



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO**

**DANIELA CLAÚDIA SILVA FORTES**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM  
TRANSTORNOS MENTAIS**

**RIO GRANDE/ RS**

**BRASIL**

**2018**

**DANIELA CLAÚDIA SILVA FORTES**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM  
TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem e Saúde - Linha de pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

**RIO GRANDE/RS**

**BRASIL**

**2018**

Ficha Catalográfica:

F738a Fortes, Daniela Cláudia Silva

Assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais/Daniela Cláudia Silva Fortes. - Rio Grande: [s.n], 2018.  
108 f. ; tab. ; 33 cm.

Orientação: Profª Drª Mara Regina Santos da Silva  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - Programa de Pós - Graduação em Enfermagem.  
Referências bibliográficas: f. 92-98.

1. Saúde sexual. 2. Saúde reprodutiva. 3. Mulheres com transtorno mental. 4. Enfermagem. I. Silva, Mara Regina Santos da. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDU: 616-083.89

**DANIELA CLÁUDIA SILVA FORTES**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER  
COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 26 de Dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigentes da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Giovana Calgano Gomes

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG  
BANCA EXAMINADORA**



Dra. Mara Regina Santos da Silva – Presidente (FURG)



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno (FURG)



Dr. Alessandro Marques dos Santos – Membro Externo (UCPEL)



Dra. Barbara Tarouco da Silva – Membro Interno (FURG)



Dra. Gabriele Schek – Membro Externo (FEMA)

Dedico esta Dissertação

Aos meus pais, Domingos Fortes e Antónia Fortes, pelo amor incondicional e por serem luz na minha vida. A eles todo o meu amor, respeito e gratidão!

Aos meus irmãos, Maria de Lourdes, Elisângela, Dircilene, Samuel, Sandra e Orlandina Fortes. Os meus bens mais preciosos!

Ao meu namorado, Fernando Andrade, pelo amor e carinho. Presente que a vida me deu!

Aos meus sobrinhos, por quem eu tenho um grande amor!

À minha tia, Joana (*in memorium*), a quem o destino não me deu a oportunidade de um último abraço. Mãezinha, como a chamava, continuará para sempre vivendo em meu coração!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu refúgio e fortaleza.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e palavras confortantes.

Às minhas irmãs, prima Maria Madalena, sobrinhas Regina e Valéria pelas mensagens diárias no grupo, o que me fazia sentir em casa.

Ao Fernando, meu namorado, pelo incentivo e apoio incondicional nos meus estudos, compreendendo a minha ausência.

À minha orientadora, Dra Mara Regina Santos da Silva, pela sabedoria e leveza em transmitir os seus conhecimentos que tanto contribuíram para a construção deste trabalho. Todo o meu reconhecimento e gratidão.

À banca examinadora, pelas contribuições pertinentes que acrescentaram e aprimoraram a qualidade do estudo.

À enfermeira Kateline Fonseca e Dircilene Fortes pela disponibilidade e suporte na coleta dos dados. Serei sempre grata!

Aos colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos profissionais de saúde que não hesitaram em participar do estudo. A minha gratidão!

As minhas amigas Cabo-verdianas, Ana Moniz e Elga Carvalho, pelo convívio, morabeza e conversas em crioulo, que todos os dias me fizeram sentir no meu amado Cabo Verde.

À Dona Angelina, que me acolheu e tem sido uma mãe. Todo o meu carinho!

Aos amigos que ganhei em Rio Grande e bem me acolheram, em especial, a Jéssica Fagundes e Glaucia Nicola, pelos momentos compartilhados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande que participaram nesta jornada de muito crescimento e partilha de conhecimentos. Os meus mais sinceros agradecimentos!

A CAPES pelo apoio financeiro, crucial para o sucesso deste momento.

Ao Programa de Pós-Mobilidade Internacional-AULP que, em cooperação com a Universidade de Cabo Verde, no ano de 2016, deram-me a oportunidade de participar do programa e estabelecer os primeiros contatos com a Universidade Federal do Rio Grande. Ouso dizer: foi como comecei os primeiros passos dessa caminhada que muito me acrescentou.

Ao meu Brasil, meu segundo país, meu segundo lar.

## RESUMO

FORTES, Daniela Cláudia Silva. **Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher com Transtorno Mental**. 2018. 111 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

O direito de desfrutar de uma vida sexual e reprodutiva segura e satisfatória, muitas vezes, é negado à mulher com transtorno mental. Apesar da conferência do Cairo ter emanado diretivas concernentes ao atendimento integral a saúde da mulher, esta recebe, nos serviços de saúde, um cuidado delimitado ao período da gravidez e fragmentado na medida em que a ênfase está nas questões voltadas à reprodução. Tal situação toma maiores proporções na mulher com transtorno mental, na medida em que, frequentemente, esta enfrenta situações de estigma e preconceito, não sendo vista como suficientemente capaz de autocuidar-se. A saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental é um tema globalmente emergente, com discussão ainda incipiente na realidade do país de Cabo Verde. Este estudo teve como objetivo geral: compreender as influências que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental na rede de serviços de saúde da ilha de São Vicente/Cabo Verde/África. Especificamente, o presente estudo objetiva: (1) identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental; (2) identificar as referências de natureza cultural, acadêmicas e institucionais que os profissionais utilizam para moldar a assistência à saúde sexual e reprodutiva prestada às mulheres com transtorno mental. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, que utilizou como referencial teórico a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, desenvolvido com 17 profissionais de saúde que prestam atendimento a essas mulheres nos cinco Centros de Saúde, no Centro Reprodutivo e no Serviço de Psiquiatria do hospital geral de São Vicente/Cabo Verde. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, por meio de videoconferência entre Brasil e Cabo Verde, nos meses de setembro e outubro de 2018 e, posteriormente, submetidas à técnica de análise temática. Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas com seres humanos. Os resultados, apresentados no formato de dois artigos científicos, apontam que a percepção dos profissionais de saúde em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental é influenciada pelo contexto socioeconômico e cultural do país, o que leva a uma invisibilidade das competências dessas mulheres para o cuidado da sua saúde e a saúde de seu(s) filho(s). Essa situação agrava-se ainda mais devido ao fato de alguns profissionais considerarem que o cuidado dessas mulheres é da responsabilidade unicamente da psiquiatria. Nesse contexto, fica comprometida a prestação de cuidados integrais à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres nos serviços de cuidados primários, o que acaba comprometendo a autonomia e os direitos sexuais e reprodutivos dessa população específica. Concluiu-se que os estigmas em relação aos transtornos mentais contribuem para aumentar as dificuldades dos profissionais para tratar das questões inerentes a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, particularmente, a dificuldade para reconhecerem as competências desse grupo para cuidar de sua própria saúde. Em consequência, a assistência dispensada não responde as necessidades dessas mulheres, sendo que o principal foco é delimitado a prevenção da gravidez.

**Descritores:** saúde sexual, saúde reprodutiva, mulheres com transtorno mental, cuidado cultural, enfermagem.

## ABSTRACT

FORTES, Daniela Cláudia Silva. **Sexual and Reproductive Health Care for Women with Mental Disorders**. 2019. 111 pages. Dissertação (Master in Nursing)- Post-graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande – FURG.

The right to enjoy a safe and satisfying sexual and reproductive life is often denied to a woman with a mental disorder. Although the Cairo conference emanated directives concerning the integral care of women's health, it receives, in the health services, a care limited to the period of pregnancy and fragmented insofar as the emphasis is on issues of reproduction. This situation takes on greater proportions in the woman with mental disorder, since she often faces situations of stigma and prejudice, and is not seen as sufficiently capable of self-care. The sexual and reproductive health of women with mental disorders is a globally emerging issue, with a still incipient discussion in the reality of the country of Cape Verde. The purpose of this study was to understand the influences that shape the sexual and reproductive health care of women with mental disorders in the health services network of the island of São Vicente / Cape Verde / Africa. Specifically, the present study aims to: (1) identify the perception of health professionals about the sexual and reproductive health of women with mental disorders; (2) identify the cultural, academic and institutional references that practitioners use to shape sexual and reproductive health care provided to women with mental disorders. This is an exploratory, descriptive study of a qualitative nature, using Leininger's theory of Diversity and Universality of Cultural Care as a theoretical reference, developed with 17 health professionals who provide care to these women in the five Health Centers in the Reproductive Center and in the Psychiatric Service of the general hospital of São Vicente / Cape Verde. The data were collected from semi-structured interviews, through videoconference between Brazil and Cape Verde, in the months of September and October of 2018 and, later, submitted to the thematic analysis technique. All the ethical and legal precepts of Resolution 466/12 of the National Health Council dealing with research with human beings were respected. The results, presented in the form of two scientific articles, indicate that the perception of health professionals regarding the sexual and reproductive health of women with mental disorders is influenced by the socioeconomic and cultural context of the country, which leads to an invisibility of the competences of these women to take care of their health and the health of their child (ren). This situation is further aggravated by the fact that some professionals consider that the care of these women is solely the responsibility of psychiatry. In this context, it is committed to provide full citizenship to the sexual and reproductive health of these women in primary care services, which endangers the autonomy and sexual and reproductive rights of this specific population. It was concluded that stigmas in relation to mental disorders contribute to increase the difficulties of professionals to deal with issues related to women's sexual and reproductive health, particularly the difficulty in recognizing the competencies of this group to take care of their own health. As a result, the care provided does not meet the needs of these women, and the main focus is on the prevention of pregnancy.

**Keywords:** sexual health, reproductive health, women with mental disorder, cultural care, nursing.



## RESUMEN

FORTES, Daniela Cláudia Silva. **Asistencia para la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer con Trastorno Mental**. 2018. 111 páginas. Disertación (Maestría en Enfermería)-Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande-FURG.

El derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva segura y satisfactoria, a menudo, es negado a la mujer con trastorno mental. A pesar de que la conferencia de El Cairo ha emanado directivas concernientes a la atención integral a la salud de la mujer, ésta recibe, en los servicios de salud, un cuidado delimitado al período del embarazo y fragmentado en la medida en que el énfasis está en las cuestiones volcadas a la reproducción. Esta situación toma mayores proporciones en la mujer con trastorno mental, en la medida en que a menudo ésta enfrenta situaciones de estigma y prejuicio, no siendo vista como suficientemente capaz de autocuidar. La salud sexual y reproductiva de la mujer con trastorno mental es un tema globalmente emergente, con discusión aún incipiente en la realidad del país de Cabo Verde. Este estudio tuvo como objetivo general: comprender las influencias que moldean la asistencia a la salud sexual y reproductiva de la mujer con trastorno mental en la red de servicios de salud de la isla de San Vicente / Cabo Verde / África. En concreto, el presente estudio tiene como objetivos: (1) identificar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con trastornos mentales; (2) identificar las referencias de naturaleza cultural, académicas e institucionales que los profesionales utilizan para moldear la asistencia a la salud sexual y reproductiva a las mujeres con trastorno mental. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, de naturaleza cualitativa, que utilizó como referencial teórico la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Leininger, desarrollado con 17 profesionales de salud que prestan atención a esas mujeres en los cinco Centros de Salud, Centro Reproductivo y en el Servicio de Psiquiatría del hospital general de San Vicente / Cabo Verde. Los datos fueron recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas, por medio de videoconferencia entre Brasil y Cabo Verde, en los meses de septiembre y octubre de 2018 y posteriormente sometidas a la técnica de análisis temático. Se respetaron todos los preceptos éticos y legales de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud que trata de investigaciones con seres humanos. Los resultados, presentados en el formato de dos artículos científicos, apuntan que la percepción de los profesionales de salud en relación a la salud sexual y reproductiva de la mujer con trastorno mental es influenciada por el contexto socioeconómico y cultural del país, lo que lleva a una invisibilidad de las competencias de esas mujeres para el cuidado de su salud y la salud de su hijo (s). Esta situación se agrava aún más debido al hecho de que algunos profesionales consideren que el cuidado de esas mujeres es de la responsabilidad únicamente de la psiquiatría. En ese contexto, queda comprometida la prestación de ciudadanos integrados a la salud sexual y reproductiva de esas mujeres en los servicios de atención primaria, lo que acaba comprometiendo la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos de esa población específica. Se concluyó que los estigmas en relación a los trastornos mentales contribuyen a aumentar las dificultades de los profesionales para tratar las cuestiones inherentes a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, particularmente, la dificultad para reconocer las competencias de ese grupo para cuidar de su propia salud. En consecuencia, la asistencia dispensada no responde a las necesidades de esas mujeres, siendo que el principal foco está delimitado la prevención del embarazo.

**Descriptor:** salud sexual, salud reproductiva, mujeres con trastorno mental, cuidado cultural, enfermería.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**APS** - Atenção Primária de Saúde.

**CADM** - Centro de Acolhimento de Doentes Mentais.

**CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

**CEDAW**- Committee on the Elimination of discrimination against Woman.

**DIU** - Dispositivo intrauterino.

**HIV/ AIDS** - human immunodeficiency vírus/ acquired immunodeficiency syndrome.

**INE- CV** – Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde.

**IST's**- Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**NU**- Nações Unidas.

**OMS/ WHO** - Organização Mundial da Saúde.

**ONU**- Organização das Nações Unidas.

**PMI-PF-PAV** - Programa Nacional de Planeamento Materno Infantil/Planeamento Familiar/Programa Alargado de Vacinação.

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde.

**TUDCC**- Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

**UNFPA**- United Nations Population Fund.

**WAS** - World Association for Sexual Health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Sunrise.....	48
<b>Figura 2</b> - Divisão territorial de Cabo Verde, Barlavento e Sotavento.....	51
<b>Figura 3</b> - Mapa de Cabo Verde.....	52
<b>Figura 4</b> - Ilha de São Vicente/ Cabo Verde.....	52
<b>Figura 5</b> - Área de abrangência dos Centro de Saúde e Delegacia de saúde.....	54
<b>Figura 6</b> - Modelo esquemático do artigo I.....	61
<b>Figura 7</b> - Modelo esquemático do artigo II.....	62

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2-OBETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>3-REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1- Saúde sexual e reprodutiva do ponto de vista conceitual.....	22
3.2-Direitos sexuais e reprodutivos .....	26
3.3- Saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.....	32
3.4- Saúde sexual e reprodutiva em Cabo Verde.....	38
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>42</b>
4.1- Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	43
<b>5-METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
5.1-Tipo de estudo.....	50
5.2-Contexto do estudo.....	50
5.3-Participantes do estudo.....	57
5.4- Coleta de dados e instrumento.....	58
5.5-Processo de análise dos dados.....	59
5.6 - Aspectos éticos .....	60
<b>6-RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
6.1- Percepções que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental .....	63
6.2- Referências culturais, institucionais e acadêmicas que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais .....	79
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>8-REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>111</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A situação vivenciada pelas pessoas com transtornos mentais, em Cabo Verde/África, sempre me causou inquietação pelo fato da atenção dada à sua saúde ainda estar sustentada em um modelo focado na hospitalização e no tratamento medicamentoso. Na ilha de São Vicente, ao longo do meu percurso acadêmico e no decorrer dos ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de trabalhar com essas pessoas com transtorno mental e constatei a necessidade de aprofundar a compreensão acerca dos fatores que, direta ou indiretamente, influenciam o modo como a sociedade, particularmente, os profissionais da área da saúde, constroem as relações de cuidado com esse grupo.

De forma particular, meu interesse é com a população constituída por mulheres com transtorno mental, na especificidade da saúde sexual e reprodutiva destas, as quais geralmente são alvos de estigmas em três eixos. Primeiro, são mulheres pertencentes a uma sociedade que, historicamente, é marcada por traços “machistas”, na qual a cultura da submissão ao homem é bastante enraizada. Consequentemente, os homens recorrem menos aos serviços de saúde sexual e reprodutiva quando comparados às mulheres, ficando ao encargo destas a maior responsabilidade quando se trata de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva do casal. Segundo, porque carregam um diagnóstico de transtorno mental em um contexto que considera fortemente este tipo de problema como manifestação de causas sobrenaturais e malfeitos, sendo que a maioria delas recorre às práticas de cuidado caseiro, mantidas pela transmissão cultural da comunidade na qual se encontram inseridas como, por exemplo, a procura de curandeiros, banhos, chás, benzeduras e Centro Espírita do Racionalismo Cristão. E, terceiro, porque a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, no âmbito dos serviços de saúde é, geralmente, concebida como manifestação da doença, sendo a atenção direcionada prioritariamente para a sexualidade, o que agrava os preconceitos e estigmas evidenciados, principalmente, nos momentos que essa mulher é rotulada como incapaz para responder as exigências sociais de ser mãe e esposa, bem como responder de forma positiva as demandas de autocuidado e gerenciamento de uma vida afetiva.

Na base desses estigmas, estão os fatores culturais da sociedade cabo-verdiana sobre o que é e como ser mulher; o que é a doença mental; e sobre a saúde sexual e reprodutiva. A visão de mundo que predomina na sociedade cabo-verdiana leva-os a considerar a mulher com transtorno mental como negligente e incapaz para cuidar adequadamente de sua saúde. Além disso, a sociedade atribui um conjunto de valores morais para a vivência da saúde

sexual e reprodutiva, sendo, muitas vezes, sua expressão vista como algo fora dos padrões considerados normais, ou seja, “descontroladas” e “perigosas”, incapazes de cumprir as regras de comportamento socialmente “determinadas”, considerando exacerbada a sua manifestação. A repressão à saúde sexual e reprodutiva das mesmas tem maior ênfase na negação da sua sexualidade que está fortemente presente na sociedade, na família e pode ser observada, também, entre os profissionais da saúde, o que as deixa em situação de maior vulnerabilidade, aumentando consideravelmente a possibilidade de terem os cuidados à saúde negligenciados.

Essa negligência é, muitas vezes, decorrente da visão fragmentada que dissocia a sexualidade, a reprodutividade e o transtorno mental. Nessas situações, o atendimento prestado à mulher, oferecido nos serviços de internamento psiquiátrico, tem foco, prioritariamente, no transtorno mental, enquanto o atendimento nos serviços de cuidados primários não consegue prestar um cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva dessa população. Botti et al (2013) refere que, nas práticas assistenciais realizadas nos serviços de saúde, via de regra, essas mulheres não recebem um cuidado que responda as suas necessidades, sendo ignoradas as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Considerando os valores culturais que caracterizam a sociedade cabo-verdiana, entende-se o profissional de saúde como sujeito capacitado e com conhecimentos científicos para responder de forma efetiva as necessidades apresentadas por essas mulheres. Entretanto, é preciso não esquecer que esse profissional é membro dessa sociedade e carrega consigo os aspectos culturais relacionados aos três eixos acima mencionados. Em um estudo sobre a sexualidade do doente mental, Ziliotto e Marcolan (2013), apontam que, possivelmente, os próprios sentimentos e atitudes que os profissionais carregam sobre a sexualidade podem atuar como barreiras para explorar os aspectos que envolvem a sexualidade da pessoa com transtorno mental.

Assim, inúmeros estudos confirmam que as concepções sobre ser mulher, sobre a saúde sexual e reprodutiva e o transtorno mental, as quais os profissionais de saúde herdaram da sociedade influenciam na sua prática profissional (HENRRIQUE, 2013; ZILIOOTTO E MARCOLAN 2013 ZILIOOTTO E MARCOLAN 2014; DETOMINI; RASERA; PERES, 2016). Dessa forma, mesmo estando os mesmos capacitados para atenderem as demandas de saúde sexual e reprodutiva da população, muitas vezes, não reconhecem a mulher com transtornos mentais como sujeito com necessidades específicas. Em geral, quando os profissionais, na sua prática cotidiana, recebem tais pessoas para atendimento dirigem-se ao familiar que acompanha a mulher por considerá-la incapaz de utilizar as informações e

orientações em benefício de sua saúde, não levando em consideração que as orientações passadas aos familiares podem não ser repassadas à mulher, que acaba perdendo a autonomia e a possibilidade de cuidar da própria saúde.

De acordo com técnicos do Centro Reprodutivo Bela Vista, na ilha de São Vicente/Cabo Verde, frequentemente, o cuidado prestado à mulher com transtorno mental é fragmentado e temporalmente delimitado, o que não assegura a assistência integral e compromete seus direitos sexuais e reprodutivos. As ações, quando desenvolvidas, visam muito mais o controle da natalidade e o acompanhamento durante a fase gravítico-puerperal, podendo ser caracterizado como um cuidado tecnicista, que atende às necessidades específicas da gravidez. São procedimentos voltados ao pré-natal, incluindo atendimento da nutricionista, acompanhamento psicológico e realização dos exames complementares, entre outros.

As práticas que geralmente dissociam-se da saúde sexual e reprodutiva podem ser observadas de forma indiscriminada, não sendo dirigidas apenas às mulheres com transtorno mental. Para aquelas que não sofrem de transtorno mental, também se observa que é no período gravítico-puerperal e na fase de planejamento familiar que acontece um maior engajamento e procura pelos serviços de saúde. Nestes casos, também, o principal foco é o controle da natalidade. Contudo, diferentemente da mulher com transtorno mental, o cuidado prestado àquelas sem transtorno mental é mais complexo, citando, dentre eles, por exemplo, uma melhor capacitação e informações para o autocuidado, gerando, assim, maior capacidade de decisão e autonomia.

Os programas de saúde existentes no país relativos à saúde sexual e reprodutiva estão sustentados em um arcabouço legal que garante a universalidade e acessibilidade aos cuidados de forma indiscriminada. Entretanto, as diretrizes apresentadas nesses programas evidenciam uma dissociação entre saúde sexual e reprodutiva, sendo que a maior ênfase encontra-se na saúde reprodutiva que aponta diversas instruções à saúde materno-infantil. Assim, revela-se a necessidade de desenvolver estratégias que estabeleçam maior equilíbrio entre a saúde sexual e reprodutiva e que incluam a mulher com transtorno mental.

Para as mulheres com transtorno mental, no período pós-parto, os cuidados geralmente estão voltados à prevenção de nova gravidez, por meio de métodos anticoncepcionais, sendo que os mais frequentemente utilizados são o DIU (dispositivo intrauterino) e a Depo-provera (injetável e Progestogênio isolado). Entretanto, a atenção que estas mulheres recebem não tem o objetivo de garantir-lhes a autonomia de decidir, por exemplo, o espaçamento entre duas

gravidezes, mas sim busca prevenir que outra gravidez não ocorra. Assim, aspectos relacionados à saúde sexual, como afetividade, prazer, imagem do corpo, comportamentos sexuais e a decisão de quererem ou não ter filhos, em qual momento e quantos desejam ter são questões que, via de regra, não recebem o mesmo grau de atenção, sendo que, muitas vezes, o próprio profissional de saúde tem dificuldades em lidar com essas situações.

Essa mesma realidade é observada nos serviços específicos de psiquiatria de Cabo Verde, onde, geralmente, a assistência baseia-se em controlar, vigiar, impedir a expressão da sexualidade, relacionando-a a manifestações do transtorno mental. Com isso, não é realizada uma abordagem que favoreça a educação em saúde ou para saúde sexual e reprodutiva. No caso de mulheres que usam o método anticoncepcional oral, durante a internação, esse processo comumente é interrompido, porque o profissional não questiona a vida sexual e reprodutiva da mulher, nem a própria família informa sobre o método de controle que ela utiliza. De outro modo, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e/ou gravidez é negligenciada, e a mulher, não raras vezes, é vista como um ser assexuado e que não é capaz de autocuidar-se.

No âmbito da família, o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, em geral, segue o mesmo padrão, ou seja, a ênfase é no controle da natalidade. A família como instituição que transmite valores e princípios aos seus membros, via de regra, colabora para que estereótipos relacionados à vivência da saúde sexual sejam transmitidos de forma geracional. Fatores que se agravam quando se trata de uma mulher com transtorno mental, originando uma dificuldade em compreender as questões relacionadas à sua saúde sexual e, também, a preocupação com a sua saúde reprodutiva com maior foco no receio dela engravidar e trazer sobrecarga de cuidado à família com a chegada de um novo membro. Nas raras vezes em que se observa preocupação da família com a saúde sexual destas mulheres, é devido ao medo da mesma ser abusada sexualmente e de uma eventual gravidez.

O cuidado prestado tanto pelos profissionais, quanto pela família apresenta características controladoras para responder muito mais a normas e a preocupações sociais, do que para fins terapêuticos, sobretudo, ao que se refere à educação para a saúde. Desse modo, na procura e na prestação de cuidados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtornos mentais, pode-se pensar em um choque cultural. De um lado, a mulher que se culpabiliza por não responder de forma efetiva aos papéis de mãe e esposa que lhe são atribuídos e cobrados pela sociedade, a vergonha que, geralmente, sentem por expressar ou querer viver a sua vida amorosa e manter a vida sexual ativa. Por outro lado, o profissional de



saúde que sendo também membro da sociedade cabo-verdiana sempre conviveu com os valores e crenças culturais e tem dificuldades para reconhecer a mulher com transtornos mentais como capaz de exercer os seus papéis de maternidade, de viver uma sexualidade ativa, livre de riscos e gerenciar sua vida amorosa e afetiva. Esses fatores podem ter por base as implicações da cultura e das demandas atribuídas pelas normas sociais.

É importante destacar que para dar respostas aos cuidados à saúde sexual e reprodutiva há, em Cabo Verde, um forte investimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Após a independência, em 1975, o SNS conseguiu importantes avanços em matéria de saúde da mulher, destacando-se os subprogramas prioritários do setor saúde, com múltiplas intervenções que visam à saúde integral da mulher. Com o vigoroso investimento na saúde integral da mulher, foi atingido o objetivo de desenvolvimento do milênio preconizado para a saúde materna até 2015, sendo que um desses objetivos era o acesso universal à saúde reprodutiva. Nesse contexto, levando em consideração os argumentos explicitados neste estudo, emerge a necessidade de entender as razões que justificam a existência, no mesmo país, de uma atenção diferenciada à saúde sexual e reprodutiva das mulheres sem transtorno mental e das mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

Os cuidados à saúde sexual e reprodutiva são ofertados pelos Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, os quais integram ações desenvolvidas por Hospitais, Centros de Saúde, Centros de Saúde Reprodutiva, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base, de acordo com o respectivo grau de diferenciação técnica. Merecem destaques as ações voltadas ao Planejamento Familiar que tiveram um forte impacto, observando evoluções incontestáveis, sendo também que as disposições legais no país favorecem a igualdade e equidade entre homens e mulheres a nível conjugal, familiar, profissional e nacional, tendo Cabo Verde adaptado a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação da mulher (CABO VERDE, 2008). Ainda que sejam de grande avanço os ganhos relacionados à assistência integral à saúde da mulher, é relevante que se criem condições que superem as dificuldades apresentadas no que concerne à assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtornos mentais, atendidas nesses serviços.

Assim, é possível inferir que o cuidado oferecido à mulher com transtorno mental está fragmentado pela própria organização dos serviços e sistema de saúde. O acesso ao atendimento especializado tanto em saúde mental quanto em saúde sexual e reprodutiva é ainda incipiente, e o atendimento à saúde dispensado às mulheres com transtorno mental e suas famílias é escasso e fragmentado. Os mecanismos de referência e contra referência entre

os serviços de saúde ainda não estão plenamente organizados e institucionalizados, o que dificulta o seguimento do doente na rede de atendimento e na comunidade, bem como a articulação com as estruturas de solidariedade social para apoio em casos de dificuldade (Cabo Verde, 2009).

É necessário que o acesso ao cuidado à saúde responda integralmente às necessidades da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental e que atenda as suas especificidades, reconhecidas e sustentadas pelas políticas e programas de saúde existentes. Apesar de o país apresentar programas, instituições e profissionais de saúde para responder as exigências de saúde da mulher, ainda é preciso que se realizem ações que garantam a plena equidade da assistência às mulheres com transtornos mentais.

Em face dessa realidade, observa-se a influência dos fatores culturais no reconhecimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, em que as crenças, hábitos e costumes culturais podem estar na base dos estigmas e preconceitos que sustentam a visão de incompetência no autocuidado por apresentar um diagnóstico de transtorno mental. Nesse contexto, as políticas de saúde têm um papel crucial para efetivar as mesmas condições de acesso e cuidados a essas mulheres quando comparadas as outras sem um diagnóstico.

As intervenções e programas destinados à saúde sexual e reprodutiva da mulher constituem uma conquista destas na sociedade, com o controle da reprodução melhorando a saúde e condições de vida desse segmento da população. A implementação desses programas proporcionaram a elas um melhor preparo e capacitação para o autocuidado e melhorias na saúde sexual e reprodutiva, tendo conseguido, entre outros ganhos, diminuir o número de filhos por mulher que, atualmente, é de 2,3 (CABO VERDE, 2014). Esses programas visam melhorias tanto na saúde da mulher como na do homem, mas observa-se uma forte influência cultural que dificulta o envolvimento do homem na procura desses serviços e cuidados à sua saúde sexual e reprodutiva, sendo que a maioria deles que recorrem aos serviços é para buscar os preservativos. Assim sendo, a responsabilidade em cuidar da saúde sexual e reprodutiva do casal, fazer o uso de anticoncepcional e acompanhar a gravidez, culturalmente, estão atribuídas às mulheres, observando-se, ainda, que muitas vivem com comportamentos de risco, em situações de vulnerabilidade, muitas vezes, fruto do machismo, em que o homem se nega a fazer uso de preservativo e a mulher subordina-se a esses comportamentos. O relatório sobre a situação da população mundial, de 2012, refere que, em muitas situações, as normas de gênero toleram crenças, comportamentos e expectativas específicas de mulheres e homens

adultos, as quais colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade e que as afetam por toda a vida.

Da mesma forma que as mulheres sem transtorno mental, aquelas que têm um transtorno mental estão expostas a situações e comportamentos de risco devido às condições de vulnerabilidade social a que estão sujeitas (violência e exploração sexual), sendo, também, estigmatizadas pela sociedade, agravadas ainda mais pela sua condição de saúde, fraco suporte informativo e assistência que recebem em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Nesse contexto, o relatório da *United Nations Population Fund* (UNFPA 2017) sobre a situação da população mundial aponta que para atingir um padrão elevado na saúde sexual e reprodutiva, além da disponibilização de informações, serviços e acessibilidade aos mesmos, é necessário que se trabalhe com as desigualdades estruturais e multidimensionais na sociedade.

Assim sendo, este estudo tem um potencial de impacto sobre a realidade do país, se considerarmos que cerca de 49.8% da população são mulheres, com um importante papel social como mãe, esposa e com a responsabilidade de cuidar dos filhos e da família. Segundo dados do INE, em 2017, 46.7% das mulheres eram chefes de família, um número significativo em um país onde culturalmente são consideradas responsáveis pela educação dos filhos. Essa mesma realidade é vivenciada pela mulher com transtornos mentais em que os preconceitos e estigmas passam a ser ainda mais fortes, contribuindo para que muitas delas sejam excluídas de qualquer tipo de intervenção e/ou acompanhamento.

Dessa forma, considerando que Cabo Verde/África dispõe de condições estruturais e legais, e profissionais capacitados para prestarem um atendimento integral e indiscriminado às pessoas, questiona-se o porquê a saúde sexual das mulheres com transtornos mentais é negligenciada. O relatório sobre a situação da população, de 2012, referiu que a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, as desvantagens e exclusões sociais enfrentadas por muitas mulheres podem ter como consequência, maior risco e exposição à gravidez (UNFPA, 2012).

Considerando que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtornos mentais é um tema emergente na realidade cabo-verdiana; que o planejamento familiar na condição de transtornos mentais tem particularidades; e que estas mulheres têm direito de desfrutar da sua vida sexual e reprodutiva, decidiu-se pela realização deste estudo, com o propósito de construir conhecimento nessa temática específica.

Espera-se que o produto deste estudo possa contribuir para respaldar a prática dos profissionais de saúde, particularmente, dos enfermeiros e contribuir para uma mudança no

modelo de assistência às mulheres com transtornos mentais, da prevenção e manutenção de cuidados culturais; acomodação e/ ou negociação de cuidados culturais; cuidado da cultura e/ ou a reestruturação, como forma de aproximação do etic ao cuidado emic.

Tendo em vista, por um lado, que o país possui um relevante arcabouço legal na forma de programas e políticas públicas que preconizam atenção integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher e, por outro, que existe uma significativa rede de serviços onde esses cuidados são assegurados à população questiona-se:

***Quais influências moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental na rede de serviços de saúde da ilha de São Vicente/Cabo Verde/África?***

Em busca de resposta para esse questionamento e levando em consideração as lacunas bibliográficas sobre essa realidade, pois há poucos estudos que tratem especificadamente da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, esta dissertação de mestrado está direcionada para o estudo da percepção e das ações realizadas pelos profissionais de saúde na assistência a essas mulheres. Acreditamos que o estudo apresentado possa contribuir para a conscientização dos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro na sua prática assistencial, fornecendo, portanto, dados práticos que deem suporte a uma prática baseada em evidências, incentivando a mudança no atendimento dessa clientela. Concomitantemente, espera-se que os dados gerados possam sensibilizar as entidades competentes no sentido de haver uma reavaliação e reorganização em nível das políticas direcionadas a esse grupo, a fim de proporcionar orientações que sustentam um atendimento integral e que responda as suas necessidades.

Trata-se, portanto, de um estudo que tem em sua origem o reconhecimento dos problemas que a mulher com transtornos mentais encontra para usufruir de seu direito à assistência sexual e reprodutiva, juntamente com a assertiva da necessidade de mudanças no atendimento a essas mulheres, haja vista o despreparo apresentado pela família, sociedade e pelo próprio profissional de saúde em reconhecê-las como seres que necessitam desfrutar de uma vida sexual e reprodutiva plena e com maior autonomia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender as influências que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental na rede de serviços de saúde da ilha de São Vicente/ Cabo Verde.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1 - Identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

2.2.2 - Identificar as referências de natureza cultural, acadêmica e institucional que o profissional de saúde utiliza para moldar a assistência à saúde sexual e reprodutiva prestada às mulheres com transtorno mental.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está estruturado em quatro partes. Na primeira, busca-se resgatar o conceito de saúde sexual e reprodutiva, utilizando como balizadores alguns acontecimentos históricos que promoveram o progresso alcançado em relação à construção deste conceito. Procurou-se, especificamente, entender a participação de algumas entidades nesse processo nomeadamente as Nações Unidas (NU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Conferência Internacional para o Desenvolvimento da População (CIPD), entre outras. A segunda parte apresenta, de forma sucinta, os direitos sexuais e reprodutivos defendidos pela comunidade internacional, fazendo um contraponto com as mulheres que apresentam transtorno mental. Na terceira, aborda-se a saúde sexual e reprodutiva de mulheres com transtornos mentais, enfatizando que, no âmbito da literatura, há uma fragmentação entre ser mulher com transtorno mental e a sua saúde sexual e reprodutiva. E, por fim, na quarta parte, faz-se uma abordagem geral da saúde sexual e reprodutiva em Cabo Verde, pontuando alguns programas instituídos ao longo do tempo e que trouxeram avanços para a realidade deste país, repercutindo de forma positiva nos indicadores de saúde.

#### 3.1 Saúde sexual e reprodutiva do ponto de vista conceitual

Na perspectiva histórica, por muito tempo, o sexo reconhecido era o masculino, ficando a mulher como sendo um corpo de homem não desenvolvido. A partir do século XVIII, no Renascimento, começaram a considerar a existência de um modelo de dois sexos biológicos distintos. Entretanto, o auge deu-se com a Revolução Francesa, tendo gerado uma reviravolta no modo de pensar a existência de homens e mulheres, partindo do referencial da igualdade e tendo como objetivo desfazer a concepção de mulher como ser humano inferior. Assim “no clamor *liberté, égalité, fraternité*”, a mulher deixou de ser vista como um homem atrofiado para ganhar um sexo e corporeidade própria (MATTAR, 2008).

A identidade da mulher foi durante muito tempo regida por normas sociais, culturais, religiosas e políticas, tendo prevalecido uma cultura patriarcal, fortemente disseminada pela sociedade que atribuía a mulher o papel de mãe, esposa e dona do lar. Sustentado por um modelo que reafirmava o poder do homem sobre a mulher e seus filhos, um dos problemas

diretamente relacionado a esta forma de pensar era a fraca liberdade e autonomia da mulher em gerir a sua vida sexual e reprodutiva, bem como decidir sobre o seu próprio corpo, vindo na mulher uma vocação natural de ser mãe e esposa. Uma das consequências decorrentes deste sistema ou mesmo dos fracos recursos que a mulher dispunha para o controle da natalidade foi o aumento da taxa de fecundidade. Com o tempo, foram surgindo grupos feministas, reivindicando os direitos da mulher, além desses movimentos, a preocupação com a quantidade de habitantes no mundo e gerir os recursos existentes despertou interesses políticos em criar medidas em face da situação. Uma das propostas para resolver a problematização de uma eventual explosão demográfica foi a criação dos programas de planejamento familiar.

Contudo, as questões populacionais foram alvo de maior atenção nos últimos tempos, provocando evoluções e mudanças que têm sido incorporadas em políticas e ações programáticas em diferentes países. A atualidade está marcada por diversas ações preocupadas com os modos de consumo e produções vigentes no Planeta. Esses problemas têm despertado preocupação, desde a aceleração dos ciclos produtivos e de consumo com a revolução industrial, e agravada pela explosão demográfica mundial que começou nos anos 50 do século XX (ARAÚJO; NASCIMENTO; VIANNA, 2014). Nesse contexto, já nos anos 60, observou-se um movimento dos governos, preocupados com a questão populacional e gestão dos recursos, propondo uma política de “controle da natalidade”, tendo sido os programas de planejamento familiar apresentados como meio de minimizar a situação vivenciada.

Dados estatísticos mostram que os anos 50 e 60, do século XX, foram aqueles em que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Assim, os demógrafos mais pessimistas, em uma tentativa de explicar a ocorrência de fome nos países subdesenvolvidos, tomaram estes dados como comprovação da “explosão populacional” e justificativa para a necessidade de políticas demográficas que visassem a redução da fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Este tipo de preocupação fundamenta as análises do pensamento neomalthusiano (FONTANA et al,2015).

Ainda sobre o crescimento demográfico, uma diferença fundamental entre Malthus que chamou atenção a este fenômeno, apontando-o como um obstáculo ao desenvolvimento, e o neomalthusianismo é que este preconizou medidas administrativas destinadas a desencorajar a fecundidade, sendo que aceita e indica os métodos contraceptivos como forma de controle coercitivo da fecundidade (FONTANA et al,2015).

A preocupação em fazer valer o “controle populacional” desencadeou ações como a de tentar convencer a opinião pública de que não seria seguro esperar as lentas e complexas transformações econômicas e culturais apontadas, segundo a teoria da transição demográfica, como processos que deveriam proceder a uma redução significativa da fecundidade. Observou-se uma massiva campanha dos programas de planejamento familiar por fundações, institutos e organismos internacionais com o principal foco: combater a ameaça do rápido crescimento demográfico (COSTA et al, 2013). Dessa forma, observa-se que, ainda nos anos 70, houve uma utilização do programa de saúde como pretexto para conseguir o controle da natalidade, como forma de combater a pobreza e as desigualdades.

Já no ano de 1975, com a primeira Conferência Internacional da Mulher, realizada no México, iniciava-se, portanto, a década das Nações Unidas para as Mulheres, tendo conseguido incluir na declaração da conferência o direito à autonomia reprodutiva. Conseguiu-se, também, a declaração que previa o direito à escolha reprodutiva sob a noção de controle e integridade corporal. Em 1979, a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, também denominada de CEDAW (ALVES, 2014).

Posteriormente, na década de 90, houve um redirecionamento das políticas internacionais para ampliar o debate sobre as questões do meio ambiente e do desenvolvimento, culminando na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, no Cairo, e a Conferência Mundial sobre a mulher em 1995, em *Beijing*. Com a CIPD, houve uma nova abordagem à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, superando o enfoque puramente demográfico, suscitando, assim, novos debates sobre o crescimento populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos (SILVA; MARQUES; PAIVA, 2013).

As décadas de 80 e 90 foram marcadas pela tentativa de definir o que seria saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher. Tanto a Conferência de Adelaide, realizada em Abril de 1988, em que o conceito de saúde reprodutiva teve grande impacto, quanto a CIPD do Cairo, ocorrida em 1994, tiveram grande importância na mobilização da atenção da comunidade internacional sobre a saúde sexual e reprodutiva. A chamada de atenção da CIPD à comunidade internacional em apostar nas necessidades dos indivíduos, concebendo a mulher como sujeito de direitos e desconstruindo a visão aplicada, até então, de priorizar políticas demográficas em detrimento de seus corpos, foi uma mais-valia para poder considerar as reais necessidades da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.



Depois de um longo período debatendo questões referentes à demografia e à economia, foi realizada a Conferência no Cairo. O programa de ação da CIPD, resultado de um consenso assinada por 179 países, propiciou uma mudança fundamental de paradigmas: das políticas populacionais *Stricto sensu* para a defesa das premissas dos direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (WONG et al, 2014).

A CIPD do Cairo desempenhou um papel de extrema importância, desenvolvendo um entendimento global sobre a saúde sexual e reprodutiva, chamando atenção, também, aos fatores institucionais, sociais, políticos e econômicos indispensáveis para o seu cumprimento. Assim sendo, marcou uma profunda mudança de abordagem da comunidade internacional sobre a saúde sexual e reprodutiva, dando contornos a várias políticas que, atualmente, estão em prática. Nesse sentido, a CIPD deu uma importante contribuição, situando o programa de planejamento familiar em programas mais amplos sobre a saúde sexual e reprodutiva, estando os direitos reprodutivos referenciados como uma das grandes conquistas (UNFPA, 2012).

A mesma fonte citou, ainda, que, na CIPD, a comunidade internacional traduziu o seu reconhecimento sobre os direitos dos indivíduos ao planejamento familiar, despertando o compromisso com os direitos humanos para a saúde. Assim sendo, trouxe o enfoque centrado na capacidade do Estado e dos indivíduos cumprirem seus direitos, demonstrando a importância do Estado respeitar, proteger e cumprir esses direitos. Acrescenta, ainda, que uma das contribuições da CIPD foi a de trazer os direitos reprodutivos como reconhecimento do direito dos casais em planejar a sua família, isto é, ter a liberdade em decidir se quer ter filhos, qual a frequência em tê-los, como os possibilita a gozar o direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Neste contexto, eles também têm o direito de tomar decisões referentes à reprodução, livre de discriminação, coerção e violência, conforme está salvaguardado no documento dos direitos humanos (UNFPA, 2012).

Foi, também, conferido o papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, superando a preocupação puramente demográfica. O novo foco provocou uma transformação profunda no debate sobre o crescimento populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Ademais, o conceito defendido trouxe uma maior abrangência do que é a saúde sexual e reprodutiva, superando a visão biológica e a obrigatoriedade da reprodução para as mulheres (SILVA; MARQUES; PAIVA, 2013).

Além dessas intervenções, a saúde reprodutiva deve levar em consideração as desigualdades de gênero, a orientação sexual e a classe social, proporcionando um cuidado

que atenda as individualidades da mulher. Inclui, também, as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas e seu impacto sobre a situação de saúde (BRASIL, 2013). Corroborando com essa concepção, o Relatório do Desenvolvimento Humano, de 2011, acrescenta investimentos que melhoram a equidade na saúde reprodutiva, podendo promover a sustentabilidade e o desenvolvimento humano.

Para a OMS, a saúde reprodutiva é definida como sendo o “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”. Nessa linha adotada pela OMS, os cuidados a serem prestados à saúde reprodutiva constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres nessa área e ao longo do ciclo vital desses indivíduos (PORTUGAL, 2008).

Em relação à saúde sexual, a Organização Mundial da Saúde a define como “um estado completo de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não só a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 2009). Questões como o prazer, as experiências e práticas sexuais, a imagem do corpo, os comportamentos sexuais, os métodos anticoncepcionais, a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis dos (IST's) e HIV/AIDS incluem-se na saúde sexual. Os direitos sexuais devem ser assegurados, garantindo uma vivência de experiência sexual segura e gratificante, livre de qualquer forma de discriminação e violência (WHO, 2009).

Para uma definição dos conceitos da saúde sexual e reprodutiva, pressupõe-se que as pessoas têm uma vida sexual segura e prazerosa, com capacidade de reprodução, bem como a liberdade para decidir em relação ao planejamento familiar. Questões dos direitos humanos estão vinculadas nessa definição, reconhecendo que todos os casais e indivíduos têm o direito a decidir livremente e de forma responsável os aspectos relacionados com a reprodução (o número de filhos, local e momento), livre de discriminação, coerção ou violência. Também estão incluídas as garantias legais contra a discriminação, violação, mais aceitabilidade, acessibilidade e, também, melhor qualidade das informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva para todos (KISMODI; COTTINGHAM; GRUSKIN; MILLER, 2015).

### **3.2 Direitos sexuais e reprodutivos**

O relatório do Parlamento Europeu (2014) refere que os direitos sexuais e reprodutivos que salvaguardam a saúde sexual e reprodutiva encontram-se reconhecidos no artigo 96.º, da Plataforma de Pequim (1995), baseados nos direitos humanos à igualdade e à dignidade. Complementa, ainda, que esses direitos, incluindo a cuidados de saúde maternos e ao planeamento familiar, envolvem questões de liberdade e prerrogativas ligadas a muitos direitos civis, políticos, económicos e culturais já instituídos, enfatizando a inter-relação entre os direitos sexuais e reprodutivos. Corroborando com essa perspectiva, a *World Association for Sexual Health* (WAS), trata dos direitos sexuais baseados nos direitos humanos universais, que já são reconhecidos (WAS, 2014).

Em uma busca da literatura sobre os direitos sexuais e reprodutivos, percebe-se uma unanimidade na defesa de que para efetivar o cumprimento desses direitos é preciso proteger, respeitar e garantir os direitos humanos. Identifica-se uma proposta de compatibilidades entre os direitos sexuais e reprodutivos e os direitos humanos (sociais, civis, culturais políticos, jurídicos, trabalho, saúde, educação), demonstrando como o não cumprimento de um influenciam diretamente nos outros. Nesse contexto, o relatório da Situação da População Mundial 2017 exemplifica que a sociedade pode ter benefícios sociais e económicos quando as pessoas puderem usufruir dos seus direitos à saúde e à educação e quando as mulheres puderem decidir o momento e com que frequência que podem engravidar e estarem em condição de igualdade na força de trabalho quando comparadas com os homens (UNFPA, 2017).

A UNFPA no relatório sobre a Situação da População Mundial (2012) aponta que o direito de decidir o espaçamento entre as gestações encontra-se inserido nos direitos reprodutivos e, portanto, relacionados aos direitos humanos básicos, tais como:

- O direito à vida;
- O direito à liberdade e à segurança pessoal;
- O direito à saúde, inclusive à saúde sexual e reprodutiva;
- O direito ao consentimento ao matrimônio e à igualdade no matrimônio;
- O direito à privacidade;
- O direito à igualdade e à não discriminação;
- O direito de não ser objeto de tortura ou de outro tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante;
- O direito ao ensino, inclusive o de acesso à educação sexual;

- O direito de participar da condução das questões de interesse público e o direito de participação livre, ativa e significativa;
- O direito de buscar, compartilhar e receber informações e de ter liberdade de expressão;
- O direito de beneficiar-se do progresso científico.

Em seus estudos, Pizzarossa e Perehudoff (2017) apontaram a intervenção do órgão das Nações Unidas, Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), que no ano de 2016, mencionou, em Comentário Geral No. 22, as obrigações dos Estados em assegurar à saúde sexual e reprodutiva, em uma abordagem clara baseada nos direitos humanos. O Comentário Geral No. 22 contém cinco componentes inovadores, sendo eles:

1. Adota uma abordagem de ciclo de vida, reforçando que o conceito de saúde sexual e reprodutiva se estende para além dos limites da “saúde materna”;
2. Reconhece que o direito à saúde sexual e reprodutiva é indivisível e interdependente de outros direitos humanos;
3. Rejeita todas as formas de práticas coercivas relacionadas a esse direito;
4. Promove uma abordagem sensível ao gênero e reconhece que, devido às capacidades reprodutivas das mulheres, a realização do direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva é essencial para a realização de todos os seus direitos humanos; e
5. Adota uma abordagem interseccional para as questões transversais de igualdade e discriminação múltipla na concepção e execução de políticas e programas.

O relatório da Situação da População Mundial, 2017, salienta, ainda, que a desigualdade não é inevitável e aponta que um possível meio para minimizá-la é trabalhar com ações que visem combater as intersecções das desigualdades de pessoas na sociedade e na economia. Apontam como uma dessas ações adotar medidas que possam concretizar os direitos reprodutivos e a igualdade de gênero, com ênfase especial nas pessoas que fazem parte dos 40% mais pobres.

A preocupação em atribuir um papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, focalizando no desenvolvimento humano em detrimento do discurso de controle reprodutivo para atender os objetivos puramente demográficos, já foi evidenciado na Conferência Internacional da ONU, sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo,

em 1994. A CIPD provocou transformações profundas no debate populacional ao dar prioridades às questões dos direitos humanos (PIZZAROSSA; PEREHUDOFF, 2017).

A declaração dos Direitos Sexuais da WAS reafirmou que para os direitos sexuais serem atingidos e mantidos, os direitos humanos de todos devem ser respeitados, protegidos e efetivados (WAS, 2014). Dessa forma, convém salientar que os direitos das mulheres, durante muito tempo, foram socialmente negligenciados, o que desencadeou uma árdua luta para que se efetivasse o reconhecimento da mulher como sujeito de direito, sendo que, cronologicamente, os direitos sexuais e reprodutivos foram os mais recentes a serem estabelecidos e reconhecidos como direitos humanos.

A mesma fonte declara que a igualdade e não discriminação são fundamentais à proteção e promoção de todos os direitos humanos e incluem a proibição de quaisquer distinções, exclusões ou restrições com base em raça, etnia, cor, sexo, linguagem, religião, opinião política, seja de origem social ou regional, bem como outros fatores como deficiências, idade, nacionalidade, estado civil ou familiar, orientação sexual e identidade de gênero, estado de saúde, local de residência e situação econômica ou social (WAS, 2014).

No Relatório do Parlamento Europeu (2013), consta que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são elementos basilares da dignidade e do desenvolvimento humano e uma base fundamental do progresso social e econômico. As desigualdades sociais entre o homem e a mulher trazem consigo agravos na saúde destas, especialmente, no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva.

A *Committee on the Elimination of discrimination against Woman* (CEDAW), adotada em 1979, pela Assembleia Geral da ONU, é, muitas vezes, descrita como uma declaração internacional de direitos das mulheres. Esta enfatizou, no artigo 12, que os Estados-partes devem adotar todas as medidas apropriadas que visem eliminar a discriminação contra a mulher na esfera de cuidados médicos, a fim de lhe assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive no que se refere ao planejamento familiar. O CEDAW, no artigo 16, refere que as mulheres devem ter garantido os direitos iguais ao decidir de forma livre e responsável o número de filhos que desejam ter e o espaçamento entre eles. Além disso, devem ter acesso à informação e a meios para capacitá-las a exercer os seus direitos. No artigo 12, do CEDAW, consta que “as mulheres têm direito à educação, além do acesso à informação educacional específica, para, assim, ajudar a garantir a saúde e o bem-estar das famílias, incluindo informações e conselhos sobre o planejamento familiar” (CEDAW, 1979).

Os propósitos da CEDAW trazem de forma efetiva os direitos das mulheres, apelando para o cumprimento dos mesmos. Apesar dos avanços conseguidos na atualidade, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são frequentemente violados em vários pontos do planeta. Deste modo, parece imprescindível que haja cumprimento, proteção e respeito em relação aos direitos humanos, para que os direitos sexuais e reprodutivos também sejam cumpridos. Na declaração dos Direitos Sexuais da *World Association for Sexual Health* consta que todos os tipos de violência, perseguição, discriminação, exclusão e estigmas são violações dos direitos humanos e afetam o bem-estar do indivíduo, famílias e comunidades (WAS, 2014).

O Relatório sobre a situação da População Mundial (2012), referindo-se ao direito ao planejamento familiar, chama a atenção que, embora nos dias de hoje seja completamente normal para milhões de pessoas deterem os meios e poder realizar o planejamento do número de filhos, ainda existe uma proporção significativa de pessoas que não dispõem do direito de decidir quantos filhos vai ter. Diversas são as razões que explicam essa situação, dentre elas, a falta de acesso a informações e a serviços de planejamento familiar e a qualidade dos serviços prestados, que, ao serem muito insatisfatórios, os usuários preferem não utilizá-los.

Pensando além do planejamento familiar e das consequências dos achados acima referente à saúde e ao não cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos, o relatório acerca da Situação da População Mundial (2017) menciona que essas desigualdades trazem implicações não só aos indivíduos em particular como também pode atingir uma nação. Além disso, aponta que as mulheres pobres e sem instrução que não podem decidir sobre quando terão os filhos, provavelmente, não receberão educação ou não participarão da força de trabalho, o que, possivelmente, as deixará no círculo vicioso de pobreza. Refere, ainda, que quando outras mulheres sofrem da mesma privação, agravam-se os problemas relativos à sociedade e à economia como um todo, dificultando, desse modo, a concretização dos direitos humanos.

Seguindo na perspectiva de uma necessidade constante em proteger os direitos humanos e zelar pelo cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos, promovendo, por conseguinte, a saúde sexual e reprodutiva, a conferência de Pequim, em 1995, reafirmou aspectos defendidos na conferência de Cairo, trazendo, no capítulo intitulado “mulher e saúde”, no ponto 95, a definição de saúde reprodutiva, abordando, no ponto 94, que os direitos da reprodução abarcam direitos humanos. Refere, ainda, que, regido sobre esses direitos, os casais têm o direito a escolha sobre o número de filhos e na tomada de decisões

relativas à reprodução, sem sofrer discriminação, coação nem violências, enfatizando, desse modo, os direitos sexuais e reprodutivos (PIZZAROSSA; PEREHUDOFF, 2017).

Os direitos das mulheres à saúde sexual e reprodutiva requerem do governo um posicionamento que favoreça a disponibilidade de serviços de saúde que atendam as suas necessidades, disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de alta qualidade, bem como garantir os meios que facilitem a mulher tomar suas decisões livres em relação à sua sexualidade e reprodução (AMROUSSIA; GOICOLEA; HERNANDEZ, 2016). Desse modo, evidencia-se a necessidade de proporcionar meios para que mulheres em condições de vulnerabilidades, nomeadamente as mulheres com transtorno mental, recebam a mesma assistência.

Nesse contexto, faz-se necessária a demanda de políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva, garantindo condições adequadas na Atenção Primária de Saúde (APS). Para tanto, é preciso que haja uma articulação com os profissionais de saúde, pois estes estão intimamente ligados a esse cumprimento (LEMOS, 2014). A criação de políticas públicas ou estratégias de inclusão nas políticas vigentes servem não só para assegurar um cuidado integral que vá ao encontro das necessidades da pessoa assistida, como também orienta e instrui os profissionais sobre o seu campo de ação.

A organização social e relações de desigualdade de gênero também afetam o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Tal desigualdade efetiva-se como responsável pelo status vulnerável e limita suas habilidades para tomar as decisões sobre o seu corpo, suas vidas e gozar dos seus direitos. Aspectos como a falta de empoderamento, ser dependente economicamente ou ser politicamente excluída podem ser algumas causas que as levam a não usufruir desses direitos e, conseqüentemente, acarretar prejuízos na sua condição de saúde (AMROUSSIA; GOICOLEA; HERNANDEZ, 2016).

Políticas e legislações são dois elementos complementares para melhorar a atenção e os serviços em saúde mental, essas políticas exigem apoio político para garantir que a legislação seja corretamente implementada. O próprio governo pode discriminar ao excluir pessoas com transtornos mentais de muitos aspectos da cidadania, tais como votar, dirigir automóvel, possuir e usar imóvel, ter direitos à reprodução sexual e ao casamento e obter acesso aos tribunais (OMS, 2005).

Assim, pessoas em situação de maior fragilidade ficam frequentemente mais vulneráveis e passíveis de desrespeito aos seus direitos e, por vezes, desacreditadas de que os possuem. A pessoa com transtorno mental, frequentemente, sofre de estigmas e preconceitos, sendo, muitas vezes, excluída da sociedade. Nesse sentido, a OMS enfatiza que as pessoas

com transtornos mentais são ou podem ser, particularmente, vulneráveis à violação e abuso dos seus direitos. A negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais é uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade (OMS, 2005).

Práticas desrespeitosas podem acontecer com muita frequência por meio de ações, tais como a negação de acesso a serviços de saúde, a prestação de cuidados de baixa qualidade, estarem as mulheres sujeitas aos serviços à autorização de terceiros e a execução de procedimentos relacionados à saúde reprodutiva e sexual sem o consentimento, incluindo a esterilização forçada, exames de virgindade forçada, aborto forçado, entre outros (UNITED NATIONS HUMAN RIGHT, 2015).

Assim sendo, justifica a importância de desenvolver intervenções apropriadas que respondam as necessidades específicas do doente mental e sejam avaliadas de forma efetiva. Contudo, as evidências de pesquisa deixam transparecer uma insuficiência na elaboração de políticas na maioria dos países de renda baixa e média voltadas a esse grupo, o que compromete a saúde e os seus direitos (AE-NGIBISE et al, 2017).

Compreender o impacto do não cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos na vida e na saúde das mulheres com transtorno mental traz consigo um conjunto de desafios e oportunidades para a melhoria da sua condição de saúde. A educação sexual, um dos direitos sexuais e reprodutivos apresentados, é um meio efetivo de instruir e dar maior capacidade de decisão e conhecimentos a essas mulheres, o que ajuda a identificar se estão sendo cumpridos os seus direitos ou não.

Faz-se necessária, também, a implementação de estratégias que solucionem as práticas que violam os direitos e prejudicam a saúde da mulher, assegurando esses cuidados aos grupos mais vulneráveis que, muitas vezes, são excluídos desse cuidado. Os serviços de saúde sexual e reprodutiva têm estado comumente na vanguarda de tentativas de promoção de cuidados focados nas mulheres, porém, esses serviços tendem a serem restritos e ponderam oportuna idades de oferecer uma série mais ampla de intervenções ou negligenciaram determinados grupos de mulheres (OMS, 2011).

### **3.3 Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com transtornos mentais**

Embora, na atualidade a saúde sexual e reprodutiva da mulher tenha despertado grande interesse científico, uma busca na literatura sobre esse tema, realizada a partir das publicações



indexadas nas bases de dados LILACS e SCIELO, PUBMED, nos últimos cinco anos, mostrou uma tendência em associar esse tema à violência contra a mulher, orientação sexual, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher (transtornos disfóricos pré-menstruais, transtornos de humor e ansiedade pré-natal e pós-natal e transtornos relacionados à menopausa), neoplasias do sistema reprodutor feminino, disfunção sexual.

Por outro lado, a literatura apontou outros aspectos importantes relacionados à temática. Dentre estes, a influência dos estigmas relativos à doença mental na sexualidade e nos comportamentos sexuais de pessoas com transtornos psiquiátricos, contribuindo para o isolamento social e sexual desses indivíduos (Wainberg et al, 2016). As mesmas fontes realçam, ainda, que a maioria das pessoas com transtorno mental em cuidado psiquiátricos, em todo o mundo, são sexualmente ativas, chamando a atenção para os dados que apontam que, na área onde foi realizado o estudo, a taxa de infecção pelo HIV foi mais elevada nas pessoas com transtornos mentais quando comparado com as demais.

Nesse contexto, a proposta em estudo reafirma a sua pertinência em um âmbito que ser doente mental e os estigmas que o envolvem repercutem na visão e assistência à saúde sexual e reprodutiva desse grupo, sustentando uma visão de que, via de regra, não são sexualmente ativo, ou associar a expressão de sua sexualidade à doença mental.

A presença de um diagnóstico de transtorno mental, em geral, vem acompanhada de estigmas e preconceitos sociais que deixam de reconhecer as capacidades à pessoa doente, como se estas perdessem sua identidade. Assim sendo, é do senso comum relacionar a representação da sexualidade dessas mulheres à manifestação e transgressão própria da doença. Consequentemente, existe uma maior atribuição de negativismo para as suas vivências pessoais, o que acarreta maior dificuldade em lidar com os aspectos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, essas dificuldades podem ser apresentadas pela família, sociedade ou mesmo pelos profissionais de saúde. A subestimação da capacidade da mulher com transtorno mental em reter informações ou em gerir o autocuidado pode ser um dos condicionantes que, muitas vezes, leva a ocultação de informações, o que pode ter repercussão negativa na sua condição de saúde.

Nessa perspectiva, Detomini, Rasera e Peres (2016) salientam que existem grandes problemas em relação ao reconhecimento da sexualidade das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais graves, referindo que os estigmas e preconceitos são reforçados tanto pelo

profissional de saúde quanto pelo doente, familiares e a população em geral, agravando, assim, situação de saúde dessa população (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

Nos seus estudos, Ziliotto e Marcolan (2014) relatam que a maioria dos trabalhadores de enfermagem percebe a sexualidade da pessoa com transtorno mental como manifestação da doença, sendo o indivíduo incapacitado de expressão da sexualidade tida como normal, uma vez que não consegue regular seus afetos e desejos. Os mesmos autores, em um outro estudo, constataram o quanto o preconceito, as crenças, juízos de valor e estigmas dos trabalhadores de enfermagem interferem de forma negativa na prestação de cuidados. Reconheceram que a conduta de enfermagem frente à sexualidade do doente mental incorporou o dispositivo da disciplina, pela qual a expressão da sexualidade é alvo de vigilância, controle e punição (ZILIOOTTO; MARCOLAN, 2013).

Ainda, relativamente ao impacto da visão que o profissional tem sobre a sexualidade da pessoa com transtorno mental, Detomini, Raser e Peres (2016) avaliaram, através de diversas temáticas utilizadas no âmbito da sexualidade e saúde mental, que pode ocorrer a construção de conceitos diferenciados por parte dos profissionais ou mesmo dos usuários. O desencontro de informações e às vulnerabilidades sofridas pelo doente mental estão associados a essas construções, apontando que as vivências sexuais dessas pessoas são historicamente construídas sob estigmas, preconceitos e negligências de direitos (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

Ziliotto e Marcolan (2013) relataram ainda que a negação da sexualidade da pessoa com transtorno mental, por parte do profissional de enfermagem, criou uma falsa percepção de purificação e assexualidade, ressaltando, ainda, que estes profissionais apresentam dificuldade para aperceber a importância dos corpos dos doentes mentais como instrumento do cuidado de enfermagem (ZILIOOTTO; MARCOLAN, 2013). Essa representação do profissional de saúde, a negação da sexualidade do doente mental e, conseqüentemente, a não assistência à mulher com transtorno mental, acarreta prejuízos na sua saúde que vai desde a probabilidade de contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST) ou HIV, bem como uma gravidez não desejada.

Na base da dificuldade frequentemente apresentada por profissionais de saúde em lidar com questões sexuais e reprodutivas da mulher com transtorno mental, pode estar o despreparo dos mesmos e pouca instrução em como manejar tais situações. Assim sendo, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde podem ficar mais propensas a demonstrar negação, repressão e preconceitos não só na abordagem como pelo próprio julgamento que se

faz sobre a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Em um estudo realizado por Orita e Maio (2013), é possível constatar que as expressões sexuais dos doentes mentais estavam sendo encaradas como insanidade, apresentando durante o período de hospitalização uma preocupação em inibir a libído dessas pessoas recorrendo-se, muitas vezes, a contenção química e mecânica. Colaborando com esse estudo, Ziliotto e Marcolan (2014) referiram que manifestações mais simples e rotineira de expressão da sexualidade como o toque, beijo, abraço, olhar ou modo de vestir-se também podem ser consideradas pelos profissionais de saúde como fora do contexto esperado e, por conseguinte, encaradas como psicopatológicos.

Nesse viés, pode-se observar que as ações dos profissionais nos serviços de saúde, muitas vezes, podem promover ainda mais a exclusão de que os doentes mentais são alvo, desacreditando, assim, em seus direitos de viver e gozar de uma vida sexual e reprodutiva satisfatória. Desse modo, corre-se o risco de potencializar ainda mais a dificuldade que essas pessoas enfrentam em exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos, além de que efetiva cada vez mais os estigmas e preconceitos existentes. Nesta linha de pensamento, Detomini, Raserá e Peres (2016) chamam a atenção sobre a marginalização que as pessoas com transtorno mental podem sofrer pelos serviços de saúde, apresentando como consequências uma negligência nas ações que poderiam potencializar um melhor relacionamento com a sociedade, suas condições de trabalho e, de forma específica, sua vivência sexual.

A negação ou dificuldade de ver a mulher com transtorno mental como pessoa de direito a usufruir de uma vida sexual e reprodutiva satisfatória, desencadeia ações como o uso e controle medicamentoso como forma de minimizar a expressão ou desejo apresentado por ela. Nesse contexto e preocupados com a forma como frequentemente são tratadas as questões sexuais e reprodutivas da mulher com transtorno mental, Ziliotto e Marcolan (2013) apontam para uma necessidade de capacitação dos profissionais de saúde por parte das instituições, recomendando ainda a oferta de orientações sistematizadas, educação e supervisão, com objetivo de minimizar o fato de que os critérios de ação fiquem a cargo e entendimento de cada profissional da saúde.

Em consequência das ações supracitadas ou decorrente da falta de informação disponibilizada à mulher com transtorno mental, esta pode apresentar dificuldades e/ ou receio de expressar e demonstrar os seus desejos e sentimentos. Nessa perspectiva, o estudo feito por Barbosa, Sousa e Freitas (2014) evidencia um despreparo por parte do doente mental em desfrutar a sexualidade de forma sadia, prazerosa e respeitosa, manifestando medo e, conseqüente, preferência por não ter relações sexuais por temerem contrair uma IST, HIV ou

uma gravidez não desejada. Somado a isso, muitas delas, também, apresentaram desconhecimento em relação ao uso de métodos preventivos.

Assim, faz-se necessário estreitar os laços entre o campo científico e as instituições hospitalares com intento de desabilitar dicotomias entre os saberes teóricos e práticos, tendo em vista a conscientização dos profissionais de saúde e construção de uma sociedade que respeite a saúde sexual das pessoas com transtornos mentais (ORITA; MAIO, 2013).

A maternidade está fortemente relacionada aos papéis atribuídos socialmente a mulher, encarando-a como algo intrínseco a natureza feminina que, por si, já apresenta um instinto maternal. A mulher com transtorno mental, também pertencente a comunidade onde está inserida, carrega consigo os valores e princípios que regem a sociedade e, uma vez mãe, são-lhes exigidas ou apresentadas expectativas em relação ao cuidado com o filho e vivência da maternidade. Embora esta seja uma experiência que não pode ser unificada para todas as mulheres, pois cada uma é um ser único, relativamente, quanto àquela com transtorno mental percebe-se particularidades em relação à maternidade e sua vivência, principalmente, nas mulheres com diagnóstico de transtorno grave.

A vivência da maternidade pela mulher que apresenta transtorno mental, sofrendo com o estigma de ser tratada como louca, coloca-a em maior vulnerabilidade social. A maternidade envolve aspectos psicológicos, tais como a sobrecarga que a mulher está exposta ou sentimentos de angústia, levando a uma instabilidade emocional, os aspectos sociais que envolvem as expectativas do cumprimento de papéis da boa mãe e esposa, ou os aspectos biológicos relacionados ao período gravítico, referente à alteração hormonal, que se manifestam de forma complexa e interligadas. Esses aspectos, quando associados à maternidade da mulher com transtorno mental, estão relacionados, também, com as expectativas que recaem sobre ela, e esta nem sempre consegue responder de forma positiva a essas demandas do cuidado do filho, podendo vivenciar experiências menos positivas (JESUS; JUCÁ; BARBOSA, 2014).

O estresse materno e/ ou problemas de saúde mental são fatores que podem interferir na capacidade da mãe responder, de forma apropriada, às necessidades do seu bebê, e estes podem influenciar o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (POTHARST et al, 2017). A depressão pós-parto tem sido abordada na literatura por ser um dos principais distúrbios psiquiátricos observados no pós-parto. Este transtorno, além de poder trazer dificuldade no cuidado ao filho, pode repercutir, também, na vida dessa mulher e sua família. Em diversas situações, pode ocorrer a necessidade de hospitalização da mulher, além de

influenciar na interação mãe-filho e apego. Desse modo, o diagnóstico e manejo precoce do transtorno psiquiátrico pós-parto são extremamente cruciais no processo de cuidado ao filho e cuidado a sua saúde mental (RAI; PATHAK; SHARMA, 2017; GELAYE et al, 2016)

A pesquisa realizada por Henriques (2013) revelou que as mulheres com transtorno mental têm maiores dificuldades para cuidar dos filhos se comparadas com a mulher que não sofre com transtorno mental. Contudo, tal fator não as destitui do direito de terem filhos, de cuidar deles, de ter quantos filhos quiserem, como quiserem, dentro ou fora do núcleo familiar, e se não quiserem tê-los (HENRIQUES, 2013).

O padrão social de como exercer a maternidade pode acarretar dificuldades à mulher em sofrimento psíquico pelo fato de não conseguir responder às expectativas, podendo trazer agravos na sua condição de saúde. Adiciona-se o fato de que pode não ter o apoio necessário, tendo dificuldades em exercer esse papel da forma integral. A vivência de um sofrimento psíquico intenso por parte de mulheres que são mães permitiu conhecer os danos que situações extremas de desamparo podem acarretar. O estudo de Jesus, Jucá e Barbosa (2014) apontou que o desamparo às mulheres, intensificado pela vulnerabilidade social a que estavam expostas, as levavam a se deparar com uma solidão muito particular, embora esta pudesse ser minimizada através da organização da rede de cuidados (JESUS; JUCÁ; BARBOSA, 2014).

Durante o exercício da maternidade, a mulher com transtornos mentais pode sentir dificuldades em oferecer os cuidados necessários ao filho, entretanto, isso não significa que ela não possa exercer esse papel. Ter um suporte familiar, do companheiro ou de redes sociais, faz a diferença, possibilitando-lhe cuidar do filho e este ser cuidado pela própria mãe. Ademais, o suporte oferecido à mulher faz com que ela tenha melhores condições em responder as demandas do filho e cuidar de si, além de evitar outros transtornos como a depressão pós-parto (CORRIGAN et al, 2015).

As relações da mulher e sua rede familiar parecem apontar para um lugar de destaque, no que se refere ao apoio que a família pode oferecer às mulheres no exercício da maternidade em interface com o transtorno mental, sendo de suma importância nos momentos da crise (HENRIQUES, 2013). A rede familiar pode apresentar-se para a mulher com transtorno mental como suporte para o cuidado com os filhos e no autocuidado, segurança física e apoio emocional e psíquico. Contudo, por outro lado, em situações que a família entende que a mulher não está preparada ou devido aos estigmas existentes não a veem como suficientemente capaz, a destitue do direito de exercer a sua maternidade, assumindo pela sua total responsabilidade a guarda e o cuidado da criança.

Decorrente das ideias preconcebidas sobre a doença mental e os estigmas envolvidos, o diagnóstico da doença pode ser uma barreira que dificulta para que uma mulher mentalmente doente possa ser considerada capaz de cuidar dos filhos. Henriques (2013) salientou que a idealização da maternidade e da loucura pelos familiares e profissionais e pelas próprias mulheres induzem a criação de tabus. Aquela que é mentalmente doente possui dificuldades reais de desempenhar o cuidado aos seus filhos, entretanto, isso não constitui entrave para que elas não possam exercer a maternidade (HENRIQUES, 2013). Observou, também, que muitas daquelas que estavam distanciados dos seus filhos, não perderam o vínculo já instituído e buscavam incessantemente o direito de exercerem a maternidade (HENRIQUES, 2013).

Em síntese, a busca na literatura apresentou resultados que corroboram com as ideias defendidas no presente trabalho, demonstrando uma dissociação da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, acrescentando ainda que o cuidado recebido por elas, muitas vezes, pouco abrangente, não responde as necessidades desse grupo, apresentando estigmas e preconceitos sociais em relação à doença mental e sua capacidade de autocuidado, associando sua expressão sexual com manifestação da doença e, portanto, exacerbado. Nesse sentido, em relação à produção científica, concorda-se com Botii et al (2013) ao referir que aspectos reprodutivos, ginecológicos, sexuais e clínicos da mulher com transtorno mental carecem de maior exploração na literatura científica e questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva como a gravidez, planejamento familiar e sexualidade merecem maior atenção e necessidade de discutir os aspectos éticos, políticos e técnico-científicos envolvidos.

### **3.4 Saúde Sexual e Reprodutiva em Cabo Verde**

A Cultura Cabo-verdiana herdou da colonização portuguesa o sistema patriarcal, marcando um forte poder do homem sobre a mulher. O papel da mulher como mãe e esposa, bem forte e enraizada na cultura, determinou o lugar que ela ocupava na família. O homem europeu chegando nas ilhas acompanhado ou não pela esposa branca, não o impedia de manter relações sexuais com as mulheres escravas. Assim, ficou marcada, também, a existência de uma “poligamia informal”, em que o homem podia ter a sua família legítima e manter várias outras mulheres, tendo, assim, um grande número de filhos, com a particularidade de que socialmente é visto como família apenas aquela que o homem coabita com a mulher e os filhos.

Além dessa organização que determinou a estrutura das famílias cabo-verdianas, a emigração dos homens também foi um marco muito importante. Eles emigravam em busca de condições melhores de vida, deixando para trás as mulheres e os inúmeros filhos. No período pós-independência, muitas mulheres estavam imersas em uma condição de pobreza, com uma média de 7 filhos por mulher, que nem sempre tinham o mesmo pai, sendo que muitos não tinham sido registados pelo pai.

Fruto de uma construção social marcada pela desigualdade, normas sociais, culturais, morais, materiais e uma mentalidade de que ter filhos era a riqueza do povo cabo-verdiano, o papel da mulher resumia-se a ser boa esposa e mãe, não sendo reconhecida no mercado de trabalho. Tendo pouco acesso aos cuidados de saúde, situação que resultava, muitas vezes, em pouco ou quase nenhum conhecimento sobre questões relacionadas à saúde reprodutiva e os meios de prevenir a gravidez, observava-se um grande número de filhos por mulher.

Segundo técnicos do Centro Reprodutivo Bela Vista, na ilha de São Vicente/Cabo Verde, o intervalo entre duas gravidezes era muito curto e não havia acompanhamento regular durante a gravidez. Os partos, em sua maioria, eram realizados em casa, por parteiras leigas. Nos hospitais, não havia um serviço específico de atenção às mulheres, e aquelas que tinham maior poder econômico deslocavam-se para a ilha de São Vicente ou para a capital Praia, na ilha de Santiago. A mortalidade materno-infantil era elevada, com números assustadores para a população residente à época. Em 1977, nas instalações do antigo hospital de São Vicente, iniciou o projeto de Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI-PF), tendo sido, um ano depois, transferido para as instalações na localidade de Bela Vista, onde funciona até hoje, sendo uma das referências do país em termos de atendimento à saúde reprodutiva.

Posteriormente, em 1989, foi definido pelo governo, na Lei de Bases, como uma das grandes prioridades para o setor, o desenvolvimento da medicina preventiva e as atividades de saúde materna e infantil (CABO VERDE, 2003). A Lei de Bases tem por uma das suas diretrizes a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência sanitária, o que proporcionou a todas as mulheres o acesso aos cuidados à saúde, independentemente da sua condição financeira.

O primeiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva foi realizado no ano de 1998, tendo como um de seus objetivos recolher dados em escala nacional, o que permitiu, à época, atualizar os indicadores demográficos e de saúde; analisar os fatores que, direta ou indiretamente determinavam os níveis e as tendências da fecundidade e da mortalidade das crianças; além de conhecer as necessidades não satisfeitas em matéria de contraceção e

saúde reprodutiva (CABO VERDE, 1998). Esse inquérito evidenciou que a população cabo-verdiana caracterizava-se por um forte crescimento populacional (2,5 % por ano) e uma taxa de fecundidade elevada com uma média de 4 filhos por mulher.

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde reprodutiva foi realizado em 2005, tendo como uns dos principais objetivos analisar e divulgar informações relativas à fecundidade, à mortalidade das crianças menores de cinco anos, ao planejamento familiar, à saúde materna e infantil (CABO VERDE, 2005). Nesse inquérito, observaram-se alguns avanços como, por exemplo, cerca de 54% das mulheres tiveram a primeira consulta pré-natal antes de decorridos 4 meses de gravidez; a assistência no parto contava com um profissional de saúde, cerca de 32% atendidos por médicos e 46% por enfermeiros, somando os 78% assistidos nas estruturas de saúde. A taxa de fecundidade era de 2,9 filhos por mulher, mais de 8 em cada 10 mulheres aguardava pelo menos 24 meses para ter o próximo filho. Um percentual de 99,7% mulheres e 99,8% homens tinham conhecimento sobre métodos contraceptivos. Em relação à cobertura vacinal, 74% das crianças, entre 12 e 23 meses, estavam vacinadas, e 60% das crianças menores de seis meses de idade estavam em amamentação exclusiva. Todavia, observou-se que a mortalidade infantil rondava os 33 mil contra 43 mil verificados no primeiro inquérito.

A partir do ano 2000, tendo em vista o conceito de saúde reprodutiva preconizada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas em 1994 e após a realização do Simpósio Nacional sobre a Saúde da Reprodução, o subprograma saúde da mãe e da criança adotou uma abordagem mais ampla, que se adaptou a realidade e ao contexto socioeconômico do país. Em Março de 2001, foi criado o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, em substituição ao Programa Nacional de Planejamento Materno Infantil/Planejamento Familiar/Programa Alargado de Vacinação (PMI/PF/PAV), tendo como população-alvo as crianças menores de 5 anos, os jovens e adolescentes, e os adultos (mulheres e homens). O documento de Programa Nacional de Saúde Reprodutiva 2002-2006 foi elaborado com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento nacional com a plena participação da mulher e dos homens na partilha das responsabilidades sobre todos os aspectos relativos à família, à conduta sexual e reprodutiva e à prática do planeamento familiar.

A oferta de serviços de saúde reprodutiva é assegurada pelo Ministério da Saúde em atividades desenvolvidas pelas estruturas de saúde: hospitais, centros de saúde, postos sanitários e unidade sanitária de base, de acordo com o respectivo grau de diferenciação



técnica. Mesmo assim, analisando a oferta e utilização de cuidados de saúde, observa-se que existe ainda um desequilíbrio regional pelo fato de que nem todas as estruturas da pirâmide sanitária oferecem o pacote mínimo de atividades (CABO VERDE, 2008).

Dados apontam que a mortalidade materna tem apresentado, em média, 36.6 por 100.000, nos últimos 5 anos, com uma oscilação de 1-2 óbitos por ano a um máximo de 4-5 mulheres. A mortalidade, em menores de 5 anos, situou-se entre 23.6%, em 2013 (correspondente a 249 óbitos). O número médio de filhos por mulher diminuiu com uma taxa de 2.9 em 2005 para 2.3 em 2010 (CABO VERDE, 2014).

O acesso a contraceptivos e planejamento familiar é assegurado nas localidades de difícil acesso, mediante o deslocamento mensal do agente sanitário. Nos períodos entre 2008 a 2011, constatou-se que a taxa de consulta pré-natal aumentou de 82% para 91%, e o parto assistido por profissionais de saúde qualificados aumentou de 75% a 99% no mesmo período (CABO VERDE, 2014).

Até então, o trabalho realizado em Cabo Verde alcançou ganhos incontestáveis, conseguindo evolução positiva nos determinantes de saúde. É sim plausível e digno de serem reconhecidos tais avanços, reconhecendo que o país é de característica insular, com uma economia deficiente e que apresenta dificuldade em gerir os recursos. No entanto, observa-se que, mesmo nos documentos nacionais, a saúde reprodutiva recebe maior ênfase, quando comparada com a saúde sexual. Nesse sentido e considerando os objetivos do estudo apresentado, pensa-se que é emergente a inserção da mulher com transtorno mental nos programas e políticas que assegurem que os mesmos cuidados cheguem de forma integral à mulher com transtorno mental.

Em Cabo Verde, considerando os aspectos expostos, é de suma importância a avaliação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher com transtornos mentais, garantindo que elas tenham meios de usufruir de uma vida sexual e reprodutiva prazerosa e isenta de riscos, assegurando a elas todos e quaisquer direitos. A elaboração de estratégias de inclusão nas políticas ou legislações vigentes, atendendo as especificidades desse grupo, faz-se objeto de necessidade em um país onde o contexto histórico e cultural muito influencia na forma como a assistência à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres é atendida. Acrescenta-se a isso o peso que o diagnóstico de doença mental apresentado por essas mulheres representa, dificultando ainda mais a sua inclusão e garantia de um cuidado integral que a entenda como um ser complexo.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde sexual, a saúde reprodutiva, o transtorno mental e ser mulher são dimensões da vida de um ser humano que sofre influências da cultura, sendo construídas e manifestadas com base em valores e crenças culturais. Este estudo propõe-se a compreender esses aspectos, articulando a atenção dada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais, que vive em um contexto peculiar marcado por relações patriarcais em que os papéis, os laços maternos e de esposa estão fortemente enraizados na sociedade, que também apresenta pouco conhecimento, fortes preconceitos e estigmas em relação à doença mental. A visão do mundo, as crenças e os valores culturais de cada pessoa a tornam única, com vivências e experiências singulares, com seus significados e interpretações e sua forma de manter as relações sociais. Sendo assim, a mulher com transtorno mental também tem a sua própria concepção do mundo, suas crenças, valores e vivências.

Em Cabo Verde, observa-se que a cultura tem forte influência sobre a vivência da saúde sexual e reprodutiva, a doença mental e a condição de ser mulher. A prática do cuidado é desenvolvida pelos profissionais que trabalham na rede de serviços de saúde em que são estabelecidas as relações do cuidado, em um contexto em que os valores culturais moldam e organizam as práticas assistenciais. Por essas razões, a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine Leininger, é a opção assumida como referência teórica para orientar o desenvolvimento deste estudo. Trata-se de uma teoria que aborda a influência das questões culturais no cuidado, colocando a enfermagem no foco do deste cuidado.

A enfermeira Madeleine Leininger iniciou a sua carreira em 1948, após concluir o curso de graduação em enfermagem em *St Anthony's School of Nursing*. No ano de 1950, concluiu também um curso de graduação em Ciências Biológicas no *Benedictine College* em Atkinson, Kansas. Após ter atuado como instrutora, chefe da unidade médico-cirúrgica, ela abriu uma nova unidade psiquiátrica no *St Joseph's Hospital* em Omaha. Em 1954, Leininger obteve o título de Mestre em enfermagem psiquiátrica na *Catholic University of America*, o que foi determinante para que conduzisse suas pesquisas na área de enfermagem psiquiátrica (ORÍÁ; XIMENSES; ALVES, 2017)

Durante sua atuação como enfermeira, em uma unidade psiquiátrica na cidade de Cincinnati, em meados dos anos 50, Leininger identificou a influência dos fatores culturais no comportamento das crianças. Passou, então, a estudar a inter-relação entre a enfermagem e a antropologia, buscando conhecimentos específicos dessa área para subsidiar a sua assistência,

o que a levou a buscar o programa de doutorado em Antropologia Psicológica, social e cultural na *University of Washinton*, em 1959, fundamentando seus estudos nos aspectos conceituais relacionados à cultura, enfermagem e etnociência (ORÍÁ; XIMENSES; ALVES, 2017). Concluiu o curso em 1965, tornando-se a primeira enfermeira com o título de doutorado em antropologia.

Leininger desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuína em enfermagem, ao qual ela denominou de etnoenfermagem, no decorrer do seu curso de doutorado. Definiu **etnoenfermagem** como o método de pesquisa qualitativa da enfermagem, focalizado na abordagem naturalista e amplamente indutiva para documentar, descrever, explicar e interpretar a visão do mundo, os significados, símbolos e experiências de vida dos informantes e como eles enfrentam o fenômeno dos cuidados de enfermagem (ORÍÁ; XIMENSES; ALVES, 2017).

Em 1966, Leininger ofereceu o primeiro curso de enfermagem cultural na *University of Colorado*, com o propósito de partilhar os conhecimentos adquiridos durante sua formação e, também, contribuir para a formação de enfermeiros transculturais. Em 1970, inseriu a enfermagem transcultural como disciplina dos cursos de graduação. A inserção dessa disciplina nos programas de mestrado e doutorado teve o seu início nos anos 80, em diversas universidades americanas, como na *Minnesota State University, College os Health & Nursing Sciences da Dalaware University, Southern Mississippi, e University of Nebraska Medical Center* (ORÍÁ; XIMENES; ALVES, 2017).

Madeleine Leininger aproximou seus conhecimentos de enfermagem com os conceitos da antropologia tendo assim proposto a teórica da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural (TDUCC). Propôs a enfermagem como meio de conhecer a cultura e as expressões humanas sobre a saúde, doença, bem-estar e morte (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Assim sendo, a TDUCC serviria como guia para que os enfermeiros pensassem as suas práticas e pesquisas. Com a visão de que o cuidado deve ser incorporado na cultura, Leininger escreveu outras obras, como *nursing and anthropology: two worlds to blend; transcultural nursing: concepts, theories, and practice; culture care diversity and universality: a theory of nursing*.

#### **4.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) é uma teoria que concebe o cuidado como uma força central e dominante para o cuidado humano. O cuidado efetiva-se como uma poderosa força para entender o comportamento humano sobre a saúde e a doença em todo o mundo, considerando que os modos de ação relacionados ao cuidado devem se basear na cultura e nas necessidades da pessoa cuidada, para que, desse modo, promova-se resultados benéficos à saúde.

A teoria visa proporcionar conhecimentos que sirvam de guia para a prática profissional, que sejam capazes de produzir cuidados sensíveis, responsáveis e, culturalmente, congruentes com as necessidades do indivíduo, grupo, família e/ou comunidades culturais. Esses cuidados devem ser atualizados e contextualizados conforme o contexto cultural, seja ele diverso ou específico (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

A cultura pode ser entendida como a característica mais abrangente, holística e universal do ser humano. Para a prestação de cuidados, é preciso entender a cultura da pessoa cuidada a fim de proporcionar um cuidado que seja significativo, explícito e benéfico. Conhecimento sobre as aproximações, diferenças e aspectos semelhantes em diversas culturas é um importante marco para que a enfermagem possa conhecer e ajudar, proporcionando um cuidado culturalmente significativo, terapêutico, congruente e seguro para pessoas de culturas diversas e similares (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Os fatores culturais exercem uma importante influência nas expressões humanas relacionadas à saúde, doença, bem-estar e deficiências, dessa forma, o conhecimento da cultura e o uso da TUDCC efetivam-se como um guia que auxilia a enfermagem no seu pensamento, nas práticas e pesquisas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Reconhecendo a cultura como uma característica universal do homem e pensando na variedade de culturas existentes, pode-se pensar que o cuidado humano também é universal, sendo que este é marcado e vivenciado de forma diferente, conforme o contexto cultural onde se encontra incluído. Nesse contexto, pode-se falar em uma diversidade de formas de cuidar, tendo o homem como o foco do cuidar, apresentando o cuidado na sua essência. Desse modo, Leininger e Mcfarland (2006) enaltecem o cuidado humanístico e científico como essencial para o bem-estar e a sobrevivência do homem, bem como apontam o cuidado humano como algo que inspira o ser humano a cuidar uns dos outros.

Para um melhor entendimento de suas ideias, Leininger definiu quatro princípios fundamentais da sua teoria:

- As expressões, o significado, os padrões e as práticas de cuidados culturais são diversos e, no entanto, há pontos comuns compartilhados e alguns atributos universais;
- A visão do mundo, os fatores de estrutura social multidimensional, a etno-história, o contexto ambiental, a linguagem e o cuidado genérico e profissional são influências críticas dos padrões de cuidados culturais para prever saúde, bem-estar, doença, cura e formas de enfrentar pessoas com deficiência e morte;
- Os fatores genéricos **emic** (folk) e **etic** (profissionais) da saúde em diferentes ambientes contextuais influenciam muito os resultados de saúde e doença. O emic que é a forma pela qual os membros da cultura percebem o seu mundo, numa visão interna, e o etic que são as explicações e interpretações das experiências daquela cultura, numa visão externa. Assim, no transcorrer de um estudo etnográfico, o pesquisador busca a perspectiva emic como base do conhecimento, porém, também, se utiliza da perspectiva etic.
- Uma análise dos influenciadores acima, prevê que as principais ações e guia de decisões facultem formas de proporcionar cuidados de saúde culturalmente congruentes, seguros e significativos às culturas. O guia de decisões e ações de base cultural baseia-se em a) **preservação e manutenção de cuidados culturais**; b) **acomodação e / ou negociação de cuidados culturais**; c) **cuidado da cultura e / ou a reestruturação**. As decisões e os modos de ação baseados no cuidado da cultura foram fatores principais previstos para cuidados congruentes e significativos. Os fatores individuais, familiares, grupais ou comunitários são abordados e respondidos no relacionamento dinâmico e participativo entre enfermeiro e cliente (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

As práticas específicas de cuidado de cada cultura e os fatores culturais, tais como a religião, política, economia, visão do mundo, ambiente, gênero, dentre outros, podem influenciar no cuidado ao ser humano (ORÍÁ; XIMENES; ALVES, 2017). Para melhor operacionalizar a teoria, Leininger utilizou conceitos, como cuidado, cultura, emic, etic, cuidados congruentes, diversidade do cuidado, universalidade do cuidado cultural, saúde, contexto ambiental, visão do mundo.

- **Cuidado** refere-se a um fenômeno abstrato e / ou concreto, que representa aquelas experiências ou ideias favoráveis e habilitadoras para com os outros. Refere-se a

ações, atitudes e práticas para auxiliar ou dirigir os outros para a cura e o bem-estar. O cuidado tem significados culturais e simbólicos, como: cuidado como proteções, cuidado como respeito e cuidado como presenças.

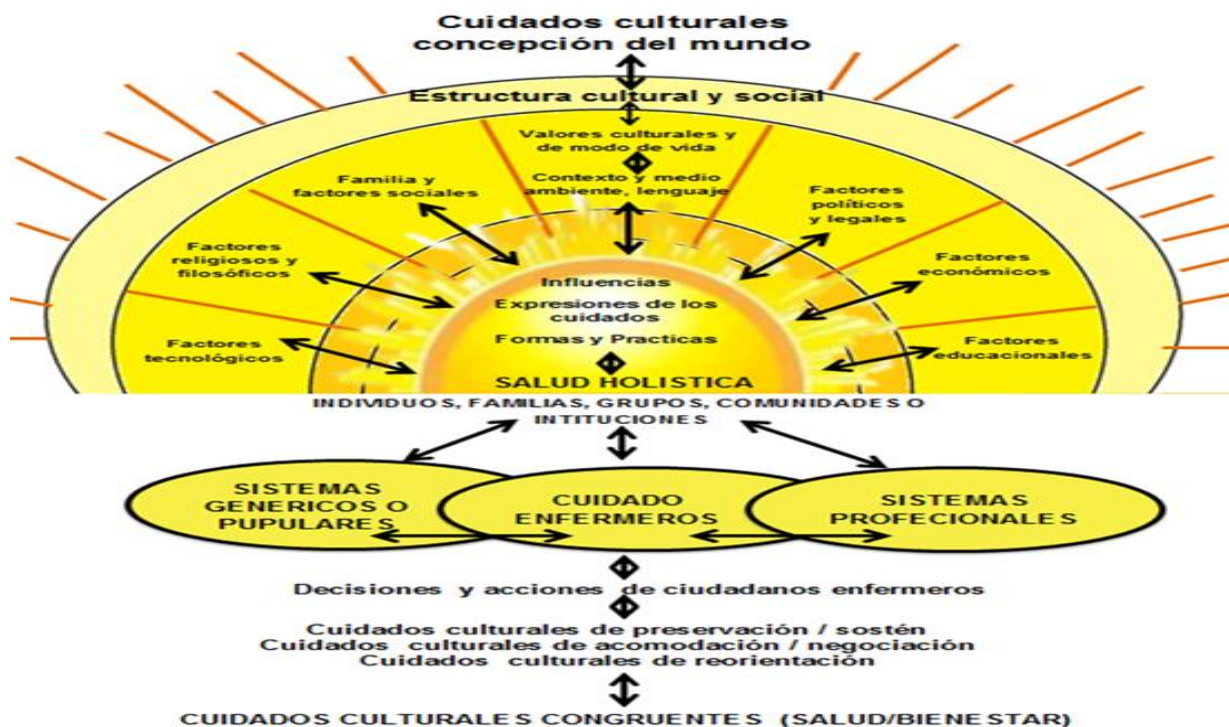
- **Cultura** refere-se aos valores, crenças, normas e vidas de uma cultura particular, aprendidas, compartilhadas e transmitidas que orientam o pensamento, as decisões e as ações de forma padronizada. Do ponto de vista antropológico, a cultura geralmente é vista como um meio amplo e mais importante para conhecer, explicar e prever a vida das pessoas ao longo do tempo e em diferentes locais geográficos.
- **Atendimento genérico (emic)** refere-se ao conhecimento aprendido e transmitido do conhecimento leigo, indígena, tradicional ou local (emic) e a prática para promover ações favoráveis e facilitadoras para os outros com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas para melhorar o bem-estar ou para ajudar com as condições de morte ou seres humanos. Emic pode ser entendido como a forma pela qual os próprios membros de uma cultura entendem o seu mundo.
- **Atendimento profissional de enfermagem (etic)** refere-se ao conhecimento formal e explícito do conhecimento cognitivo, aprendido e práticas adquiridas, geralmente, através de instituições educacionais (via de regra, não religiosas). São ensinados a enfermeiros e outros profissionais para prestarem assistência, apoio, capacitação ou facilitação para outro indivíduo ou grupo para melhorar sua a saúde, prevenir doenças, ajudar na hora da morte ou outras condições humanas.
- **Cuidado culturalmente congruente** refere-se aos atos de conhecimento de cuidados de base cultural e decisões usadas de forma simples e conhecedora para adequar e, de forma harmoniosa com os valores culturais, as crenças e a vida dos clientes, sua saúde e bem-estar, para prevenir doenças, deficiências ou morte. Este se efetiva como um dos principais objetivos da teoria.
- **Diversidade de cuidados** refere-se às diferenças ou variações entre o ser humano em relação ao significado, padrões, valores, vida, símbolos ou outras características relacionadas ao cuidado da cultura, envolvidos na prestação de cuidados benéficos a clientes de uma cultura designada. No entanto, recentemente, o termo **disparidade cultural** tem sido usado por pessoas com “insights” transcultural limitados. Não é um termo aceitável para uso em enfermagem, transcultural, por causa de suas conotações negativas e por ter um ponto de vista estreito.

- **Universalidade do cuidado cultural** refere-se aos fenômenos do cuidado de cultura comumente compartilhados ou similares ao ser humano ou a um grupo com significados, padrões, valores, vidas ou símbolos recorrentes que servem de guia para cuidadores para oferecer cuidados de assistência, apoio, facilitação e habilitação para as pessoas obterem resultados saudáveis.
- **Saúde** refere-se a um estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado e que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos desempenharem as suas atividades diárias, em condições de vidas saudáveis, benéficas, culturalmente manifestadas e padronizadas. Ainda pode ser definido como um estado restaurador de bem-estar que é culturalmente constituído e definido, praticado de forma individual ou por grupos que lhes permite realizar as funções no seu cotidiano.
- **Visão do mundo** refere-se à forma como as pessoas tendem a olhar para o mundo e para o seu universo a partir de uma imagem ou posição de valores sobre a vida ou o mundo à sua volta. A visão do mundo fornece uma visão ampla da orientação para a vida, pessoas ou grupos que influenciam as respostas e decisões de cuidados.
- **Contexto ambiental** refere-se à totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dê significado às expressões das pessoas interpretações e interações sociais em fatores geofísicos, ecológicos, espirituais, sociopolíticos e tecnológicos específicos em contextos culturais, também, específicos (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Nesse estudo, define-se o homem cuidador como profissionais de saúde que utilizam recursos como os conhecimentos técnico-científicos e humanos para cuidar do outro, buscando aproximar com as perspectivas “emic” e “etic” apresentados por Leininger. A pessoa cuidada, neste estudo, a mulher com transtorno mental, apresenta-se como o ser humano que necessita de cuidados e recorre a serviços de saúde e a família para ser cuidada.

Ainda, a teoria TDUCC Leininger propôs também o modelo que denominou de *sunrise* que melhor auxilia na análise do significado do cuidado para diversas culturas. Assim, para melhor prestar cuidados de enfermagem congruentes com a cultura, significativos e úteis à pessoa cuidada, ela propôs o modo de decisão e ação baseado em três tipos de cuidados culturais, sendo eles a **1-preservação e manutenção de cuidados culturais; 2-a acomodação e / ou negociação de cuidados culturais; e 3- o cuidado da cultura e / ou a reestruturação.**

Figura 1: O modelo *sunrise*:



fonte: google imagem

1. **Preservação e manutenção de cuidados culturais:** referem-se a ações de atuação assistencial, de apoio, facilitadoras ou habilitadoras, que ajudam as culturas a treinar, preservar ou manter ideias e soluções benéficas de cuidados ou enfrentar desvantagens e morte;
2. **Acomodação e/ou negociação de cuidados culturais:** referentes àquelas atividades assistenciais, facilitadoras ou criativas, as quais oferecem ações ou decisões de cuidados que ajudam as culturas a adaptarem-se ou negociarem com outros para cuidados culturalmente congruentes, seguros e eficazes para sua saúde, bem-estar ou para lidar com doenças ou morrer;
3. **O cuidado da cultura e/ou a reestruturação** referem-se às ações profissionais, auxiliares, facilitadoras ou habilitadoras e decisões mútuas que ajudem as pessoas a reordenar, mudar, modificar ou reestruturar suas formas de vida e instituições para melhores (ou benéficos) padrões, práticas ou resultados.

Esses três modos articulam-se, neste estudo, com o propósito de melhor entender se os cuidados prestados atendem as reais necessidades das mulheres cuidadas, fazendo a aproximação entre os sistemas popular (emic) e o profissional (etic). Os mesmos servirão de



suporte para responder a pergunta de pesquisa proposta neste estudo que, decerto, ajudaram a operacionalizar o instrumento de pesquisa.

A utilização desses três modos auxilia o profissional de saúde na sua prática assistencial, tornando-o um profissional culturalmente competente, auxiliando-o nas suas decisões e ações diárias e proporcionando a pessoa a ser cuidada um cuidado que lhe seja útil, congruente com a sua cultura e promova o seu bem-estar. Esses três modos de decisão e ação podem ser considerados aqui como elementos fundamentais e necessários às práticas de cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde à mulher com transtorno mental na sua saúde sexual e reprodutiva.

As ideias defendidas por Madeleine Leininger deixam evidente a importância de conhecer a cultura da pessoa cuidada e como a cultura influencia no cuidado prestado. Acredita-se que com um melhor entendimento sobre os valores culturais dessas mulheres, o profissional de saúde possa proporcionar um cuidado cultural que atenda as suas necessidades, contribuindo também para a desmistificação de ideias preconceituosas fortemente enraizadas na cultura cabo-verdiana que nega à mulher mentalmente doente a capacidade e o direito de gozar de uma vida sexual prazerosa e livre de riscos; gerir uma relação afetiva; exercer a maternidade e a capacidade de decisão sobre esses aspectos. Alguns fatores como os políticos, religiosos, econômicos, sociais, culturais, entre outros, também influenciam o acesso e as práticas do cuidado na nossa realidade, levando a questionar se os mesmos estão relacionados ou se têm influências na negligência que, muitas vezes, observa-se na prestação de cuidados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtornos mentais.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa que aborda a assistência à saúde sexual e reprodutiva ofertada às mulheres com transtornos mentais, na ilha de São Vicente, em Cabo Verde/África. A natureza qualitativa deste estudo possibilitou a apreensão e compreensão das diferentes concepções que os profissionais de saúde apresentam acerca da saúde sexual e reprodutiva naquele contexto e a influência desta na assistência prestada.

Trata-se, portanto, de um estudo que pretende analisar as influências que moldam as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde sexual e reprodutivas, com foco específico na saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtornos mentais, considerando o ponto de vista dos profissionais de saúde dos serviços existentes naquela ilha. Levando em consideração que os cuidados oferecidos a esta população visam prioritariamente o controle da natalidade e sabendo-se que, em Cabo Verde, esses cuidados são oferecidos majoritariamente pelos Centros de Saúde e contando particularmente com um Centro de Saúde Reprodutiva, na ilha de São Vicente. Portanto, neste estudo, dar-se-á maior atenção aos profissionais de saúde que trabalham nessas unidades de cuidados.

O caráter descritivo possibilitou conhecer e descrever as diversas situações e relações envolvidas no fenômeno correspondentes à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais. Já a natureza exploratória permitirá maior familiaridade com o fenômeno a ser estudado, tornando-o mais explícito (GIL, 2010).

Sendo assim, o estudo procura explorar a subjetividade dos profissionais de saúde em relação ao tema proposto, buscando compreender como os valores e crenças culturais influenciam na prática dos profissionais que atendem especificamente essas mulheres. Em síntese, como referido anteriormente, procura apreender a percepção dos enfermeiros, médicos e psicólogos acerca dos cuidados prestados à mulher com transtorno mental em termos de sua saúde sexual e reprodutiva.

### **5.2 Contexto do Estudo**

Os serviços onde os participantes do estudo foram recrutados estão sediados na ilha de São Vicente, em Cabo Verde/África. Este pequeno país saheliano<sup>1</sup> é um arquipélago constituído por dez ilhas (Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boavista, Maio, Santiago, Fogo e Brava). Essas ilhas encontram-se divididas em dois grandes grupos e são organizadas em função do seu posicionamento em relação aos ventos dominantes (alísios) que sopram do Nordeste do país. Ao norte, localiza-se o grupo Barlavento, (de onde sopra o vento) que inclui as seis primeiras ilhas (Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boavista) e, a sul do país, o grupo Sotavento (para onde escoa o vento), que inclui as quatro ilhas restantes (Maio, Santiago, Fogo e Brava).

Figura 2 : Em cinza as ilhas de Barlavento; em amarelo as ilhas de Sotavento



Fonte: Wikipedia, 2017

De origem vulcânica, o arquipélago está localizado na região central do Oceano Atlântico, na costa ocidental Africana, a 500 km do Senegal. Tem uma superfície de 4033 km<sup>2</sup> e um espaço marítimo de, aproximadamente, 700.000 km<sup>2</sup> (cerca de 150 vezes maior que o espaço terrestre). A população total estimada é de 531.238 habitantes, sendo 49,8% mulheres e 50,2% homens (INE, 2017). A taxa de urbanização está em torno de 53,7%, e a densidade populacional é de 119 habitantes por km<sup>2</sup>. O povo cabo-verdiano, também chamado de Crioulos, é fruto da mestiçagem entre os colonos europeus e escravos Africanos.

---

<sup>1</sup>Saheliano significa que faz parte da região do Saara que é uma extensão com cerca de 500 a 700 km de largura, que fica entre o deserto de Saara, ao norte, e a Savana do Sudão, ao sul e entre o Oceano atlântico, a oeste, e ao mar vermelho, a leste ( fonte: wikipédia, 2018).



serviço de internação psiquiátrica que atende as pessoas do grupo Barlavento, bem como um dos Centros Reprodutivos de referência do país.

Para a oferta de cuidados à saúde, a ilha conta com serviços do setor privado e setor público. No setor privado, a ilha dispõe de uma vasta gama de serviços, incluindo 6 farmácias, 3 laboratórios para exames complementares, 10 clínicas dentárias e 6 de fisioterapia, 6 policlínicas e diversos consultórios médicos, majoritariamente, na área de clínica geral e algumas de especialidades (PLANO DA REDE SANITÁRIA DOS CPS DE SV, 2017).

O setor público da saúde cabo-verdiana está organizado em três níveis: municipal, regional e central. O nível municipal apresenta-se como porta de entrada para o serviço nacional de saúde, presta os cuidados essenciais de atenção primária. Em São Vicente, faz parte da rede de serviços municipais uma Delegacia de Saúde, cinco Centros de Saúde, três Unidades Sanitárias de Base, um Centro de Saúde Reprodutiva e um Centro de Terapia Ocupacional. A sede da Delegacia de Saúde, para além de prestar os cuidados de saúde, é a responsável pela gestão e organização dos recursos de cuidados primários. Essas instituições acima referidas trabalham vinculadas entre si e com os outros níveis de cuidados (secundários e terciários) (PLANO DA REDE SANITÁRIA DOS CSP DE SV, 2017).

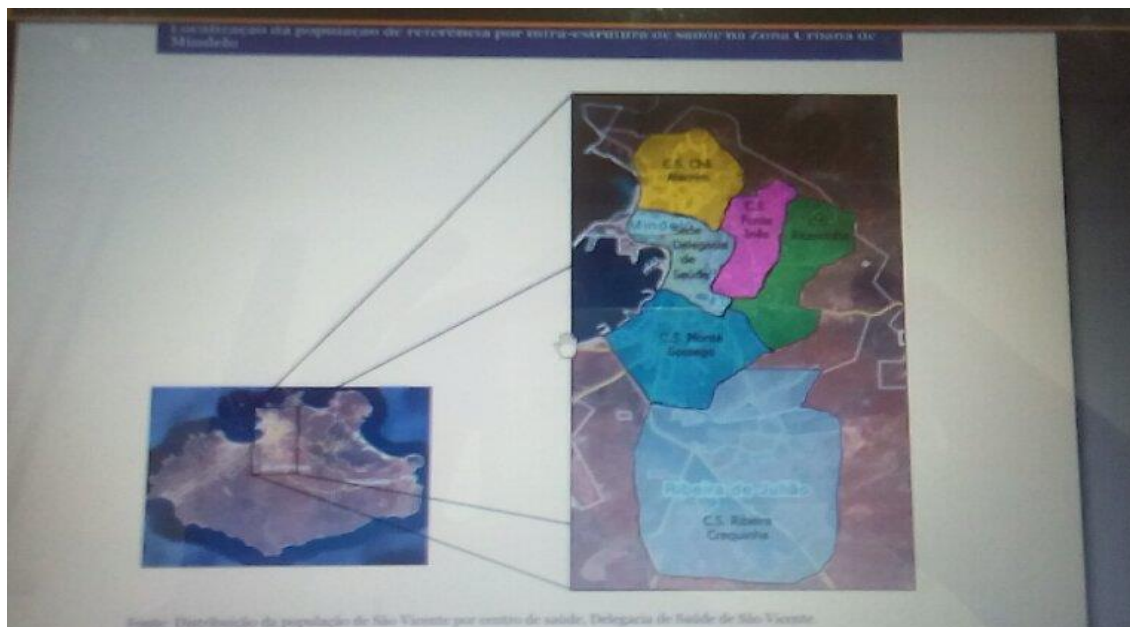
Cada centro de saúde presta cuidados à população de sua área geográfica de abrangência que, em geral, é estimada entre 7 e 20 mil pessoas. Os cuidados de saúde não são padronizados, pois cada um dos cinco centros de saúde os organiza de acordo com a população que atende, as condições de acesso ao próprio centro e aos outros níveis de referência (CABO VERDE, 2018). Cada centro conta com uma equipa multidisciplinar, chefiada por um médico. Atende no horário das 8h às 18h. A sede da Delegacia de Saúde e o Centro de Saúde Reprodutiva Bela Vista funcionam das 8h às 15h. Nos feriados e finais de semana, só funcionam os 5 Centros de Saúde, e a sede da Delegacia, das 9h às 11h. A partir desse horário limite, os usuários recorrem ao hospital Baptista de Sousa.

O Centro de Saúde de Chã de Alecrim dá cobertura as localidades de Chã Alecrim, Alto Morabeza, Che Guevara, Fortinho/ Escola Técnica, Fonte Meio/ Madeiralzinho, atendendo a uma população estimada em 11.063 habitantes. O Centro de Saúde de Fonte Inês dá cobertura nas localidades de Cruz João Évora, Fonte Filipe, Fonte Inês/Espia, Ribeira Bote atendendo a uma população estimada em 18.196 habitantes. O Centro de Saúde de Ribeirinha dá cobertura nas localidades de Ribeirinha, Vila Nova / Lombo Tanque, Pedra Rolada atendendo a uma população estimada em 15.190 habitantes.

O Centro de Saúde de Monte Sossego dá cobertura nas localidades de Monte Sossego, Monte /Craca, Atrás Chã Cemitério, Chã Cemitério, Chã de Monte Sossego, Dji Sal, Campinho, Fonte Francês e atendem uma população estimada em 19.969 habitantes. O Centro de Saúde de Ribeira Craquinha dá cobertura nas localidades de Ribeira Craquinha, Ribeira Julião, Ribeira Passarão, Horta Seca, Fernando Pó, atendendo uma população estimada em 7.408 habitantes. A Sede da Delegacia de Saúde dá cobertura nas localidades de Alto Solarino/ Forca, Fonte Cónego, Lazareto, Ribeira Vinha, Alto S. Nicolau, Santo André, Morada, Alto Stº António, Alto Mira Mar, atendendo uma população estimada em 5.649 habitantes.

A Unidade Sanitária de base da Salamansa cobre as localidades de Salamansa, Baía das Gatas, Norte Baía a uma população estimada em 1.774 habitantes. A Unidade Sanitária de base do Calhau dá cobertura nas localidades de Calhau Ribeira, Calhau, Madeiral a uma população estimada em 1.433 habitantes. A Unidade Sanitária de base de São Pedro dá cobertura nas localidades de S. Pedro, Santo André atendendo a uma população estimada em 1.181 habitantes (PLANO DA REDE SANITÁRIA DOS CPS DE SV,2017)

Figura 5: Distribuição da população de São Vicente por Centro de Saúde, Delegacia de Saúde



Fonte:

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Centro de Saúde de Chã de Alecrim | Centro de Saúde de Fonte Inês |
| Sede da Delegacia de Saúde        | Centro de Saúde de Ribeirinha |
| Centro de Saúde de Monte Sossego  | Centro de Saúde de Craquinha  |

Os cuidados à saúde sexual e reprodutiva são assegurados pelos Centros de Saúde e pelo Centro Reprodutivo Bela Vista. O planejamento familiar, bem como o controle da gravidez e puerperio são as atividades com maior incidência integradas nesses cuidados. É cobrada uma taxa moderadora de 100\$ escudos cabo-verdianos<sup>2</sup> nas consultas de planejamento familiar, sendo o controle da gravidez isento de taxa de pagamento. As gravidezes de risco são encaminhadas para o controle no Centro Reprodutivo Bela Vista, e os casos de urgência são encaminhados ao serviço de maternidade do hospital Baptista de Sousa.

O quadro a seguir ilustra a distribuição dos profissionais nos centros de saúde de São Vicente por 10 mil habitantes, contando, ainda, com o deslocamento de 1 pediatra para consultas semanais, 1 dermatologista para consultas semanais, 1 nutricionista para consultas mensais e, ainda, 1 fisioterapeuta para consulta mensal com as grávidas. Embora nos centros de saúde não existam médicos especialistas, estes cuidados são garantidos pelos médicos especialistas da Delegacia de Saúde.

Quadro 1: distribuição dos profissionais pelos Centros de saúde

<b>Descrição</b>	<b>C.S Chã Alecrim</b>	<b>C.S. Fonte Inês</b>	<b>C.S. Ribeirinha</b>	<b>C.S. Monte Sossego</b>	<b>C.S. R<sup>a</sup> Craquinha</b>
<b>Enfermeiros</b>	6	6	6	6	7
<b>Médicos Clínica Geral</b>	2	3	2	3	2
<b>Técnico de farmácias</b>	2	1	1	-	1
<b>Nutricionistas</b>				1	-
<b>Psicólogos</b>	-	-	1	1	-
<b>Assistentes Sociais</b>	-	-	1	-	1
<b>Administrativos</b>	2	2	3	2	2
<b>Auxiliares e Agentes sanitários</b>	2	-	1	1	1
<b>Guardas</b>	3	2	3	3	2
<b>Ajudantes serviços Gerais</b>	1	1	2	1	2

Fonte: informações disponibilizadas nos Centros de Saúde de São Vicente

O Centro Reprodutivo Bela Vista entrou em funcionamento em 1977 e foi remodelado posteriormente, em 2009. Diferentemente dos outros centros de saúde, em matéria de saúde

<sup>2</sup> Em Dezembro de 2018, 100\$ escudos Cabo-verdianos corresponde a aproximadamente R\$ 4,00.

reprodutiva, presta cuidados a toda a população da ilha, abrangendo, também, as outras ilhas mais próximas (Santo Antão e São Nicolau).

São assegurados nesse centro os seguintes serviços: consultas de pré-natal, pós-parto, planejamento familiar, consultas de enfermagem e médicas, consultas de nutrição, psicologia, fonoaudiologia, atendimento à saúde infantil, atendimento de reabilitação infantil. Em termos de estrutura para a prestação desses serviços, o Centro de Saúde Reprodutiva está organizado em dois setores, um que atende mulheres com até 19 anos, e o outro setor que atente mulheres com idade superior a 19 anos, abrangendo a seção infantil, o serviço de nutrição, a seção de reabilitação infantil que integra cuidados de psicologia, fonoaudiologia e de fisioterapia. O quadro a seguir ilustra o número de profissionais de Centro de Saúde Reprodutiva Bela Vista, por 10 mil habitantes.

Quadro 2: distribuição dos profissionais

<b>Profissionais</b>	<b>Centro Reprodutivo Bela Vista</b>
Enfermeiros	6
Médicos especialistas	3
Fisioterapeutas	1
Terapeuta de fala	1
Psicólogos	2
Administrativos	2
Auxiliar e Agente Sanitário	3
Condutores	1
Guardas	2
Ajudante de serviços gerais	5

*Fonte: Centro Reprodutivo Bela Vista*

De acordo com o Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde, o nível regional agrupa e reorganiza as estruturas sanitárias dos municípios mais próximos em uma ilha, com ênfase no cuidado de atenção secundária e hospitalar. Entretanto, na ilha de São Vicente não existe o nível regional, pois não existe hospital regional e os centros de saúde não têm valência de internamento.

O nível Central ou de referência é de abrangência nacional, presta os cuidados de atenção terciária, sobretudo, a função hospitalar diferenciada. Em São Vicente, está instalado



um dos dois hospitais centrais do país, o Hospital Batista de Sousa (CABO VERDE, 2007/2020). Nesse hospital, está instalado o serviço de psiquiatria, com dois setores, um de consulta externa e outro de internamento. Esse serviço dispõe apenas de protocolos médicos, sendo que os pacientes internados são provenientes de consultas externas e do banco de urgência da mesma instituição. Esse é um serviço com isenção de taxas de consulta, de internamento e de visita dos familiares.

A admissão e internamento do paciente são feitos de acordo com a disponibilidade de vagas no serviço e avaliação da equipe multiprofissional. O serviço atende todas as ilhas de Barlavento, tendo articulação com o centro ocupacional terapêutico de Ribeira de Vinha e com o Centro Acolhimento de Doentes Mentais (CADM), de Vila Nova. A equipe multidisciplinar conta com seis Enfermeiros, cinco de serviço e um Enfermeiro chefe, três psicólogos e dois psiquiatras. As patologias mais predominantes são o alcoolismo, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão/tentativas de suicídio.

A distribuição das atividades no serviço segue um cronograma previamente estabelecido. Nas segundas e quartas-feiras, realizam as atividades ocupacionais terapêuticas (AOT), nas terças-feiras, a reunião comunitária, nas sextas-feiras, reunião com os familiares dos pacientes internados e, nas terças-feiras, também, são realizadas as visitas domiciliares. O serviço conta ainda com dois grupos de trabalho, um que, nas segundas-feiras, faz encontros com o grupo de internados e outro que, nas quintas-feiras, faz reunião com os alcoólicos anônimos.

Vale ressaltar que, em 2018, na ilha de São Vicente, encontrava-se em processo de implementação um projeto para a descentralização dos cuidados da saúde mental, cabendo a cada centro de saúde, de acordo com a sua área de abrangência, dar suporte e prestar os cuidados ao doente mental, ficando a cargo do serviço de psiquiatria apenas o internamento em momentos de crise.

### **5.3 Participantes do estudo**

Este estudo foi desenvolvido com 17 profissionais de saúde, sendo 11 enfermeiros, 4 médicos e 2 psicólogas clínicas, vinculados às instituições de saúde, de centros de saúde, Centro Reprodutivo de Bela Vista e serviço de psiquiatria do hospital Baptista de Sousa. Como critério de inclusão, considerou-se que o vínculo com o serviço deveria ser de, pelo menos, um ano, tendo sido excluídos do estudo os profissionais que, durante o período de coletas dos dados, estivessem de férias ou licença de trabalho.

Dos 17 participantes do estudo, 12 são do sexo feminino e 5 são do sexo masculino, na faixa etária entre 30 e 66 anos. O tempo de vinculação ao serviço onde atuam variou entre 1 e 24 anos. Em relação à formação profissional, duas das profissionais entrevistadas possuíam pós-graduação, com destaque na enfermagem de saúde comunitária, e três profissionais possuíam especialidade nas áreas de psiquiatria; obstetrícia e pediatria (fez toda a carreira trabalhando com a saúde materno infantil).

Para garantir o anonimato dos participantes, foi utilizado um código de identificação, a letra P refere-se a profissional, seguido de um algarismo referente a ordem de realização das entrevistas. Exemplo da identificação dos participantes do estudo: (P1; P5; P12...). O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 50 min, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para a devida análise.

#### **5.4 Coleta de Dados e Instrumento**

A coleta dos dados decorreu após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande CEPAS/FURG, sob o parecer nº 86/2018 e CAAE: 88867018.8.0000.5324 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética do Ministério de Saúde de Cabo Verde CNEPS, pela deliberação nº 34/2018 (Anexo B), nos meses de Setembro a Outubro de 2018, através de entrevista semiestruturadas, conforme um roteiro pré-elaborado para esta finalidade (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas com 17 profissionais de saúde, por meio de videoconferência entre Brasil e Cabo Verde, tendo em Cabo Verde duas assistentes de pesquisa. As entrevistas foram feitas de forma individualizada com cada um dos participantes, no próprio local de trabalho, conforme horário previamente agendado, respeitando o horário de atividade laborais de cada um. Primeiramente, foi explicado aos participantes a finalidade e os objetivos do trabalho, as questões éticas relacionados à pesquisa com seres humanos como o livre direito de recusar sua participação na pesquisa, o respeito e garantia ao anonimato através do uso de códigos para a identificação dos participantes garantindo deste modo a confidencialidade as informações partilhadas e outras questões.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro (Apêndice B) que aborda os seguintes aspectos: caracterização dos sujeitos; concessões pessoais a respeito da sexualidade e vida reprodutiva de mulheres com doença mental e da assistência prestada e recebida pelos usuários; estratégias e recursos utilizados com vista a responder as necessidades apresentadas por essas mulheres; conhecimento das referências de natureza cultural, acadêmico e

institucional e documentos oficiais que orientam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

O roteiro de entrevista é composto por quatro partes. A primeira foi dedicada à caracterização dos participantes da pesquisa, constando informações sobre: sexo, idade, estado civil, religião/crenças, atividade profissional, grau de escolaridade, tempo de formação em anos, área de formação e tempo de vínculo com o serviço em anos.

A segunda parte investigou a percepção dos profissionais de saúde acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, incluindo informações de como eles veem a assistência à saúde sexual e reprodutiva para as mulheres no país e como caracterizam a assistência à saúde sexual e reprodutiva quando se trata de uma mulher com transtorno mental. Além dessas, incluiu-se questões relativas a como a mulher com transtorno mental chega aos serviços e quais as razões que as levam a procurar o atendimento.

A terceira parte foi voltada para as referências de caráter cultural, acadêmica e institucional que moldam a prática assistencial desses profissionais de saúde, incluindo informações como quais são as ações desenvolvidas nos serviços de saúde voltadas à saúde sexual e reprodutiva da mulher, quando se trata de uma mulher com transtorno mental quais são os procedimentos requeridos pelo serviço para atender a sua saúde sexual e reprodutiva, o que da vida acadêmica esses profissionais utilizam na relação profissional com a mulher com transtorno mental, o que dá vivência pessoal os profissionais de saúde utilizam na relação profissional com a mulher com transtorno mental. A quarta parte do roteiro de entrevista remeteu as estratégias e recursos utilizados para responder as exigências na prática do cuidar, bem como as ações que desenvolvem com a mulher com transtorno mental visando a sua capacitação para o autocuidado.

## **5.5 Processo de análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, conforme preconizado por Bardin (2006), utilizando como balizador a Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural proposta por Madeleine Leininger.

Na primeira fase, pré-análise, para sistematizar as ideias iniciais, primeiramente, foi feita uma leitura flutuante do material de forma a familiarizar-se com o mesmo, em seguida, organizou-se o *corpus* de análise que é formado pelas informações das entrevistas. Nesta

primeira fase, organizou-se o material para as fases seguintes em que foram identificados os primeiros elementos que constituíram as categorias.

Na segunda fase de exploração do material, foram feitas as operações de codificação do material, considerando os cortes de texto em unidades de registo. Em seguida, foram identificadas as palavras-chaves em cada unidade de registo com vista a fazer a primeira categorização, em uma segunda fase foram organizadas essas primeira categorização mediante os temas aproximados, originando, assim, as categorias intermediárias, que foram organizados pela frequência dando origem as categorias finais. Nesta fase, ainda foi feita a interpretação das falas dos participantes e procurar uma significação destes. A terceira e última fase, corresponde ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação do material organizado nas etapas anteriores, a fim de realizar a discussão dos resultados, articulando o referencial teórico.

## **5.6 Aspectos éticos**

Conforme recomendação da Resolução 466/12 dos Ministérios da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, os preceitos éticos foram seguidos em todas as etapas da pesquisa, a qual foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande CEPAS/FURG, sob o parecer nº 86/2018 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética do Ministério de Saúde de Cabo Verde CNEPS, pela deliberação nº 34/2018 (Anexo B), local de procedência dos dados. Previamente, o estudo foi submetido e autorizado pelos serviços de saúde envolvidos na pesquisa (Anexos C e D).

Aos participantes deste estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual foi explicado quanto ao objetivo do estudo, metodologia e formas de divulgação do estudo, assegurando o anonimato, o sigilo e o direito de desistência em participar do estudo em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O termo assinado pelos participantes foi em duas vias, ficando uma arquivada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES) e a outra de posse do profissional.

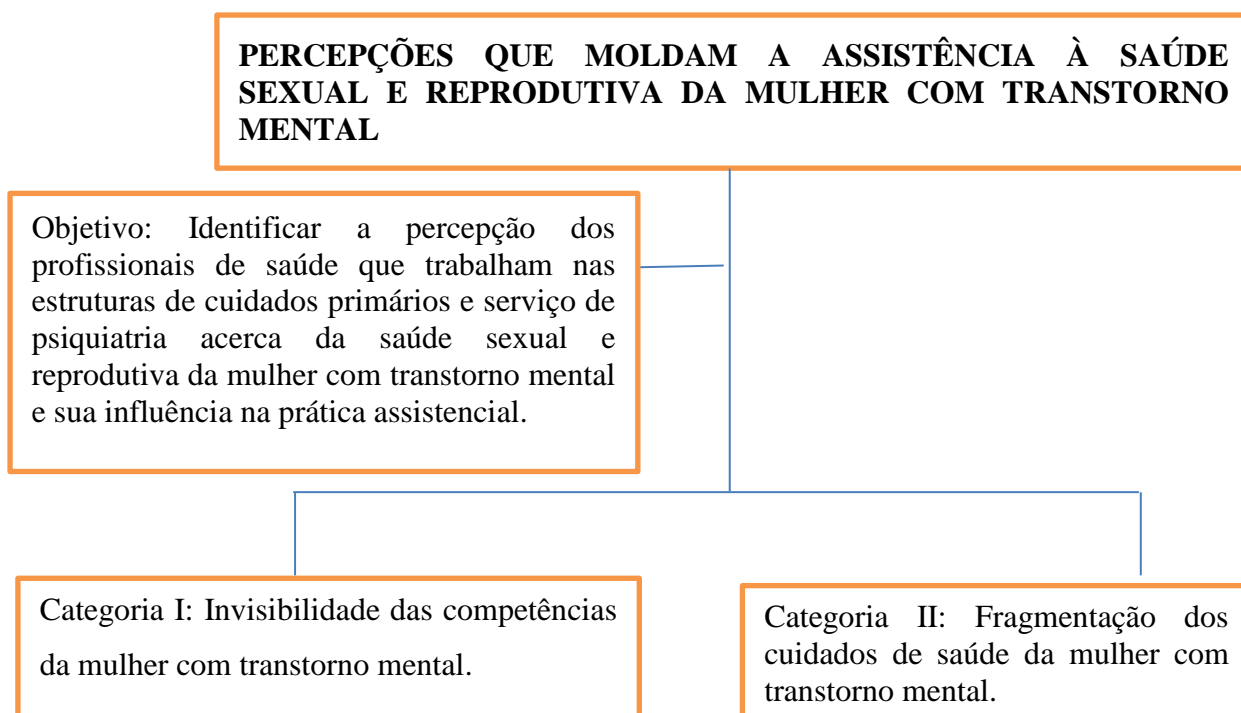
## 6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados, no formato de dois artigos, os resultados e discussão dos dados do estudo. O primeiro, intitulado “Percepções que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental”, responde ao primeiro objetivo específico da dissertação.

*Identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.*

Neste artigo, duas categorias agrupam os resultados: (1) Invisibilidade das competências da mulher com transtorno mental; (2) Fragmentação dos cuidados de saúde da mulher com transtorno mental, conforme a figura 6

Figura 6- Modelo esquemático do artigo 1



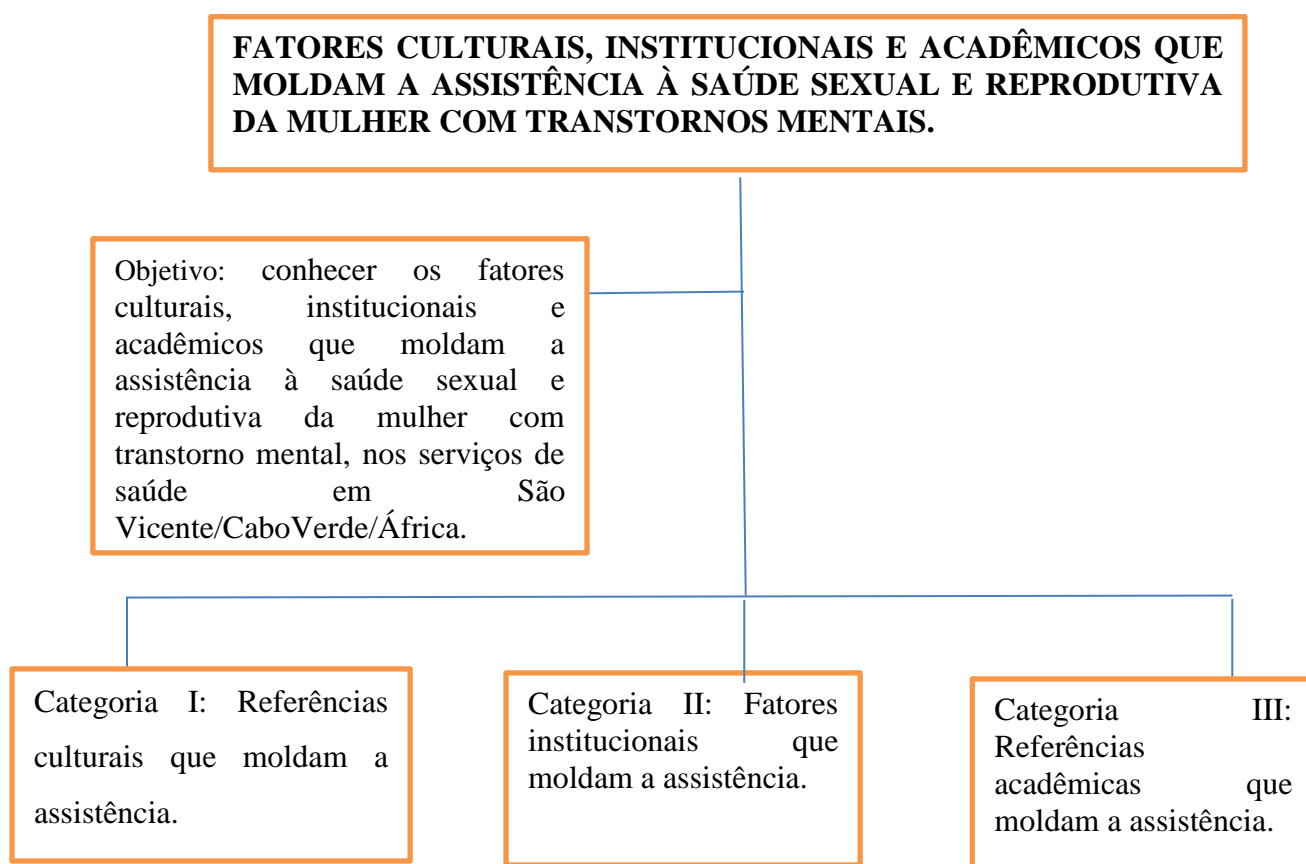
Fonte: Elaborada pela autora

O segundo artigo intitulado: “Fatores culturais, institucionais e acadêmicos que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais”, responde o segundo objetivo específico da dissertação.

*Identificar as referências de natureza cultural, acadêmicas e institucionais que os profissionais utilizam para moldar a assistência à saúde sexual e reprodutiva prestada às mulheres com transtorno mental.*

Neste artigo, foram construídas três categorias: (1) Referência cultural que moldam a assistência; (2) Fatores institucionais que moldam a assistência; (3) Referências acadêmicas que moldam a assistência, conforme figura 7

Figura 7- Modelo esquemático do artigo II



Fonte: Elaborada pela autora

## 6.1 ARTIGO 1

### PERCEPÇÕES QUE MOLDAM A ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar a percepção dos profissionais de saúde que trabalham em estruturas de cuidados primários e no serviço de psiquiatria no contexto cultural de São Vicente/ Cabo Verde/África acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental e os aspectos que influenciam a prática assistencial que desenvolvem. **Método:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 17 profissionais de saúde que atuam na rede de cuidados primários e serviço de psiquiatria. Os dados foram coletados, utilizando entrevistas semiestruturadas e, após, submetidos à técnica de análise temática **Resultados:** A invisibilidade das competências da mulher com transtorno mental pelos profissionais de saúde reflete, na prática, um cuidado que dissocia a saúde sexual e reprodutiva da saúde mental. **Considerações finais:** Para a efetivação do cuidado integral a saúde dessas mulheres, faz-se necessária maior horizontalidade entre a saúde sexual/reprodutiva e mental. **Palavras-chave** - saúde sexual, saúde reprodutiva, mulheres, transtorno mental, profissionais de saúde.

#### INTRODUÇÃO

Um diagnóstico de transtorno mental, frequentemente, está permeado pelos estigmas e juízos de valores que impregnam uma dada cultura. Particularmente, no campo da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com transtorno mental, é frequente o não reconhecimento de suas capacidades para gerir suas necessidades e seus cuidados de saúde. A dificuldade para reconhecer tais capacidades, por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e da população em geral, sem dúvida, pode contribuir para o agravamento da situação de saúde deste segmento da população<sup>(1)</sup>.

Além disso, os conceitos de saúde e de doença são definições que estão continuamente se transformando, e os contextos históricos, políticos, sociais, econômicos e cultural estão na base dessas transformações. Assim sendo, o comportamento dos profissionais, está intimamente relacionado às questões de saúde em um determinado contexto cultural, possibilitando diversos manejos e formas de cuidar<sup>(2,3)</sup>.

Por inúmeras razões, a mulher com transtorno mental procura com menos frequência os serviços de saúde. Essas mulheres, usualmente, sofrem com os estigmas sociais, podendo

ser abandonadas pelos maridos e pela família <sup>(4)</sup>. A influência dos estigmas relativos à doença mental intensifica-se quando envolvem a sexualidade e os comportamentos sexuais das pessoas e podem contribuir para o isolamento social das mesmas <sup>(5)</sup>.

Embora a saúde sexual seja entendida a partir dos direitos do indivíduo em poder expressar de forma livre a sua sexualidade em relacionamentos consensuais, casamento, formação de uma família e acesso a informações e cuidados de saúde, quando se trata de uma pessoa com transtorno mental, lamentavelmente, este entendimento está aquém do desejado, especialmente, nos grupos mais marginalizados e vulneráveis <sup>(6)</sup>.

Via de regra, os próprios sentimentos e as atitudes dos profissionais podem atuar como barreiras para explorar os aspectos que envolvem a sexualidade da pessoa com transtorno mental, acarretando consequências como negligência nas ações que poderiam potencializar um melhor relacionamento com a sociedade, suas condições de trabalho e, especificamente, sua vivência sexual <sup>(7,1)</sup>.

Os serviços de saúde que atendem a pessoa com transtorno mental precisam ser acessíveis e, culturalmente, preparados para integrar e responder as demandas de saúde deste grupo. Entretanto, muitas vezes, falta engajamento dos profissionais de saúde com um tipo de cuidado que possa ser culturalmente integrado, a fim de ser congruente e que responda as necessidades da pessoa cuidada <sup>(8,9)</sup>.

Influenciados pelos valores culturais, com muita frequência, os profissionais acabam negando acesso das mulheres com transtorno mental aos serviços de saúde, e a prestação de cuidados é de baixa qualidade, geralmente, a autonomia dessas mulheres está comprometida, principalmente, quando a família ou os profissionais tomam para si a responsabilidade de decidir sobre os procedimentos dispensados a essas mulheres nos serviços de saúde <sup>(10)</sup>. Por vezes, condutas ambivalentes ou, até mesmo, contraditórias por parte dos profissionais de saúde reduzem a assistência à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres ao controle da gravidez, ações de controle e repressão da sexualidade, negação de educação em saúde e um cuidado estigmatizante por ser doente mental tendem a perpetuar práticas que as marginalizam, discriminam e as excluem socialmente, embora estes afirmem em seus discursos a importância da sexualidade das mulheres com transtornos mentais, <sup>(1)</sup>.

Um exemplo disso é a relação maternidade e loucura, geralmente, impregnada pela descrença na capacidade da mulher desempenhar o cuidado dos filhos <sup>(11)</sup>. A idealização da maternidade mobiliza o estereótipo da mãe perfeita que faz tudo pelo seu bebê <sup>(12)</sup>. Entretanto, tais idealizações representam barreiras que dificultam à mulher com transtorno mental usar



suas capacidades para desempenhar seus papéis e desfrutar de uma saúde sexual e reprodutiva satisfatória.

Levando em consideração as fragilidades em termos de assistência à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, este estudo tem por objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde que trabalham em estruturas de cuidados primários e no serviço de psiquiatria no contexto cultural de São Vicente/ Cabo Verde/África acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental e os aspectos que influenciam à prática assistencial que desenvolvem.

## **METODOLOGIA**

### **Aspectos éticos**

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitadas todas as recomendações da Resolução do 466/12<sup>(13)</sup> do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve início após a apreciação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Área da Saúde, da instituição brasileira na qual o estudo está vinculado, sob o parecer nº 86/2018 e CAAE 88867018.8.0000.5324 e do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), do Ministério de Saúde de Cabo Verde, pela deliberação nº 34/2018.

Os participantes do estudo (enfermeiros, médicos, psicólogos) receberam informações referente a finalidade, objetivos propostos, sigilo das informações e garantia do anonimato. A participação na pesquisa foi oficializada através da assinatura de duas cópias do Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e respaldado na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger que aponta o cuidado como uma poderosa força para entender o comportamento humano sobre a saúde e a doença em todo o mundo, considerando que os modos de ação relacionados ao cuidado devem se basear na cultura e nas necessidades da pessoa cuidada, para que, desse modo, possa promover resultados benéficos à sua saúde<sup>(14)</sup>.

Em sua teoria, Leininger enfatiza o cuidado para ser incorporado na cultura. A cultura e o cuidado em conjunto preveem poderosos conceitos essenciais à saúde humana, ao bem-estar e à sobrevivência. Conhecer os valores específicos de cuidados culturais, crenças e vidas

dos seres humanos dentro das experiências da vida é considerado tão importante para desbloquear uma riqueza de conhecimento imediato para práticas de enfermagem e saúde <sup>(14)</sup>.

### **Cenário da pesquisa**

O campo da pesquisa escolhido foram os serviços de atenção primária que atendem a saúde sexual e reprodutiva e o serviço de psiquiatria, localizados em São Vicente/Cabo Verde/África.

### **Participantes do estudo**

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde vinculados aos serviços de atenção primária e serviço de psiquiatria em São Vicente. Como critério de inclusão, consideraram-se os profissionais com pelo menos um ano de vínculo com as instituições proponentes e como critério de exclusão, os profissionais que durante o período de coleta dos dados estavam afastados do serviço por férias ou licença de trabalho.

Para garantir o anonimato dos participantes, foi utilizado um código formado da letra maiúscula “P”, seguida de um algarismo indicativo a ordem de realização das entrevistas.

### **Coleta e organização dos dados**

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2018, utilizando entrevistas semiestruturadas, realizadas por meio de videoconferência entre Brasil e Cabo Verde/África, tendo em Cabo Verde o suporte de duas enfermeiras auxiliares de pesquisa. O roteiro que orientou as entrevistas é constituído de quatro partes. A primeira, com perguntas destinadas à caracterização dos participantes como idade, sexo, estado civil, religião/crenças, atividade profissional, grau de escolaridade, tempo de formação em anos, área de formação e tempo de vínculo com o serviço em anos. A segunda aborda as concepções pessoais a respeito da sexualidade e a vida reprodutiva de mulheres com doença mental e assistência prestada aos usuários. A terceira parte volta-se ao conhecimento das estratégias e recursos utilizados pelos profissionais de saúde com vista a responder as necessidades apresentadas pelas mulheres usuárias dos serviços. A quarta parte investiga o conhecimento dos profissionais sobre os documentos oficiais e as referências de natureza cultural, acadêmica, e institucional que orientam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da

mulher com transtorno mental. Neste artigo, são utilizados os dados gerados a partir da primeira e segunda parte do roteiro de entrevista.

### **Procedimento de análise dos dados**

Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo<sup>(15)</sup>, seguindo as três etapas: pré-análise (correspondeu a leitura flutuante do material, seguindo a definição do *corpus* de análise, a definição dos objetivos, o recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática, a preparação do material para as fases seguintes); exploração do material (procedeu-se a definição das categorias; identificação das unidades de registro e, sequencialmente, as unidades de significado e unidades de contexto) e, por fim, a interpretação dos resultados.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização dos participantes**

Entre os participantes do estudo (11 enfermeiros, 4 médicos e 2 psicólogas) 12 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino; a faixa etária variou entre 30 e 66 anos. Em relação à orientação religiosa, seis são católicos, uma é evangélica, uma é espírita, um é ateu e oito referiram não ter nenhuma religião.

Quanto à situação conjugal, 8 são solteiros, 7 são casados, 1 é divorciada e 1 vive em união estável. Em relação à área de atuação, 12 trabalhavam com a saúde sexual e reprodutiva nos cuidados primários, sendo que 8 desempenham suas funções em centros de saúde e quatro no Centro Reprodutivo de Bela Vista. Os 5 participantes restantes trabalham no serviço de psiquiatria. Quanto ao grau de escolaridade, 12 são licenciados; 2 são mestres em enfermagem de saúde comunitária; 3 médicos tem especialidade (um em psiquiatria, outro em obstétrica e a outra em pediatria, mas fez toda carreira trabalhando com a saúde materno infantil). Quanto ao tempo de formação, a maioria (10) tem entre 3 e 14 anos de formação, e os outros 7 participantes têm entre 22 e 38 anos. Em relação ao tempo de vínculo com a instituição onde trabalham, 11 participantes estão vinculados ao serviço dentro de um período de 1 a 11 anos e os restantes (6) entre 15 a 30 anos.

Da análise dos dados, emergiram duas categorias. A primeira mostra a influência das concepções sobre as capacidades de cuidado da mulher com transtorno mental, no cuidado prestado e foi denominada “invisibilidade das competências da mulher com transtorno

mental” e a segunda “fragmentação dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental”.

### **Invisibilidade das competências da mulher com transtorno mental**

Nesta categoria, o discurso dos profissionais de saúde revela uma visão da mulher com transtorno mental como alguém incapaz de cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva. Esta incapacidade mostra-se especificamente no fato de não as considerarem capazes de dar sua aprovação sobre os cuidados prestados, de se autocuidar, de cuidar do(s) filho(s), de manter relacionamentos afetivos, nem tampouco de uma vida sexual ativa segura utilizando os métodos contraceptivos, ou de decidir se quer ou não ter relações sexuais. O discurso assumido pelos participantes aponta uma percepção generalizada de todo e qualquer ato sexual dessas mulheres como fruto do estupro, sustentando uma ideia de incapacidade da mulher com transtorno mental frente a dinâmica da sua vida.

*Será que ela tem capacidade para se proteger a ponto de usar um preservativo, porque nós não podemos contar com os homens que vão tentar abusar dela...normalmente é preciso entender que uma mulher com transtorno mental dificilmente consegue manter uma relação estável com quem quer que seja, eu não conheço, não sei se a literatura diz isso, mas há situações de deficiência que constroem uma família mas que não tem transtorno mental (P14)*

Os dados revelam, ainda, que esta visão dos profissionais acerca da mulher com transtorno mental repercute na prática que desenvolvem nos serviços primários que prestam o cuidado a saúde sexual e reprodutiva. P1; P2; P7; P8; P9; P12; P13; P14; P15; P16; P17 consideram que o cuidado prestado no país tem qualidade, com ganhos incontestáveis.

Contudo, quando os profissionais são questionados como veem o cuidado à saúde sexual e reprodutiva dispensada à mulher com transtorno mental, estes referem ser ainda deficiente, pouco frequente e temporalmente delimitado. Ressaltamos que o maior foco no cuidado é conferido à prevenção ativa da gravidez com recurso ao planejamento familiar e, em caso de uma eventual, gravidez é realizado o seguimento durante o período gravítico-puerperal pelos profissionais de saúde.

*Ela vai [aos serviços de saúde] ou porque já engravidou ou porque algum familiar que esteja preocupado para que ela não engravide, nunca ela vai como uma pessoa normal na procura do serviço e na procura dos seus direitos (P2)*

*Muitas vezes aproximam dos serviços a procura de apoio, mas nós temos o contato temos o conhecimento de mulheres com transtorno depois de grávidas, isso porque antes da gravidez nós não temos contato com, digamos assim se ela não vier espontaneamente e a sua família não trouxer, porque muitas vezes as famílias trazem (P14)*

Os profissionais de saúde referem que o posicionamento da família frente as mulheres com transtorno mental influencia tanto a procura quanto a oferta de cuidados prestados a este grupo populacional. Assim, segundo o relato dos participantes, a família nega a saúde sexual e reprodutiva a essas mulheres, mantendo-as isoladas em casa como meio de impedir uma gravidez e, conseqüentemente, evitar o encargo do cuidado à família com mais um elemento no agregado. Os profissionais apontam, ainda, que nas poucas vezes que a família recorre aos serviços é para solicitar o uso de um método contraceptivo de longo prazo ou definitivos, ou no caso de uma gravidez circunstancial da mulher com transtorno mental, a levam para fazer o seguimento. Os profissionais referem os motivos associados a esta conduta dos familiares os valores, as crenças culturais e os aspectos sócio-econômicos. Deprendemos com estas exposições dos profissionais a identificação da família como elemento dificultador para a concretização do cuidado a mulher com transtorno mental.

*Eu não tenho muita coisa a dizer, porque da experiência e da minha vivência aqui de 30 e poucos anos de serviço, a posição que tenho é que a família não pensa que a mulher com transtorno mental tem algum desejo, quer dizer algumas, penso que se pensa que são pessoas assexuadas (P14)*

*Em relação a doença mental ainda existe muito tabu, daí que eu disse que as vezes é a família que não as traz ou acha que pelo fato da mulher ter um transtorno mental ela não tem uma vida sexual ou que não é necessário as trazer para os serviços de saúde reprodutiva, e muitas vezes essas mulheres são dependentes... é isso que estou referindo, pelo fato de procurarem menos os serviços de saúde, são menos atendidas (P8)*

O discurso dos participantes faz uma atribuição da culpa à família para a omissão do cuidado prestado às mulheres com transtorno mental. Assim, foi questionado sobre o cuidado dispensado as mulheres com transtorno mental que vivem em situação de rua, onde os profissionais reconheceram que nem tinham enxergado essa mulher como alvo do cuidado, reforçando, desse modo, a ideia de que a invisibilidade das competências da mulher com transtorno mental, influencia na sua prática assistencial como evidenciado nas falas infra.

*Eu posso falar das mulheres que procuram o Centro de Saúde, acompanhadas da família, aquelas que estão em situação de rua estão mesmo em situações vulneráveis, não vejo qual a atenção e assistência que tem sido feito a essas mulheres em condição de rua, não há uma instituição que as acolhe, então elas estão mesmo muito vulneráveis; o que temos feito por elas? O que eu tenho feito por elas? Você acabou de deixar-me sensibilizada, falou em algo que agora realmente vou refletir sobre isso, o que temos feito por elas? (P17)*

Nesse contexto, evidencia-se que a percepção que o profissional de saúde tem sobre as competências da mulher com transtorno mental em cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva influenciam diretamente na assistência que é dispensada a esse grupo nos serviços de saúde.

## **Fragmentação dos cuidados de saúde mulher com transtornos mentais**

A fragmentação dos cuidados à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, conforme apontado no discurso dos participantes (P3; P7; P10; P11; P14), parte de uma visão de que a mulher com transtorno mental é da responsabilidade da psiquiatria. Por sua vez, os profissionais de saúde vinculados à psiquiatria (P3, P4, P6; P11) referem que, por ser uma enfermaria de crise, o principal foco é a saúde mental e que o cuidado à saúde sexual e reprodutiva deveria ser garantido pelas estruturas de cuidado primário na comunidade onde essas mulheres estão inseridas.

Assim sendo, indaga-se que há uma divergência entre os profissionais referente à responsabilidade do cuidado à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental por esses serviços, o que pode comprometer o estado de saúde dessas mulheres.

*E quando a perguntamos, nós queríamos saber se a senhora sofre de diabetes ou hipertensão, porque da última vez que fui lá avaliei a sua pressão e estava com pressão alta, e perguntei tem pressão alta?, não sei, tem diabetes?, não sei, a senhora é tratada unicamente a esquizofrenia, é a esquizofrênica mais nada, é complicado, é complicado... não souberam nos informar se ela era diabética ou hipertensa, e estava a falar do básico imagina então quando se trata da saúde sexual e reprodutiva (P7)*

Um dos participantes relatou que, no atendimento à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, o principal foco, em casos de eventual gravidez, é para que o bebê nasça saudável, sugerindo, via de regra, que o atendimento a essas mulheres é temporalmente delimitado, com maior atenção na fase gravítica-puerperal e fragmentado com maior preocupação com as questões reprodutivas.

*Essa mulher até onde me lembre ela evoluiu bem, não teve nenhuma alteração durante a gravidez, só não sei dizer no pós-parto como foi porque muitas vezes elas não voltam no pós-parto para fazerem a revisão a preocupação é mais voltada para o bebê, então nós temos muitas falhas em relação ao pós-parto da mulher... você vê que ela não está sendo acompanhada então o familiar sente na obrigação de a trazer para pelo menos garantir a saúde do bebe que vai ser gerado, agora em relação a mulher em si nem sempre posso te garantir que ela esteja tão bem acolhida (P13)*

Os participantes (P3; P5; P6; P7; P11; P16) destacam, ainda, que essa fragmentação parte do próprio sistema de saúde, manifestada em uma invisibilidade da mulher com transtorno mental nos programas de saúde sexual e reprodutivas vigentes e que reflete na organização das práticas quer nos serviços de cuidados primários que atendam a saúde sexual

e reprodutiva, como também no serviço de psiquiatria. A inexistência de protocolos de serviço que orientam para o cuidado à saúde sexual e reprodutiva da mulher doente mental foi apontada por unanimidade dos participantes como uma deficiência no sistema de saúde e que repercute na prática assistencial a esse grupo específico.

*Eu acho que falta sensibilização e mais medidas e eu falo nem é culpa é um erro e está no Sistema de Saúde, porque eu vejo que eles ainda não estão dando a devida atenção aos nossos doentes mentais, e eles próprios acabam os isolando da sociedade, porque não dá para entender como tendo todos os recursos e com bons indicadores de saúde sexual e reprodutiva, somos até referencia a nível de África Subsariana, mas quando se trata da mulher com transtorno é como se ela não tivesse os mesmos direitos, porque há uma falha ...o próprio Sistema de Saúde que embora trate da saúde sexual e reprodutiva não tem um programa específico que inclua a mulher com transtorno mental (P5)*

A fraca referência e contrarreferência existente entre os serviços de atenção primária que atendem a saúde sexual e reprodutiva e o serviço de psiquiatria, também, foram apontadas pelos participantes (P3, P5, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P15, P16, P17) como uma deficiência no sistema de saúde e que pode comprometer um cuidado holístico e contínuo a essas mulheres. Essa deficiência de comunicação existente na rede dos cuidados pode ser entendida como um dos itens que favorece a fragmentação do cuidado à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

*Não temos o contra referência em saúde aqui em São Vicente, não temos, eu faço um encaminhamento e depois não sabemos o que aconteceu no encaminhamento que nós fizemos, ...se tratando de uma mulher com transtornos mentais e muitas vezes esse transtorno transcende as nossas habilidades os nossos conhecimentos, eu penso que a atenção deveria ser multi e interdisciplinar, porque muitas vezes nós falhamos, pelo menos isto é a minha visão, nós falhamos quando se trata de referenciar as pessoas (P7)*

A pouca aproximação da saúde sexual e reprodutiva com a saúde mental foi apontada pelos profissionais (P2; P3 ; P4; P5; P6; P7; P9; P10; P12; P13; P14; P16; P17) com algo que vem desde a sua formação acadêmica, o que, no seu entendimento, pode ter contribuído para o despreparo em atender e articular esses campos de atuação e responder de forma integral a saúde dessa população em específico. Ainda referente à capacitação dos profissionais de saúde, (P4; P7; P13; P15) apontaram que, mesmo na formação continuada promovida pelas estruturas de saúde, não há essa prática de aproximar esses dois eixos.

*Para ser sincero eu acho que quase que não é dada a atenção, não sei o que se passa, mas acho que não estamos preparados para isso, talvez durante a nossa formação deveria ter uma matéria relacionada a isso, e para nós que trabalhamos no dia-a-dia também acho que deveriam nos capacitar com alguma formação e*

*também acho que em termos dos serviços de saúde reprodutiva deixam muito a desejar (P5)*

O discurso apresentado pelos profissionais colocou em evidência a necessidade urgente de um trabalho conjunto com os profissionais de saúde, serviços existentes, políticas vigentes e sociedade em geral, com foco na sensibilização das necessidades de saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, de forma a ofertar uma assistência integrada a esse grupo de mulheres.

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar a atenção dispensada à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtorno mental, o estudo forneceu algumas informações sobre como a visão de incapacidade da mulher com transtorno mental em cuidar da sua saúde afeta o cuidado ofertado as mesmas.

Os resultados deste estudo evidenciaram um cuidado fragmentado e temporalmente delimitado à mulher com transtorno mental, fazendo uma relação entre a percepção que os profissionais de saúde têm das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres com o cuidado dispensado a elas, em que se pode afirmar que é um cuidado influenciado pelas crenças culturais e estigmas com a doença mental, presentes naquela sociedade. Um estudo realizado no Nepal mostra como a cultura pode moldar a experiência com a doença mental e como os valores e as crenças interferem no processo de busca e oferta de cuidados. Ademais, os autores apontaram, ainda, a importância de adaptar o cuidado ao contexto cultural, de forma a responder as reais necessidades da população atendida <sup>(16)</sup>.

Corroborando, a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural afirma a necessidade do cuidado ser adequado ao contexto cultural da pessoa cuidada para que este cuidado seja significativo, explícito e benéfico. O cuidado é apontado como incorporado na cultura, além disso, apontam que os valores culturais influenciam na percepção das expressões humanas no cuidado, bem como no entendimento do que é saúde, doença e bem-estar <sup>(17)</sup>. Os achados deste estudo aproximam-se desta visão, em que deixam evidenciar que os fatores culturais que estão na base da sociedade cabo-verdiana moldam a prática assistencial desses profissionais de saúde, uma vez que a abordagem dispensada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental não teve como centro da atenção as necessidades dessas mulheres e sim a preocupação com o controle da natalidade.



Além dos fatores culturais, outros fatores podem estar influenciando a forma como o atendimento à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental é ofertada no contexto cabo-verdiano, nomeadamente, os fatores políticos e organizacionais dos serviços de saúde, como a falta de uma política para a saúde mental, os fatores sociais, como os estigmas e preconceitos vigentes em relação à doença mental, que influenciam na forma de ver a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, e os fatores familiares, como estigmas e a dependência de cuidado. Em consonância com esses achados, Nakku *et al* 2015 aponta que a desvantagem social e econômica dessas mulheres, incluindo a pobreza e barreiras pessoais ou psicológicas, podem se efetivar como barreiras na procura do cuidado, bem como a posição do profissional de saúde frente ao cuidado dispensado a essas mulheres pode causar uma lacuna significativa entre as necessidades e o serviço ofertado <sup>(18)</sup>.

Igualmente a realidade cabo-verdiana, estudos apontam que as concepções, os valores e estigmas que o profissional de saúde possa apresentar interferem na sua prática assistencial, em que estes podem ofertar um cuidado diferenciado quando comparado com outras pessoas sem o diagnóstico de doença mental, ou não serem vistas como público-alvo desses cuidados <sup>(19,20,21,22)</sup>. Como consequência, geralmente, a pessoa pode se sentir julgada ou discriminada o que pode dificultar ainda mais a procura pelos serviços de saúde <sup>(19)</sup>.

Um estudo realizado na Austrália aponta que as ideologias culturais referentes à sexualidade, comportamentos sexuais e saúde sexual e reprodutiva influenciam a procura e utilização dos serviços de saúde, apontando que, quando o usuário sente-se limitado ou julgado, tende a procurar menos por assistência nessas unidades de cuidados, classificando-os como inadequados <sup>(23)</sup>. Os achados deste estudo, também, apontam para uma fraca procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte da mulher com transtorno mental, em que os participantes o classificam como algo raro de acontecer. Conforme apontado por alguns participantes, em geral, a mulher com transtorno mental é vista como sendo da psiquiatria e que, quando chega aos serviços de saúde, nem sempre recebe um cuidado integral, observando um fracionamento dos cuidados. Este posicionamento pode estar condicionando as mulheres com transtorno mental a reconhecer esses serviços de saúde como recurso para atender a sua saúde.

Nesse contexto, tanto o cuidado emic como o etic ficou evidenciados como marcados pelos estigmas relacionado às competências de autocuidado da mulher com transtorno mental, apontando que, geralmente, essas mulheres são pouco incluídas no cuidado dispensado, atendendo mais as questões que a família apresenta como alvo de cuidados. Como

consequência, essas mulheres podem apresentar um fraco conhecimento e autonomia em relação ao cuidado à sua saúde.

O acesso aos cuidados de saúde, incluindo os cuidados de maternidade e a qualidade dos cuidados recebidos pelas mulheres, muitas vezes, está marcado pelos estigmas, preconceitos e, especialmente, pelo transtorno mental, em que as barreiras culturais no cuidado emic, complementado com a falta de competências culturais do profissional de saúde no cuidado etic, podem comprometer a assistência à saúde da pessoa cuidada <sup>(24)</sup>. Os achados aproximam-se do estudo supracitado, tendo a particularidade que os estigmas e preconceitos no contexto de Cabo Verde têm maior ênfase pelo fato dessas mulheres terem um diagnóstico de transtorno mental, assim sendo, são rotuladas como negligentes em relação ao cuidado à saúde sexual e reprodutiva. As barreiras culturais no cuidado emic e etic, nesse contexto, em particular, mostraram-se como fator comprometedor dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, sustentado em uma visão de mundo da pessoa com transtorno mental como um ser incapaz. Corroborando, Alfredsson, Sebastian e Jeghannathan (2017) apontam que os estigmas, por vezes, apresentados pelos profissionais pautam-se na ideia de que o doente mental não tem capacidade para trabalhar e nem ter filhos e, assim, influencia no cuidado prestado <sup>(25)</sup>.

Dessa forma, urge a necessidade de desenvolvimento de estratégias que permitem uma maior inclusão das mulheres com transtorno mental nas estruturas de cuidados existentes na comunidade, bem como trabalhar com os profissionais de saúde, capacitando-os para atuarem de forma “culturalmente competente” e, assim, responder de forma efetiva as necessidades de saúde desse grupo de mulheres. Além disso, a fragmentação evidente em relação à saúde sexual, saúde reprodutiva e saúde mental representa uma barreira para o cuidado, havendo a necessidade do cuidado ofertado pelas estruturas de saúde estarem em sintonia, melhorando as relações de referência e contrarreferência entre eles.

Um estudo desenvolvido em Camboja, com 75 profissionais de saúde, demonstraram a importância da inclusão dos cuidados de saúde mental na atenção primária, apontando como uma mais-valia para o melhoramento das condições de saúde dos usuários <sup>(26)</sup>. Corroborando, Shidhaye; Lund e Chisholm (2015) demonstram ganhos em incluir os cuidados de saúde mental materna nos programas de saúde vigentes, como forma de conscientização das necessidades de saúde sexual e reprodutiva do doente mental e manter essa população como alvo do cuidado <sup>(27)</sup>.

Para alguns autores, a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados primários apresenta-se como meio facilitador para melhor gerir os cuidados à saúde integral da pessoa com transtorno mental, além de contribuir para uma chamada de atenção e conscientização dos profissionais de saúde sobre as outras necessidades de saúde desse grupo, não focando unicamente na necessidade do cuidado psiquiátrico. Além disso, essas medidas surtem efeito positivo no sistema de saúde em geral, no bem-estar da população, principalmente, nos países de baixa renda ou que apresentam fracas políticas de saúde mental <sup>(28,29,30)</sup>. Este estudo foi desenvolvido em um contexto que apresenta fracas políticas de saúde mental e os cuidados da saúde mental, ainda, não estão incluídos nos cuidados primários, observando uma prática fragmentada entre saúde sexual e reprodutiva e saúde mental e que compromete a assistência prestada a essas mulheres.

### **Limitações do estudo**

Este estudo foi desenvolvido com dados da ilha de São Vicente, o que não pode ser generalizado para todo o país para fins de comparação. Assim, recomenda-se a ampliação de novos estudos com essa temática envolvendo as restantes ilhas de Cabo Verde.

### **Contribuição para a prática assistencial e Política Pública**

Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que aborda a questão da assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental em São Vicente/ Cabo Verde. Por conseguinte, pensamos que o estudo poderá contribuir para a conscientização dos profissionais de saúde, na sua prática assistencial e com as entidades competentes no sentido de haver remodelação das políticas públicas, assegurando, desse modo, os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a compreensão da dinâmica e oferta de cuidados a esse grupo específico pelos serviços de saúde primários e de psiquiatria existentes na ilha de São Vicente/Cabo Verde, bem como de fatores, como a invisibilidade das competências dessas mulheres e a visão de que é da responsabilidade da psiquiatria, o que podem influenciar a prestação desses cuidados, negando-as um cuidado integral.

Diante dessa perspectiva, constata-se que a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres é uma produção carregada de valores e estigmas, inserida em um contexto cultural que

fragmenta a saúde mental da saúde sexual e reprodutiva, o que compromete os direitos sexuais e reprodutivos desse grupo. Ações que promovam uma maior horizontalidade entre os cuidados dispensados aos serviços de psiquiatria e serviços primários, bem como a capacitação do profissional de saúde para atender a saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental mostraram-se indispensáveis neste estudo para uma maior efetivação da prática profissional e o cuidado dispensado a este grupo de mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Detomini CV, Emerson FR, Peres RS. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP*. 2016; 17(2), 81-95
2. Scorsolini-Comina F, Figueiredo IA. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. *Saúde Soc. São Paulo*, 2018; v.27, n.3, p.883-897
3. Stanga AC, Rezer R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2015; 25 [ 2 ]: 593-614
4. Srivastava N, Nyamathi AM, Sinha S, Caroente C, Satyanarayana V, Ramakrishna P et al. Women living with AIDS in rural Southern India: Perspectives on mental health and lay health care worker support. *Soc Serv*. 2017; 16(2):170–194. doi:10.1080/15381501.2016.1274703.
5. Ferreira MS, Cecília MAC. Stigma associated with mental disorders: A brief reflection on their consequences. *RIES, ISSN 2238-832X, Caçador,2017; v.6, nº 2, p. 192-201.*
6. Carew MT, Braathen SH, Swarts L, Huunt X, Rohlede P. The sexual lives of people with disabilities within low- and middle-income countries: a scoping study of studies published in English. *GLOBAL HEALTH ACTION,2017; VOL. 10, 1337342*
7. Ziliott GC, Marcolan JF. Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre a sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):86-92
8. Aggarwal NK, Cedeno K, Kleinman A, Lewis-Fernandez R. The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus*. 2016; 5:384.

9. Mollah TN, Antoniades J, Laffer FI, Brijnath B. How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*. 2018; 18:480.
10. Henriques CS. Mulheres com transtornos mental: reflexões sobre o exercício da maternidade. *Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades*, 2013
11. Corrêa FP, Serralha CA. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. *Acta.colomb.psicol*. 2015; 18(1): 113-123
12. UNFPA. UNITED NATIONS POPULATIONS FUND. Situação da População Mundial, 2017
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2013: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2013.
14. Leininger MM. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: Wiley,1991
15. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
16. Chase LE, Sapkota RP, Crafa D, Kirmayer LY. Culture and mental health in Nepal: an interdisciplinary scoping review. 2018; 5,e36, 1-15. doi:10.1017/gmh.2018.27
17. Leininger MM, Mcfarland MR. *Cultural Care Diversity and Universality: A world nursing theory* (2nd ed) New york, NY: Jones and Bartlett
18. Nakku JEM, Okello ES, Kissa D, Honikman S, Ssebunnya J, Ndyabangi S et al. Perinatal mental health care in a rural African district, Uganda: a qualitative study of barriers, facilitators and needs. *BMC Health Services Research*.2016; 16:295. DOI 10.1186/s12913-016-1547-7
19. Staiger T, Waldmann T, Rusch N, Krumm S. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Services Research*.2017; 17:39 . DOI 10.1186/s12913-017-1997-6
20. Alfredson M, Sebastian MS, Jeghannathan .Attitudes towards mental health and the integration of mental health services into primary health care: a cross-sectional survey among health-care workers in Lvea Em District, Cambodia. *GLOBAL HEALTH ACTION*,2017; v10,1331579
21. Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst*. 2015; 9:40

22. Olofsson S, Sebastian MS, Jegannathan B. Mental health in primary health care in a rural district of Cambodia: a situational analysis. *Int J Ment Health Syst* 2018; 12:7
23. Júnior RAOF, Santos CAD, Lisboa LL, Freitas AKMSO, Garcia VL, Azevedo GD. Incorporating Cultural Competence for Maternal Healthcare in the Quilombola Population into Health Profession Training. *RBEM42*. 2018; 42 (2) : 99 – 109
24. Higginbottom GM, Safipour J, Yohani S, O'Brien B, Mumtaz Z, Paton P, et al. An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16:20
25. Chiao JY, Li S, Turner R, Lee-tauler, Pringle BA. Cultural neuroscience and global mental health: addressing grand challenges. *Cult Brain*. 2017 April ; 5(1): 4–13
26. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 2016;15:276–286
27. Shidhaye R, Lund C, Crisholm D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst*. 2015; 30;9:40
28. Angdembe M, Kohrt BA, Jordans M, Luitel NP. Situational analysis to inform the development of primary care and community mental health services for severe mental disorders in Nepal. *Int J Ment Health Syst*. 2017; 15;11:69
29. Kisa R, Baingana F, Kajungu R, Margen PO, Angdembe M, Gwaikolo W, et al. Pathways and access to mental health care services by persons living with severe mental disorders and epilepsy in Uganda, Liberia and Nepal: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016; 31;16:305
30. Staiger T, Waldmann T, Rusch N, Krumm S. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17: 39.

## 6.2 ARTIGO 11

### FATORES CULTURAIS, INSTITUCIONAIS E ACADÊMICOS QUE MOLDAM A ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNOS MENTAIS

#### RESUMO:

**Objetivo:** conhecer os fatores culturais, institucionais e acadêmicos que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, nos serviços de saúde em São Vicente/Cabo Verde. **Método:** estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 17 profissionais que trabalham na rede de serviços de saúde da ilha de São Vicente/Cabo Verde/África. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, entre setembro e outubro de 2018, e submetidos à análise temática.

**Resultados:** a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental é moldada por estigmas e preconceitos, os quais levam à invisibilidade dessas mulheres nos programas e políticas de saúde vigentes, e pelo fraco preparo dos profissionais.

**Considerações finais:** A educação continuada, a vertente cultural e a organização dos cuidados apresentam-se como desafios a serem atendidos na assistência a esse grupo de mulheres.

**Descritores:** cuidado, cultura, profissionais de saúde, enfermagem.

#### INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios para as mulheres com transtorno mental é a dificuldade que, muitas vezes, encontram no acesso aos serviços de saúde e no cuidado integral à sua saúde sexual e reprodutiva. A fragmentação dos cuidados ou cuidados insuficientes praticados pelos profissionais de saúde pode acarretar prejuízos para a paciente<sup>(1,2)</sup>. A apatia, os estigmas e os preconceitos a que esse grupo é alvo podem influenciar os cuidados dispensados a essas mulheres<sup>(3,4)</sup>.

Em determinados contextos, os fatores institucionais, acadêmicos e culturais podem efetivar-se como barreiras ou dificultar a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental. Geralmente, as concepções que os próprios profissionais de saúde podem apresentar em relação às necessidades de saúde desta população interfere na organização e prática dos cuidados<sup>(5)</sup>. Nesse sentido, o contexto de cuidado e os fatores que

podem moldar a prática assistencial devem ser ponderados, e as atividades desenvolvidas nas estruturas de saúde precisam estar adaptadas às necessidades de saúde da pessoa cuidada <sup>(6,7)</sup>.

Um dos fatores que se revela importante no decurso da organização do processo de cuidado é o contexto cultural. O reconhecimento das crenças, valores, hábitos e formas de cuidar, proporciona ao profissional de saúde eficiência no campo de atuação e potencializa condições para o reconhecimento de ações que podem influenciar a assistência, principalmente, no que tange à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental <sup>(7,8)</sup>.

Assim sendo, a organização dos cuidados nos serviços de saúde, ao serem centrados na pessoa cuidada, e reconhecimento dos aspectos culturais como influenciadores da concepção de saúde e doença potencializa para responder de forma positiva as necessidades de saúde desta população, promovendo um cuidado congruente com a sua cultura e que seja integralizado. Assim, os fatores institucionais, como a capacitação de profissionais de saúde culturalmente competentes, têm papel fundamental na organização e oferta da assistência <sup>(9,10,11)</sup>.

Embora, durante a formação acadêmica, tendem a adicionar conteúdos curriculares aos longos dos tempos como, por exemplo, a medicina baseada em evidências ou comunicação cultural, muitos desses acréscimos são feitos de forma fragmentada e não acompanham as necessidades e o ritmo de mudança da população <sup>(12)</sup>. Uma das dificuldades, muitas vezes, encontradas para a organização do processo de trabalho é a formação acadêmica dos profissionais de saúde, que, ao terminar a sua formação, não tem desenvolvidas todas as competências visando à integralidade dos cuidados, assim sendo, a formação continuada nos serviços é um meio que pode ser utilizado para superar essa deficiência na capacitação dos profissionais <sup>(13)</sup>.

Conhecer os fatores culturais, institucionais, acadêmicos e os limites que são encontrados pelos profissionais de saúde na sua prática podem ter impacto para refletir sobre a construção de estratégias que melhoram a prática assistencial a essas mulheres <sup>(14)</sup>. Sobretudo, faz-se necessário o fortalecimento e a capacitação dos profissionais de saúde para que possam gerir os cuidados a fim de oferecer, nos serviços de saúde, um cuidado mais adaptado às necessidades específicas dessa população <sup>(15)</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo: conhecer os fatores culturais, institucionais e acadêmicos que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, nos serviços de saúde em São Vicente/ Cabo Verde.



## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido com 17 profissionais de saúde que atuam em estruturas de cuidados primários e no serviço de psiquiatria, localizados na ilha São Vicente, em Cabo Verde/África. Nesse país, o sistema de saúde está organizado em três níveis: municipal, regional e central. O nível municipal assume os cuidados primários e constitui-se, portanto, na porta de entrada para o serviço nacional de saúde. Fazem parte das estruturas de cuidados primários uma Delegacia de Saúde, cinco Centros de Saúde, três Unidades Sanitárias de Base, um Centro de Saúde Reprodutiva e um Centro de Terapia Ocupacional, que trabalham vinculados entre si e com os outros dois níveis de cuidados, o secundário e terciários <sup>(16)</sup>.

O nível regional agrupa e reorganiza as estruturas sanitárias dos municípios mais próximos em uma ilha, com ênfase no cuidado de atenção secundária e hospitalar. Entretanto, na ilha de São Vicente, não existe o nível regional, pois não existe hospital regional e os centros de saúde não têm valência de internamento. O nível central ou de referência é de abrangência nacional, presta os cuidados de atenção terciária, sobretudo, a função hospitalar diferenciada. Em São Vicente está instalado um dos dois hospitais centrais do país, o Hospital Batista de Sousa <sup>(17)</sup>.

Dentre os 17 profissionais de saúde participantes do estudo, 11 são enfermeiros, 4 médicos e 2 psicólogas, com idades entre 30 e 66 anos. Quanto ao tempo de vinculação com o serviço, variou de 1 e 30 anos. 2 enfermeiras eram mestres e 3 médicos especialistas. Estes profissionais foram selecionados, considerando como critério de inclusão, ter pelo menos um ano de vínculo com o serviço. Foram excluídos os profissionais que durante o período de coletas dos dados estavam de férias ou licença de trabalho. Para preservar o anonimato dos participantes, foi utilizado um código formado pela letra “P” seguido de um numeral que identifica a ordem de realização das entrevistas.

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, realizadas por meio de videoconferência entre Brasil e Cabo Verde, tendo no local da coleta o suporte de duas auxiliares de pesquisa, os dados foram coletados no período de setembro e outubro de 2018. As entrevistas foram guiadas por um roteiro que incluiu as concepções pessoais a respeito da sexualidade e a vida reprodutiva de mulheres com transtorno mental e assistência prestada aos usuários; o conhecimento das estratégias e recursos utilizados pelos profissionais de saúde com vista a responder as necessidades apresentadas pelas mulheres usuárias dos serviços; e o conhecimento dos profissionais sobre os documentos oficiais e as referências de natureza

cultural, acadêmica e institucional que orientam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande CEPAS/FURG, sob o parecer nº 86/2018 e do Comitê Nacional de Ética em pesquisa para a Saúde (CNEPS), do Ministério de Saúde de Cabo Verde, pela deliberação nº 34/2018, local de procedência dos dados. Foram respeitados os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde <sup>(18)</sup>, uma vez que o estudo está vinculado a uma instituição brasileira.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo na modalidade de temática preconizada por (Bardin, 2006), balizada pela teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

## **RESULTADOS**

A análise dos dados identificou três categorias: **Estigmas, preconceitos e valores culturais na prática dos cuidados; Influência da inexistência de protocolos de serviço e capacitação dos profissionais na prática; Impacto da formação acadêmica na prática dos cuidados.**

### **Estigmas, preconceitos e valores culturais na prática dos cuidados**

De acordo com os participantes, a presença de um diagnóstico de transtorno interfere diretamente na percepção que se tem da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, o que reflete na assistência dispensada, apontado que a procura pelos cuidados é temporalmente delimitada ao período de gravidez ou prevenção de suposta gravidez. Além disso, a presença de estigmas e preconceitos nas instituições de saúde em relação à doença mental mostrou-se como barreira que dificulta a inclusão da mulher com transtorno mental nos serviços de saúde de atenção primária.

*[...] nós estamos em uma sociedade onde ainda as pessoas com transtorno mental são mal vistas, por vezes elas chegam, por exemplo nas instituições quando elas chegam para procurar seja de saúde sexual e reprodutiva ou se vierem por outra questão ou simplesmente vieram para marcar uma consulta as pessoas já olham para elas de forma errada, e como já tinha dito em relação a saúde sexual e reprodutiva é muito raro termos essa procura (P16)*

Uma participante referiu que a cultura molda a percepção sobre o que são saúde e doença em um determinado contexto, referindo ainda que, muitas vezes, a forma de cuidado geralmente assumido pelos familiares, pode interferir na assistência dispensada pelos profissionais de saúde.

*[...] o que nós temos de tentar fazer é tentar trabalhar na cultura, ela influencia no que para nós é doença e saúde, e o procurar esses serviços para prevenção, então isto é uma preocupação para que as pessoas não venham apenas para o curar. (P15)*

Outros aspectos da cultura como os valores e crenças presentes na sociedade cabo-verdiana, também, foram abordados pelos profissionais como referências que marcam a sociedade, a família e os próprios profissionais de saúde, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

*Temos uma sociedade que ainda posso dizer é ditado para a mulher o que deve fazer e ao homem também, mas em relação a pessoa com doença mental é algo muito vasto, porque primeiramente é muito raro de encontrares uma mulher com transtorno mental que procura a assistência a saúde sexual e reprodutiva e é muito raro encontrares uma pessoa com transtorno mental grávida, porque como já tinha dito a família se encarrega para que isso não aconteça, recorrendo a métodos de longa duração ou definitiva (P16)*

Dois participantes (P5;P17) reconheceram que a cultura tem tido repercussão na sua assistência a esse grupo de mulheres, referindo que saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, geralmente, é um tema que passa despercebido na organização e oferta dos cuidados nos serviços de saúde. Esses profissionais relataram a necessidade de maior integração desse grupo de mulheres na dinâmica de cuidados ofertados.

*[...] falar com outros profissionais para vermos o que temos feito pela mulher com transtorno em situação de rua, acho que não temos feito nada... acho que não estamos fazendo nada pela mulher em situação de rua e que esta bastante vulnerável...e também sobre as mulheres que estão na nossa comunidade, porque isso deveria ser o nosso trabalho, agora vou ficar mais atenta a essas mulheres com alguma vulnerabilidade e transtorno mental que estão em casa para saber o que esta sendo feito, se ela não esta procurando os serviços porque ela não tem uma vida sexual ativa ou se é a sua família que a mantém em casa, ou se elas sofrem algum abuso sexual (P17)*

Desse modo, ficou evidente a necessidade de ter atenção à cultura no contexto do cuidado e avaliar os valores culturais que podem moldar a assistência dispensada pelos profissionais de saúde.

## **Influência da inexistência de protocolos de serviço e capacitação dos profissionais na prática**

Nesta categoria, os profissionais foram unânimes em relação à organização dos cuidados de saúde, incluindo a inexistência de protocolos de serviço que os oriente na assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais. Na sua percepção, os participantes reconhecem que nem sempre estão preparados para responder as necessidades de saúde sexual e reprodutiva deste grupo de mulheres, apontando que a elaboração de protocolos de serviço poderia efetivar-se como meio facilitador e orientador da sua prática assistencial

*Aqui na enfermaria nos não temos nenhum protocolo que poderíamos seguir, que nos diga como fazer em caso dessas situações (P4)*  
*Não vi nenhum protocolo, o que orientava os colegas é a experiência que tinham, alguns estudos, era isso conhecimento e experiência adquirida, neste sentido, porque protocolo que eu saiba não tem (P6)*

Os participantes referem que as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde, como os programas e políticas, são amplas e generalizadas, salientando a necessidades de terem, nos serviços, protocolos e formação continuada que os capacite e oriente na assistência a essas mulheres. Além disso, a rotina e organização dos serviços de saúde foram apontados como meios que, muitas vezes, contribuíram para o não reconhecimento da mulher com transtorno mental nesses serviços de saúde.

*Os programas de saúde do Ministério de Saúde, nós seguimos essas diretrizes, mas são diretrizes generalizadas não havendo algo que te norteie em específico a mulher com transtorno mental (P12)*

*Nós profissionais estamos pouco preparados e por vezes nem sabemos como lidar e evitamos tocar no assunto e nem deixamos a mulher falar muito do assunto, olha desde que trabalho aqui estou sempre lutando, reivindicando formação continuada no serviço, e em relação a esse assunto em concreto precisamos muito que nos capacitem (P5)*

Um participante enaltece que o fraco investimento por parte do sistema nacional de saúde em políticas públicas voltada à saúde mental contribui para que este grupo tenha dificuldades de ser incluído nos cuidados de saúde. No seu entendimento, isso é um aspecto que influencia diretamente na organização e oferta dos cuidados dispensados à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

*Directrizes de psiquiatria basicamente não tem, por exemplo aqui no hospital carecemos muito de protocolos entre as enfermarias, e é claro que*

*influencia, o que acabei de dizer o paciente é visto como um doente mental, eles não vêem o paciente holisticamente como um pessoa como um todo, é visto uma parte*

Os participantes reconhecem a necessidade de maior visibilidade da mulher com transtorno mental nos programas e políticas existentes no país sobre a saúde sexual e reprodutiva. Assim sendo, entende-se que os profissionais sentem a necessidade de maior capacitação para que possam ter maior aptidão de respostas as necessidades de saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

### **Impacto da formação acadêmica na prática dos cuidados**

Os participantes apontaram que, durante o percurso acadêmico, houve uma ausência do conteúdo saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental no processo de formação. Em seu entender, isso contribuiu para o não preparo e maior dificuldade em reconhecer e saber lidar com as necessidades de saúde sexual e reprodutiva desse grupo de mulheres.

*Posso afirmar que não recebi nenhuma orientação em relação a saúde sexual e reprodutiva dos doentes mentais, aprendi sim de forma geral sobre a saúde sexual e reprodutiva (P3)*

*[...] nós não tivemos contato, o contato era com o paciente na fase de internamento, as questões voltadas a saúde sexual e reprodutiva, não tive contato nem experiências e nem orientações de como proceder nesses casos, o que estudamos era saúde mental e como lidar com o paciente internado (P10)*

Os profissionais referem que, mesmo na formação continuada no serviço, esse é um tema que passa despercebido. Esses profissionais frisam, ainda, que constantemente recebem formações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, mas nada em relação à saúde da mulher com transtorno mental, o que, no seu entender, influencia na prática assistencial. Nesse contexto, salienta-se que a saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental é um tema carente de atenção desde as políticas de saúde à prática assistencial.

*Uma vez eu recebi uma formação focada na assistência a saúde materno infantil e sexual da mulher em geral, agora nada em específico a mulher com transtorno mental (P6)*

*Nós não tivemos, o contato era com o paciente na fase de internamento, as questões voltadas a saúde sexual e reprodutiva, não tive contato nem experiências e nem orientações de como proceder nesses casos, o que estudamos era saúde mental e como lidar com o paciente internado (P10)*

Um participante destacou que a inclusão da mulher como doente mental nos serviços de saúde é um tema pouco abordado, o que entende como uma deficiência que compromete a saúde desse grupo de mulheres, principalmente, em situação de vulnerabilidade.

*Não nos falavam em inclusão, que esse doente deve estar incluído nos cuidados de saúde, uma disciplina ou algo referente a saúde sexual e reprodutiva do doente mental... acho emergente começarmos a ver e trabalhar a mulher em situação de vulnerabilidade social, aquela em situação de rua(P17)*

No que tange a capacitação dos profissionais na assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, o depoimento dos participantes desvelaram a necessidade emergente de capacitação e melhor preparo, desde o percurso acadêmico e formação continuada, mostrando-se como barreira para o reconhecimento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais.

## **DISCUSSÃO**

Os estigmas e crenças culturais referentes a doença mental foram evidenciados nos participantes como expressão cultural que influencia e molda a sua assistência. Na sua prática assistencial, os fatores cultural, institucionais e acadêmicos, no contexto de Cabo Verde, apresentaram-se como fatores alvos de avaliação na organização dos cuidados, que seja congruente com a cultura da pessoa cuidada.

A influência dos fatores culturais mostrou-se ter, no contexto de estudo, um peso na assistência dispensada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental. Apesar dos profissionais de saúde estarem capacitados para atender a saúde sexual e reprodutiva, o diagnóstico de transtorno mental, adicionado aos estigmas referentes às competências no autocuidado dessas mulheres, efetivou-se como aspectos que, diretamente, moldam a percepção das necessidades e, conseqüentemente, a assistência dispensada. Leininger apontou, na sua teoria, que os valores, as crenças e os modos de vida regidos por determinados padrões, em um contexto específico, influenciam a forma de entender a saúde e doença e a forma de cuidar <sup>(19)</sup>.

A cultura a qual a pessoa está integrada não é a única a influenciar as crenças e comportamentos que a pessoa cuidada e o cuidador apresentam em relação à saúde. Além disso, em determinados contextos, as influências culturais podem ter maior impacto na visão de mundo e formas de cuidados dispensados, contudo, referiram que, em outros contextos, a

situação socioeconômica e educacional pode ser o fator que molda o posicionamento em relação ao cuidar <sup>(20,21)</sup>.

A educação continuada em serviços de saúde poderia trazer benefícios, como melhoria na acessibilidade, aumentar a flexibilidade e fornecer uma resposta rápida as necessidades apresentadas pelo público cuidado <sup>(22,23)</sup>. Nesse sentido, este se afigura como um modelo inovador que trabalha com foco a transformar a realidade, contribuindo na busca do ensino-aprendizagem amplo, partindo do cotidiano do profissional de saúde e dar continuidade ao processo ensino-serviço <sup>(24,25)</sup>. Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados supracitados, uma vez que o percurso acadêmico dos profissionais de saúde é parte da sua formação profissional, desse modo, a educação continuada em serviços proporcionaria a capacitação e continuidade na formação desses profissionais.

Nesse estudo, uma maior aproximação entre a saúde mental, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em particular, nos doentes mentais, desde o percurso acadêmico até a formação continuada nos serviços de saúde, foi alvo de crítica por parte dos participantes, como elementos que são dissociados. A educação continuada com mais articulação entre esses eixos, efetiva-se, nesse contexto, como forma de capacitar os profissionais de saúde a dar melhor resposta a saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental. Corroborando, um estudo desenvolvido na China chama a atenção para a necessidade de maior investimento e preparação dos fornecedores de educação, incluindo as universidades e as instituições de saúde <sup>(26)</sup>.

O reconhecimento das necessidades educacionais dos profissionais de saúde e um investimento em educação continuada têm potencial para o retorno, em longo prazo, em termos de melhorias tanto para o serviço de saúde, quanto para os profissionais e população assistida. Da mesma forma, o não investimento, ou o investimento precário pode contribuir para que os profissionais não melhorem sua formação profissional e pode ter agravos como manter o déficit na prática assistencial por muito tempo <sup>(26,27)</sup>. Os achados deste estudo aproximam-se dos estudos supracitados, em que os participantes evidenciaram que, muitas vezes, não se sentem capacitados para responder as demandas de saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental e sentem uma necessidade de maior investimento por parte do sistema de saúde na sua capacitação para que possam ter meios que os facilite a mudar a sua prática assistencial.

Além da importância da continuidade do processo educativo, com investimento na capacitação técnica dos profissionais de saúde, o compromisso e comprometimento pessoal

dos mesmos são fundamentais para que se efetivem as mudanças de atitudes e transformação pessoal com foco na melhoria nas competências e na assistência dispensada à pessoa cuidada.

As políticas públicas e os protocolos institucionais, também, foram alvos de críticas por parte dos participantes deste estudo que os apontaram como fatores que influenciam diretamente a organização dos serviços e cuidados dispensados. No contexto de desenvolvimento deste estudo, os fatores culturais relacionados aos estigmas em relação à doença mental foram apontados pelos participantes como aspectos que influenciam na elaboração das políticas e protocolos de serviço. Leininger apontou que os valores, as crenças e as práticas de cuidado tendem a estar englobados na visão de mundo e nos fatores políticos de um determinado contexto cultural específico <sup>(14)</sup>.

O uso de protocolos institucionais trazem potencialidades para a prática assistencial. A utilização de protocolos foi apontada como meio que facilita a organização e orientação do profissional de saúde na prática, que os auxilia a atender as especificidades da pessoa atendida <sup>(28,29)</sup>. Neste estudo, em específico, os protocolos institucionais foram apontados pelos profissionais de saúde como meios que poderiam os ajudar na sistematização da prática do cuidado. A inexistência de protocolos na especificidade de saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental ficou apontada como barreira no cuidado.

Os profissionais deste estudo apontaram que, muitas vezes, apresentam dificuldades na resposta à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental e que um protocolo institucional ou diretrizes do ministério da saúde trariam repercussão positiva no contexto cabo-verdiano em específico, em que a cultura, em geral, molda a assistência. Corroborando, estudos desenvolvidos no Brasil mostram que as condições estruturais e organizacionais das unidades de serviço no contexto que se encontram inseridas podem efetivar-se como dificuldades na rotina e prática dos profissionais de saúde, o que pode comprometer a oferta do atendimento <sup>(30,31)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo traz contribuições para a prática, permitindo-nos conhecer alguns dos fatores que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental em São Vicente/Cabo Verde. Os dados evidenciaram que os fatores culturais, institucionais e educacionais moldam a assistência do profissional de saúde no contexto onde se encontra inserido.



Neste estudo, ficou evidente a necessidade de criarem as condições que facilitem que a mulher com transtorno mental esteja incluída nas políticas de saúde vigentes no país, bem como a elaboração de protocolos institucionais ou diretrizes do Ministério da Saúde que oriente a assistência à saúde sexual e reprodutiva. O desenvolvimento de políticas de saúde mental, também, é um ponto que se efetiva como alvo de atenção emergente e que muito acrescentaria no contexto de Cabo Verde.

Os resultados deste estudo podem contribuir para o respaldo da prática assistencial dos profissionais de saúde em São Vicente/ Cabo Verde no cuidado à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental. Para maior efetivação da prática assistencial, torna-se necessário, também, um maior investimento na educação contínua nos serviços de saúde, como forma de capacitar os profissionais e, também, serve para dotá-los de meios que os possibilitem desenvolverem estratégias e ações que garantam uma assistência integral a mulher com transtorno mental.

Neste estudo, apresentam-se como sugestões outros postulados que abordem essa temática no contexto cabo-verdiano e uma maior aproximação entre as instituições de saúde e os formuladores de políticas.

A avaliação das necessidades educacionais, os valores culturais, as políticas públicas e protocolos institucionais mostraram-se como estratégias que necessitam de uma maior atenção, em Cabo Verde, como meio de ajudar na organização, procura e oferta dos cuidados, especialmente, aos grupos mais vulneráveis, como as mulheres com transtorno mental.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*. 2016; 16:466
- 2- Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, Haggerty JL, Russell G, Gunn J, *et al.* Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 2016; 15:168

- 3- Maciel AP, Brito DF, Rocha RMB, Souto LES, Jorge AL, Cruz GHS, *et al.* Apoio Matricial em Saúde Mental: Tecendo Caminhos na Atenção Primária. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. 2016;5(2):127-147
- 4- Alves KR, Alves MS, Almeida CPB. Mental health care: values, concepts and philosophies present in the everyday care. *Rev Enferm UFPI*. 2017; Abr-Jun;6(2):4-9
- 5- Bastos F, Dutra C, Silva JÁ, Pacheco K, Silva I. Saúde mental no atendimento pré hospitalar móvel: concepções de profissionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 4*. 2016; Out; 17
- 6- Fermino V, Amestoy SC, Santos BP, Casarin ST. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2017
- 7- Angdembel M, Kohrt BA, Jordan M, Rimal D. Situational analysis to inform development of primary care and community-based mental health services for severe mental disorders in Nepal. *Ment Health Syst*. 2017; 11:69
- 8- Kisa R, Baingana F, Kajungu R, Mangen PO, Angdembel M, Gwaikolo W, *et al.* Pathways and access to mental health care services by persons living with severe mental disorders and epilepsy in Uganda, Liberia and Nepal: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:305
- 9- Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, *et al.* How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*. 2018; 18:168
- 10- Burnett S, Mendel P, Nunes F, Wiig S, Bovenkamp HVD, Karlton A, *et al.* Using institutional theory to analyse hospital responses to external demands for finance and quality in five European countries. *Journal of Health Services Research*. 2016; Vol. 21(2) 109–117
- 11- Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barkert AM, Lavela SL, Hill JN, *et al.* How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*. 2018; 18:168
- 12- Starr SR, Agrwall N, Bryan MJ, Buhrman Y, Gilbert J, Huber JM, Hunderfund ANL, *et al.* Science of Health Care Delivery: An Innovation in Undergraduate Medical Education to Meet Society's Needs. *SCIENCE OF HEALTH CARE DELIVERY*. Set, 2017;1(2):117-129

- 13- Santos MC, Frauches MB, Rodrigues SM, Fernandes ET. The work process at the Family Health Support Center (FHSC): The importance of professional qualification. *Sau. & Transf. Soc*, Florianópolis. 2017; v.8, n.2, mai-ago, p.060-069
- 14- Silva EB, Padoin SMMP, Vianna AC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):249-258
- 15- Lapão LV, Arcência RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of primary healthcare in the coordination of health care networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):713-723
- 16- CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Plano de Rede Sanitária dos cuidados Primários de Saúde em São Vicente, 2017.
- 17- CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Saúde, (2007-2020)
- 18- Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2013: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília; 2013
- 19- Crespo S, Rodrigues R, Vicente C, Amendoeira J, Figueiredo MCB. Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de mcewen e wills. *Reserarchgate*; 2014, Nov
- 20- Aggarwal NK, Cedeno K, Kleinman A, Lewis-Fernandez R. The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus*. 2016; 5:384.
- 21- Leininger MM. *Culture care diversity ans universality*. New York: National Leangue for Nursing; 2015.
- 22- Safabakhsh L, Irajpour A, Yamani N. Designing and developing a continuing interprofessional education model. *Advances in Medical Education and Practice*. 2018; 9 459–467
- 23- Hadadgar A, Changiz T, Massiello I, Dehghani Z, Mirshahzadeh N, Zary N. Applicability of planned behavior theory in the explanation of eLearning use of general practitioners in continuing medical education. *BMC Medical Education*. 2016; 16:215
- 24- Sousa MST, Brandão IR, Parente JRF. A percepção dos enfermeiros sobre a educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de Sobral. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2015; Vol 3, nº1

- 25- Gallardo SP, Martínez MM, Matorrales FE, Arakawa T, Magnabosco GT, Pinto IC. Fatores associados à aprendizagem clínica dos alunos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: um estudo analítico transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2803
- 26- Yi Y, Chongsuivatwong V, Sriplung H, Hu G, Mcneil E, Feng Q, *et al.* Unmet needs in continuing medical education programs for rural Chinese township health professionals. *J Educ Eval Health Prof* 2015, 12: 25
- 27- Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Continued or permanent education in health? analysis of the production of the pan american health organization. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro. 2018; v. 16 n. 1, p. 99-122
- 28- Vieira LJE, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalganti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 21(12):3957-3965
- 29- Enticott JC, Shawyert F, Brophy L, Russell G, Fossey E, Inder B. The PULSAR primary care protocol: a stepped-wedge cluster randomized controlled trial to test a training intervention for general practitioners in recovery-oriented practice to optimize personal recovery in adult patients. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:451
- 30- Fermino V, Amestoy SC, Santos BP, Cesarin ST. Family Health Strategy: nursing care management. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42691>
- 31- Vargas I, Pérez ASM, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:213

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo permitiram compreender como se processa a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental nos serviços de saúde no contexto da ilha de São Vicente/ Cabo Verde. Evidencia-se que a prática desses profissionais de saúde está influenciada pelo contexto sócio-cultural do país, em que a assistência à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres é temporalmente delimitada, com maior foco no período gravídico e planejamento familiar; e fragmentada tendo maior ênfase nas questões reprodutivas, mais especificadamente, no controle da natalidade.

A família foi apontada pelos profissionais como uma das principais barreiras no acesso aos serviços de atenção primária que prestam os cuidados à saúde sexual e reprodutiva, movidas pelos estigmas e preconceitos ainda vigentes em relação à doença mental e à capacidade dessas mulheres cuidarem da sua saúde. Entretanto, este estudo também mostra que, apesar dos profissionais de saúde estarem capacitados a responder as demandas da saúde sexual e reprodutiva de toda mulher que procura esses serviços, quando se trata da mulher com transtorno mental, eles não apresentam a mesma destreza, principalmente, no caso das mulheres que vivem em situação de rua.

Tendo por base a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, foi possível identificar neste estudo que os fatores no modelo Sunrise: valores culturais e modo de vida; familiares e sociais; políticos; econômicos e educacionais influenciam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental. Esses fatores foram identificados pelos profissionais como vivências da família que muito influenciam o comportamento e percepção que ela tem sobre as necessidades de saúde da mulher com transtorno mental. Da mesma forma e entendendo o profissional de saúde como resultado da cultura cabo-verdiana e indivíduo daquele contexto, pode-se observar a influência desses fatores na sua prática profissional.

Os resultados apontam que a saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental no contexto cabo-verdiano carece, ainda, de muito investimento por parte do Sistema Nacional de Saúde, na promoção de condições que garantem a inclusão da mulher com transtorno mental nos programas e políticas vigentes de saúde sexual e reprodutiva, na elaboração de protocolos que oriente o profissional na sua assistência, na sensibilização dos profissionais e organização dos serviços de atenção primária que prestam esses cuidados, na

referência e contrarreferência entre os serviços de atenção primária e o serviço de psiquiatria, para que essas mulheres recebam um cuidado holístico, e congruente com a cultura.

Percebe-se que há necessidade de capacitação do profissional de saúde para atender a saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, tendo estes um papel importante na promoção da saúde desse grupo em específico. Baseado nos resultados encontrados, propomos como recomendações/sugestões que a qualificação/ especialização dos profissionais que trabalham nos serviços primários e no serviço de psiquiatria (enfermeiros e médicos psiquiátricos, entre outros) deve ser emergente.

Sendo os serviços de atenção primária os responsáveis pelo cuidado à saúde sexual e reprodutiva, observa-se, também, a necessidade de um maior investimento na busca ativa e reconhecimento dessas mulheres na comunidade onde estão inseridas, para que toda e qualquer mulher com transtorno mental tenha acesso aos serviços de saúde de forma frequente, que recebam uma assistência integral e trabalha-se na capacitação e maior autonomia dessas mulheres para o autocuidado.

Assim sendo, pensamos a pertinência da divulgação dos resultados do estudo como uma forma de informação/conscientização dos profissionais de saúde, acerca desta problemática e da necessidade de mudança das suas práticas em nível dos cuidados de saúde mental, sexual e reprodutiva dessa população e, consecutivamente, contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde a essas mulheres e sua família, assim como sensibilizar as entidades competentes no sentido de haver remodelação das políticas vigentes no país, que respondem a saúde dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J.E.D. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 219-230, jan./jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n1/13.pdf>

AMROUSSIA, n.; GOICOLEA, I.; HERNANDEZ, A. Reproductive Health Policy in Tunisia: Women's Right to Reproductive Health and Gender Empowerment. **Health and Human Rights Journal**, v 18, n 2, p. 183-194, dec 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395000/pdf/hhr-18-183.pdf>

ARAUJO, C.L.; NASCIMENTO, E.; VIANNA, J.N.S. Para onde nos guia a mão invisível? Considerações sobre os paradoxos do modelo económico hegemônico e sobre os limites ecológicos do desenvolvimento. **Desenvolv. Meio Ambiente**, v. 31, p. 9-18, ago. 2014. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/made/article/viewFile/34552/2303>

BARBOSA, A.G.B.; SOUZA, M.C.M.; FREITAS, M.I.F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtorno mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(7):2165-2172, 2015 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2165.pdf>

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Esplanada dos Ministérios. O SUS e a Saúde sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil\_1.ed.,\_Brasília: Ministério de Saúde, 2013 Disponível em [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub\\_sus.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf)

BOTTI, N.C.L, et al. Condições de saúde de mulheres com transtorno mental. **Rev Rene**. 2013; 14(6):1209-16. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419018.pdf>

CABO VERDE. **Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade de Género**. Relatório Cabo Verde Beijing + 20, 2014.

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Centros de Saúde, 2018. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Estratégia Nacional de Comunicação para a Mudança de Comportamentos Em Saúde Reprodutiva, 2003. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/~>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDRS-I), 1998. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDRS-II), 2005. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Plano Estratégico Nacional para Saúde Mental, 2009. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Plano de Rede Sanitária dos cuidados Primários de Saúde em São Vicente, 2017. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Saúde, (2007-2020). Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Programa Nacional de saúde Reprodutiva, (2002-2006). Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. **Ministério da Saúde**. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, 2008. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CEDAW. **Convenção Sobre A Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra A Mulher**. Texto Integral da Convenção Sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra A Mulher, 1979. Disponível em [http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/11/SPM2006\\_CEDAW\\_portugues.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf)



CORRIGAN, C.P.; KWASKY, A.N.; GROH, C.J. Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. **The Journal of Perinatal Education**, Winter 2015, v 24, n 1, p.48-60. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720860/pdf/JPE\\_Vol024-001\\_A07\\_048-060.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720860/pdf/JPE_Vol024-001_A07_048-060.pdf)

COSTA, A.; ROSADOA, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.74-86 jan./mar. 2013. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>

DIAS, F.D.; ROCHA, C.F.; HORTA, R. Saúde sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras. 1.ed. ACIDI, I.P.: Lisboa, Junho 2009. Disponível em [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01922\\_OI\\_32.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01922_OI_32.pdf)

DETOMINI, V.C.; ROSERO, E.F.; PERES, R.S. sexualidade e Saúde Mental: Vivências, Serviços e Estigmas. **Revista da SPAGESP**, 17(2), 81-95. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a07.pdf>

FONTANA, R.L.M.; COSTA, S.S.; SILVA, J.A.B.; RODRIGUES, A.J. Teorias demográficas e o crescimento populacional no mundo. **Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 2, n.3, p. 113-124, mar 2015. Disponível em <file:///C:/Users/Satellite%20Pro/Downloads/1951-6688-1-PB.pdf>

GELAVE, B.; RONDON, M.; ARAVA, R.; WILLIAMS, M.A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **Lancet Psychiatry**, 3(10): 973-982, oct, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5155709/pdf/nihms-820433.pdf>

GIL, A.C. Como elaborar um projeto de pesquisa. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HENRIQUES, C.S. Mulheres com transtornos mental: reflexões sobre o exercício da maternidade. **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, 2013 Acesso em abr de 2016

INE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE CABO VERDE Dia do Município de São Vicente, 2016. Disponível em <http://ine.cv/>

INE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA DE CABO VERDE. Mulheres e homens em Cabo Verde, 2017. Disponível em <http://ine.cv/>

JESUS, C.M.C.; JUCÁ, V.J.S.; BARBOSA, A.S. Maternidade, Sofrimento Psíquico e redes Sociais . **Revista EPOS; Rio de Janeiro-RJ**, Vol.5, nº 2, jul-dez de 2014; ISSN 2178-700X; pág. 191-193

KISMODIA,E.; COTTINGHAMB,J.; GRUSKINC,S.; MILLERD,A.M. THEME: SEXUAL HEALTH, HUMAN RIGHTS AND THE LAW Advancing sexual health through human rights: The role of the law. **Global Public Health**, 2015 Vol. 10, No. 2, 252–267. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318115/pdf/rgph-10-252.pdf>

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, V. 38, N. 101, P. 244-253, ABR-JUN 2014 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0244.pdf>

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing**. New York: Wiley, 1991.

LEININGER, M.M & MCFARLAND, M.R. (2006). Cultural Care Diversity and Universality: A world Wide nursing theory (2nd ed) New York, NY: Jones and Bartlett. Disponível em <https://books.google.cv/books?id=NmY43MysbxIC&printsec=frontcover&dq=Leininger%20cultural%20care%20diversity%20and%20universality&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjQ2OXog7jZAhWCNzQKH7LCHgQ6AEIITAA#v=onepage&q&f=true>

LUCIA,B.P.; PEREHUDOFF,K. Global Survey of National Constitutions: Mapping Constitutional Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights. **Health and**

**Human Rights Journal**, v 19, n 3, p.279-293, dec 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739376/pdf/hhr-19-279.pdf>

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise Textual Discursiva. Ijuí: Editora Unijuí; 2011.

NGIBISE, K.A.; ADIIBOKAH, E.; NETTEY, O. E.A.; NYAME, S. “Making the Mentally Ill Count”, lessons from a Health and Demographic Surveillance System for people with mental and neurological disorders in the Kintampo districts of Ghana. **International Journal of Mental Health Systems**, (2017) 11:22 DOI 10.1186/s13033-017-0130-x. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348759/pdf/13033\\_2017\\_Article\\_130.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348759/pdf/13033_2017_Article_130.pdf)

OMS. **Organização Mundial da saúde**, Mulheres e Saúde, Evidencias de hoje agenda de amanhã, 2011. Disponível em [http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE./ **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar, sim - Excluir, não.**/ Genebra 27 :Suíça, 2005 Disponível em [http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Medleine Leininger and the Theory of Cultural Care Diversity and Universality- An Historical Overview. **ISSN: 1676-4285**. Disponível em [file:///C:/Users/Satellite%20Pro/Downloads/4855-24459-1-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Satellite%20Pro/Downloads/4855-24459-1-PB%20(6).pdf)

ORITA, P.T.K.; MAIO, E.R. A Fisiologia e Sexualidade da pessoa com transtorno mental: a hospitalização da libido. **Simpósio Internacional de educação Sexual ISSN 2236-1995**. Maringá-PR, 24 a 35 de Abril de 2013

**PARLAMENTO EUROPEU**. Comissão dos Assuntos Jurídicos, 2014 Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//NONSGML+REPORT+A8-2015-0199+0+DOC+PDF+V0//PT>

POTHARST, E.S. ; AKTAR, E. REXMINKEL,M.; RIGTERINK,M., et al. Mindful with Your Baby: Feasibility, Acceptability, and Effects of a Mindful Parenting Group Training for Mothers and Their Babies in a Mental Health Context. **Mindfulness** (2017) 8:1236–1250. DOI 10.1007/s12671-017-0699-9. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605590/pdf/12671\\_2017\\_Article\\_699.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605590/pdf/12671_2017_Article_699.pdf)

PORTUGAL. **Direcção Geral da saúde**. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direcção Geral da Saúde Lisboa: DGS 2008.-67p.-ed.revista e atualizada Disponível em <file:///C:/Users/Satellite%20Pro/Downloads/i009646.pdf>

RAY,S.; PATHAK,A.; SHARMA,A. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian J Psychiatry**. 2015 Jul; v 57(Suppl 2): S216–S221. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539865/>

**RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**. Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos, 2011. Disponível em [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2011\\_pt\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_pt_complete.pdf)

SILVA, J.M.Q.; MARQUES, P.F.; PAIVA, M.S. Saúde sexual e reprodutiva e enfermagem: um pouco da história na Bahia. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 501-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a06.pdf>

UNFPA. **UNITED NATIONS POPULATIONS FUND** - Relatório sobre a Situação da População Mundial, 2012. Disponível em <http://unfpa.org.br/Arquivos/swop2012.pdf>

UNFPA. **UNITED NATIONS POPULATIONS FUND**. Situação da População Mundial, 2017. Disponível em <http://unfpa.org.br/swop2017/swop2017.pdf>

WAS.**WORLD ASSOCIATION OF SEXUAL HEALTH**. Declaração dos Direitos Sexuais, 2014 Disponível em <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>



WHO. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Sexual health, 2009. Disponível em [www.Who.int/reproductive-health/index.htm](http://www.Who.int/reproductive-health/index.htm)

WONG,L.R.; ALVES,E.; VIGNOLI,J.R.; TURRA,C.M. **Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós-2014**.1. ed. Rio de Janeiro/Brasil 2014. Disponível em <file:///C:/Users/Satellite%20Pro/Downloads/LibroALAP2014.pdf>

ZILIOOTTO, G.C.; MARCOLAN,J.F. Representações Sociais da Enfermagem: a Sexualidade de Portadores de transtornos Mentais. **REME. Ver Min Enferm**. 2014 out/dez;18(4):966-972 Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=754364&indexSearch=ID> Acesso em abr 2016

ZILIOOTTO, G.C.; MARCOLAN,J.F. Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre a sexualidade de portadores de transtornos mentais. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(1):86-92.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/14.pdf>

## APÊNDICE A

 <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE</b> C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul-Brasil Telefone : (53) 32336500????</p>	 <p><b>GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE</b> C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32330304</p>
---	--

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ATENÇÃO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL

**Pesquisadora responsável:** Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva- Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Pesquisadora-Mestranda:** Daniela Cláudia Silva Fortes – Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Objetivo Geral:** Compreender as influências que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental na rede de serviços de saúde da ilha de São Vicente/ Cabo Verde.

**Objetivos Específicos:** (1) Identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental; (2) Identificar as referências de natureza cultural, acadêmicas e institucionais que o profissionais de saúde utiliza para moldar a assistência à saúde sexual e reprodutiva prestada às mulheres com transtorno mental; (3) Conhecer as estratégias e/ou recursos que o profissionais de saúde utiliza para responder as demandas da saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental.

**Procedimentos:** para participar desta pesquisa você esta sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com o seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares. A entrevista será gravada e depois transcrita.

**Direitos assegurados:** as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu

consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

**Benefícios:** sua participação nesta pesquisa pode contribuir na identificação dos processos que sustentem a atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, possibilitando a discussão de novas estratégias e prováveis mudanças na referida assistência garantindo deste modo os direitos sexuais e reprodutivas da mulher com transtorno mental.

**Riscos:** sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro de entrevista. Você poderá suspender sua participação. Em caso de algum indivíduo se sentir prejudicado pela pesquisa, tem-se a disposição os recursos Psicológico existentes nas instituições envolvidas

**Participação voluntária:** a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifica-se que todas sua dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

**Pessoa para contato:** para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva e a mestranda Daniela Cláudia Silva Fortes, pelos seguintes meios:

Email: [danielafortes93@gmail.com](mailto:danielafortes93@gmail.com); [marare@brturbo.com.br](mailto:marare@brturbo.com.br)

Skype: marare2;

Email: [Cepas@furg.br](mailto:Cepas@furg.br) ou telefone 32374652

CNEPS telefone 00 (238)5159713 ou 00 (238) 9914243

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar como sujeito da pesquisa “**ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL**”. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e que me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Confirmando ainda, que me foi esclarecido que não haverá riscos à integridade física dos participantes, e que em caso de algum indivíduo se sentir prejudicado pela pesquisa, tem-se a disposição os recursos Psicológico existentes nas instituições envolvidas.

Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

**Local e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N – Rio Grande –  
Rio Grande do Sul-Brasil Telefone : (53) 32336500



**GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM  
FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE**

C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande –  
Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32330304

## **APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNOS MENTAIS**

**Código de  
identificação:**

#### **PREÂMBULO**

- ✓ Agradecimento pela participação
- ✓ Apresentação do assunto abordado na pesquisa e a finalidade do estudo;
- ✓ Esclarecimento sobre as questões éticas relacionadas com a pesquisa;
- ✓ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do consentimento para a gravação em áudio;

#### **PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Religião/ crenças:** \_\_\_\_\_

**Atividade profissional:** \_\_\_\_\_

**Grau de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Tempo de formação em anos:** \_\_\_\_\_

**Área de formação:** \_\_\_\_\_

**Tempo de vínculo com o serviço em anos:** \_\_\_\_\_

## **PARTE II: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNO MENTAL**

- ✓ Como você vê a assistência a saúde sexual e reprodutiva da mulher no nosso país?
- ✓ E quando a mulher em questão é uma mulher com transtorno mental? Como você caracteriza essa assistência?
- ✓ Quem referencia a mulher com transtorno mental ao serviço?
- ✓ Quais as razões que levam a mulher com transtorno mental a procurar o atendimento.

## **PARTE III: REFERÊNCIAS (CULTURAL, ACADÊMICA, INSTITUCIONAL) QUE MOLDAM A PRÁTICA ASSISTENCIAL**

- ✓ Quais as ações que são desenvolvidas nos serviços de saúde voltadas a saúde sexual e reprodutiva da mulher.
- ✓ E quanto a mulher com transtorno mental quais são os procedimentos requeridos pelo serviço para atender a sua saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ O que da sua vida acadêmica você utiliza na relação profissional com a mulher com transtorno mental.
- ✓ O que da sua vivência pessoal você utiliza na relação profissional com a mulher com transtorno mental.

## **PARTE IV: CONHECER AS ESTRATÉGIAS E RECURSOS UTILIZADOS PARA RESPONDER AS EXIGÊNCIAS NA PRÁTICA DO CUIDAR**

- ✓ Quais as estratégias você utiliza no cuidado à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental, quando existe divergências entre as necessidades apresentadas pela mulher com transtorno mental e a visão familiar?
- ✓ Quais as ações que desenvolvem com a mulher com transtorno mental visando a capacitação no auto-cuidado em relação a sua saúde sexual e reprodutiva?

## **FINALIZAÇÃO**

- ✓ Agradecimento pela participação;
- ✓ Caso necessário dar oportunidade para questionamento do participante.



**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande - FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

***PARECER Nº 86/2018***

***CEPAS 39/2018***

**Processo:** 23116.004039/2018-31

**CAAE:** 88867018.8.0000.5324

**Título da Pesquisa:** Atenção à Saúde Sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais

**Pesquisador Responsável:** Mara Regina Santos da Silva

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 77/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Atenção à Saúde Sexual e reprodutiva da mulher com transtornos mentais**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 12 de junho de 2018.

Profª. Eli Sinnott Silva  
**Coordenadora do CEPAS/FURG**



COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE  
(CNEPS)

Deliberação nº 34/2018

1- Foi submetido, a 21 de Maio de 2018, nos termos do artigo 9.º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, um Projeto de pesquisa intitulado "*Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher com Transtornos Mentais*", a ser realizado pela aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Brasil, **Daniela Cláudia Silva Fortes**, no âmbito da sua dissertação, a ser desenvolvido nos centros de saúde, bem como no serviço de Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa, ilha de São Vicente, Cabo Verde, tendo como orientadora a **Prof.ª Doutora Mara Regina Santos da Silva**, doutorada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

2-Constam dos documentos entregues na secretaria do CNEPS: (i) uma Carta dirigida ao CNEPS, assinada tanto pela pesquisadora como pela orientadora, solicitando autorização para a realização do estudo; (ii) o Projeto de pesquisa; (iii) Carta dirigida à superintendente de Enfermagem da Delegacia de Saúde de São Vicente com os carimbos tanto da Delegacia de Saúde, como do médico que exerce a função de Delegado de Saúde; (iv) a Declaração da Superintendente de Enfermagem do Hospital Dr. Baptista de Sousa, HBS, autorizando a realização da pesquisa; (v); Carta dirigida ao Delegado de Saúde de São Vicente, solicitando a realização da pesquisa com o carimbo da Ordem dos Médicos de Cabo Verde, OMCV, do mesmo; (vi) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (vii) os CV da pesquisadora e da orientadora; (viii); e o Questionário a ser aplicado;

3 - Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa que aborda a atenção à saúde sexual e reprodutiva que é oferecida/prestada às mulheres com transtornos mentais na ilha de São Vicente, Cabo Verde, e visa compreender as influências que moldam a assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental na rede de serviços da ilha de São Vicente

4 - Os participantes do estudo serão os profissionais da saúde vinculados aos centros de saúde e ao serviço de psiquiatria do HBS, há pelo menos um ano, e as entrevistas serão guiadas por um roteiro através de videoconferência de forma individualizada, com a presença em São Vicente de duas enfermeiras, colaboradoras locais do estudo.

5 - De acordo Com o cronograma apresentado, as entrevistas seriam realizadas de Março a Junho do corrente ano, sendo a data de entrada do projeto na secretaria do CNEPS, a 21 de Maio de 2018, quando o artigo 11.º nº 6, do Decreto-Lei nº 26/2007, que regulamenta a realização de pesquisas em saúde, em Cabo Verde, refere que "o estudo em seres humanos apenas deve ser iniciado após parecer positivo do CNEPS"

6 - O projeto foi analisado na 85ª Reunião Ordinária do CNEPS, realizada no dia 21 de Agosto de 2018, e, não obstante a observação feita no ponto 5 desta deliberação, o CNEPS concluiu que reúne os requisitos éticos básicos, tendo deliberado no sentido da sua aprovação.

Mara

7 – Recomendou-se ainda que os contactos do CNEPS devam constar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a eventualidade de qualquer reclamação por parte dos sujeitos da pesquisa.

Praia, 29 de Agosto de 2018

A Presidente do CNEPS

  
Maria de Lourdes da Silva Monteiro  
Contactos: [lourdesmonteiro54@gmail.com](mailto:lourdesmonteiro54@gmail.com)  
Telefone: 00(238)5159713 ou 00(238)9913243



ANEXO C

 **Ministério da Saúde e  
da Segurança Social**  
**HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA**

**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se informa que, depois de analisado o projecto foi autorizado a Enfermeira **Daniela Cláudia Silva Fortes**, mestranda em Enfermagem a efectuar o Estudo **“Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher com Transtornos Mentais”**, no Hospital Dr. Baptista de Sousa - S. Vicente - Cabo Verde, Serviço de Saúde Mental.

Assim, passa-se a presente declaração, devidamente assinada e autenticada com o carimbo em uso neste Hospital.

Hospital Dr. Baptista de Sousa, 27 de Abril de 2018

A Superintendente de Enfermagem,





## ANEXO D

Exmos : Delegado de Saúde de São Vicente: Elísio Silva

Superintendente de Enfermagem da Delegacia de Saúde: Enfª Marlinda Rocha

**Assunto: Assunto: Pedido de autorização para realização de pesquisa académica**

Eu, Daniela Cláudia Silva Fortes, solteira, 24 anos, filha de Domingos Joaquim Fortes e Antónia Maria Silva da Luz Fortes, natural de Santo Antão, portadora do bilhete de identidade nº 347101, faço chegar as Vossa Excias a seguinte situação:

Na condição de aluna regular do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, venho, por meio desta, solicitar autorização para convidar os profissionais de saúde nos cinco Centros de Saúde e o Centro Reprodutivo de Bela Vista para participarem da pesquisa intitulada **ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM TRANSTORNOS MENTAIS**, a qual desenvolvo sob a orientação da Profª. Drª Mara Regina Santos da Silva, da Escola de Enfermagem/ Universidade Federal do Rio Grande e docente do referido programa.

Teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como as instituições envolvidas, em consonância com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde/Brasil, a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Para submeter o projecto de pesquisa ao Comité de Ética do Ministério de Saúde de Cabo Verde, com o intuito de solicitar a sua aprovação um dos documentos solicitado é a Autorização dos Estabelecimentos/Instituições onde o estudo será realizado.

Neste sentido, venho por este meio mui respeitosamente solicitar as vossas Excias que se digne, avaliar e conceder-me a autorização para a realização da pesquisa.

Sem mais nada a declarar e ciente da atenção que dará a minha carta, despeço-me endereçando os meus melhores cumprimentos.

