



Artigo Original

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL

HEALTH CONDITION OF WOMEN WITH MENTAL DISORDER

CONDICIONES DE SALUD DE MUJERES CON TRASTORNO MENTAL

Nadja Cristiane Lappann Botti¹, Simone Campos Ferreira², Rafaella Gontijo do Nascimento², Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto²

Objetivou-se avaliar aspectos reprodutivos, ginecológicos, sexuais e clínicos de mulheres portadoras de transtorno mental. Trata-se de pesquisa exploratória, quantitativa, realizada em Centro de Atenção Psicossocial III de Divinópolis (Minas Gerais, Brasil), com 39 mulheres com transtorno mental. Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas e verificação da pressão arterial, glicemia capilar, peso e altura. Os resultados apontaram níveis normais de pressão arterial e de glicemia capilar pós-prandial, alteração do índice de massa corporal, presença de fluxo menstrual, nuliparidade, sexarca na adolescência, menarca precoce e ausência de sintomatologia climatérica e de aborto. A atenção integral à saúde da mulher implica em cuidados que vão além das demandas e necessidades do campo da saúde mental.

Descritores: Saúde Mental; Saúde da Mulher; Serviços de Saúde Mental; Mulheres; Enfermagem.

This research aimed to evaluate the reproductive, gynecological, sexual and clinical aspects of women with mental disorders. This is an exploratory research with quantitative approach performed in a Psychosocial Care Center, Type III, in Divinópolis, Minas Gerais, Brazil, with 39 women with mental disorders. Data collection took place from October to December 2012, through used semi-structured interviews and checked blood pressure, blood glucose, weight and height. The results revealed normal levels of blood pressure and postprandial blood glucose, change in body mass index, presence of menstrual flow, nulliparity, first sexual intercourse in adolescence, early menarche, and lack of climacteric symptoms and history of abortion. Comprehensive health care for women involves more than the demands and needs of the mental health field.

Descriptors: Mental Health; Women's Health; Mental Health Services; Women; Nursing.

El objetivo fue evaluar aspectos reproductivos, ginecológicos y sexuales de mujeres con trastornos mentales. Investigación exploratoria, cuantitativa, realizada en Centro de Atención Psicossocial III de Divinópolis (Minas Gerais, Brasil), con 39 mujeres con trastornos mentales. La recolección de datos se llevó a cabo de octubre a diciembre de 2012, a través de entrevistas semiestruturadas y verificación de la presión arterial, glucemia, peso y altura. Los resultados señalaron niveles normales de presión arterial y glucemia postprandial, cambio en el índice de masa corporal, presencia de flujo menstrual, nuliparidad, primera relación sexual en la adolescencia, menarquia precoz y falta de síntomas climatéricos e historia de aborto. La atención integral a la salud de la mujer implica cuidados que ultrapasan las demandas y necesidades del campo de la salud mental.

Descritores: Salud Mental; Salud de la Mujer; Servicios de Salud Mental; Mujeres; Enfermería.

¹Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Saúde Mental, Professora, Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

²Enfermeira, Especialista em Enfermagem da Atenção, Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, MG, Brasil, E-mail: sicampos@bol.com.br, rafaellagont@yahoo.com.br, jeizzianiferreira@yahoo.com.br

Autor correspondente: Nadja Cristiane Lappann Botti.

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Sala 301.1 Bloco D. Bairro Chanadour. CEP: 35501-296. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

INTRODUÇÃO

As políticas públicas relacionadas à assistência integral à saúde da mulher muito avançaram nas últimas duas décadas, mas ainda é urgente a necessidade de se superar dificuldades e desafios, especialmente, quando se aborda a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental.

A problemática decorrente dessa interação evidencia questões complexas (gravidez, planejamento familiar, sexualidade) e, em se tratando de mulheres com transtornos mentais, acentua-se a necessidade de se discutir os aspectos éticos, políticos e técnico-científicos envolvidos⁽¹⁻²⁾.

Aspectos reprodutivos, ginecológicos, sexuais ou clínicos de mulheres portadoras de transtorno mental é tema relevante a ser discutido na literatura científica. Na prática dos serviços de saúde estas mulheres, em geral, não recebem atenção integral, sendo ignoradas as especificidades e o cumprimento de seus direitos nesta área do cuidado⁽³⁾.

Para esta mudança de paradigma, verificam-se dois pontos cruciais: o primeiro diz respeito à necessidade de se priorizar ações que incluam o respeito à pessoa humana, seus desejos, experiência, valores e cultura; o segundo aspecto é o de que a assistência integral à saúde da mulher exige, necessariamente, reflexões que se relacionam à melhoria da formação dos profissionais de saúde e a valorização do trabalho interdisciplinar⁽¹⁻²⁾.

Os transtornos mentais causam considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida. As mulheres estão, atualmente, mais susceptíveis as doenças mentais, por desempenharem múltiplos papéis na sociedade⁽⁴⁾.

Partindo-se do pressuposto da necessidade de se intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, com vistas a propiciar atendimento equitativo, humanizado e resolutivo, demandando ações

que lhes proporcionem a melhoria das condições de vida e de saúde em todas as fases do ciclo de vida, realizou-se este estudo que objetivou avaliar aspectos reprodutivos, ginecológicos, sexuais e clínicos de mulheres portadoras de transtorno mental.

MÉTODO

Estudo exploratório, quantitativo, realizado com 39 mulheres em tratamento intensivo ou semi-intensivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo III, do município de Divinópolis (Minas Gerais, Brasil). O CAPS III é um serviço de saúde mental comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a prestar acompanhamento, por equipe interdisciplinar, a pessoas adultas com transtornos mentais graves e persistentes. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos. Compõe a rede de serviços territoriais, de atenção contínua 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, abertos ao acolhimento diurno e à hospitalidade noturna e integral, conforme definido no Projeto Terapêutico Individual, aos usuários do SUS de Divinópolis.

A amostra foi constituída por conveniência segundo idade, endereço de moradia, local de tratamento e diagnóstico psiquiátrico. Assim, a amostra correspondeu a mulheres adultas com idade acima de 18 anos, em tratamento no CAPS III, com diagnóstico psiquiátrico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Em média encontram-se 40 mulheres/mês em tratamento intensivo (acompanhamento diário em função do quadro clínico atual) ou semi-intensivo (acompanhamento frequente em função do quadro clínico atual) no CAPS III.

Os dados foram coletados durante Consulta de Enfermagem realizada por três residentes de

Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, de outubro a dezembro de 2012. Para coleta de dados foi construído pelas autoras um formulário a fim de nortear a entrevista durante a Consulta de Enfermagem. Realizado teste piloto com o formulário elaborado nas três primeiras Consultas de Enfermagem. O formulário contempla questões sobre saúde mental (informações sobre tratamento psiquiátrico e história de uso de drogas lícitas e ilícitas), saúde física (informações sobre história de doença ou condições referidas e estilo de vida) e saúde da mulher (informações sobre situação conjugal, sexual, ginecológica e obstétrica). Após a entrevista realizou-se a verificação da pressão arterial, glicemia capilar, peso e altura. A Consulta de Enfermagem foi realizada individualmente, em única vez, em salas reservadas e com duração entre 25 e 45 minutos.

Os dados foram transferidos para *Excel 2007* e analisados estatisticamente, utilizando-se o software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis estudadas foram agrupadas segundo os aspectos de saúde investigados. Para análise dos resultados utilizou-se teste qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças estatisticamente significantes. Foi estabelecido um nível de significância de 5%. ($p \leq 0,05$), porém como se trata de estudo exploratório, optou-se por incluir, na apresentação e discussão dos resultados, as diferenças marginalmente significantes, isto é, aquelas com nível de significância de 10% ($p \leq 0,10$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (CAE 05562112.1.0000.5545). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A idade média das mulheres é de 41,6 anos (DP=10,5), sendo que 17,9% têm entre 15 e 30 anos, 41,0% entre 31 e 45 anos, 33,3% entre 46 e 60 anos e 7,7% com mais de 61 anos; 38,5% são casadas, 53,8% apresentam menos de oito anos de estudo, 33,3% trabalham e 12,8% estudam. As mulheres iniciaram tratamento psiquiátrico no CAPS III, em média, com 35,3 anos (DP=17,6); 10,4% realizaram tratamento psiquiátrico em outros serviços.

Quanto às condições de saúde observa-se a comorbidade psiquiátrica como marginalmente significativa ($\chi^2=3,79$; $p \leq 0,10$) e o uso significativo de bebida alcoólica ($\chi^2=13,56$; $p \leq 0,05$) entre as mulheres em tratamento no CAPS III (Tabela 1). Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, de acordo com a CID 10, identifica-se que: 46,4% apresentam transtornos do humor [afetivos] (F30-F39); 14,3% apresentam distorções da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69); 8,9% apresentam transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19); e 7,1% tem transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48). As comorbidades clínicas encontradas foram cardiopatia, cálculo renal, doença de Chagas, diabetes, AIDS, epilepsia, enxaqueca, hanseníase, hipertensão e hipotireoidismo.

Tabela 1 - Avaliação da saúde geral das mulheres em tratamento intensivo ou semi-intensivo no Centro de Atenção Psicossocial III. Divinópolis, MG, 2012

Variáveis	Não	Sim	χ^2	p-valor
	%	%		
Comorbidade psiquiátrica	65,8	34,2	3,79	$p \leq 0,10$
Comorbidade clínica	56,4	43,6	0,64	$p > 0,05$
Uso de tabaco	38,5	61,5	2,08	$p > 0,05$
Uso de bebida alcoólica	79,5	20,5	13,56	$p \leq 0,05$

A tabela 2 mostra a avaliação da pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas das participantes. Verifica-se que 92,3% apresentam níveis normais de pressão arterial (<130/<85mm Hg) e 94,6% de glicemia capilar pós-prandial (<140 mg/dl). Observa-se, ainda, que 69,3% das mulheres apresentam o Índice de Massa Corporal (IMC) alterado, sendo que 43,6% com sobrepeso, 23,1% obesas e 2,6% estão abaixo do peso ideal.

Tabela 2 - Avaliação clínica das variáveis pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas de mulheres em tratamento intensivo ou semi-intensivo no Centro de Atenção Psicossocial III. Divinópolis, MG, 2012

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Valor normal %	Valor alterado %
Peso (Kg)	69,5	17,8		
Altura (m)	1,6	0,1		
Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)	109,5	13,1	92,3	7,7
Pressão Arterial Diastólica (mm Hg)	71,2	10,1		
Glicemia capilar pós-prandial (mg/dl)	95,0	22,0	94,6	5,4
IMC (kg/m ²)	27,8	7,0	30,7	69,3

As participantes apresentaram fluxo menstrual presente ($\chi^2=5,77$; $p\leq 0,05$); sexarca na adolescência ($\chi^2=12,60$; $p\leq 0,05$); nulíparidade ($\chi^2=21,56$; $p\leq 0,05$) e realizaram o exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos ($\chi^2=5,77$; $p\leq 0,05$). A dor durante a relação sexual (dispareunia) entre as mulheres foi marginalmente significativa ($\chi^2=3,10$; $p\leq 0,10$). Observou-se, ainda, ausência de sintomatologia climatérica ($\chi^2=13,56$; $p\leq 0,05$); de história de aborto ($\chi^2=11,31$; $p\leq 0,05$) e de menarca precoce ($\chi^2=10,53$; $p\leq 0,05$) (Tabela 3). A menarca ocorreu em média aos 12,45 ($\pm 1,77$) anos e a coitarca aos 17,83 ($\pm 6,77$) anos.

Tabela 3 - Avaliação da saúde sexual, reprodutiva e ginecológica de mulheres em tratamento intensivo ou semi-intensivo no Centro de Atenção Psicossocial III de Divinópolis, MG, 2012

Variáveis	Não(%)	Sim(%)	χ^2	p-valor
Idade reprodutiva	41,1	58,9	1,26	$p>0,05$
Vida sexual ativa	48,7	51,3	0,03	$p>0,05$
Orgasmo	40,5	59,5	1,32	$p>0,05$
Dispareunia	64,1	35,9	3,10	$p\leq 0,10$
Uso de método contraceptivo ou para prevenir DST	58,9	41,1	1,26	$p>0,05$
Fluxo menstrual presente	30,7	69,3	5,77	$p\leq 0,05$
Sintomatologia climatérica	79,5	20,5	13,56	$p\leq 0,05$
Sexarca na adolescência	20,0	80,0	12,60	$p\leq 0,05$
Menarca precoce	76,3	23,7	10,53	$p\leq 0,05$
Nulíparidade	87,2	12,8	21,56	$p\leq 0,05$
História de aborto	76,9	23,1	11,31	$p\leq 0,05$
Realizaram:				
Autoexame das mamas	46,1	53,9	0,23	$p>0,05$
Citologia de colo uterino nos últimos três anos	30,8	69,2	5,77	$p\leq 0,05$
Exame DST/aids	46,1	53,9	0,23	$p>0,05$
Mamografia	56,4	43,6	0,64	$p>0,05$

DISCUSSÃO

A média de idade, estado civil, escolaridade e ocupações das mulheres em tratamento no CAPS III são semelhantes ao encontrado em pesquisas realizadas em serviços de saúde mental de outros municípios brasileiros^(2,5).

Atualmente o consumo de substâncias lícitas (bebida alcoólica e tabaco) é considerado um grave problema de saúde pública, uma vez que tem aumentado consideravelmente, favorecendo o surgimento de neoplasias, doenças cardiovasculares, transtornos mentais e comportamentais, acidentes, homicídios, suicídios e aumento de internações⁽⁶⁾.

O uso de bebida alcoólica entre as mulheres em tratamento no CAPS III é preocupante. Sabe-se que o uso indevido de álcool produz efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos que acarretam vários prejuízos, como: redução das condições e qualidade de vida para o usuário e

familiares, incapacidades biopsicossociais que podem culminar na perda de oportunidades no processo produtivo, afetivo e familiar⁽⁷⁾. Estes efeitos podem comprometer ainda mais a saúde mental e o tratamento destas mulheres.

Verifica-se presença de comorbidade psiquiátrica e maior incidência dos transtornos de humor (afetivos) nas mulheres em tratamento no CAPS III. Corroborando estes resultados, encontram-se pesquisas nacionais que apontam maior vulnerabilidade da mulher a transtornos mentais em relação ao homem, principalmente os transtornos de humor, de ansiedade e comorbidades psiquiátricas^(3,6,8). Importante lembrar que os quadros ansiosos e depressivos comprometem, não somente, a pessoa que é afetada, mas, todos os seus familiares e, em particular, as crianças, que se culpam pelas dificuldades e tristezas dos pais, especialmente a mãe, podendo culpar-se pela infelicidade do progenitor. Deste modo, uma mãe ansiosa e ou depressiva, pode transmitir para os filhos, principalmente para as filhas, a necessidade de agradar, de ser responsável pela felicidade das pessoas, como uma obrigação, que ao não ser realizada deixa uma sensação de fracasso, frustração, ansiedade e depressão, formando o ciclo repetitivo da mulher doente⁽⁹⁾.

Há uma correlação entre transtornos mentais e doenças cardiovasculares. A importância destas comorbidades reside no fato de existir dificuldade dos clínicos gerais e especialistas encontrarem no diagnóstico e tratamento, transtornos depressivos em seus pacientes. Entre os fatores de risco conhecidos para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), traços de personalidade, depressão e ansiedade, podem ser importantes desencadeadores da doença⁽¹⁰⁾. Apesar desta correlação na literatura científica, neste estudo prevaleceram níveis pressóricos dentro dos limites da normalidade entre as mulheres com transtornos mentais. Os níveis aceitáveis como ótimo e normal para a pressão sistólica é de 120 – 130 mmHg, enquanto que

a diastólica é de 80 – 85 mmHg; e como limítrofe uma pressão sistólica e diastólica, respectivamente, no limites 130 – 139 e 85 – 89 mmHg⁽¹¹⁾.

O Diabetes Mellitus (DM) é doença metabólica crônica e afeta aproximadamente 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos. Pesquisa sobre transtornos mentais concomitantes às doenças orgânicas crônicas, em particular o DM, têm indicado presença de depressão, ansiedade e abuso de substâncias (álcool e sedativos)⁽¹²⁾. Também neste estudo não se verificou prevalência de alteração na glicemia capilar pós-prandial.

Apesar da prevalência de níveis pressóricos e de glicemia capilar normais, verifica-se que 69,2% das mulheres apresentam o Índice de Massa Corporal (IMC) alterado, sendo que 43,6% com sobrepeso e 23,1% obesas. É elevada a prevalência de excesso de peso e de obesidade em pacientes com transtornos mentais⁽¹³⁾. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS e DM desde idades jovens⁽¹¹⁻¹²⁾. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no IMC acarreta maior risco de desenvolver hipertensão⁽¹¹⁾. Revisão sistemática de estudos epidemiológicos mostra em pacientes do sexo feminino, elevação significativa do IMC com o uso prolongado ou início precoce de uso de psicofármacos e com transtornos de humor, principalmente transtorno afetivo bipolar e depressão⁽¹³⁾.

Neste estudo, as mulheres com transtorno mental apresentaram vida sexual ativa e encontram-se na fase reprodutiva. A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) revela a importância do desenvolvimento de ações voltadas para sujeitos socialmente excluídos. E neste caso, ressalta-se a importância da integralidade do cuidado às mulheres com transtornos mentais, pois estas apresentam perfil gineco-obstétrico semelhante ao da maioria das mulheres em idade fértil sem diagnóstico de transtorno

mental, identificando, portanto, a necessidade de ações voltadas para esse público-alvo^(2,14).

A importância da integralidade do cuidado às mulheres com transtorno mental é premente, pois são mulheres suscetíveis a gravidez não planejada e, conseqüentemente, às questões que envolvem a relação da gravidez/maternidade e o transtorno mental, entre elas a teratogenicidade dos psicofármacos, que quando não utilizados podem ocasionar surtos psiquiátricos; a possibilidade da autonomia prejudicada e das internações psiquiátricas, que podem causar prejuízo no cuidado dos filhos⁽¹⁴⁾.

Estas mulheres encontraram-se com a citologia de colo uterino em dia, fazem uso de métodos contraceptivos, realizam o auto exames das mamas e, em algum momento da vida, realizaram rastreamento para DST/AIDS. Mesmo assim, há precariedade entre as práticas de saúde mental realizadas pelo CAPS e a Atenção Básica⁽¹⁴⁾. Apesar deste resultado encontrado, muitos indivíduos não adotam os comportamentos preventivos orientados pelos profissionais, mesmo quando estão bem informados. Portanto, mesmo que as mulheres estejam esclarecidas quanto aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de câncer de colo de uterino, algumas mudanças independem de seus anseios, uma vez que circunstâncias culturais, ambientais e normas sociais têm impacto nas escolhas cotidianas destas⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que se considerou, mulheres com citologia de colo uterino em dia, aquelas que realizaram o exame nos últimos três anos. Embora as diretrizes de rastreamento considerem a inclusão dos resultados dos últimos exames⁽¹⁶⁾.

A ocorrência de gravidez não planejada é elevada entre pacientes psiquiátricas, devido à frequente falta de *insight* em função do transtorno mental, a ausência de planejamento e de controle comportamental, além da possível interação medicamentosa entre os anticoncepcionais hormonais e alguns psicotrópicos, reduzindo a eficácia do contraceptivo⁽¹⁷⁾. Apesar disto,

neste estudo foi encontrado perfil de mulheres nulíparas, sem história de aborto e sexarca na adolescência.

A menarca precoce encontrada nas histórias de algumas mulheres pode ter contribuído para o desenvolvimento do quadro de transtorno mental, pois os esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que em parte, explica a maior prevalência dos transtornos de humor e de ansiedade em mulheres⁽⁸⁾. Dado preocupante refere-se a características ginecológicas encontradas nas mulheres deste estudo que são fatores considerados de risco para o desenvolvimento de câncer de mama, como a menarca precoce, a menopausa tardia e a nuliparidade⁽¹⁶⁾.

O climatério tem evolução diferente para cada mulher, dependendo de suas características psicológicas e do contexto sociocultural. A sintomatologia mais comum é representada pela ocorrência de sintomas vasomotores, modificações do humor, distúrbios do sono e sintomas decorrentes da hipotrofia genital, além de repercussões observadas em longo prazo, como osteoporose e aumento da morbidade cardiovascular.

Estudo alerta os profissionais da saúde, em especial da Enfermagem, para atuarem junto às mulheres, preparando-as para esta importante fase de suas vidas, estimulando-as a se responsabilizarem pelo cuidado de si, ressignificando e redirecionando suas condutas, assumindo, assim, o papel principal de suas vidas para viverem o climatério de forma saudável⁽¹⁸⁾.

Outro fato importante refere-se as mulheres possuírem poucas informações sobre esta fase, predominantemente vista sob aspectos negativos (ou desconfortáveis) decorrentes das manifestações da síndrome climatória⁽¹⁹⁾. Muitas mulheres vivenciam este período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos⁽²⁰⁾. Como neste estudo observa-se que a maior parte das mulheres que se encontrava no climatério vivenciava este período de forma assintomática.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer os aspectos reprodutivo, ginecológico, sexuais e clínicos de mulheres portadoras de transtorno mental em tratamento no CAPS III, no município do interior de Minas Gerais. Partindo-se do pressuposto da necessidade de atenção integral à saúde da mulher, sinalizando que estas devem ser vista além das demandas e necessidades do campo da saúde mental.

No estudo evidencia-se o uso preocupante de bebida alcoólica entre as mulheres com transtornos mentais, pois sabe-se que o uso indevido de álcool pode comprometer a eficácia do tratamento psiquiátrico e interferir nas relações sociais. Esse fato reforça a necessidade de uma rede de cuidados, na qual a equipe do CAPS e da atenção básica devem estar preparadas para acolher esta demanda, a fim de minimizar as consequências do uso e abuso de bebida alcoólica.

A maioria das mulheres apresentou excesso de gordura corporal, dado que confirma a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas, como orientações nutricionais na atenção básica de saúde e no CAPS, visando à promoção da alimentação saudável e estímulo a atividade física a fim de contribuir para a melhoria na qualidade de vida destas pacientes.

A importância da integralidade do cuidado as mulheres com transtorno mental também diz respeito a sexualidade, pois muitas dessas mulheres têm vida sexual ativa. Isso reforça que a atuação dos profissionais nas redes de cuidado a saúde mental vise o cuidado integral a estas mulheres. Para tanto, faz-se necessário construir novos saberes e práticas, considerando a complexidade da dimensão dos serviços de saúde e dos processos de trabalho, a fim de garantir tal cuidado.

COLABORAÇÕES

Botti NCL, Ferreira SC, Nascimento RG e Pinto JAF contribuíram para a concepção, coleta dos dados de

campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. *Mundo Saúde*. 2008; 32(4):511-8.
2. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2009; 33(2):218-24.
3. Guedes TG, Moura ERF, Evangelista DR, Conceição MAV. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2):153-8.
4. Miranda CA, Tarasconi CV, Scortegagna SA. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Aval Psicol*. 2008; 7(2):249-57.
5. Pereira OM, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Profile of users of mental health services in the city of Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):48-54.
6. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(2):385-94.
7. Miranda FAN, Simpson CA, Azevedo DM, Costa SS. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet] 2006 [citado 2013 maio 7]; 8(2):222-32. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm
8. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(2):43-54.
9. Moré AFL, Carswell AW. Mulheres portadoras de transtornos mentais: um estigma Social? *Perspect Online Biol Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013

- maio 7];7(2):1-13. Disponível em <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/viewFile/179/147>
10. Quintana JF. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. Rev SBPH. [periódico na Internet] 2011 [citado 2013 maio 7]; 14(1):3-17. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a02.pdf>
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1 supl.1):1-51.
12. Ministério da Saúde (BR). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Teixeira PJR, Rocha FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. Rev Psiquiatr Clín. 2007; 34(1):28-38.
14. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. The family planning of women with mental disorders: what CAPS professionals have to say. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(4):935-43.
15. Eduardo KGT, Moura ERF, Nogueira PSF, Costa CBJS, Pinheiro AKB, Silva RM. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. Rev Rene. 2012; 13(5):1045-55.
16. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero [Internet] 2012 [citado 2013 maio 22]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoc
17. Pheula GF, Banzanato CEM, Dalgalarro P. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. J Bras Psiquiatr. 2003; 52(2):97-107.
18. Zampieri MFM, Tavares CMA, Hames MLC, Falcon GS, Silva AL, Gonçalves LT. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. Esc Anna Nery. 2009; 13(2):305-12.
19. Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. Rev Rene. 2010; 11(1):161-71.
20. Galvão LLLF, Faria MCS, Azevedo PRM, Vilar MJP, Azevedo GD. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(5):414-20.