

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES USUÁRIAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Sociodemographic and epidemiological profile of women users of a psychosocial attention center

Perfil sociodemográfico y epidemiológico de las mujeres usuarias de un centro de atención psicosocial

* Artigo originado do Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem intitulado “Saúde das Mulheres de um Centro de Atenção Psicossocial”.

Juliane da Silva Pereira¹, Mércia Alcântara Feitosa Valença², Valquiria Farias Bezerra Barbosa³, Ana Carla Silva Alexandre⁴, Silvana Cavalcanti dos Santos⁵, Rebeca Cavalcanti Leal⁶

Como citar este artigo:

Pereira JS, Valença MAF, Barbosa VFB, Alexandre ACS, Santos SC, Leal RC. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das mulheres usuárias de um centro de atenção psicossocial. 2020 jan/dez; 12:833-839. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7813>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das mulheres com transtornos mentais, com ênfase aos aspectos ginecológicos, reprodutivos e sexuais. **Método:** Estudo transversal, realizado no Centro de Atenção Psicossocial, com 31 mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos e em tratamento regular. Utilizou-se instrumento de coleta estruturado, os dados foram analisados no SPSS versão 18.0. Esse protocolo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 56546216.0.0000.5195. **Resultados:** Houve predominância de mulheres em terapia medicamentosa (96,8%), baixa atividade sexual (61,3%), alta adesão ao exame preventivo de câncer de colo do útero (74,2%) e baixa adesão ao planejamento familiar (77,4%). **Conclusão:** Para a integralidade do cuidado prestado às mulheres com transtorno mental, usuárias do Centro

- 1 Bacharel em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1138-8795>
- 2 Bacharel em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2854-108X>
- 3 Enfermeira. Doutora em Ciências Humanas. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado e Promoção à Saúde. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8200-2274>
- 4 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5754-1778>
- 5 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6649-0423>
- 6 Bacharel em Enfermagem. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira, PE, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0161-6918>

de Atenção Psicossocial, é necessário um alinhamento entre as políticas de atenção integral a saúde da mulher e saúde mental, via apoio matricial com a atenção primária de saúde.

Descritores: Assistência à saúde, Cuidados de enfermagem, Desinstitucionalização, Saúde da mulher, Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the sociodemographic and epidemiological profile of women with mental disorders, emphasizing the gynecological, reproductive and sexual aspects. **Method:** A cross-sectional study, carried out at the Psychosocial Attention Center, with 31 women, aged 18 years or more, undergoing regular treatment. A data collection instrument in a structured format was used and data were analyzed using the SPSS software, version 18.0. This project was approved by one Research Ethics Committee under registration CAAE 56546216.0.0000.5195.

Results: There was a predominance of women in drug therapy (96.8%), low sexual activity (61.3%), high adherence to cervical cancer screening test (74.2%) and low adherence to family planning (77.4%). **Conclusion:** An integral care provided to women with mental disorders, users of the Psychosocial Attention Care, requires an alignment among the policies of integral attention to women's health and mental health, through matrix support with primary health care.

Descriptors: Delivery of health care, Nursing care, Deinstitutionalization, Women's health, Mental Health.

RESUMÉN

Objetivo: Analizar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las mujeres con trastornos mentales, con énfasis en los aspectos ginecológicos, reproductivos y sexuales. **Método:** Estudio transversal, realizado en el Centro de Atención Psicosocial, con 31 mujeres, con edad igual o superior a 18 años y en tratamiento regular. Se utilizó instrumento de recolección estructurado, los datos fueron analizados en el SPSS versión 18.0. Esta investigación fue aprobada en el Comité de Ética bajo el CAAE 56546216.0.00.00.5195. **Resultados:** Hubo predominio de mujeres en terapia medicamentosa (96,8%), baja actividad sexual (61,3%), alta adhesión al examen preventivo de cáncer de cuello de útero (74,2%) y baja adhesión a la planificación familiar (74,2%) 77,4%). **Conclusión:** Para la integralidad del cuidado prestado a las mujeres con trastorno mental usuarias del Centro de Atención Psicosocial es necesario un alineamiento entre las políticas de atención integral a la salud de la mujer y de salud mental, a través del apoyo matricial con la atención primaria de salud.

Descriptor: Prestación de atención de salud, Atención de enfermaria, Desinstitucionalización, Salud de la mujer, Salud mental.

INTRODUÇÃO

Buscando melhorias no cuidado à mulher, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)¹. Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.¹ Agrega, também, a prevenção combinada, ou seja, a profilaxia e tratamento compartilhados das infecções sexualmente transmissíveis (IST), de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, principalmente de mama (CM) e de colo de útero (CCU).²

O público feminino apresenta grande vulnerabilidade ao adoecimento mental, a exemplo da prevalência de transtorno mental comum, que oscila entre 28,7% a 50%, entre indivíduos do gênero feminino e pessoas idosas.³ Portanto, as mulheres, incluindo as que são atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), necessitam de um olhar integral para a sua saúde.⁴

A depressão compreende 4,3% da carga global de doenças e é a maior causa de incapacitações em todo mundo, representando 11% de todos os anos vividos com incapacitações globalmente, principalmente por mulheres. Devido à estigmatização e discriminação, pessoas com adoecimento mental têm seus direitos humanos violados, além de perdas econômicas, de direitos sociais e culturais, com restrições dos direitos ao trabalho, a educação, ao direito reprodutivo e aos melhores padrões de cuidados em saúde.⁵

Os cuidados à saúde mental e à saúde da mulher estão fragmentados nos diferentes equipamentos de saúde comprometendo a sua integralidade.⁶ Apontando para a necessidade de conhecimento do perfil das usuárias a fim de que se possa investir em práticas de apoio matricial que integrem todos os níveis de atenção à saúde, mas principalmente, as equipes do CAPS e as da Estratégia de Saúde da Família.

Conforme sugere o MS por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), as ações de saúde mental na atenção primária à saúde (APS), devem transcender o modelo tradicional, biologicista e medicalizante, e investir na promoção da saúde considerando a singularidade das pessoas e seu protagonismo.⁷

A saúde da mulher com transtorno mental (TM) é um tema pouco discutido na literatura científica refletindo a fragmentação do cuidado a saúde da mulher, a invisibilidade de suas singularidades e a supressão de seus direitos.⁸ Nesse sentido, o estudo objetiva analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das mulheres usuárias de um CAPS, dando ênfase aos seus aspectos ginecológicos, reprodutivos e sexuais.

MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado no CAPS II do município de Pesqueira, PE, mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Hemoterapia de Pernambuco, sob o CAAE 56546216.0.0000.5195.

A seleção da amostra se deu por amostragem por critérios. Foram critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em acompanhamento psicossocial regular intensivo ou semi-intensivo no período da pesquisa. As três modalidades de atendimento dos serviços em saúde mental, são: tratamento intensivo (frequência diária ao serviço), semi-intensivo (frequência em dias alternados) e não intensivo (frequência quinzenal ou mensal num contexto de planejamento de alta).⁹

Foram critérios de exclusão: não estar presente no período de coleta de dados e estar em sofrimento mental

agudo que prejudicasse sua livre decisão de participar da pesquisa. A amostra final foi composta por 31 mulheres que perfizeram 100% das mulheres em tratamento regular e contínuo.

O procedimento de coleta de dados compreendeu a aplicação de questionário estruturado, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã, no período de março a julho de 2017, em consultório de enfermagem e de forma individual para garantir a autonomia e privacidade das participantes. Não houve interferências na rotina do CAPS. O instrumento foi pré-testado e foi constituído de variáveis sociodemográficas e relativas à saúde mental e a saúde da mulher.

Os dados foram armazenados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences-SPSS, versão 18.0. Para associação entre as variáveis estatisticamente significantes utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2), considerando-se o nível de significância de ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das mulheres do CAPS. A média de idade foi de 42,48 anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 67 anos. Houve uma predominância de 22 (70,4%) mulheres em idade fértil.¹⁰ Quanto à raça, predominou a parda, representada por 19 mulheres (61,3%). Com relação ao estado conjugal, 15 (48,4%) eram solteiras; quanto à escolaridade, observa-se que nenhuma tem nível superior, enquanto que apenas 3 (9,7%) concluíram o ensino médio.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres acompanhadas no CAPS, Pesqueira, PE, Brasil, 2017

Variáveis	Média ^a	X (dp) ^b	Min-Max ^c	(N)	(%)
Idade (anos completos)	42,48	11,975	19 / 67	31	100
Raça					
Parda				19	61,3
Branca				7	22,6
Indígena				3	9,7
Negra				2	6,5
Total				31	100
Estado conjugal					
Solteira				15	48,4
Casada				9	29
Divorciada				5	16,1
Viúva				2	6,5
Total				31	100

Variáveis	Média ^a	X (dp) ^b	Min-Max ^c	(N)	(%)
Escolaridade					
Ensino Fund. ^d Incompleto				13	41,9
Ensino Fund. ^d Completo				13	41,9
Ensino Médio Completo				3	9,7
Analfabeta				2	6,5
Ensino Superior				0	0
Total				31	100

Legenda: a. Média b. Desvio padrão c. Mínimo- Máximo d. Fundamental

A tabela 2 apresenta a caracterização da vida sexual, tratamento e diagnóstico autorreferido da doença, a fim de mostrar a interferência desse diagnóstico nas vidas afetiva e sexual. Foram encontradas 37 respostas para diagnóstico autorreferido, uma vez que foi dada mais de uma resposta por mulher. Apenas uma das mulheres (3,2%) não realizou tratamento farmacológico, 9(24,3%) referiram depressão e 11 (35,5%) afirmaram que seu diagnóstico tem interferência na vida sexual.

Dentre as alterações na vida sexual, 8 mulheres (25,8%) sentem ausência ou diminuição da libido e 9 (29%) tem a função sexual alterada. Apenas 7 mulheres (22,6%) referiram relação afetiva satisfatória com o parceiro e 19 mulheres (61,3%) não tem vida sexual ativa. A função sexual alterada está relacionada a presença de algum incômodo durante as relações sexuais que impossibilite o ato sexual, a exemplo da dispareunia e da ardência. Quanto ao número de parceiros durante toda a vida afetiva, há uma média de 2,44 parceiros e a idade média da coitarca foi de 16,32 anos.

Tabela 2 - Caracterização da terapia medicamentosa, diagnóstico autorreferido e vida sexual das mulheres acompanhadas no CAPS, Pesqueira, PE, Brasil, 2017

Variáveis	(N)	(%)
Tratamento medicamentoso		
Sim	30	96,8
Não	1	3,2
Total	31	100

Variáveis	(N)	(%)
Diagnóstico autorreferido		
Depressão	9	24,3
Ansiedade/Agitação	8	21,6
Doença mental	7	18,9
Doença desconhecida	4	10,8
Doença crônica	2	5,4
Diferente de tudo	2	5,4
Agressividade	2	5,4
Doença complicada	2	5,4
Vergonha	1	2,7
Total	37	100
Interferência do diagnóstico na vida sexual		
Sim	11	35,5
Não	20	64,5
Total	31	100
Interferência do diagnóstico		
Não soube responder/Não se aplica	19	61,3
Diminuição ou ausência de libido	8	25,8
Abandono	2	6,4
Não sente prazer no sexo	2	6,4
Medo	0	0
Total	31	100
Vida sexual ativa		
Não	19	61,3
Sim	12	38,7
Total	31	100
Relação afetiva com o cônjuge		
Não soube responder/Não se aplica	19	61,3
Boa	7	22,6
Regular	3	9,7
Ruim	2	6,4
Total	31	100
Função sexual		
Sem alteração	16	51,6
Com alteração	9	29
Não soube responder/Não se aplica	4	12,9
Inexistente	2	6,5
Total	31	100

Em relação à saúde reprodutiva, foi observado que 20 mulheres (64,5%) têm filhos, com uma média de 4,35 gestações, 3,40 partos e 1,86 abortos. Quanto ao planejamento familiar, apenas 7(22,6%) utilizaram algum método

contraceptivo, sendo que 4 (12,8%) realizaram laqueadura tubária, uma (3,2%) utilizou a camisinha masculina (CM), uma (3,2%) fez uso de contraceptivo oral e uma (3,2%) utilizou contraceptivo injetável. Em relação ao cuidado à saúde no período gravídico, 18 (58,1%) realizaram consultas pré-natais, com uma média de 6,46 consultas, e 8 (25,8%) apresentaram alguma complicação no período gravídico.

A saúde da mulher foi caracterizada pelas variáveis realizações do exame preventivo de câncer do colo do útero (PCCU), local e intervalo de tempo entre as realizações do PCCU, realização de exame clínico, autoexame das mamas (AEM) e exames de imagem das mamas, bem como a prevenção de IST. Do total de 31 mulheres, 23 (74,2%) haviam realizado o PCCU. Dessas, 21 (67,7%) realizaram numa unidade da APS; 16 (51,6%) realizaram a menos de um ano, 4 (12,9%) realizaram entre um e dois anos, 2 (6,5%) realizaram há mais de dois anos e 9 (29%) não souberam responder ou não realizaram. Quanto ao exame das mamas, 13 (51,6%) já realizaram algum exame de mamas; 5 (16,1%) realizaram algum exame da mama há menos de 1 ano, 4 (12,9%) entre um e dois anos e 4 (12,9%) há mais de dois anos. Dentre elas, 4 (12,9%) realizaram o AEM, 5 (16,1%) realizaram a mamografia, 4 (12,9%) a ultrassonografia mamária e não houve relato de realização do exame clínico das mamas. Quanto a prevenção de ISTs, 22 (71 %) não utilizaram métodos preventivos e 7 (22,6%) utilizaram a camisinha masculina (CM) como método preventivo.

A tabela 3 fornece dados sobre as associações entre o tipo de transtorno autorreferido, o uso de psicotrópicos com a atividade sexual das usuárias.

Tabela 3 - Associação entre tipo de transtorno e uso de psicotrópico com a atividade sexual das mulheres acompanhadas no CAPS, Pesqueira, PE, Brasil, 2017

Variáveis	Vida sexual ativa	%
Depressão		
Sim	3	6
Não	7	13
Não sabe	0	2
Total	9	20
Ansiedade		
Sim	1	7
Não	9	12
Não sabe	0	2
Total	8	21
Uso de Psicotrópico		
Sim	15	15
Não	0	1
Total	15	16

Observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

DISCUSSÃO

As análises dos dados sociodemográficos sinalizam a vulnerabilidade das mulheres conforme seus estratos. Ao relacionar a faixa etária com a presença de TM, há prevalência entre mulheres em idade fértil e economicamente ativa, nas faixas etárias entre 15 e 44 anos (64,55%). Justifica-se esse perfil etário pela associação de fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de TM tais como dificuldades socioeconômicas, comorbidades pré-existentes, isolamento social, entre outros¹². Ademais, o desenvolvimento dos primeiros sintomas dos TM severos atendidos no CAPS ocorre quando o indivíduo é ainda adulto jovem.^{4,11}

O estado civil impacta na saúde mental, pois ser solteira tem se apresentado um importante fator de risco, principalmente para a depressão.¹² A baixa escolaridade é um fator de não adesão aos exames preventivos, relacionado ao acesso reduzido à informação o que impacta negativamente no autocuidado, na compreensão de informações e na adoção de atitudes preventivas.¹³

Quanto ao tratamento farmacológico, persiste um número elevado de mulheres que faz uso de terapia farmacológica, corroborando com outros estudos que apontam para a persistência de práticas manicomial, de hipermedicamentação e medicalização do sofrimento psíquico.^{8,14}

O comportamento sexual de risco, assim como ter múltiplos parceiros durante a vida e a precocidade da coitarca são fatores de risco para o CCU e às IST.¹⁵ Por isso o rastreamento do CCU deve ser realizado dos 25 aos 64 anos de idade em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual e, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.¹⁶

Estudos descrevem que mulheres com TM, em sua maioria, tem ao menos um filho.^{8,17} A partir desse dado, pode-se refletir que apesar das dificuldades para desempenhar o papel de mãe, mulheres com TM apontam a maternidade como um evento que agrega qualidade a sua vida.⁶

Tendo em vista que o TM pode comprometer a autonomia, é imprescindível atenção individualizada em planejamento familiar na APS, reconhecendo o direito reprodutivo dessas mulheres e permitindo-as decidir se desejam ter filhos ou não.^{6,18}

Como o sofrimento psíquico no período perinatal pode potencializar a não adesão ao acompanhamento pré-natal, tornando as puérperas susceptíveis as complicações obstétricas, podendo também prejudicar crescimento e desenvolvimento infantil e contribuir para predisposição ao TM em crianças.^{15,19} Portanto, o acompanhamento multidisciplinar, sistemático e contínuo às mulheres com TM na APS, deve obedecer a quantidade mínima de 8 consultas de pré-natal, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.²⁰ Um esforço conjunto para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres.²¹

O CCU corresponde a aproximadamente 10% das neoplasias malignas diagnosticadas na população feminina, sendo a segunda causa de morte nas mulheres, superada

apenas pelo CM.²²⁻³ Para redução da morbimortalidade feminina, faz-se necessário estimular a adesão aos exames preventivos. Em mulheres com TM a média de adesão ao PCCU variou, em diferentes estudos, entre 23% até 69%.^{10,24}

No presente estudo, 26% das mulheres com TM não havia realizado o PCCU. Entre os fatores que influenciam a não adesão aos exames preventivos, pode-se mencionar autonomia limitada relacionada a dificuldades cognitivas oriundas do TM; dificuldade de acesso aos exames, ou mesmo, despreparo dos profissionais para lidarem com essas mulheres. É preciso destacar que o estigma e a negação de direitos a essas usuárias relacionam-se a sua dupla vulnerabilidade: ser mulher e ser portadora de TM.²⁵

Em face de uma cobertura de 65% para o PCCU, estima-se que, no Brasil, entre 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o PCCU.²⁶ Os principais fatores de risco relacionados a não adesão a exames preventivos foram: ter idade superior a 40 anos, baixo nível de escolaridade e ser solteira.²⁷

Ante ao exposto, a transversalidade de políticas deve compor o cuidado às mulheres na rede de atenção psicossocial (RAPS) superando-se o modelo de homogeneização dos cuidados prestados aos homens e às mulheres. Trata-se de garantir um cuidado que abarque as suas singularidades vinculadas às questões de gênero.²⁸

No Brasil, o CM é o segundo tipo mais incidente na população feminina. Embora esse tipo de câncer seja diagnosticado em estágios iniciais, a rede de saúde brasileira oferece apenas 47% de cobertura para a mamografia, comprometendo o diagnóstico precoce e reduzindo a sobrevida das pessoas diagnosticadas, em comparação com países desenvolvidos (50%-60% contra 85%).^{26,29}

O AEM é uma ferramenta útil na detecção de CM, quando associado à mamografia e ao exame clínico.³⁰ No presente estudo, apenas 12,9% das mulheres o realizaram.

Quanto à prevenção das IST, observou-se a adesão aos métodos preventivos por apenas 22,6% das mulheres, além do uso exclusivo da camisinha masculina, o que caracteriza lacunas de conhecimento quanto aos métodos anticoncepcionais disponíveis. Configura-se que a educação em saúde é uma estratégia primordial para diminuir as barreiras de acesso aos serviços e suas estratégias de proteção a essa população.

Nesse estudo, foi constatado que as variáveis de diagnóstico autorreferido e uso de psicotrópicos não influenciaram na vida sexual das mulheres, não havendo significância na associação entre essas variáveis. A vivência da sexualidade pelas mulheres com TM não sofreu interferência da sua condição de saúde e/ou da autopercepção de sua doença, embora a sexualidade de mulheres com TM seja tratada como um tema polêmico e, com frequência, relacionada às características sintomatológicas do transtorno.

Apesar da grande maioria das entrevistadas não terem vida sexual ativa, é importante reconhecer que a sexualidade continua presente com representatividades semelhantes às dos não portadores de TM. As mulheres com TM “sentem, apaixonam-se e amam como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente”.^{6,4}

Decorre desse fato que as pessoas com TM têm condições e direitos de viver plenamente sua sexualidade, embora haja um significativo caminho a ser percorrido na busca do respeito à sua individualidade e singularidade e de uma atenção à saúde satisfatória.^{8,24-5} É preciso pois restabelecer o direito a feminilidade possibilitando às mulheres uma melhor qualidade de vida e maior autonomia sobre seu corpo.²⁰

Esse estudo possibilitou a observância da necessidade do empoderamento da feminilidade, do ser mulher com suas singularidades, por parte das portadoras de TM haja vista que ainda encontram muitas dificuldades para essa vivência plena, com autonomia e liberdade para as escolhas e ações que influenciarão seus modos de viver, sua saúde e sua integralidade. Apesar de haverem avanços nos campos da saúde e do acesso, elas tem acesso parcial e fragmentado a saúde, uma vez que ainda não conseguem vivenciar sua sexualidade livre de preconceitos, estigmas e acesso a todos os métodos preventivos contra IST e anticoncepcionais, bem como não estão disponibilizadas todas as informações necessárias para que elas tomem suas decisões pautadas no conhecimento em saúde vigentes.

As limitações deste estudo vinculam-se ao delineamento transversal e à escassez literária sobre a interface saúde da mulher e saúde mental.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve prevalência de mulheres em idade fértil, solteiras, pardas, em uso de terapia medicamentosa, sem vida sexual ativa, múltiplos parceiros, coitarca precoce e com filhos. Houve alta adesão ao PCCU e baixa adesão ao planejamento familiar, exame de mamas e prevenção contra as IST. Os testes de associações revelaram que nem o tratamento medicamentoso, nem o diagnóstico autorreferido interferem na vida sexual das mulheres. No entanto, a grande maioria não tem vida sexual ativa, o que abre caminhos para novas pesquisas buscarem a compreensão das causas que interferem na não vivência dessa dimensão da vida dessas mulheres.

Os resultados deste estudo contribuirão para a melhoria da qualidade e acesso a assistência às mulheres com TM usuárias das RAPS loco- regionais, estaduais e nacionais, assim como tem a intenção de alinhar a PNAISM com a PNSM, promovendo a real integralidade da saúde. Esses conhecimentos são úteis ao planejamento de saúde, além de fornecer subsídios a pesquisadores e profissionais de saúde na construção de estratégias de cuidado longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós- Exposição (PEP) de risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf.
4. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura, WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. Acta Paul Enferm. 2012 jan; 25(1):48-54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2013, p.8. Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
6. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, 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 2012, ago; 46(4):935-43. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400022.
7. Veloso TMC, Souza MCBM. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2013, 34(1):79-85. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100010.
8. Botti NCL, Ferreira SC, Nascimento RG, Pinto ZAF. Condições de Saúde de Mulheres com Transtorno Mental. Rev Rene. 2013; 14(6):1209-16. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3240/324029419018/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
10. Rezende FJF, Montenegro CAB. Rezende: obstetrícia fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
11. Soares AC, Trindade L, Silva R, Gabriela C; Silva FPA, Sai EF. Análise clínica-epidemiológica de pacientes portadores de transtorno mental na amazônia brasileira. Rev Bras Neurol. e Psiq. 2015 maio/ago;19(2):96-107. Disponível em <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/55>.
12. Kassada DS, Waidman MAP, Miasso AI, Morcon SS. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. Acta Paul Enferm. 2015; 28(6):495-502. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600495&script=sci_abstract&tlng=pt.
13. Mascarello KC, Zandonade E, Amorim MHC. Análise da sobrevida de mulheres com câncer do colo do útero atendidas em hospital de referência para oncologia no Espírito Santo, Brasil, nos anos de 2000 a 2005. Cad Saúde Pública. 2013;29(4):823-31. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400019&script=sci_abstract&tlng=pt.
14. Barbosa BVF, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):659-68. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523>.
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. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.
17. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. Acta paul. enferm. 2014 jun; 27(3): 200-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300200&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 25 maio 2013. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

19. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton SS et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012; 90(2):139-49. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302553/>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
21. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Luxembourg: WHO Press; 2016. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
22. Teixeira RA, Valente JG, França EB. Mortalidade por câncer de colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2004-2006: análise da magnitude e diferenciais regionais de óbitos corrigidos. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012; 21 (4):549-59.
23. Manfredini V, Calil LN, Backes LTH. Guia Prático de Citologia Cervicovaginal: texto e atlas. São Paulo, SP: Livrobot; 2013. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400004.
24. Torrêzio MC, Botti NC. Episódios de cuidados para mulheres com transtornos mentais na atenção primária. *Revista Cubana de Enfermeria [revista online].* 2017 [citado em 2017, 19 de outubro]; 33 (2): Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/998>.
25. Detomini VC, Rasera EF, Peres RS. Sexualidade e Saúde Mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP.* 2016; 17(2): 81-95. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a07.pdf>.
26. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
27. Santiago FS. Acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras acima de 24 anos. *Rev Bras Est Reg Urb.* 2012; 6(2):48-65, 2012.
28. Maluf SW, Tornquist CS. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010. Disponível em: http://transes.paginas.ufsc.br/files/2014/10/GENEROSAUDEAFLICAO_livro.pdf.
29. Rodrigues, TCGF, Brum IV, Santos JLCT, Juste A, Laporte EGJ, Laporte BEP. Conhecimento de 820 mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre autoexame das mamas. *Rev Bras de Mastologia.* 2016;26(2):60-4. Disponível em: <http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2016/04/MAS-v26n2.pdf>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.

Recebido em: 06/06/2018

Revisões requeridas: 25/02/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 01/07/2020

Autora correspondente

Valquiria Farias Bezerra Barbosa

Endereço: Instituto Federal de Educação Ciência e

Tecnologia de Pernambuco, *Campus* Pesqueira

BR 232, Km 208, Portal

Pesqueira/PE, Brasil

CEP: 55200-000

Email: valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesse.**