

PARTICULARIDADES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES PORTADORAS DE TRASTORNO MENTAL

Tatiane Gomes Guedes¹
Escolástica Rejane Ferreira Moura²
Paulo César de Almeida³

Se tuvo como objetivo identificar el perfil ginecológico y obstétrico de mujeres portadoras de trastorno mental, verificar la asociación entre diagnóstico médico de trastorno mental y uso correcto/incorrecto de los métodos anticonceptivos y verificar diagnósticos, frecuencia de internaciones y variedades de medicamentos consumidos. Participaron 255 mujeres atendidas en un Centro de Atención Psicosocial. Los datos fueron recolectados por medio de revisión de fichas y entrevista estructurada. La hereditariadad de algunos trastornos mentales, la internación psiquiátrica como causa de interrupción de la anticoncepción, el uso de anticonceptivos que independen del controle personal, la interacción medicamentosa entre psicotrópicos y anticonceptivos orales, la participación del compañero y/o de familiares en la elección reproductiva y la práctica anticonceptiva, constituyeron particularidades en el planificación familiar de ese público. No hubo asociación estadística entre los diagnósticos médicos y el uso correcto o incorrecto de los métodos anticonceptivos. Las mujeres portadoras de trastorno mental presentan una demanda para la atención de la planificación familiar específica e integral.

DESCRIPTORES: mujeres; trastornos mentales; planificación familiar

PARTICULARITIES OF FAMILY PLANNING IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS

The study aimed to identify the gynecological and obstetric profile of women with mental disorders; to verify the association between medical diagnosis of mental disorder and correct/incorrect use of contraceptive methods, and verify diagnoses, frequency of hospitalizations and varieties of medication consumed. Participants were 255 women who received care in a Psychosocial Care Service. Data were collected through medical record review and structured interview. The inheritance of some mental disorders, psychiatric hospitalization as the cause to interrupt contraception, use of contraceptives that do not depend on personal control, drug interactions between psychotropic drugs and oral contraceptives; participation of the partner and/or relatives in the reproductive choice and contraceptive practice were particularities of this target audience in family planning. There was no statistical association between medical diagnoses and correct or incorrect use of contraceptives. Women suffering from mental disorders need specific and comprehensive family planning care.

DESCRIPTORS: women; mental disorders; family planning

PARTICULARIDADES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

Objetivou-se identificar o perfil gineco-obstétrico de mulheres portadoras de transtorno mental, verificar a associação entre diagnóstico médico de transtorno mental e uso correto/incorrecto dos métodos anticoncepcionais e verificar diagnósticos, frequência de internações e variedades de medicamentos consumidos. Participaram 255 mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. Os dados foram coletados por meio de revisão de prontuário e entrevista estruturada. A hereditariadade de alguns transtornos mentais, internação psiquiátrica como causa de interrupção da anticoncepção, uso de anticoncepcionais que independem do controle pessoal, interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais orais, participação do parceiro e/ou de familiares na escolha reprodutiva e prática anticonceptiva constituíram particularidades no planejamento familiar desse público-alvo. Não houve associação estatística entre os diagnósticos médicos e uso correto ou incorreto dos métodos anticoncepcionais. Mulheres portadoras de transtorno mental possuem demanda para atendimento de planejamento familiar específico e integral.

DESCRITORES: mulheres; transtornos mentais; planejamento familiar

¹Enfermeira, Estudante de Doctorado en Enfermería, a Universidade Federal do Ceará, Brasil, e-mail: tatiguedes@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Ceará, Brasil, e-mail: escolpaz@yahoo.com.br; ³Estadístico, Doctor en Salud Pública, Profesor Doctor del Centro de Ciências da Saúde de la Universidade Estadual do Ceará, Brasil, e-mail: pc49almeida@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

La asistencia a la Planificación Familiar (PF) debe proporcionar a las mujeres, hombres y/o parejas, informaciones necesarias para la libre elección y uso efectivo de los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus condiciones individuales⁽¹⁾. La búsqueda por igualdad, libertad y justicia social, en el campo de la salud sexual y reproductiva femenina, ha sido enfocada en las políticas públicas vigentes en los últimos años, superando prejuicios, discriminaciones y problemas estructurales.

La relación entre las políticas públicas de la salud de la mujer y las políticas públicas de salud mental parece necesitar transponer el discurso oficial y tornarse una práctica en la atención a la salud de la mujer portadora de trastorno mental. El PF de mujeres portadoras de este trastorno, objeto de este estudio, es una muestra de la necesidad de interacción efectiva de las políticas referidas. Las mujeres con trastorno mental están amparadas por la Ley nº. 9.263, de 12 de enero de 1.996⁽²⁾, que, sin discriminación, universaliza la participación de hombres y mujeres en las acciones referentes al PF y por las políticas específicas de salud mental que proveen, fundamentadas en la Ley nº.10.216, de 6 de abril de 2.001⁽³⁾, el rescate de la ciudadanía, el respecto a las diferencias, la autonomía y la inclusión social.

La actual Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM) propone que sean introducidas, en la red pública de salud, acciones dirigidas a segmentos sociales específicos, como es el caso de mujeres portadoras de trastorno mental. En sus directrices, la atención integral a la salud de la mujer deberá ser orientada por el respeto a las diferencias, sin discriminación de cualquier especie y sin imposición de valores y creencias personales⁽⁴⁾.

Asistir a las mujeres en el campo de la PF debe ser una prioridad en la atención básica. No obstante, tales acciones deben asegurar la igualdad de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con trastorno mental. Por otro lado, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), también en la perspectiva de la atención integral de las acciones, deben ofrecer atención biopsicosocial a la mujer portadora de trastorno mental, funcionando como apoyo técnico a los equipos de atención básica y viceversa.

Es elevada la ocurrencia de embarazo no planificada entre pacientes psiquiátricas, debido a la frecuente falta de *insight* en función del trastorno mental, la ausencia de planificación y de control de comportamiento, además de la posible interacción medicamentosa entre los anticonceptivos hormonales y algunos psicotrópicos, reduciendo la efectividad contraceptiva⁽⁵⁾. Además, el ejercicio de la maternidad relacionado a esas mujeres puede estar comprometido por internaciones psiquiátricas recurrentes, autonomía perjudicada y limitaciones de sus funciones en el cuidado de sí y de la familia. En esa perspectiva, es relevante conocer las particularidades del PF de esa población, con la intención de contribuir para una atención más justa y más humana, haciendo cumplir lo que está dispuesto en los instrumentos legales, como derechos sexuales y reproductivos.

Frente a lo expuesto, se decidió por la realización del presente estudio, con los objetivos de identificar el perfil ginecológico y obstétrico de mujeres portadoras de trastorno mental, verificar la asociación entre el diagnóstico médico de trastorno mental y el uso correcto/incorrecto de los métodos anticonceptivos y verificar diagnósticos, frecuencia de internaciones y variedades de medicamentos consumidos, caracterizando, así, las particularidades del PF de ese público objeto del estudio.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación transversal, con un abordaje combinado. La investigación transversal posibilitó la recolección de datos, en un único instante de tiempo, permitiendo obtener una visión momentánea al respecto de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental, en el corto plazo. El método combinado de obtención de datos envuelve la recolección y el análisis de dos formas, integrando las informaciones en la interpretación de los resultados generales⁽⁶⁾. Los datos cualitativos se refirieron a los discursos de las participantes y fueron organizados por la técnica de análisis categórico⁽⁷⁾, siendo, posteriormente, procesados en el Programa *Statistical Package for Social Science* (SPS).

El estudio ocurrió en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Fortaleza, CE, de mayo a agosto

de 2.007. Parte de los datos fue investigada en la ficha y otra parte fue recolectada por medio de entrevista estructurada con obtención de declaraciones, en las cuales algunas fueron ilustradas en la discusión, acompañados de la edad de la participante y de su diagnóstico médico del trastorno mental.

La población correspondió a 747 mujeres matriculadas en el referido CAPS, con diagnóstico médico de trastorno mental. Para definición de la muestra, fue fijado un nivel de significancia de 5%, error de muestreo de 6% y proporción de 50%, por implicar ese valor, en un tamaño de muestra máximo, cuando fijados los errores anteriores. Tales valores fueron aplicados en la fórmula para cálculo con poblaciones finitas, obteniéndose el valor de muestreo de 255 mujeres que deberían estar en la edad reproductiva (12 a 49 años) y tener iniciado la vida sexual. Para el análisis de asociación entre el diagnóstico médico de trastorno mental y el uso correcto/incorrecto de los métodos anticonceptivos, se empleó la prueba de Fisher-Freeman-Halton, con nivel de significancia de 5%.

El estudio siguió las recomendaciones de la Resolución 196/1996 del Consejo Nacional de Salud, que trata de investigaciones en que participan seres humanos, siendo sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará (COMPE), obteniéndose el parecer favorable (Protocolo n°. 81/07). Las participantes, después de ser informadas sobre los objetivos de la investigación y sus aspectos generales, firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido, aceptando participar voluntariamente del estudio, siéndoles dada la garantía de su anonimato y el derecho a las informaciones acerca de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Casi la mitad de las mujeres, o sea, 119 (46,6%) se encontraban en los extremos de la edad reproductiva, representadas por 2 (0,8%) hasta 19 años y 117 (45,9%) sobre los 35 años. La escolaridad predominante fue de 8 a 10 años y de 4 a 7 años de estudios, correspondiendo a 67 (26,3%) y 79 (31%), respectivamente. Solamente 35 (13,7%) habían concluido la enseñanza media (11 años o más de estudios); 114 (44,7%) no poseían ingresos o no poseían una renta de hasta un salario mínimo. La

mayor frecuencia fue la de empleadas domésticas, 179 (70,2%). Apenas 14 (5,5%) mujeres tenían trabajo formal y ejercían las actividades laborales. El universo de mujeres casadas de 119 (46,7%) preponderó sobre las demás condiciones de unión.

Tabla 1 - Distribución del número de mujeres con trastorno mental, conforme perfil ginecológico y obstétrico. Centro de Atención Psicosocial. Fortaleza, CE, mayo-agosto 2007

Variables	n	%
Gestaciones (n=144)		
1-4	125	86,8
>4	19	13,2
Edad 1º parto (n=136)		
13-15	9	6,6
16-19	56	41,1
20-35	70	51,4
>35	1	0,9
Intervalo de gestaciones (n=91)		
>de 2 años	54	59,3
<de 2 años	37	40,7
Aborto (n=38)		
1	33	86,8
2	4	10,5
3	1	2,7
espontáneo	13	34,2
provocado	25	65,8

Como demostrado en la Tabla 1, más de la mitad de las mujeres tuvo alguna gestación (n=144), siendo que 125 (86,8%) tuvieron de una a cuatro gestaciones y 19 (13,2%) tuvieron más de cuatro. La edad en el primer parto varió entre 13 y más de 35 años, siendo el intervalo de 20 a 35 años el de mayor ocurrencia de los partos, correspondiendo a 70 (51,4%) de la muestra. El intervalo de gestaciones superior a dos años fue relatado por 54 (59,3%) de las mujeres, 38 (14,9%) sufrieron aborto espontáneo o provocado, conforme lo indicado, respectivamente por 13 (34,2%) y 25 (65,8%) de las participantes.

El perfil ginecológico y obstétrico, en referencia, confirma que el embarazo de mujeres con trastorno mental es una realidad. Llevándose en consideración que esas mujeres son portadoras de trastornos que pueden comprometer su autonomía, es imprescindible la atención individualizada en la planificación familiar, envolviendo al compañero y otro(s) familiar(es) significativo(s) en la toma de decisión, tratando la relación embarazo/trastorno mental, a pesar de delicada, como un derecho sexual y reproductivo de esa población.

En la propuesta de desinstitucionalización de la Reforma Psiquiátrica, el cónyuge ocupa un espacio privilegiado. Por lo tanto, desempeña un papel de destaque en la rehabilitación de la compañera y, siendo el PF una determinación de la pareja, le cabe a los profesionales de los CAPS y de la atención básica aproximarlo de la corresponsabilidad del PF y de la práctica contraceptiva.

Tabla 2 - Distribución del número de mujeres portadoras de trastorno mental en lo que se refiere a la planificación de las gestaciones y de las prácticas contraceptivas. Centro de Atención Psicosocial. Fortaleza, CE, mayo-agosto 2007

Variables	N	%
Planificación de las gestaciones (n=144)		
Si	34	23,6
No	47	32,6
A veces	63	43,8
Atención en la planificación familiar durante la investigación		
Si	15	5,9
No	240	94,2
Métodos anticonceptivos en uso (n=35)		
Anticonceptivo oral	22	62,9
Condón	11	31,4
Anticonceptivo inyectable	2	5,7
Uso correcto del método (n=35)		
Si	8	22,8
No	27	77,2
Realización de ligadura de las trompas (n=255)		
Si	40	15,7
No	215	84,3

De acuerdo con la Tabla 2, 34 (23,6%) de las participantes refirieron haber planificado todas las gestaciones. El trastorno mental influencia esa situación que, por consiguiente, solicita el soporte de los compañeros y/o familiares responsables, los cuales deben tener acceso a las informaciones y a los métodos anticonceptivos. Estos eran utilizados por apenas 35 (13,7%) de las mujeres, estando las demás expuestas al riesgo de una gestación no planificada. Corroborando esta cuestión, la participante 189, 47 años, portadora de trastorno bipolar, afirmó: *solo comencé a tomar anticonceptivos después del cuarto embarazo.*

La interacción medicamentosa entre anticonceptivos hormonales y psicotrópicos es conocida por parte de las mujeres del estudio. La participante 79, 29 años, portadora de trastorno de ansiedad, relató: *nunca tomé remedio para no quedar embarazada, por causa de los remedios que ya tomaba para mi*

tratamiento. Los anticonceptivos hormonales orales interactúan con los anticonvulsivos (barbitúricos, difenil-hidantoína primidona y carbamazepina), reduciendo la eficacia de los mismos, una vez que son inductores de las enzimas hepáticas⁽¹⁾.

A pesar de que 233 (91,4%) mujeres, por las condiciones de relaciones relatadas (casadas o con compañeros eventuales), tuviesen una vida sexual activa, fue significativamente bajo el número de aquellas que hacían uso de métodos anticonceptivos y de las que recibían atención en planificación familiar, correspondiendo a 15 (5,9%) y 35 (13,7%), respectivamente. Entre las usuarias de métodos, 22 (62,9%) usaban anticonceptivo hormonal oral, 11 (31,4%) usaban *condón* y 2 (5,7%) usaban anticonceptivo inyectable. Ese resultado analizado en la perspectiva del número de mujeres que recibían atención dirigida a la PF, revela que 20 (57,1%) hacían uso de método sin asistencia formal, lo que puede tener relación con 27 (77,2%) de esas mujeres que hacían uso incorrecto del método.

La ligadura de las trompas, referida por 40 (15,7%) de las mujeres investigadas, es un aspecto importante a ser analizado. En la imaginación popular, e inclusive bajo la óptica de muchos profesionales de la salud, el método quirúrgico es el único indicado para las mujeres portadoras de trastorno mental, lo que es un prejuicio y antiético. Los métodos contraceptivos que dispensan el control de la paciente son, de hecho, los más eficaces para mujeres con trastornos mentales severos. Sin embargo, la conducta ética apropiada para esas pacientes presupone el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, que implica en un tratamiento particularizado para cada mujer portadora de trastorno mental. De las mujeres participantes del estudio, que tenían ligadura de las trompas, 6 (15%) relataron no haber sido una elección personal, y si de terceros (médicos, genitora, hermana y compañero), como demostrado en las declaraciones de algunas de esas mujeres: *mi madre pensó que era mejor. A veces yo pienso que quedé peor de mi enfermedad por causa de eso. Ella pagó al médico y él lo hizo* (participante 6, 30 años, portadora de trastorno esquizofrénico). *Cuando yo desperté me dijeron que yo estaba ligada. El médico en la hora del parto me preguntó cuántos hijos yo tenía y me ligó* (participante 99, 36 años, portadora de trastorno bipolar). *Pasé los nueve meses del último embarazo enferma de la cabeza, ahí mi marido firmó los papeles y el médico me ligó* (participante 16, 43 años, portadora de trastorno bipolar). Para las personas

absolutamente incapaces, la Ley del PF asegura la realización de ligadura de las trompas desde que ocurra mediante autorización judicial, bajo pena de reclusión cuando no cumplida⁽²⁾. En el grupo estudiado, la característica de total incapacidad no fue observada, lo que denota las formas en las cuales ocurrieron tales procedimientos en el grupo investigado.

Tabla 3 - Distribución del diagnóstico médico de trastorno mental en relación al uso correcto e incorrecto de los métodos anticonceptivos. Centro de Atención Psicosocial. Fortaleza, CE, mayo-agosto 2007

Diagnóstico médico	Uso de los métodos durante la investigación (n=35)			
	Correcto		Incorrecto	
	N	%	N	%
Trastornos del humor	5	14,2	19	54,4
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	1	2,8	3	8,6
Trastornos neuróticos	1	2,8	3	8,6
Trastorno de personalidad	1	2,8	2	5,8

p de Fisher = 0,685

No hubo asociación estadística significativa entre las variables presentadas en la Tabla 3 ($p=0,685$). Sin embargo, deben ser considerados los aspectos relacionados al bajo número de mujeres usando contraceptivos ($n=35$) que estaban siendo asistidas por acciones de planificación familiar durante la investigación ($n=15$). De las mujeres que hacían uso incorrecto de los métodos anticonceptivos ($n=27$), 19 (54,4%) tenían como diagnóstico médico el trastorno de humor, seguido de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, ambos presentes en 3 (8,6%) de las mujeres participantes del estudio. El trastorno de personalidad se mostró presente entre 2 (5,8%) de las mujeres que hacían uso incorrecto de los métodos.

Para ese público, la preferencia debe recaer sobre los métodos cuyo uso independe del control personal, considerando la posibilidad de comportamiento alterado de las usuarias. De esa forma, el preservativo masculino, el inyectable, el DIU y los métodos quirúrgicos son los más adecuados. Es recomendado, además, la participación del compañero en el acompañamiento del uso del método anticonceptivo, siendo esa una oportunidad única para que el hombre asuma la responsabilidad por la PF y opte por los métodos masculinos.

Los obstáculos que se anteponen al acceso en los servicios de salud se tornan obstáculos para la inserción de esas mujeres en las acciones de planificación familiar, como especificó la participante 3, 36 años, portadora de trastorno psicótico: *fui a hacer la ficha, sin embargo en el día no lo estaba haciendo*. Con la perspectiva de amenizar esos obstáculos, el enfermero del CAPS debe no solo encaminar a las mujeres al servicio de atención básica para atención en PF, también debe acompañarlas y orientarlas en ese aspecto, promoviendo el cuidado integral.

Tabla 4 - Distribución del número de mujeres con trastorno mental, de acuerdo con el diagnóstico médico, número de medicaciones psicotrópicas en uso e internaciones psiquiátricas. Centro de Atención Psicosocial. Fortaleza, CE, mayo-agosto 2007

Variables	N	%
Diagnóstico médico (n=255)		
Trastornos del humor	125	49
Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y delirante	60	23,6
Trastornos neuróticos, relacionados al estrés y somatoformes	48	18,8
Trastorno de personalidad y del comportamiento del adulto	11	4,3
Otros	11	4,3
Número de medicaciones psicotrópicas en uso (n=246)		
1	23	9,3
2 a 3	168	68,3
4 a más	48	19,5
Sin declaración	7	2,8
Internación psiquiátrica		
Si	128	50,2
No	127	49,8

Los trastornos del humor se presentaron con mayor frecuencia, acometiendo, prácticamente, a la mitad de las mujeres del estudio, seguidos de la esquizofrenia y de los trastornos neuróticos. Tales trastornos poseen elevada prevalencia en la población mundial, siendo causa de pérdidas significativas en la vida de los portadores. Es una enfermedad con importante factor genético, cuya herencia se caracteriza por mecanismos complejos de transmisión, envolviendo múltiples genes que están bajo influencia de numerosos factores ambientales⁽⁸⁾. La hereditaria del referido trastorno fue una preocupación relatada por las mujeres del estudio que lo apuntaron como factor que impedía el deseo de quedar embarazada. La participante 4, 32 años, portadora de trastorno de humor enfatizó: *tengo*

miedo de tener un hijo igual a mí. ¿Como voy cuidar de él? Los profesionales que actúan en salud mental y PF deben informar sobre la carga hereditaria de esa patología a la mujer y/o pareja, para que la decisión de tener o no hijos pueda ser tomada con consciencia.

Otra particularidad de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental se refiere al uso de los psicotrópicos en el embarazo, utilizados por casi todas las mujeres del estudio, ya que estos son, en su mayoría, teratogénicos, como el litio, uno de los estabilizantes de humor utilizados para tratamiento del trastorno bipolar. Los hijos de mujeres en tratamiento con litio están expuestos a anomalías congénitas en 4 a 12% de los casos, en cuanto en la población general el mismo riesgo es de 2 a 4%⁽⁹⁾. El trastorno bipolar podrá exacerbarse en la gestación, por la necesidad de substrair drogas contraindicadas al perfecto desarrollo fetal. Así, la interacción permanente entre gestante, familia, obstetra y psiquiatra es un recurso importante para subsidiar el riesgo/beneficio en las decisiones. No obstante, ya se encuentran disponibles datos de una investigación sobre el uso de antidepresivos en pacientes embarazadas y que están amamantando⁽¹⁰⁾.

Desde el punto de vista ético, no se puede prohibir a las pacientes portadoras de trastorno mental quedar embarazadas, ya que el derecho a la libre elección de la concepción, como todas las otras mujeres, por lo que deben recibir asistencia en todas las dimensiones. Es necesaria la comprensión de los servicios participantes en el cuidado de mujeres portadoras de trastornos mentales, en lo que se refiere al derecho de elección de la maternidad, compitiendo al sistema de salud prepararse para atender esa demanda, respetando a las mujeres que tengan optado por la concepción, a pesar de los riesgos, supervisando a los hijos, cuanto al posible surgimiento del trastorno y promoviendo el acompañamiento adecuado.

La utilización de medicamentos es vista como la principal práctica terapéutica en la red pública de salud, en sus diferentes niveles⁽¹¹⁾, constituyendo un serio agravante, por ser el único recurso disponible para aquellas que necesitan de ese tipo de cuidado y como recurso que se perpetua en la vida de esos sujetos, tornándolos dependientes de medicamentos.

La internación psiquiátrica, referida por más de la mitad de las mujeres del estudio, podrá potencializar el riesgo del embarazo de mujeres

portadoras de trastorno mental, así como interrumpir las prácticas anticonceptivas. Una de las mujeres investigadas, 37 años, portadora de trastorno bipolar, confirmó que la internación hospitalaria la torna susceptible a la interrupción del uso del método anticonceptivo y, por lo tanto, a un probable embarazo inesperado: *no me prevenía correctamente. Cuando me internaba no llevaba las pastillas.*

La internación psiquiátrica posee una función doble en el cuidado de los pacientes, que es tratar y proteger al portador de trastorno mental, bajo pena de limitar sus derechos de ciudadanía y contribuir para riesgos sexuales y reproductivos. Para disminuir esas posibilidades, las actuales acciones de salud mental, orientadas por la ley que dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales, preconizan la internación psiquiátrica solamente cuando todos los recursos comunitarios ya hubiesen sido agotados⁽³⁾. Tales recursos consolidan la reforma psiquiátrica y son considerados proyectos innovadores, capaces de garantizar a los portadores de trastornos mentales la asistencia de calidad, basada en concepciones como la singularidad, el derecho a la salud y a una vida digna⁽¹²⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Las particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental fueron reconocidas en el presente estudio, como la hereditariadad de algunos trastornos mentales, la internación psiquiátrica como causa de interrupción de la práctica anticonceptiva, el uso de varios psicotrópicos, en que parte de estos sufren interacciones medicamentosas con los anticonceptivos hormonales orales y provocan efectos teratogénicos, el uso de anticonceptivos que exigen control personal, quedando de esa manera comprometida la PF, en medio al comportamiento alterado y a la importancia de la participación del compañero y/o familiares responsables en las elecciones reproductivas y contraceptivas.

El grupo estudiado padece de la intervención de un sistema de salud fragmentado, que niega la asistencia integral y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Los resultados encontrados orientan para la necesidad de interacción de las políticas públicas de planificación familiar y de salud

mental, que proveen el rescate a la ciudadanía, el respecto a las diferencias, la autonomía y la inclusión social de sus usuarios. Se sugiere que otros estudios futuros vengan a fortalecer los cambios en la dinámica

de la atención de la PF de mujeres con trastorno mental, en el cual los equipos de los CAPS y de las unidades básicas puedan responder mejor a esa demanda.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar. Manual Técnico. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Lei Ordinária nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. DOU. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
3. Ministério da Saúde (BR). Lei Ordinária nº 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. DOU. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Pheula GF, Banzanato CEM, Dalgalarondo P. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. *J Bras Psiquiatr* 2003; 52(2):97-107.
6. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clín* 2005 janeiro/fevereiro; 32(supl.1):21-7.
9. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín* 2006 março/abril; 33(2):43-54.
10. Buist A. Managing depression in pregnancy. *Aust Fam Physician*; 2000 July; 29(7):663-7.
11. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Metal [online]* 2005 novembro [Acesso 11 set 2008]; 3(5): 33-42. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=.
12. Soares SRR, Saeki T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 novembro-dezembro; 14(6):923-9.