e Nutricional: Diabetes insulino-dependente(4)
	Músculo esquelético: Sinais/sintomas da região lombar(4)
	Psicológico: Tristeza/sensação de depressão(1); Outras perturbações psicológicas(1)
<b>M3</b>	Psicológico: Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(5); Abuso de medicação(3); Sinais/sintomas psicológicos, outros(2); Tristeza/sensação de depressão(2); Perturbação do sono(1); Abuso do tabaco(1)
	Circulatório: Hipertensão sem complicações(14)
	Endócrino, Metabólico e Nutricional: Perda de apetite(3)
<b>M4</b>	Psicológico: Tristeza/sensação de depressão(3); Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(2); Outras perturbações psicológicas(1); Sinais/sintomas psicológicos, outros(1)
	Circulatório: Dor atribuída ao coração(2); Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração(2); Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos(1)
	Músculo esquelético: Sinais/sintomas do joelho(2); Sinais/sintomas da região lombar(1); Sinais/sintomas dos ombros(1)
<b>M5</b>	Circulatório: Outras doenças do aparelho circulatório(2); Tornozelos inchados/edema(1); Insuficiência cardíaca (1); Trombose/acidente vascular cerebral(1)
	Pele: Outra lesão cutânea(4)
	Psicológico: Outras perturbações psicológicas(2)
<b>M6</b>	Digestivo: Dores abdominais, epigástricas(2); Diarreia(2)
	Genital feminino: Sinais/sintomas da vulva(1); Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra(1) Candidíase genital feminina(1); Esfregaço de Papanicolau/colpocitologia oncótica anormal(1)
	Circulatório: Dor atribuída ao coração(1); Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração(1); Hipertensão sem complicações(1)
<b>M7</b>	Psicológico: Outras perturbações psicológicas (3); Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(1); Distúrbio ansioso/estado de ansiedade(1)
	Pele: Prurido(1); Infecção dos dedos das mãos/pés(1); Furúnculo/carbúnculo(1); Pediculose/outras infecções da pele(1)
	Digestivo: Dores abdominais, epigástricas(1)
<b>M8</b>	Psicológico: Sinais/sintomas psicológicos, outross(5); Outras perturbações psicológicas(4) Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(2); Abuso do tabaco(2); Abuso de drogas(2); Abuso de medicação(1); Somatização(1)
	Problemas sociais: Problema comportamental do parceiro/companheiro(5); Problema de relacionamento com parceiro/conjugal(3); Problema de relacionamento com familiares(3); Problema comportamental de familiar(2)
	Circulatório: Dor atribuída ao coração(3); Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração(3); Dores atribuídas ao aparelho circulatório(3);Hipertensão sem complicações(2)
<b>M9</b>	Circulatório: Hipertensão sem complicações(11)
	Pele: Infecção pós-traumática da pele(2); Sinais/sintomas da pele, outros(2); Prurido(1); Alterações da cor da pele(1); Traumatismo/contusão(1)

	Neurológico: Vertigens/tonturas(2); Paralisia/fraqueza(2)
	Psicológico: Esquizofrenia(2)
<b>M10</b>	Genital Feminino: Esfregaço de Papanicolau/colpocitologia oncótica anormal(2); Sinais/sintomas da mama feminina, outros(1)
	Circulatório: Tornozelos inchados/edema(1); Outras doenças do aparelho circulatório(1)
	Músculo Esquelético: Sinais/sintomas do pescoço(1); Outros sinais/sintomas do aparelho músculo esquelético(1)
<b>M11</b>	Psicológico: Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(3); Tristeza/sensação de depressão(1); Sinais/sintomas psicológicos, outros(2); Outras perturbações psicológicas(1)
	Circulatório: Febre reumática/cardiopatia(4); Dor atribuída ao coração(1)
	Geral e Inespecífico: Dor generalizada/múltipla(1); Debilidade/cansaço geral/fadiga(1); Desmaio/síncope(1); Problemas de sudorese(1)
<b>M12</b>	Músculo Esquelético: Sinais/sintomas do pé/dedos pé(4); Dores musculares(2)
	Psicológico: Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão(2)
	Circulatório: Tornozelos inchados/edema(1); trombose/acidente vascular cerebral(1)
<b>M13</b>	Geral e Inespecífico: Dor generalizada/múltipla (2); Febre(1); Dengue e outras doenças virais(1); Lesão traumática/acidente(1)
	Genital Feminino: Esfregaço de Papanicolau/colpocitologia oncótica anormal(3); Relação sexual dolorosa na mulher(1)
	Psicológico: Tristeza/sensação de depressão(1); Perturbação do sono(1)

## DISCUSSÃO

Para o cuidado integral ao paciente com transtorno mental na Atenção Básica é imprescindível que o acolhimento e o vínculo sejam os eixos norteadores na assistência. Autores<sup>7</sup> destacam que enfermeiros devem entender os processos históricos da Reforma Psiquiátrica para que direcionem suas ações frente ao que é preconizado, sejam inseridos nos CAPS ou nas Unidades de Saúde da Família. E o cuidado de Enfermagem deve envolver comunidade, família, serviços substitutivos e demais profissionais da equipe, no acolhimento aos indivíduos com transtorno mental, dentro das demandas espontânea ou programada e busca ativa.

Os resultados mostram que além de morbidade psiquiátrica a maioria das mulheres também apresenta morbidade clínica associada e maior tempo de vinculação e número de consultas no serviço de Atenção Básica que no Serviço de Saúde Mental especializado. Estudos<sup>3</sup> enfatizam que os serviços e ações de saúde mental devem estar organizados em *rede* e devem funcionar de forma articulada. Os profissionais devem estar aptos a responder cotidianamente às diferentes demandas de atendimento, considerando a particularidade de cada caso sem negligenciar as diretrizes públicas de saúde mental, tendo em vista que quem procura atendimento apresenta uma demanda para alívio de um sofrimento. Neste sentido a Atenção Básica é reconhecida como a porta de entrada das



mulheres com transtorno mental, referenciando os casos especiais para o CAPS, mas mantendo a corresponsabilidade e a continuidade do cuidado dos pacientes adscritos<sup>22</sup>.

A diversidade de sintomas e queixas das mulheres de ordem psicológica e social e de vários sistemas (cardiocirculatório, músculo esquelético, tegumentar, genital feminino, digestivo, neurológico e endócrino) revela o desafio do cuidado. Fato que torna imprescindível os profissionais estabelecerem parcerias com a rede de cuidado. Neste sentido, surge o apoio matricial como ferramenta para o trabalho de descentralização em saúde mental. Essa metodologia articula-se aos princípios do SUS ao contemplar o acesso universal, integralidade e equidade e demanda abordagem inter e/ou transdisciplinar, mediante o diagnóstico, formulação de projetos terapêuticos e abordagem conjunta, mediados pela comunicação e pelas relações estabelecidas entre diferentes profissionais<sup>15</sup>.

Autores<sup>19</sup> referem que embora a utilização do apoio matricial especializado como instrumento cotidiano de trabalho pressupõe certo grau de transformação na organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde, a Saúde da Família representa uma estratégia para tornar a Atenção Básica um componente estruturante da transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil.

A fim de possibilitar maior aprofundamento às informações necessárias para a Atenção Básica, a CIAP categoriza o motivo de consulta a partir da demanda do usuário e, portanto do episódio de cuidado e pode ser utilizada por profissionais não médicos<sup>25</sup>. Ressalta-se que entre as dimensões requeridas para as mudanças no modelo de atenção à saúde é a transição de uma atenção prescritiva e centrada na doença para uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família<sup>20</sup>.

Verificou-se a ocorrência de doenças cardiovasculares entre as mulheres com transtornos mentais atendidas na ESF, sendo a HAS a doença clínica associada mais encontrada, neste sentido estudos<sup>13</sup> refere à correlação entre transtornos mentais e determinadas doenças como diabetes, obesidade e em maior número as doenças cardiovasculares. Também se encontrou expressiva presença de queixas relacionadas ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG) entre as mulheres com transtornos mentais atendidas na ESF, apoiando estudos que descrevem a relação entre TAG e outros transtornos mentais e HAS. O TAG se caracteriza por preocupação excessiva, persistente e de difícil controle, gerando desconforto significativo incluindo irritabilidade, distúrbios do sono e sintomas físicos, como náusea, sudorese, taquicardia, fadiga e tensão muscular<sup>27</sup>. Afeta duas vezes mais as mulheres em relação aos homens e impacta significativamente na

qualidade de vida e funcionamento geral do organismo<sup>29</sup>. Alguns autores<sup>11</sup> ao considerarem em seu estudo o aspecto neurobiológico, apontam a relação entre o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS), as emoções e a hipertensão arterial, havendo assim, associação entre distúrbios emocionais e alterações nas funções viscerais.

Percebe-se expressiva relação entre mulheres com TAG e maior demanda de atendimento na Atenção Básica quando comparado ao serviço especializado de saúde mental, sendo 6,3 vezes maior, podendo indicar baixa resolubilidade de referência destas pacientes para o serviço especializado reforçando a necessidade do apoio matricial para melhoria da qualidade do serviço e continuidade do cuidado. Neste aspecto ressalta-se que os usuários acompanhados por serviços especializados da RAPS devem continuar sendo acompanhados pela rede básica de saúde, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa ser assistido em suas necessidades clínicas<sup>5</sup>.

Fato importante identificado refere-se à escassa quantidade de registros de atendimentos voltados à saúde da mulher, onde apenas 3 dentre as 13 mulheres haviam realizado exame preventivo do câncer do colo do útero e atendimentos relacionados à gestação e sinais/sintomas do aparelho genital feminino. A atual Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações voltadas a pessoas excluídas da atenção, em especial as mulheres com transtorno mental. Nas diretrizes dessa política o cuidado deverá ser norteado pelo respeito às diferenças, sem discriminação e sem imposição de valores e crenças pessoais<sup>22</sup>.

Conforme verificado há poucas abordagens relacionadas à saúde da mulher de caráter preventivo significando que a grande maioria das mulheres deste estudo não está sendo acolhida de maneira holística. Além de que se verifica que 10 dentre as 13 mulheres tem filhos, portanto, idêntico um estudo<sup>22</sup> realizado em 2012 relata, na prática dos serviços de saúde tal clientela não recebe atenção adequada no campo da saúde sexual e reprodutiva, sendo ignorados as especificidades e o cumprimento de seus direitos nessa área do cuidado, devido geralmente a dificuldade em apreender as informações necessárias à tomada de decisão e autonomia relacionado a prática sexual. Com isso, tais mulheres podem ficar suscetíveis a gravidez não planejada e teratogenicidade devido ao uso de psicotrópicos<sup>22</sup>. Neste sentido, é importante envolver o companheiro e/ou outros familiares na tomada de decisão, principalmente quanto ao planejamento familiar abordando a relação gravidez/transtorno mental como direito sexual e reprodutivo<sup>14</sup>.

Na atual política nacional o CAPS é responsável pela atenção em saúde mental das pessoas com transtorno mental para tal é necessário que promova articulação social e intersetorial, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família, oferecendo suporte ao atendimento em saúde mental na Atenção Básica, incluindo, por exemplo, o planejamento familiar para as mulheres com transtorno mental<sup>8</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu conhecer o cuidado em saúde oferecido as mulheres com transtornos mentais na atenção primária e especializada de Divinópolis. Conforme identificado, alerta-se para a demanda recorrente de queixas e sinais/sintomas psicológicos destas mulheres durante procura pelo atendimento na ESF, tendo em vista que as mesmas são acompanhadas também pelo serviço especializado em saúde mental, podendo indicar assim que muitas destas demandas não estão sendo totalmente acolhidas e resolvidas em ambos os serviços. Observa-se também a escassa abordagem quanto a outros aspectos da vida, em especial ações de prevenção e promoção voltadas à saúde da mulher como sexualidade, planejamento familiar, mamografia e coleta de material para exame citopatológico, além de consulta direcionada a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Assim, entende-se que, a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica que apresenta a articulação entre Atenção Básica e saúde mental, há necessidade da implantação do apoio matricial na rede de atenção a fim de garantir assistência holística e de melhor qualidade às mulheres com transtorno mental. Ademais, considerando que o estudo foi realizado em uma ESF, que traz peculiaridades locais em sua forma de organização, sugere-se que outros estudos sejam realizados de forma a contemplar outras realidades.

## **REFERÊNCIAS**

1. Arce VAR. Sousa MF. Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.2, pp. 541-560.

2. Botti ML. Leide GB. Prado MF. Waidman MAP. Marcon SS. Convivência e percepção do cuidador familiar ao portador de HIV/Aids. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(3):400-5.
3. Brandao Junior PM. Besset VL. Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. *Psicol. USP [online]*. 2012, vol.23, n.3, pp. 523-538.
4. Brasil. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A Rede de Atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/raps.html>.
7. Coelho BP. Silva APM. Souza LPS. Silva KMA. Silva EP. Pinto IS. et al. Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 31, n. 1, 2015.
8. Delfini PSS. Sato MT. Antoneli PP. Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2009;14 Supl 1:1483-92.
9. Drumond GP. Práticas em Psicologia e Políticas Públicas. Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP). Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, 2009.
10. Estevam MC; Marcon SS; Antonio MM. Maunari DB. Waidman MAP. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre Atenção Básica. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2011, vol.45, n.3, pp. 679-686.
11. Fonseca FCA. Coelho RZ. Nicolato R. Malloy-Diniz LF. Filho HCS. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(2):128-134.
12. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa.4.Ed. Editora. Atlas. São Paulo. 2007.
13. Gonçalves M. Hipertensão Arterial e Transtornos Psiquiátricos. *Psychiatry on line Brasil*. Part of the journal of Psychiatry. Junho de 2010 - Vol.15 - Nº 6
14. Guedes TG. Moura ERF. Almeida PC. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(5):639-44.
15. Hirdes A. Silva MKR. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde debate [online]*. 2014, vol.38, n.102, pp. 582-592.

16. Kelly BJ. Perkins DA. Feuller JD. Parker SM. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, New York, v. 5, p. 31, 2011.
17. Landsberg GAP. Savassi LCM. Sousa AB. Freitas JMR. Nascimento JLS. Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3025-3036, 2012.
18. Lima AIO. Severo AK. Andrade NL. Soares GP. Silva LM. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas psicol.* [online]. 2013, vol.21, n.1, pp. 71-82.
19. Matuda CG. Pinto NRS. Martins CL. Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.8, pp. 2511-2521. ISSN 1413-8123.
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
21. Minozzo F. Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2013, vol.16, n.3, pp. 438-450.
22. Moura ERF. Guedes TG. Freire SA. Bessa AT. Braga VA. Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 935-943.
23. Okkes IM. Oskam SK. Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002; 51(1):31-36.
24. Peres GM; Lopes MP. Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica no cuidado da pessoa com transtorno mental. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.1, n.3, p.146-158, 2011.
25. Sampaio MMA. Coeli CM. Almeida MTCGN. Moreno AB. Junior KRC. Revisão sistemática do desenvolvimento e dos usos da Classificação Internacional de Atenção Primária. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 3-14.

26. Teixeira MLO. Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. Texto contexto - enferm. [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 750-758
27. Tomazzonni TZ. Escitalopram no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). RBM. Nov 13. Vol 70 Neuropsiquiatria 5. Págs.: 29-31.
28. Wendt NC. Crepaldi MAA. Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2008, vol.21, n.2, pp. 302-310
29. Wittchen HU. Jacobi F. Rehn J. Gustavsson A. Sevensson M. Jonsson B. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2011, 21(9): 655-7.
30. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) - Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.