

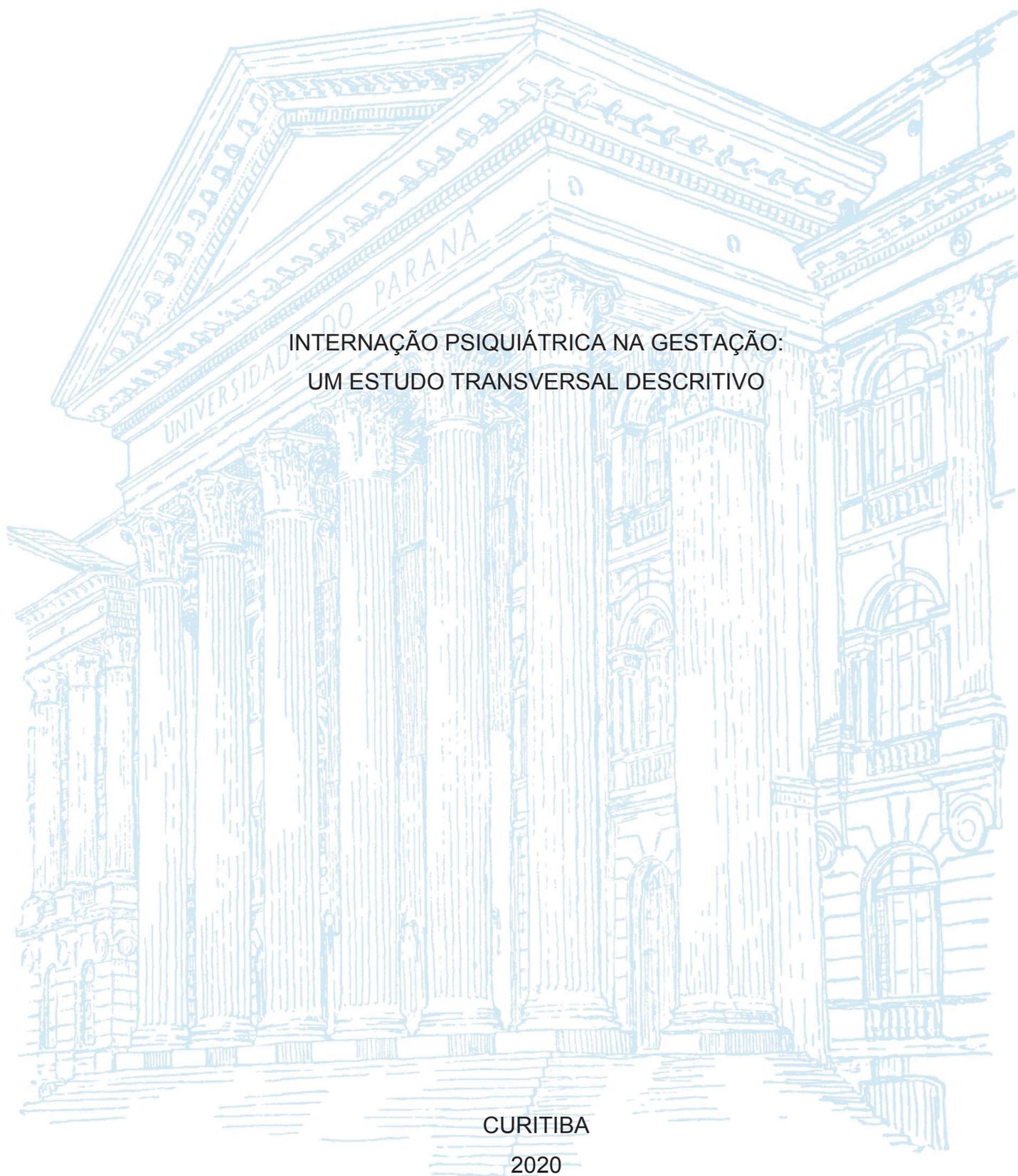
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DENISE PAULINO

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NA GESTAÇÃO:  
UM ESTUDO TRANSVERSAL DESCRITIVO

CURITIBA

2020



DENISE PAULINO

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NA GESTAÇÃO:  
UM ESTUDO TRANSVERSAL DESCRITIVO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA

2020

P328 Paulino, Denise  
Internação psiquiátrica na gestação: um estudo transversal  
descritivo [recurso eletrônico] / Denise Paulino. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade  
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Siqueira de Carvalho  
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Saúde mental. 2. Gestantes. 3. Hospitalização.  
4. Vulnerabilidade social. 5. Recém-nascido. I. Carvalho, Denise  
Siqueira de. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.  
III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de  
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WM 101

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **DENISE PAULINO** intitulada: **Internação psiquiátrica na gestação: um estudo transversal descritivo**, sob orientação da Profa. Dra. DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

29/09/2020 10:49:19.0

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/09/2020 11:43:46.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/09/2020 10:57:59.0

DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Aos meus pais, Dona Irary e Sr. Leonardo, que sempre acreditaram na educação como agente transformador.

Aos meus filhos, Teodora e Leonardo, que me ensinam todos os dias.

Aos meus irmãos, Sibeles e Leandro, pelos exemplos que são.

Às minhas amigas e amigos que contribuem para meu aprendizado na vida.

E, por fim, às mulheres que cruzei nessa trajetória, que me ensinaram e estimularam à busca por entendimento e, assim, fortalecimento da *nossa luta!*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof. Dra. Denise Siqueira de Carvalho, que além de orientadora e professora, é uma pessoa generosa e acolhedora, que compartilhou seus conhecimentos e me incentivou nessa jornada.

Ao Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, que me mostrou o caminho, possibilitando esse universo de possibilidades de conhecimento.

Às minhas amigas e amigos que ganhei nesse Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo carinho, estímulo e companheirismo, vocês me fizeram forte.

Às professoras, professores e servidores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pela dedicação, ensinamento, ajuda, encorajamento e puxões de orelha, certamente, passei por um amadurecimento acadêmico e pessoal.

Aos servidores do Estado do Paraná que possibilitaram a realização do projeto.

"Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes das minhas."

(AUDRE LORDE, 1934 -1992)

## RESUMO

Embora a gestação não seja um fator de risco para o surgimento ou recorrência de transtornos mentais, diversos estudos indicam para aumento de prevalência de transtornos mentais nesta população. No Brasil a organização da assistência à saúde é centrada formalmente pela Atenção Básica, norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, como a integralidade. Recentemente o hospital psiquiátrico foi (re)inserido na rede de atenção psicossocial tornando-se uma opção para tratamento na crise em saúde mental. Este estudo objetivou descrever o perfil e os cuidados ofertados às gestantes durante a internação em um hospital psiquiátrico e observar os desfechos nos recém-nascidos. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional, descritivo com dados de prontuários de janeiro de 2015 a agosto de 2019 gestantes internadas em um hospital psiquiátrico público. A população do estudo constituiu-se de 67 gestantes internadas, evidenciando uma população jovem (70,1% entre 21 a 30 anos), na maioria sem renda por ocupação (70,4%) ou por recebimento de benefício assistencial governamental (65,9%), com baixa escolaridade (ensino fundamental em 70,0%). As internações foram majoritariamente não voluntárias (55,2%) com queda no acompanhamento de pré-natal durante internação (65,1% fazia acompanhamento de pré-natal prévio e 43,3% mantiveram acompanhamento na internação). Foram possíveis observar dados de 49 recém-nascidos que demonstraram taxas significativas de baixo-peso (30,6% com peso <2500g), prematuridade (28,6% nascidos com <36s e 6d) e baixo apgar (10,2% dos recém-nascidos com apgar <7 no 1º minuto e 8,2% no 5º minuto). O perfil das gestantes do estudo explicita uma situação de vulnerabilidade social, com questões de gênero, representando forte influência nos encaminhamentos de saúde para estas mulheres com consequências para recém-nascido. A internação demonstrou uma fragilidade na integralidade do cuidado reforçando um tratamento segregador. Ficou evidenciada a necessidade do cuidado articulado na Atenção Básica, considerando os determinantes sociais e direitos de cidadania; bem como, a importância de se repensar o efetivo papel do hospital psiquiátrico.

Palavras-chave: Saúde mental; mulheres grávidas; hospitalização; vulnerabilidade social, recém-nascido.

## ABSTRACT

Although pregnancy is not a risk factor for the onset or recurrence of mental disorders, several studies indicate an increase in the prevalence of mental disorders in this population. In Brazil, the organization of health care is formally centered on Primary Care, guided by the principles of the Unified Health System, such as comprehensiveness. Recently, the psychiatric hospital was (re) inserted in the psychosocial care network, becoming an option for treatment in the mental health crisis. This study aimed to describe the profile and care offered to pregnant women during hospitalization in a psychiatric hospital and observe the outcomes in newborns. This is a quantitative, cross-sectional, observational, descriptive study with data from medical records from January 2015 to August 2019 pregnant women admitted to a public psychiatric hospital. The study population consisted of 67 hospitalized pregnant women, showing a young population (70.1% between 21 and 30 years of age), most without income from occupation (70.4%) or from receiving government assistance benefits (65, 9%), with low education (70.0% of elementary school). Most of the hospitalizations were non-voluntary (55.2%) with a decrease in prenatal care during hospitalization (65.1% underwent previous prenatal care and 43.3% maintained follow-up during hospitalization). It was possible to observe data from 49 newborns that demonstrated significant rates of low weight (30.6% with weight <2500g), prematurity (28.6% born with <36s and 6d) and low apgar (10.2% of newborns with apgar <7 in the 1st minute and 8.2% in the 5th minute). The profile of the study's pregnant women explains a situation of social vulnerability, with gender issues, representing a strong influence on health referrals for these women with consequences for newborns. Hospitalization showed a weakness in comprehensive care, reinforcing segregating treatment. The need for articulated care in Primary Care was evident, considering the social determinants and citizenship rights; as well as the importance of rethinking the effective role of the psychiatric hospital.

Keywords: Mental Health; Pregnant women; hospitalization; social vulnerability; newborn.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA DAS MACRORREGIONAIS E REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ.....	44
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DURANTE A INTERNAÇÃO, POR TRIMESTRE GESTACIONAL NA ADMISSÃO NO HOSPITAL PSQUIÁTRICO.....	51
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE GESTANTES INTERNADAS POR TIPIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO.....	52
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAL DA EQUIPE, POR TEMPO DE INTERNAÇÃO DAS GESTANTES NA UNIDADE GERAL.....	55
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAL DA EQUIPE, POR TEMPO DE INTERNAÇÃO DAS GESTANTES NA UNIDADE ESPECÍFICA...	56

## Lista de Tabelas

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DO ESTUDO, POR UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	43
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES DO ESTUDO.....	46
TABELA 3 - ELEMENTOS RELACIONADOS AO ACOMPANHAMENTO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES DO ESTUDO.....	50
TABELA 4 – INFORMAÇÕES REFERENTES TRATAMENTO PARA SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES DO ESTUDO.....	53
TABELA 5 - DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS RECEBIDOS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	57
TABELA 6 - INFORMAÇÕES SOBRE RECÉM-NASCIDOS DAS GESTANTES ESTUDADAS DURANTE INTERNAÇÃO NO HAB.....	59

## Lista de siglas

AB	- Atenção Básica
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitárias
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAPS	- Centro de atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	- Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CNS	- Centro Nacional de Saúde
COVIE	- Coordenação de Vigilância Epidemiológica
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FDA	- Food Drug Administration
HAB	- Hospital Adauto Botelho
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCDT	- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAB-AB	- Política Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISC	- Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNASH	- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNSM	- Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RS	- Regional de Saúde
SAME	- Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SESA	- Secretaria de Estado de Saúde
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPA	- Substância Psicoativa

SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica da Saúde
UE	- Unidade Específica
UG	- Unidade Geral
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	19
1.2 OBJETIVOS .....	22
1.2.1 Objetivo geral .....	22
1.2.2 Objetivos específicos.....	22
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1 NIVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDES DE SAÚDE.....	23
2.2 ABORDAGEM DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	25
2.2.1 Rede de atenção à saúde materno-infantil.....	26
2.2.1.1 Acesso à estratégia de atenção materno-infantil regional no HAB .....	28
2.3 SAÚDE MENTAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	29
2.3.1 O cuidado em Saúde Mental .....	31
2.4 RECÉM-NASCIDOS .....	34
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>37</b>
3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	38
3.2 COLETA DE DADOS .....	39
3.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1 INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES ENCAMINHADAS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA .....	43
4.2 INFORMAÇÕES SOBRE MATRIZ DE CUIDADO PARA GESTAÇÃO OBSERVADAS EM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	48
4.2.1 Dados sobre a matriz de cuidado psiquiátrico para gestantes em uma internação psiquiátrica integral.....	51
4.3 INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS DE MULHERES INTERNADAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA GESTAÇÃO ..	58
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
5.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	60
5.2 MATRIZ DE CUIDADO PARA GESTAÇÃO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	63

5.3 MATRIZ DE CUIDADO PSQUIÁTRICO PARA GESTANTES NA INTERNAÇÃO INTEGRAL .....	68
5.4 CONDIÇÕES DOS RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES QUE ESTIVERAM EM INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA .....	73
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE 2 – TABELA DAS PRESCRIÇÕES PSQUIÁTRICAS E SUPLEMENTAÇÃO.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de Amarante (2007) a definição de saúde mental é polissêmica e plural que engloba questões de sociabilidade e de produção de subjetividades, como também, biológicas em um certo equilíbrio. Os transtornos mentais em consequência, seriam as situações em que os indivíduos enfrentam dificuldades que tangem estas questões de forma singular. A situação de abuso de substâncias psicoativas, é entendido, por um segmento de pesquisadores em saúde, como uma situação de dependência e, como tal, descrevem que é reconhecida na incapacidade do indivíduo para controlar seu comportamento, e embora a iniciativa de consumir drogas tenha forte componente voluntário, as alterações cerebrais decorrentes desafiam o autocontrole e capacidade de resistir a impulsos muito intensos, assim, pela ótica biologicista essa referida dependência também é considerada uma situação de transtorno mental (KOOB & VOLKOW,2010; CHAIM et al, 2015 ).

As Nações Unidas Brasil (2019) divulgaram que, em todo o mundo, cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz sofrem de algum distúrbio mental. O Instituto Brasileiro Geografia e Estatística - IBGE (2013) informou que cerca de 24,0% da população adulta ingeriam bebida alcoólica uma vez ou mais por semana e, que 11,2 milhões de adultos foram diagnosticados com depressão por um profissional de saúde mental, mas apenas 46,4% deles receberam assistência médica no período de 12 meses.

As prevalências de transtornos mentais em gestantes, em estudos nacionais e internacionais, variam entre 12,9% a 25,77% no geral (KASSADA et al, 2015; ROCHA et al, 2016; SHARMA et al, 2019; AYANO et al, 2019). Podendo alcançar 45,2% - prevalência encontrada em uma pesquisa realizada na Etiópia (GIZACHEW et al, 2020).

As Nações Unidas Brasil (2019), considerando que as mulheres afetadas por distúrbios mentais tendem a não conseguir desempenhar a função ocupacional de mãe oportunamente, alertam que como resultado pode-se ter o crescimento e desenvolvimento das crianças também afetados negativamente. Assim,

globalmente, os problemas de saúde mental materna são considerados um grande desafio para a saúde pública. Embora a mortalidade materna ainda esteja no centro dos indicadores de saúde materna; para a agenda pós -2015 para metas de desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde - OMS está considerando a Cobertura Universal de Saúde e propondo também indicadores relacionados à expectativa de vida saudável. Isso implica um foco mais potente nas condições de saúde mental na prestação integrada de serviços para a saúde materna e infantil (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2015).

No Brasil, para enfrentar os desafios da saúde pública – que incluem questões materno-infantil e de saúde mental - existe um conjunto de ações em saúde denominado oficialmente como Atenção Básica - AB, esta utiliza tecnologias de forma intrincada e majoritariamente leves, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e buscando a promoção de sua saúde; a prevenção e tratamento de doenças; e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (LAVRAS, 2011; PINTO & GIOVANELLA,2018).

A Rede Cegonha, do Ministério da Saúde do Brasil, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (BRASIL, 2017). As estratégias de saúde, como a Rede Cegonha, são consumadas na Atenção Básica. Na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012), consta como sendo responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União conforme necessidades de saúde identificadas em sua população. Estudos revelam que a avaliação clínica e acompanhamento na atenção básica são fundamentais, pois, o cuidado de pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se crucial para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher (LAVRAS, 2011; PINTO & GIOVANELLA, 2018).

No Estado do Paraná/Brasil a estratégia de atenção materno-infantil, nos moldes da Rede Cegonha, recebeu o nome de Rede Mãe Paranaense. O público – alvo, para atendimento no programa da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018),

são as mulheres em idade fértil e crianças menores de 1 ano de idade, o que, segundo dados do IBGE/2010, representa uma população de 177.557 mulheres e, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, 152.350 nascidos vivos no estado do Paraná no ano de 2011, mantendo uma média anual de 155.000 nascidos vivos segundo informações da Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de Saúde - SESA. Conforme Plano Estadual de Saúde do Paraná (PARANÁ, 2016), o objetivo descrito da estruturação do Programa Mãe Paranaense baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária, Secundária e Terciária, estabelecendo protocolos com propósito de garantir uma atenção de qualidade.

Desse modo, o atendimento para gestantes com diagnósticos de transtorno mental deve ser articulado em rede e organizado pela atenção básica, envolvendo equipamentos para matriciamento como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF ou serviços de referência como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Refere-se também à possibilidade de acionamento de hospitais psiquiátricos, do Ministério Público, da Segurança Pública e do Conselho Tutelar, de modo a sugerir algumas condutas que deveriam ser, preferencialmente, exceções (PARANÁ, 2014).

Pesquisas com gestantes diagnosticadas com transtornos mentais que apontaram maior índice de desfechos perinatais desfavoráveis entre gestantes que fizeram um acompanhamento pré-natal menor que seis consultas (PEREIRA et al, 2014; BAPTISTA et al, 2017). Segundo atuais diretrizes do Sistema Único de Saúde, deve ser garantido às gestantes o mínimo de 7 consultas de pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco e o atendimento em ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco, com o objetivo de aumentar a atenção obstétrica para diminuir a mortalidade materna, fetal ou agravos. Na estratificação de risco, todas gestantes que fazem uso de psicotrópicos e outras drogas, são classificadas com gestação de alto risco (PARANÁ, 2018).

A Reforma Psiquiátrica preconizou que a atenção hospitalar às crises de saúde mental seja em enfermaria especializada de hospitais gerais, mesmo nos casos graves (BRASIL, 2001). Pela portaria 3.088 de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, que possibilitou a articulação e integração dos serviços de saúde mental no território, em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS, criando uma verdadeira rede de cuidado e ampliando o

acesso e o acompanhamento (AMARANTE & NUNES, 2018). A internação deveria ser empregada quando esgotados outros recursos do território, além de ter curta duração e durar apenas o período de estabilização clínica (BRASIL, 2001).

Entretanto, em dezembro de 2017, foi aprovada por meio da resolução nº 32 a introdução dos hospitais psiquiátricos na RAPS (BRASIL, 2019). Esse é considerado um marco de retrocesso nas políticas de saúde mental que vinham sendo implementadas pelo Estado, as quais apontavam para a extinção do modelo manicomial, fonte histórica de exclusão e violação de direitos (AMARANTE & NUNES, 2018).

Tendo em vista a prevalência e a relevância dos transtornos mentais durante a gestação e uma matriz assistencial pouco meticulosa e integralizada para essa população específica, tornam-se importantes estudos que avaliem os cuidados que estão sendo destinados a essas mulheres, em especial na instância dos hospitais psiquiátricos.

Neste contexto, este trabalho almeja olhar para o tema da internação psiquiátrica na gestação e, através de um estudo transversal descritivo, conhecer e descrever o perfil destas mulheres que são encaminhadas para internação integral em hospital psiquiátrico, os cuidados ofertados a estas, bem como, descrever possíveis desfechos nos conceitos, tendo em vista, escassos registros científicos sobre o assunto frente sua importância.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A saúde mental mantém-se impregnada de tabus que exigem constante atenção e reflexões a quem se propõe atuar na área da saúde. Quando uma gestação que, antagonicamente tende a ser socialmente celebrada, ocorre em uma mulher com diagnóstico de transtorno mental, gera uma erupção de receios e dúvidas referentes a abordagem da questão como um todo. Este fato cria uma demanda de aprimoramento na assistência e para tanto, é necessário delinear esse público, neste contexto específico, através de informações epidemiológicas (KASSADA et al, 2015; VESGA-LÓPEZ et al 2008).

Uma mulher que esteja grávida e enfrenta uma crise de transtorno mental produz um agravamento em suas demandas de cuidado. Sendo duas situações de saúde intrincadas que, quando vistas em separado exigem complexos arranjos dos serviços básicos e especializados de saúde, e que ganham uma conotação amplificada com o composto de cuidados para a situação “crise psiquiátrica/gestação/bebê” (MEDEIROS et al, 2019; POZZI et al. 2014).

Segundo diretrizes das políticas públicas para gestantes nacionais, o cuidado das gestantes através do pré-natal deve ser cadastrado e efetivado no território de origem, tido como uma competência municipal. E as políticas públicas para saúde mental preconizam o cuidado no território. Desta forma, a decisão para o internamento psiquiátrico de uma gestante, distante de seu território, não deveria ocorrer. Com base nestas considerações mostra-se relevante conhecer o perfil das mulheres que são encaminhadas para internação psiquiátrica durante a gestação, no intuito de possibilitar uma reflexão sobre as características que permeiam esta população e da eficácia desta conduta para os de cuidado delas e de suas gestações.

Na perspectiva da integralidade - diretriz do SUS amplamente citada nas Política Nacional de Saúde Mental - PNSM (BRASIL, 2018) e na Rede Cegonha (BRASIL, 2017), como norte para o cuidado - as mulheres gestantes internadas em um hospital psiquiátrico são um binômio para atenção. Considerando-se a característica etiológica dos hospitais psiquiátricos, destaca-se a importância da contemplação da matriz de cuidado para gestantes.

Para não preterir ao conceito fica o questionamento sobre quais repercussões podem ocorrer no desfecho desta gestação, tendo em vista as situações de exposição às substâncias psicoativas. Entendendo que potenciais distocias ou complicações ao bebê causam, além de sofrimentos, ônus ao Sistema de Saúde.

Isto posto, descrever o perfil das mulheres gestantes que são encaminhadas para internação psiquiátrica e a matriz de cuidado nesta instância de tratamento, bem como, correlacionar as condições dos conceitos destas gestantes com população geral de recém-nascidos do Paraná, pode gerar um impacto de

qualificação da assistência com o potencial de minimizar lapsos dos cuidados para mulheres gestantes neste cenário e, eventuais resultados indesejados em bebês.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Identificar o perfil e os cuidados ofertados às gestantes durante a internação, em um hospital psiquiátrico regional do Brasil, e caracterizar as condições de saúde dos respectivos recém-nascidos destas gestantes.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil das gestantes encaminhadas para internação no hospital psiquiátrico no período de janeiro de 2015 a agosto de 2019.
- Descrever a matriz de cuidado ofertada para as gestantes internadas no hospital psiquiátrico no período de janeiro de 2015 a agosto de 2019.
- Descrever as condições de saúde dos recém-nascidos das gestantes estudadas comparativamente à população geral de recém natos do Paraná.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 NIVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDES DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde brasileiro se caracterizou por importantes mudanças na atenção à saúde da população, com ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS e das possibilidades de acesso, mas também por marcantes desigualdades regionais e subfinanciamento (VIACAVA et al 2018; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população e, no percurso do SUS, houve evoluções da oferta de estabelecimentos, profissionais e do acesso aos serviços nas últimas três décadas conforme aspectos demográficos e epidemiológicos (VIAVACA et al 2018; MENDES (2011).

Os sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, organizados de forma fragmentada pela perspectiva limitada hospitalar - predominantes em todo mundo - demonstram falhas por não conseguir acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; o papel do Hospital em um sistema integrado de serviços de saúde passa a ser um local para manejo de eventos agudos, com análise das possibilidades dos benefícios terapêuticos (MENDES, 2011; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

A partir de uma análise de sistemas de atenção à saúde, Mendes (2011) demonstra que os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

A Atenção Básica foi implementada no intuito de descentralização e capilarização, para ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde – RAS sendo por esta razão, fundamental a orientação pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Em 2010 são instituídas as Redes de Atenção à Saúde definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde são uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. A organização da rede, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, é um mecanismo para superação da fragmentação sistêmica; mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (SILVEIRA et al 2015; BRASIL, 2010).

Os serviços das Redes de Saúde, foram organizados no intuito do uso racional dos recursos, estruturando-se por meio de arranjos produtivos, conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (Atenção Secundária à Saúde), até o de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária à Saúde). Desigualdades no processo de regionalização do SUS denotam tensões e conflitos na disputa por recursos escassos, dificultando o estabelecimento de uma relação solidária entre governanças, reforçando a concentração de poder em municípios polo nas redes assistenciais (LIMA et al, 2019; EDERMAN et al., 2013; TEIXEIRA & SOLLA, 2006).

Cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite em 2015: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de

Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família - ESF, vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado, hierarquizado e regionalizado. Com a finalidade de apoiar a inserção dessa estratégia na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, foram criados os Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF - constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

## 2.2 ABORDAGEM DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O gênero é uma dimensão interdisciplinar (e não um mero recorte) que, apesar de estar presente no âmbito das necessidades sociais e de todas as formas particulares de respostas políticas, como saúde, educação, exige tratamento diferenciado e que, a partir desse entendimento que as mulheres tiveram de empreender luta no plano político e teórico para problematizar a tradicional posição subalterna em casa, no trabalho e no âmbito da proteção social do Estado, perante o qual enfrentam dois grandes obstáculos: a dependência, ou ausência de autonomia, e o estigma gerado por essa dependência, tratando-se de privações materiais e simbólicas acumuladas ao longo da vida e reproduzidas sob as formas de desigualdades e discriminações, inclusive por parte das políticas públicas, que

mesmo tomando como alvo preferencial as mulheres, não tem se voltado para a perspectiva de gênero (ZANELLO & SILVA, 2012; AZEVEDO 2010; PEREIRA, 2006).

Com as mudanças verificadas na estrutura da família, representadas pelo aumento das separações conjugais e incremento de famílias sustentadas por mulheres, estas se tornaram o segmento social mais vulnerável à pobreza e o mais dependente da ajuda do Estado de Bem-Estar, termo “feminização da pobreza” ganha destaque no discurso teórico e político, pois muitas dessas mulheres, agora chefiando o lar, não conseguiam ganhar o suficiente para sustentar a si e aos seus dependentes, por falta de efetiva inserção no mercado de trabalho e de proteção pública devida (AZEVEDO, 2010; PEREIRA, 2006).

Mudanças na estrutura familiar, salários insuficientes para sustento, falta efetiva de inserção no mercado de trabalho e de proteção pública corrobora com um discurso hegemônico de gênero e que se naturaliza e prolifera de tal modo na sociedade – a considerar a reprodução de mecanismos de dominação simbólica e material – evidenciando a feminização da pobreza que se agudiza no tecido social sem que ele necessariamente se dê conta disso. Não havendo atuação sobre a discursificação implícita e dominante de gênero, a emancipação não encontra espaço – e, como tal, não favorece este corpo historicamente silenciado, conferindo-lhe autonomia discursiva e material (LUCAS & HOFF, 2008; PEREIRA, 2006).

Na área da saúde, até a década de 80, a mulher era incluída nas discussões da assistência à saúde, nas políticas públicas, apenas no contexto do controle da natalidade (BRASIL,2017).

### 2.2.1 Rede de atenção à saúde materno-infantil

Até 1983 a assistência para mulheres era voltada principalmente às questões reprodutivas mais centradas no pré-natal. Neste ano, o Ministério da Saúde, idealiza um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que instaura um posicionamento de defesa do livre arbítrio para mulher em relação à prole, demonstrando uma tímida iniciativa para incorporação do ideário feminista. Em 2004, há uma evolução para uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

Mulher – PNAISM, um documento normativo com garantia de direitos da mulher. Após a criação das Redes de Saúde em 2010, no ano de 2011 propõe-se a Rede Cegonha, como uma diretriz, onde a mulher passa a ter o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como, a criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2017).

Estudos identificam avanços frente aos resultados dos programas governamentais desenvolvidos para a melhoria da saúde das mulheres e das crianças, bem como em outros intersetoriais para redução da pobreza, no período 1990-2015, com queda nas taxas de fecundidade, universalização da atenção pré-natal e hospitalar ao parto, aumento do acesso à contracepção e aleitamento materno, e diminuição das hospitalizações por aborto e da subnutrição (LEAL et al,2018; NUNES et al, 2016).

No Paraná/Brasil, a Rede Cegonha, organizou-se recebendo o nome de Rede Mãe Paranaense e propõe um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional alicerçando-se em cinco componentes: Atenção Primária, Atenção Secundária, e na Atenção Terciária; além de sistemas logísticos e o sistema de governança da rede (PARANÁ, 2018).

Considerou-se, neste programa estadual, um fator fundamental para garantir um bom atendimento às gestantes a realização da estratificação de risco das gestantes e dos bebês, com atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças conforme o risco. A etiologia da Estratificação de Riscos das gestantes pautou-se nas principais causas de óbitos e fatores de risco de mortalidade materna e para mortalidade infantil sendo criadas as seguintes classificações:

Risco Habitual: são gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. Risco Intermediário: são gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior - Gestantes negras ou indígenas; Gestantes

analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; Alto Risco: são gestantes que apresentam fatores de doenças prévias à gestação atual - Hipertensão arterial em tratamento; Dependência de drogas ilícitas; Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento; Pneumopatias em tratamento; Nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento; Diabetes; Hipertireoidismo; Má-formação útero/vaginal; Epilepsia; Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação); Gestantes com mais de 40 anos; Gestantes com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito); Doenças Infecciosas (considerar a situação epidemiológica local, doenças periodontal e seu impacto na gestação); Doenças autoimunes; Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação); Hipotireoidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento); Neoplasias; Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório); Psicose e depressão grave; Dependência de drogas lícitas (tabagismo/ alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal (PARANÁ, 2018).

Para as gestantes classificadas como de alto risco são indicados 5 atendimentos e consultas com equipe multiprofissional, 2 atividades educativas em grupo e garantia dos procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado, condutas específicas para esta estratificação e que devem ser intercaladas com os atendimentos na Atenção Primária de Saúde (PARANÁ, 2018).

Para apoio e congruência como as ações das redes de saúde no Paraná criou-se o HOSPSUS que é um programa de melhoria da assistência hospitalar e tem como estratégia assistencial conformar o sistema de saúde para que integre dois níveis territoriais – o regional (autossuficiência em atenção de média complexidade); e o macrorregional (autossuficiência de alta complexidade), possibilitando a melhoria do acesso de forma a diminuir os deslocamentos dos cidadãos do Paraná, que necessitam de assistência hospitalar resolutiva (PARANÁ, 2011).

#### 2.2.1.1 Acesso à estratégia de atenção materno-infantil regional no HAB

Sendo uma das Redes de Atenção à Saúde, a Rede Mãe Paranaense é uma estratégia regional, no Estado do Paraná. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil na atenção básica. Assim a lógica da organização se dá em instância municipal. Os pré-natais de gestantes oriundas de região próxima geograficamente do Hospital Adauto Botelho - HAB, mantêm-se os agendamentos no fluxo do município de origem, apenas com organização logística para acompanhar esta gestante ao atendimento/procedimento.

Dentre as gestantes encaminhadas para o HAB, procedentes de região distante geograficamente e, sendo todas classificadas pela estratificação de risco como gestações de alto risco - devido diagnósticos condizentes com a Estratificação de Risco descrito na Linha Guia Mãe Paranaense (Paraná, 2018) – organizou-se um fluxo para vincular estas gestantes à uma maternidade com estrutura para atendimentos de alto risco gestacional e, assim haver a possibilidade de oferta da atenção para as peculiaridades dos potenciais riscos e agravos à saúde da mãe e bebê. Devido ao HAB situar-se no município de Pinhais, a SESA articulou a vinculação através do ponto de solicitação dessa especialidade através da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pinhais. A regulação se dá por um setor de marcação de consultas de especialidades na SESA e cada município tem uma cota mensal baseada no dimensionamento e previsão das gestões municipais para o quantitativo destas vagas. Após a vinculação a gestante aguarda o agendamento para o hospital/maternidade referência de alto risco do município de Pinhais. Este amoldamento do fluxo objetiva o suporte para questões da especificidade do risco gestacional. O acompanhamento concomitante com APS, preconizado nos protocolos oficiais, é descontinuado no período de internação.

### 2.3 SAÚDE MENTAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No final da década de 1970 iniciou-se efetivamente o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que se construiu em especial através da denúncia da violência, mercantilização e hegemonia da assistência privada e hospitalocêntrica. No início da década de 1980 começaram a surgir as primeiras propostas e ações para reorientação da assistência com o surgimento em 1987 do primeiro CAPS em São Paulo. Em 1988 é criado o SUS e, assim, o fortalecimento do controle social. A partir de 1992 os movimentos sociais conseguem aprovar, em vários Estados, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Em 2001 criou-se a lei 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Em 2011 foi instituída a RAPS, com objetivo de acesso com garantia para articulação e

integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE & NUNES, 2018; BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002).

Os hospitais psiquiátricos, centralizavam a assistência e eram praticamente únicos equipamentos na oferta de serviços psiquiátricos no contexto nacional, antes da Reforma Psiquiátrica, e tiveram as condições internas de maus-tratos aos internados, desnudadas e denunciadas no processo social brasileiro de "abertura democrática"; esta discussão acerca da violência, dos maus tratos e da tortura praticada nos asilos brasileiros produziu, em grande parte, a insatisfação que alimentou o Movimento Antimanicomial. Assim, a influência dos movimentos de crítica à psiquiatria começou a se fazer sentir no contexto social brasileiro, principalmente a partir da década de 1980, no ocaso da ditadura militar e aguda crise econômica que caracterizaram este período (FONTE, 2012).

As novas experiências na psiquiatria se deram com a crise teórico-prática da psiquiatria clássica, instaurada principalmente pelo fato de ocorrer uma mudança no seu objeto que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção de saúde mental. Considera duas vertentes nas quais são redimensionados os campos teóricos-assistenciais da psiquiatria. A primeira com um processo de crítica à estrutura asilar responsável por altos índices de cronificação onde a questão central está na visão do manicômio como uma "instituição de cura" e, assim, que considera urgente resgatar caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica. A segunda vertente é marcada pela extensão da psiquiatria no espaço público, organizando-se com o objetivo de prevenir e promover a "saúde mental". Desta forma consente que ambas são estratégias diferentes para se atingir o fim de promoção de saúde mental como um processo social (AMARANTE, 1998).

Em 2017, o Ministério da Saúde, inferindo que o modelo de atenção à saúde mental estava enfrentando problemas e desafios de resolutividade, outorgou, em através da Resolução CIT nº 32/2017, que a RAPS fosse ampliada e que passasse a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que considerou poder dar conta das diferentes necessidades dos pacientes; e, assim, configurar-se mais potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e

articulados. Assim, na orientação vigente, o encaminhamento para internamento em hospital psiquiátrico ocorre quando uma pessoa entra em um quadro de sofrimento mental, caracterizando-se uma crise, na qual as ações dos equipamentos da rede em saúde de seu território de origem se mostraram insuficientes para manejo seguro das implicações do quadro para o sujeito e envolvidos (BRASIL, 2018).

A Rede de Atenção à Saúde Mental do Paraná, em suas normativas oficiais, se propõe consonante as diretrizes nacionais. A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná descreve, através de orientações normativas, a pretensão de estimular a criação de políticas municipais sob a luz da Reforma Psiquiátrica brasileira, articulando as negociações regionalizadas, fiscalizando e oferecendo suporte técnico às equipes, entendendo que as ações devam ser estruturadas a partir da realidade municipal, microrregional, regional e macrorregional (PARANÁ, 2014).

Para regulação dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados, a Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental dita que, além das questões clínicas, são observados os princípios da regionalização e hierarquização do SUS. Casos identificados como tendo indicação de internamento imediato e sem possibilidade de encaminhamento devido à falta de recurso disponível dentro da região - podem ser encaminhados para internamento dentro de toda a macrorregião de Saúde ou ainda em outra região do Estado, se o quadro clínico justificar tal procedimento (PARANÁ, 2016).

### 2.3.1 O cuidado em Saúde Mental

Pesquisadores consideram que o hospital psiquiátrico é negado nos estudos contemporâneos, mas permanece no mundo circundante imediatamente próximo ao sujeito; apesar do discurso sugestivo da desconstrução manicomial, novos atores são diariamente admitidos como funcionários no cenário asilar, bem como suas práticas permanecem as mesmas restritivas e punitivas (FURLAN & RIBEIRO, 2011).

Para Dutra & Oliveira (2015) e Furlan & Ribeiro (2011) as percepções em suas respectivas pesquisas é de que os profissionais e os portadores de transtornos mentais tendem a se integrar sob a mesma lógica hospitalar da psiquiatria clássica com a segregação do louco perigoso e improdutivo e, onde, no imaginário social as respostas estão no tratamento farmacológico.

Em um estudo para análise das percepções dos familiares sobre o cuidado em saúde mental realizado na internação psiquiátrica, identificaram-se que os familiares consideram que o cuidado na internação se traduz em uma sensação de segurança tanto para os familiares quanto para os usuários atendidos nesse espaço e, além disso, entendem que há facilidade do acesso às informações, melhora do autocuidado, verificação da ingestão das medicações. Percepção que exige precaução para que o cuidado não se volte apenas para a supressão de sinais e sintomas por meio de medicamentos, considerando que essa prática é herança do tipo de tratamento que a maioria dos usuários conheceu nos manicômios – e da formação dos profissionais no modelo biomédico (DUARTE et al, 2014).

No paradigma asilar o indivíduo era visto como “doente mental” personificado pela doença e que ameaçava a sociedade por oferecer risco à sua integridade e a seu grupo social, devendo por isso ser excluído do convívio social por meio de internação; e que, no modelo psicossocial desencadeou a desconstrução do modelo clássico ao reconhecer o direito e a cidadania (PRADO et al, 2015; SILVA & DIMENSTEIN 2014; PEREIRA & COSTA-ROSA, 2012).

De forma heterogênea, o Ministério da Saúde, em uma nota técnica com objetivo de esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, afirma que na referida política as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas e que a construção da rede de assistência - de forma segura, eficaz e humanizada - às pessoas com transtorno mental tem sido um processo contínuo; afirma ainda que, com a expansão da rede (re) incluindo e incentivando financeiramente outros pontos (como o hospital psiquiátrico), o tratamento será mais efetivo e promoverá maior integração e participação social dos indivíduos (BRASIL, 2019).

Esta Nota Técnica refere como base documental o PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, que orienta:

“...2.2.4 - deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

- profissional médico: 01vez por semana;
- outros profissionais de nível superior: 01vez por semana, cada um;
- equipe de enfermagem: anotação diária;

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades: a) avaliação médico-psicológica e social;

b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;

c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas) ..." (BRASIL, 2002).

O hospital especializado em psiquiatria, deve ser destinado para atendimento a usuários de alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos; para atendimento à crise; orientação aos familiares; remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico e, por fim, referenciar para continuidade do cuidado, concluindo um internamento de curta permanência (PARANÁ, 2014; BRASIL 2019), desta forma, caracterizando um momento intensivo de tratamento com alguma necessidade de observação diária e integral (SILVA & DIMENSTEIN, 2015; BRASIL, 2002).

O HAB possui um documento normativo interno intitulado Programa Terapêutico Institucional (2017) que define o tratamento. O plano de tratamento é descrito através da oferta de atendimento por médico plantonista – no ato da internação, a qualquer intercorrência de urgência; do médico clínico - com avaliações de exames e acompanhamento de questões clínicas agudas ou crônicas; enfermeira supervisora - para intercorrências urgentes; médico psiquiatra, enfermeira assistencial, técnicos de enfermagem, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional para elaboração e condução dos planos terapêuticos individuais.

Protocolos Operacionais Padrões do HAB descrevem que as intervenções terapêuticas são realizadas de forma individual e em grupos onde as condutas médicas são individuais e pautadas no tratamento medicamentoso, e as condutas dos demais profissionais através de atendimentos individuais e em grupo conforme peculiaridades profissionais (PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL, 2017).

## 2.4 RECÉM-NASCIDOS

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, com finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

No cenário de pesquisas internacionais a discussão aponta para questões socioambientais envolvidas nas situações de transtorno mental. Cloete & Ramugondo (2015), a partir de uma pesquisa de estudo de caso qualitativa no Cabo Ocidental – África do Sul sobre a influência de fatores contextuais no consumo de álcool durante a gravidez consideram que fatores históricos, culturais, econômicos e sócio-políticos perpetuam as desigualdades ocupacionais, e podem resultar em consumo de álcool durante a gravidez contribuindo igualmente para prevalência da síndrome alcoólica fetal. Um estudo transversal, também na África do Sul, realizado por Onah et al (2016) em uma unidade obstétrica de uma maternidade no nível primário de saúde na região, associam fatores socio ambientais complexos com a situação de transtornos mentais.

Outras pesquisas internacionais focam suas discussões na necessidade de intervenções precoces para minimizar efeitos danosos nos conceitos. Lange et al. (2017), em um estudo na população geral da América Latina e do Caribe, revelou que os dados ainda são escassos e que, ainda assim, os resultados apontam para o fato de serem necessárias medidas para evitar que as mulheres consumam álcool na gestação para reduzir a ocorrência de exposição ao álcool do feto e, conseqüentemente, a probabilidade de ocorrência da Síndrome Alcoólica Fetal. Nykjaer et al. (2014) em uma pesquisa no Reino Unido, ao investigar a associação entre o consumo de álcool antes e durante a gravidez, com peso ao nascer, idade gestacional, além de examinar o efeito do tempo de exposição; referem o primeiro trimestre como sendo o período mais sensível ao efeito do álcool no feto em

desenvolvimento e sugerem aconselhamento de planejamento familiar devido os riscos encontrados. Rahman et al. (2013), em uma metanálise com objetivo de avaliar a eficácia de intervenções para melhorar a saúde mental das mulheres no período perinatal e os efeitos sobre a saúde, crescimento e desenvolvimento de seus filhos, referem que, nos países de baixa e média renda, as taxas de transtornos mentais perinatais comuns podem ser reduzidas por meio de intervenções em saúde mental realizado por não especialistas supervisionados e, que essas abordagens, possibilitam envolver toda a família no cuidado adequado com o bebê.

Popova et al. (2017), em um estudo de análise sistemática de literatura e metanálise - estimaram a prevalência do uso de álcool das gestantes aborígenes das regiões dos estados Unidos e Canadá, e de Síndrome Alcoólica Fetal, em relação as demais gestantes destas localidades; afirmam a evidente necessidade de implementar estratégias nacionais para monitorar e diminuir a prevalência do consumo de álcool na gestação e consequente distúrbios do espectro alcoólico fetal. Reid et al (2018), na Austrália – em uma revisão de literatura pesquisam a temática da síndrome alcoólica fetal e a correlação com o uso de álcool na gravidez, considerando que os bebês afetados sofrem deficiências ao longo da vida que podem envolver, físico, cognitivo, dificuldades comportamentais e emocionais que impactam em sua capacidade funcional; pontuam a necessidade de aconselhamento como estratégias de prevenção para diminuição da prevalência da síndrome alcoólica fetal.

No contexto nacional as discussões tendem a seguir a mesma linha de possibilidades de associação com fatores sociodemográficos desfavoráveis e necessidade de educação em saúde. Pereira et al (2011, 2014), realizaram, em um primeiro momento, uma revisão sistemática e, sequencialmente, um estudo longitudinal retrospectivo em pacientes internadas em um hospital psiquiátrico público do Rio de Janeiro/Brasil e analisaram os desfechos perinatais/infantis. Encontraram baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações, óbitos natais e neonatais como fatores associados ao cuidado de pré-natal insatisfatório, esquizofrenia e baixa renda familiar; estes resultados. Identificaram a prevalência de piores desfechos perinatais/infantis em mães com transtornos mentais maiores, sendo considerado pelos autores, fundamental o rastreamento de sintomas psi

quiátricos e o acompanhamento especializado por profissionais da saúde mental durante a assistência pré e pós-parto.

Rocha et al (2016) em um estudo transversal aninhado à coorte pré-natal do estudo de coorte BRISA, consideram que a detecção das gestantes com maior risco de uso de drogas durante o pré-natal pode permitir uma intervenção mais precoce, redução de comportamentos de risco à saúde e melhoria da qualidade da assistência materna e infantil. Souza et al (2012), em um estudo transversal realizado com puérperas internadas em um hospital universitário da região Sudeste do Brasil; identificaram consumo alcoólico durante a gestação, principalmente entre as gestantes com menor escolaridade ou que não conviviam com companheiro e, consideraram que houve baixa frequência de aconselhamento. Freire et al (2009), por meio de uma pesquisa analítica transversal puérperas e seus conceptos - em uma maternidade no Rio de Janeiro/Brasil, identificaram forte associação, entre o uso fumo e álcool com a não presença de um companheiro, com história de aborto, com idade materna acima de 35 anos. Sbrana et al (2016), em um estudo de coorte aninhado, gestantes e seus recém-nascidos foram avaliados - na cidade de Ribeirão Preto/Brasil – revelaram alto risco de baixo peso ao nascer e parto prematuro entre mulheres que fumavam e consumiam bebidas alcoólicas em comparação às que não fumavam ou bebiam; sugerindo aconselhamento no pré-natal sobre hábitos saudáveis.

Baptista et al (2017), em um estudo transversal exploratório em um município no Estado de São Paulo/Brasil; a partir de informações sociodemográficas e reprodutivas de puérperas e dados dos recém-nascidos, identificaram que o consumo de álcool foi mais frequente entre mulheres sem companheiro e observou-se também que os filhos de mães que bebiam tinham menor peso ao nascer. Enfatizam que identificar e caracterizar mulheres mais susceptíveis ao consumo de álcool na gravidez pode colaborar no desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde pública mais eficazes.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Este é um estudo quantitativo, transversal, observacional com abordagem descritiva. Sem traçar uma linha longitudinal de tempo e sim observar os dados de um período fixo. Desta maneira, medir prevalências com base na descrição do estado de saúde de uma comunidade e, assim, ser útil para determinar a carga de uma determinada condição ou doença crônica em uma determinada população e suas implicações para os serviços de saúde.

A pesquisa foi realizada no Hospital Adauto Botelho, uma unidade para tratamento hospitalar psiquiátrico, própria do Estado do Paraná, cito no município de Pinhais, em localidade de restrito acesso viário e distante geograficamente devido etiologia histórica dos hospitais colônia (inaugurado em 1954). Faz parte do quadro de equipamentos localizados na 2ª Regional de Saúde - RS, porém, se entendida necessidade, a partir de avaliação de risco, pode atender solicitações da Central de Leitos Psiquiátricos referentes a todas as localidades do Estado do Paraná.

No período da realização da pesquisa contava com 78 leitos divididos em 4 unidades distintas, 01 unidade especializada para transtornos referentes a situação de abuso de substâncias psicoativas, feminina, com 10 leitos, que neste estudo vamos denominar Unidade Especializada - UE; 01 unidade para demais transtornos mentais em situação de crise, feminina, com 28 leitos, que neste estudo vamos denominar Unidade Geral - UG; 01 para transtornos mentais em situação de crise, masculino, com 30 leitos; e 01 unidade para pessoas em internamentos de longa permanência, mista, com 10 moradores. Todas as unidades de internação são destinadas a adultas(os).

Cada unidade contava com equipe de 03 técnicos de enfermagem em média, em regime de plantão, 01 enfermeira assistencial, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional e 01 médico psiquiatra na equipe multiprofissional, não necessariamente de dedicação exclusiva para as Unidades citadas. Como apoio à assistência constam 01 enfermeiro na supervisão de enfermagem e 01 médico plantonista, bem como 01 médica para acompanhamento de exames em geral e outras situações clínicas, transversalmente, o setor da fisioterapia, setor de oficinas

de terapia ocupacional e o setor coleta de exames laboratoriais com processo de análise realizado em laboratórios externos.

Na assistência direta, as contratações em sua maioria são em regime estatutário através de concurso público e, para suprimento de quadro de funcionários, contratações, através de Recibo de Pagamento Autônomo, para contratação médica - psiquiatra e plantonistas.

As equipes multiprofissionais, guardadas peculiaridades, fazem atendimentos aos familiares, discussão de casos e reuniões de equipe de cunho administrativo. Os profissionais da equipe técnica realizam grupos terapêuticos, operativos ou recreativos. O setor de terapia ocupacional também oferece, conforme avaliação da terapeuta ocupacional da equipe de cada unidade, oficinas para aprendizado e produção de artigos artesanais - denominadas neste hospital como Oficinas Produtivas. Cada profissional faz atendimentos individuais com cunho privativo de suas competências. Estas atribuições constam nos Códigos de Exercício Profissional específicos e nos Protocolos Operacionais Padrão (Projeto Terapêutico Institucional, 2017).

### 3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Para esta pesquisa foram utilizadas informações constantes em prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Hospital Adauto Botelho. Os dados foram coletados em formulário semi - estruturado, elaborado com base em informações extraídas do acervo de prontuário pertinentes para pesquisa. Também foram utilizadas informações do banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, compilados pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica – COVIE, a partir dos nomes das gestantes dos quais os prontuários foram escopo da presente pesquisa.

O número de gestantes da pesquisa foi obtido por conveniência, coincidindo com a população de mulheres gestantes no internamento ou diagnosticadas gestantes, através do exame admissional, no referido período. A escolha dos

elementos da quantia de gestantes da pesquisa foi feita de forma não-aleatória, intencional, considerando a necessidade de serem mulheres e gestantes.

Os dados são referentes ao período de agosto de 2019 a janeiro de 2015 em ordem retroativa até amostragem adequada. Foram consideradas como variáveis dependentes – informações sócio demográficas - idade, escolaridade, estado civil (com companheiro ou sem companheiro), religião, ocupação, amparo social, número de pessoas no domicílio, crianças menores com 12 anos incompletos no domicílio, número de filhos vivos, filhos vivos sob guarda da gestante; matriz de cuidado para gestação e psiquiátrico – local de pré-natal prévio à internação, número de consultas de pré-natal durante internação, local de pré-natal durante internação, motivo de não realização do pré-natal durante o internação; e local de tratamento psiquiátrico prévio à internação, tipo de internamento, substância psicoativa de uso ou abuso referido prévio à internação, medicações em uso (ato de internação, primeira prescrição psiquiátrica, prescrição para alta), quantitativo de atendimentos registrados por equipe multiprofissional durante internação, diagnóstico de transtorno mental recebido. Como variáveis independentes as informações do SINASC.

### 3.2 COLETA DE DADOS

O formulário para coleta dos dados do prontuário foi desenvolvido, pelas pesquisadoras, baseados nas informações disponibilizadas no prontuário hospitalar. Contém inicialmente perguntas voltadas para individualização da gestante como nome, unidade onde ficou internada no hospital psiquiátrico, Cartão Nacional do Saúde - CNS, município de origem, escolaridade e religião. Na sequência, estado civil, presença do companheiro (quando sim) registrado na internação e número de pessoas no domicílio. Continua com informações sobre suporte financeiro como ocupação e recebimento de algum benefício assistencial. Na sequência, verificação sobre a tipificação da internação psiquiátrica podendo ser internação voluntária - aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária - aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória - aquela determinada pela Justiça, conforme definição da Lei

10.2016/01 (BRASIL, 2001). Contém, também, perguntas sobre a data de internação e data de alta para quantificação do tempo de internação. Para coleta de dados sobre a matriz de cuidado para gestação, constam no instrumento de coleta perguntas sobre peso no internamento, no primeiro registro, altura e registro de história psiquiátrica familiar. Segue com questionamento da idade gestacional no internamento e a fonte desta informação. Questões sobre informações da prole – número de filhos vivos, destes quantos sobre a guarda da gestante; número de filhos mortos/abortos/óbito fetal; sobre realização de pré-natal prévio à internação e se sim, quantas consultas; local da realização do pré-natal prévio à internação; sobre realização de pré-natal durante a internação e se sim, quantas consultas realizou, se não, qual motivo; onde foi realizado o pré-natal durante internação; qual desfecho da gestação em relação à internação; data do desfecho ( idade gestacional e peso do recém-nascido).

Para questionamentos sobre a matriz de cuidados psiquiátricos, constam perguntas sobre onde era realizado tratamento para saúde mental prévio internação; qual substância psicoativa se fazia uso antes da internação; sobre número de atendimentos de equipe multiprofissional (psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeira assistencial) durante internação; diagnósticos de transtorno mental (prévio à internação, no ato da internação e na alta hospitalar); comorbidade conhecida no ato da internação; medicações em uso no ato da internação, medicações na primeira prescrição psiquiátrica e prescrição psiquiátrica na alta hospitalar; se houve prescrição de contenção mecânica durante internação; prescrição de contenção química durante internação; se houve intercorrências relativas gestação durante internação; local de encaminhamento para continuidade de tratamento após internação.

Para contemplar o objetivo de descrever os recém-nascidos destas gestantes, buscou-se nos SINASC a data de nascimento do bebê, tempo de gestação no parto, tipo de gravidez, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, se existe anomalia identificada no recém-nato, sexo do bebê, o APGAR no primeiro minuto e no quinto minuto e peso ao nascer.

A coleta dos dados dos prontuários foi realizada no próprio Hospital Adauto Botelho pelas pesquisadoras. Em uma primeira etapa foram identificados, através de informações do sistema eletrônico do Setor de Internamento, os nomes e números

dos respectivos prontuários de todas as mulheres internadas no período entre janeiro de 2015 a agosto de 2019 (retroativamente).

O Hospital Adauto Botelho está implantando prontuário eletrônico gradativamente em suas Unidades de Internação, no entanto, para arquivamento a regra são arquivos físicos em papel, assim sendo, mesmo para prontuários com registro eletrônico seu arquivo está em papel impresso. Isto posto, a segunda etapa foi a busca destes prontuários no arquivo físico. Simultaneamente à busca dos prontuários era realizada a identificação, dentre os prontuários de mulheres, quais eram de gestantes. A partir dos prontuários das mulheres gestantes efetuava-se a coleta de dados para preenchimento do formulário de coleta pré-elaborado. Esta fase da pesquisa se deu entre setembro a outubro de 2019.

A coleta dos dados em prontuário foi realizada por duas pesquisadoras, incluindo a autora da pesquisa. Para coleta das informações necessárias para preenchimento do formulário da pesquisa, estudou-se inicialmente o padrão dos prontuários para o reconhecimento do ordenamento das informações nos registros. Também foi utilizada a identificação do contexto de cada informação, como por exemplo, características familiares buscaram-se os registros das avaliações iniciais do internamento da equipe técnica em especial da assistente social, ou o medicamento em uso buscou-se nas prescrições médicas. Em casos de dúvida as pesquisadoras avaliavam a informação em conjunto para consenso. Informações do formulário que na maioria absoluta dos prontuários não havia registro não foram utilizadas na pesquisa. Mais de um registro diferente da mesma informação também foram dispensados.

A coleta de dados do SINASC foi realizada através de informações da Coordenação de Vigilância Epidemiológica - COVIE da SESA, coordenadas e compiladas pela Divisão de Informações Epidemiológicas.

### 3.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para processamento dos dados, foi utilizado o programa Epi-info versão 7.2.2.16. As informações coletadas a partir do instrumento foram digitadas no banco de dados pela própria pesquisadora. A análise descritiva foi realizada por meio das

frequências (absoluta e relativa). Para a análise comparativa entre as gestantes internadas nas duas unidades do hospital, diferenciadas pelas características de diagnóstico e tratamento das mulheres, foram utilizadas as medidas de qui-quadrado e teste exato de Fischer, quando necessário, e adotou-se o valor de  $p < 0,05$  como ponto de corte para significância estatística. Esta etapa da análise foi realizada em conjunto com a orientadora desta pesquisa para qualificar o rigor analítico.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à normativa da Plataforma Brasil e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (CEPSH-SESA/HT), Número do Parecer: 3.423.069, e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SD), do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, CAAE:11361219.5.0000.0102.

A presente pesquisa seguiu rigorosamente todos os aspectos éticos em conformidade com a resolução nº 580/18 que orienta, para pesquisas com utilização de acervo da instituição, que o pesquisador informe os procedimentos a serem adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa. Entendendo acervo como o conjunto organizado de documentos, em formato físico ou eletrônico, que pode servir como fonte para a coleta de informações para a constituição de um banco de dados com finalidade de pesquisa científica (BRASIL, 2012).

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Do total de 1306 mulheres internadas neste hospital regional, no período de janeiro de 2015 a agosto de 2019, foram incluídas no estudo 67 gestantes admitidas nas unidades femininas para transtornos referentes a situação de abuso de substâncias psicoativas e para os demais transtornos mentais em situação de crise.

A taxa de prevalência de gestantes (N=67) no total de população de mulheres internadas (n= 1306), entre janeiro de 2015 a agosto de 2019, foi de 0,05%. Entre as

gestantes do período estudado, 65,7% (n=44) foram internadas na unidade de tratamento de transtornos referentes a situação de abuso de substâncias psicoativas, neste estudo denominada, Unidade Especializada - UE e 34,3% (n=23) foram internadas na unidade de tratamento para crise dos demais transtornos mentais, nominada neste estudo como Unidade Geral – UG (TABELA 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DO ESTUDO, POR UNIDADES DE INTERNAÇÃO

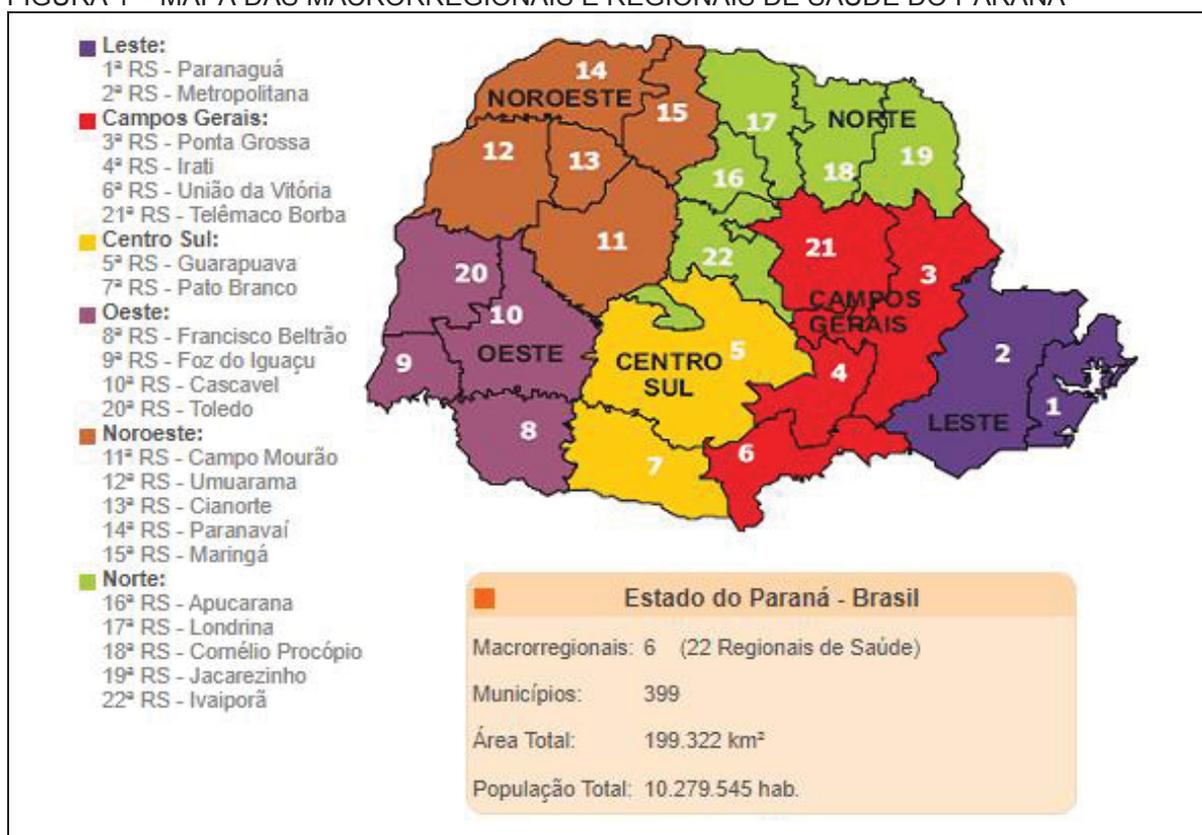
<b>Unidade de internamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Unidade Geral</b>	23	34,3
<b>Unidade Especializada</b>	44	65,7
<b>Total</b>	67	100,0

Fonte: a autora.

#### 4.1 INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES ENCAMINHADAS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Dos prontuários analisados, foram identificadas gestantes de todas as Regionais de Saúde do Paraná. A maioria absoluta das gestantes são oriundas da macrorregional Leste que contempla a 1ª e 2ª Regionais de Saúde. A Macrorregional com menor índice de encaminhamentos para internação no HAB foi a Oeste com 3% das internações no período estudado, seguindo, em ordem crescente de internações, da Macrorregional Campos Gerais (7,5%), Noroeste (9%), Norte (12%) e Centro-sul (14,9%) - (FIGURA 1). Totalizando 46,4% das gestantes com registro de residir em localidades distantes geograficamente do hospital.

FIGURA 1 – MAPA DAS MACRORREGIONAIS E REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ



Fonte: PARANÁ, 2016.

Das mulheres gestantes encaminhadas para internação psiquiátrica no HAB, 70,1% estavam na faixa etária dos 21 aos 30 anos (TABELA 2). Quanto à informação sobre religião na ficha de admissão de internamento, em 59,7% dos prontuários havia este registro. Dos que dispunham deste registro, 22,4% declararam-se católicas, 13,4% evangélicas e 4,5% informaram não ter religião.

Dos prontuários estudados com registro de escolaridade, o grau de instrução declarado foi de ensino fundamental com 70,0% (TABELA 2). Das 67 gestantes do período estudado, 46,3% se declaram sem companheiro sendo que 43,3% destas mulheres constavam como solteiras e 3% como separadas judicialmente ou divorciada; 53,7% declararam ter um companheiro - 23,9% como casadas e 29,8% como união estável. Contudo, de 13 prontuários de gestantes casadas, e que constavam registro sobre a presença de companheiro, 7 não haviam recebido alguma visita do companheiro; e em 19 dos prontuários de gestantes declarantes com união estável, 11 não tiveram a visita deste.

Sobre a fonte de renda, 70,4% das gestantes declararam não ter uma fonte de renda por ocupação (TABELA 2). Foram investigados, da mesma forma, o

recebimento de benefício assistencial e, 65,9% das gestantes da amostra, não recebiam algum benefício assistencial formal. Em 34,3% dos prontuários não possuíam esta informação.

Da amostra, 37,9% das gestantes, referiram morar em 03 a 04 pessoas no domicílio e 34,5% em 05 ou mais pessoas (TABELA 2). Dos 67 prontuários, 13,4% não possuíam registro sobre o número de pessoas no domicílio. Das pessoas no domicílio, as gestantes mencionaram ser 01 a 02 crianças de até 12 anos em 34,3%; e na mesma porcentagem de 34,3% mencionaram não haver nenhuma criança na residência; 16,4% declararam que as crianças do domicílio se encontravam abrigadas (TABELA 2).

Das gestantes com filhos vivos, 57,1% informaram não ter nenhum sob sua guarda (TABELA 2). A maioria das gestantes (50,7%) tem de 1 a 2 filhos vivos, sendo 24 destas gestantes com diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido uso de substâncias psicoativas e 10 gestantes com diagnóstico de outros transtornos mentais e; 23,9% declararam não possuir filhos vivos, 5 das gestantes com diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido uso de substâncias psicoativas e 11 das gestantes com diagnóstico de outros transtornos mentais. Não há registro em 38,8% dos prontuários sobre número de filhos mortos ou aborto fetal.

Na TABELA 2, o teste estatístico de chi-quadrado de Person foi utilizado considerando  $p=0,05$ . Para análise em relação a escolaridade foram consideradas como categorias ensino fundamental e ensino médio somada ao ensino superior. Para análise em relação a ocupação comparou-se apenas a condição de empregada (com ou sem carteira de trabalho) e não remunerada. Para análise em relação ao número de pessoas no domicílio foi considerada como categoria de “1 a 2” pessoas e como outra categoria a junção de “3 a 4” pessoas e “5 ou mais”. Para análise em relação do número de crianças menores de 12 anos no domicílio utilizou-se como categorias “1 a 2” crianças e como outra categoria a junção do quantitativo de “3 a 4” crianças com “5 ou mais”, excluiu-se as crianças abrigadas devida impossibilidade dessa comparação. A mesma categorização foi utilizada para análise da influência do número de filhos vivos. Para análise da relação do número de filhos sob guarda foram utilizadas como categorias “nenhum” e a junção das categorias “1 a 2”, “3 a 4” e “5 ou mais” crianças.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES DO ESTUDO

	Unidade de Internamento						Valor de p (Chi <sup>2</sup> )
	UG		UE		Total		
	n = 23	%	n = 44	%	n = 67	%	
<b>Idade no internamento</b> (anos)							0,992
18 – 20	2	8,7	4	9,1	6	9,0	
21 – 30	16	69,6	31	70,5	47	70,1	
31 – 40	5	21,7	9	20,5	14	20,9	
<b>Escolaridade</b>							0,049
Fundamental	11	50,0	31	79,5	42	70,0	
Ensino médio	8	36,4	8	20,5	16	26,7	
Superior	1	4,5	0	0,0	1	1,7	
Escola especial	1	4,5	0	0,0	1	1,7	
Não registrado*	2	8,7	5	11,4	7	10,4	
<b>Estado Civil</b>		0,0					0,853
Sem companheiro	11	47,8	20	45,5	31	46,3	
Com companheiro	12	52,2	24	54,5	36	53,7	
<b>Ocupação</b>							0,071
Empregada com CT	2	11,1	2	5,6	4	7,4	
Empregada sem CT	6	33,3	6	16,7	12	22,2	
Não remunerada	10	55,6	28	77,8	38	70,4	
Não registrado*	5	21,7	8	18,2	13	19,4	
<b>Acesso a benefícios assistenciais</b>							-
Aposentadoria	0	0,0	1	3,4	1	2,3	
Auxílio-doença	1	6,7	1	3,4	2	4,5	
BPC	3	20,0	1	3,4	4	9,1	
Bolsa família	2	13,3	3	10,3	5	11,4	
Outro	0	0,0	3	10,3	3	6,8	
Nenhum	9	60,0	20	69,0	29	65,9	
Não registrado*	8	34,8	15	34,1	23	34,3	
<b>No. Pessoas no domicílio</b>							0,173
1 a 2	5	23,8	6	16,2	11	19,0	
3 a 4	10	47,6	12	32,4	22	37,9	
5 ou mais	4	19,0	16	43,2	20	34,5	
Em situação de rua	0	0,0	3	8,1	3	5,2	
Mora sozinha	1	4,8	0	0,0	1	1,7	
Abrigada	1	4,8	0	0,0	1	1,7	
Não registrado*	2	8,7	7	15,9	9	13,4	

<b>Crianças &lt;12 anos no domicílio</b>							0,047
nenhuma	13	56,5	10	22,7	23	34,3	
1 a 2	6	26,1	17	38,6	23	34,3	
3 a 4	2	8,7	7	15,9	9	13,4	
5 ou mais	0	0,0	1	2,3	1	1,5	
abrigada	2	8,7	9	20,5	11	16,4	
<b>No. Filhos vivos</b>							0,002
Nenhum	11	47,8	5	11,4	16	23,9	
1 a 2	10	43,5	24	54,5	34	50,7	
3 a 4	2	8,7	10	22,7	12	17,9	
5 ou mais	0	0,0	5	11,4	5	7,5	
<b>No. filhos sob guarda</b>							0,067
Nenhum	16	72,7	20	48,8	36	57,1	
1 a 2	5	22,7	17	41,5	22	34,9	
3 a 4	1	4,5	3	7,3	4	6,3	
5 ou mais	0	0,0	1	2,4	1	1,6	
Não registrado*	1	4,3	3	6,8	4	6,0	

Obs.: \* = não foram computados para o percentual das demais categorias.

Fonte: a autora.

## 4.2 INFORMAÇÕES SOBRE MATRIZ DE CUIDADO PARA GESTAÇÃO OBSERVADAS EM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A partir dos registros de prontuário, no ato da internação, foram admitidas com maior frequência grávidas no segundo trimestre gestacional – período que compreende entre 14 à 27 semanas de gravidez, com 40,3% das gestantes da amostra; seguido de 28,4% de gestantes no terceiro trimestre de gravidez – à partir de 28 semanas gestacionais; 23,9% das gestantes estavam no primeiro trimestre gestacional – fase inicial da gravidez até 13 semanas; e 7,5% das mulheres desconheciam estar grávidas no internamento descobrindo após resultado dos exames admissionais (TABELA 3).

Cinco prontuários não continham a fonte da informação sobre idade gestacional e em 46,3% das gestantes investigadas não possuem registro da DUM e o registro sobre a idade gestacional foi baseado no tempo gestacional informado pela paciente ou do acompanhante.

Das mulheres que internaram no primeiro trimestre gestacional, 8 delas fazia acompanhamento de pré-natal antes da internação, 10 não faziam e para 1 das gestantes não havia esta informação registrada em prontuário. Para as mulheres internadas no segundo trimestre gestacional, a frequência foi de 17 gestantes acompanhadas no pré-natal previamente à internação, 5 não acompanhavam e 2 prontuários destas gestantes não possuía este registro. Por fim, das mulheres internadas no último trimestre de gravidez, 16 faziam pré-natal antes de se internar, 2 não faziam e 1 não possuía este registro em prontuário. Em 5 prontuários da amostra não há o registro sobre pré-natal prévio devido a gestação ter sido descoberta na internação. Os acompanhamentos de pré-natal prévio à internação eram realizados na Atenção Básica.

Das gestantes internadas no período investigado, 20 gestantes (29,9%) ficaram período de 30 a 45 dias, sendo essa a maior frequência encontrada da amostra. O tempo maior de internação registrado para amostra foi de 125 dias e o menor foi de 3 dias.

A partir dos registros encontrados nos prontuários estudados, foram categorizados quatro possibilidades referentes aos encaminhamentos para o pré-natal no período de internação – os que foram encaminhados para cadastro em um

fluxo de agendamentos organizado para as gestantes internadas no HAB (distante do território de origem) pela SESA porém sem consulta agendada antes da alta hospitalar - na TABELA 3 como “cadastro no fluxo da SESA”; os que foram atendidos neste fluxo – “Atendimentos pelo fluxo SESA”; os que foram mantidos no fluxo do município de origem devido proximidade – “Atendimento no local de origem”; os que chegaram a ser agendados pelo fluxo de encaminhamentos da SESA porém desinternadas antes da data de consulta de pré-natal – “Apenas agendamento”; também foram encontrados dois dos prontuários da amostra sem registro sobre esta questão. Em 37 prontuários os registros demonstram que 41,8% das gestantes foram cadastradas para fluxo de pré-natal, porém sem agendamento efetivo e; em 13,4%, apesar de terem sido agendadas as consultas para pré-natal neste fluxo, a alta do hospital psiquiátrico ocorreu antes da data deste agendamento (TABELA 3).

Os motivos encontrados para a não realização do pré-natal durante a internação resumiram-se a três, sendo eles - alta a pedido antes do agendamento da consulta após cadastro pelo fluxo da SESA; a alta melhorada antes do agendamento da consulta após cadastro pelo fluxo da SESA; alta por transferência (quando há necessidade de remoção para um hospital por demanda clínica preponderante) antes do agendamento da consulta após cadastro pelo fluxo da SESA. Assim, na amostra, dos 65 prontuários que constavam este registro, 28 gestantes realizaram ao menos uma consulta de pré-natal; das 37 restantes, 31,3% recebeu alta melhorada antes do agendamento; 25,4% solicitaram alta (alta a pedido) e 3,0 % alta por transferência (podendo ou não ter sido para parto).

Na TABELA 3, o teste estatístico de chi-quadrado de Person foi utilizado considerando  $p=0,05$ . Para análise em relação ao local de tratamento prévio foram utilizadas como categorias “CAPS” e “não fazia”.

TABELA 3 – ELEMENTOS RELACIONADOS AO ACOMPANHAMENTO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES DO ESTUDO

	Unidade de internamento				Total		Valor de p
	UG		UE		n =	%	(Chi <sup>2</sup> )
	n =	%		%			
	23				67		
<b>Idade gestacional</b>							0,897
Gestação desconhecida	1	4,3	4	9,1	5	7,5	
Primeiro	7	30,4	9	20,5	16	23,9	
Segundo	8	34,8	19	43,2	27	40,3	
Terceiro	7	30,4	12	27,3	19	28,4	
<b>Pré-natal prévio*</b>							0,705
Sim	15	36,6	26	63,4	41	65,1	
Não	7	31,8	15	68,2	22	34,9	
<b>Pré-natal durante a internação</b>							0,114
Sim	13	44,8	16	55,2	29	43,3	
Não	10	26,3	28	73,7	38	56,7	
<b>Realização do pré-natal durante internação**</b>							
Atendimento no local de origem	6	26,1	3	6,8	9	13,4	
Atendimento pelo fluxo SESA	7	30,4	12	27,3	19	29,3	
Agendamento pelo fluxo SESA (sem atendimento)	3	13,0	6	13,6	9	13,4	
Cadastro no fluxo da SESA	7	30,4	21	47,7	28	43,1	

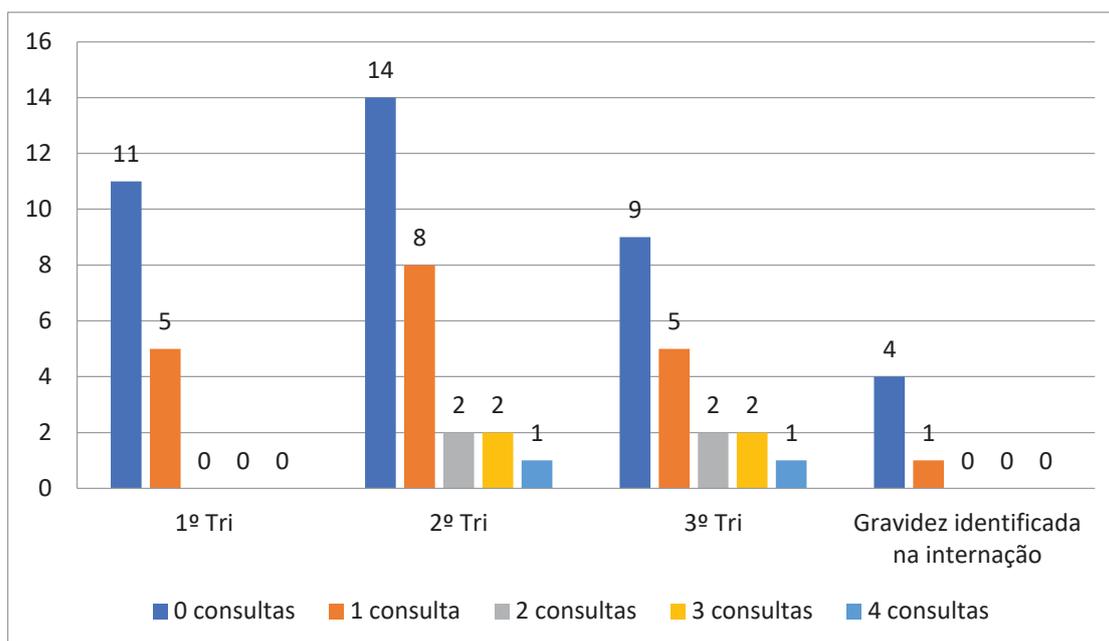
Obs.: \* = em 1 prontuário da UG e 3 da UE não havia registro quanto a pré-natal prévio.

\*\*=em 2 prontuários não constava registro sobre como foi realizado pré-natal durante internação.

Fonte: a autora.

Das 16 gestantes internadas no primeiro trimestre de gestação, 11 (68,7%) não passaram por consulta de pré-natal e 5(31,2%) foram consultadas no pré-natal. Das 27 que internaram no segundo trimestre gestacional, 14 (51,8%) não passaram por consultas de pré-natal e 13 (48,1%) foram consultadas no pré-natal; das 19 que internaram no terceiro trimestre 9 (47,4%) não passaram por consulta de pré-natal e 10 (52,6%) foram consultadas no pré-natal. Das 29 gestantes que passaram por consulta de pré-natal durante a internação, 19 (65,5%) passaram por 1 consulta de pré-natal no período da internação psiquiátrica (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DURANTE A INTERNAÇÃO, POR TRIMESTRE GESTACIONAL NA ADMISSÃO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO



Fonte: a autora.

Percebeu-se, durante a coleta dos dados nos prontuários, apesar de não constar no instrumento de coleta de dados da pesquisa, que a decisão para solicitação de vaga para hospital integral foi sugerida para garantia dos cuidados com a gestação (binômio mãe-bebê).

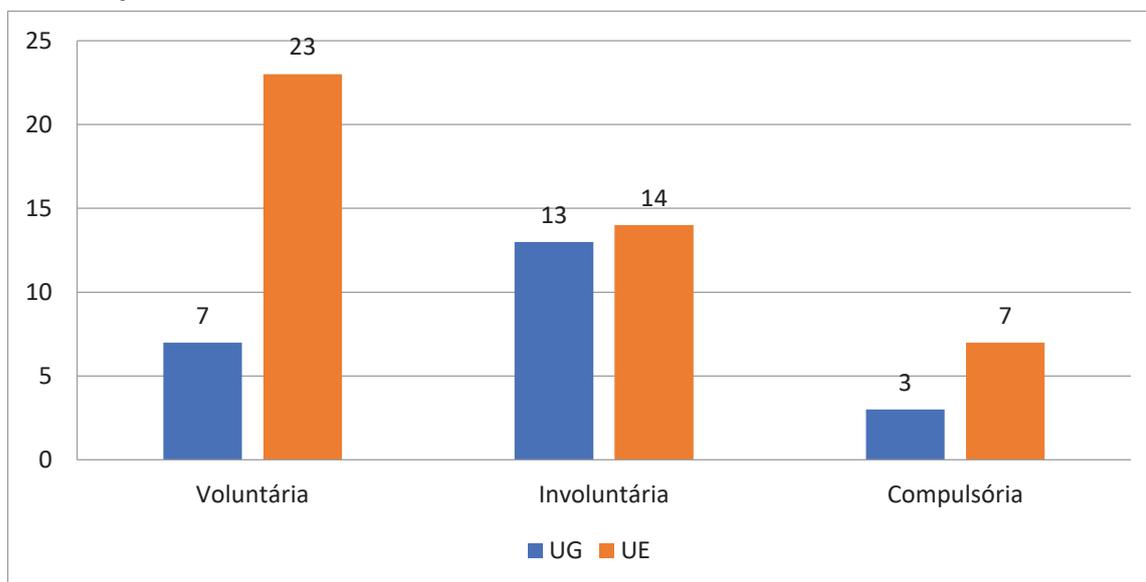
#### 4.2.1 Dados sobre a matriz de cuidado psiquiátrico para gestantes em uma internação psiquiátrica integral

Quatro prontuários estudados não possuíam registro sobre a matriz de cuidado de saúde mental recebida pela gestante antes da internação; em 33 prontuários constavam registros que estas mulheres não faziam tratamento para questões de saúde mental especificamente. Em outros 30 prontuários, constavam registro de que as gestantes recebiam alguma atenção direcionada para questão de saúde mental destas - em 37,3% foi referido acompanhamento do CAPS, em 3,0% na Atenção Básica, 3,0% em Ambulatórios de Especialidades e 1,5% em outro tipo de equipamento não diretamente vinculado aos dispositivos das políticas de saúde – Escola Especial. Observou-se durante a coleta de dados, apesar de não constar no

formulário de coleta, significativa quantidade de encaminhamentos para internação integral psiquiátrica tendo como ponto de solicitação de vaga o CAPS.

Quanto à tipificação das internações, 44,8% das internações eram voluntárias, seguidas de 40,3% de internações involuntárias e, por fim, as 14,9% de internações compulsórias (GRÁFICO 2). Observou-se nos prontuários deste hospital que independente da tipificação da internação (voluntária, involuntária ou compulsória) para alta existe um campo de registro do tipo de alta (“a pedido contra parecer médico”, “alta hospitalar” ou “alta por ter infringido regulamento do estabelecimento hospitalar”). Observou-se também, que na “alta por ter infringido regulamento hospitalar” e na “alta a pedido contra indicação do médico” é exigido a assinatura de um responsável. Na “alta hospitalar” existe a opção de assinatura do paciente ou responsável, porém, no cabeçalho deste campo existe a seguinte descrição: “Sr (a) – *espaço para preenchimento*- RG - *espaço para preenchimento*- declara para os devidos fins que no dia: – *espaço para preenchimento*- que o paciente recebeu ALTA HOSPITALAR e saiu deste hospital sob sua responsabilidade.”

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE GESTANTES INTERNADAS POR TIPIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO



Fonte: a autora.

Sobre o registro de uso referido de substâncias psicoativas antes da internação, pelas gestantes da amostra - 32,8% referiram ingerir álcool; 62,7%

referiram usar crack; 32,8% medicações psicotrópicas, todavia, quase a totalidade (exceto 1) referiram usos concomitantes de mais de uma substância (TABELA 4).

TABELA 4 – INFORMAÇÕES REFERENTES TRATAMENTO PARA SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES DO ESTUDO

	Unidade de internação				Total		Valor de p (Chi <sup>2</sup> )
	UG		UE		n = 67	%	
	n = 23	%		%			
<b>Local de tratamento prévio*</b>							0,007
CAPS	13	56,5	12	27,3	25	37,3	
Outro	4	17,3	1	2,3	5	7,5	
Não fazia	6	26,1	27	61,4	33	49,3	
<b>Tipo de internação</b>							0,088
Voluntário	7	30,4	23	52,3	30	44,8	
Não voluntário	16	69,5	21	47,7	37	55,2	
<b>Substância Psicoativa de uso referido**</b>							-
Álcool	3	13,0	19	43,2	22	32,8	
Crack	5	21,7	37	84,1	42	62,7	
Cocaína	1	4,3	13	29,5	14	20,9	
Maconha	2	8,7	11	25,0	13	19,4	
Solvente	0	0,0	3	6,8	3	4,5	
Medicamento psicotrópico	16	69,6	6	13,6	22	32,8	
Não fazia uso	1	4,3	0	0,0	1	1,5	

Obs.: \* = em 4 prontuários da UE não havia registro quanto a tratamentos prévios para saúde mental.  
 \*\* = existe uso de mais de uma substância concomitantemente.

Fonte: a autora.

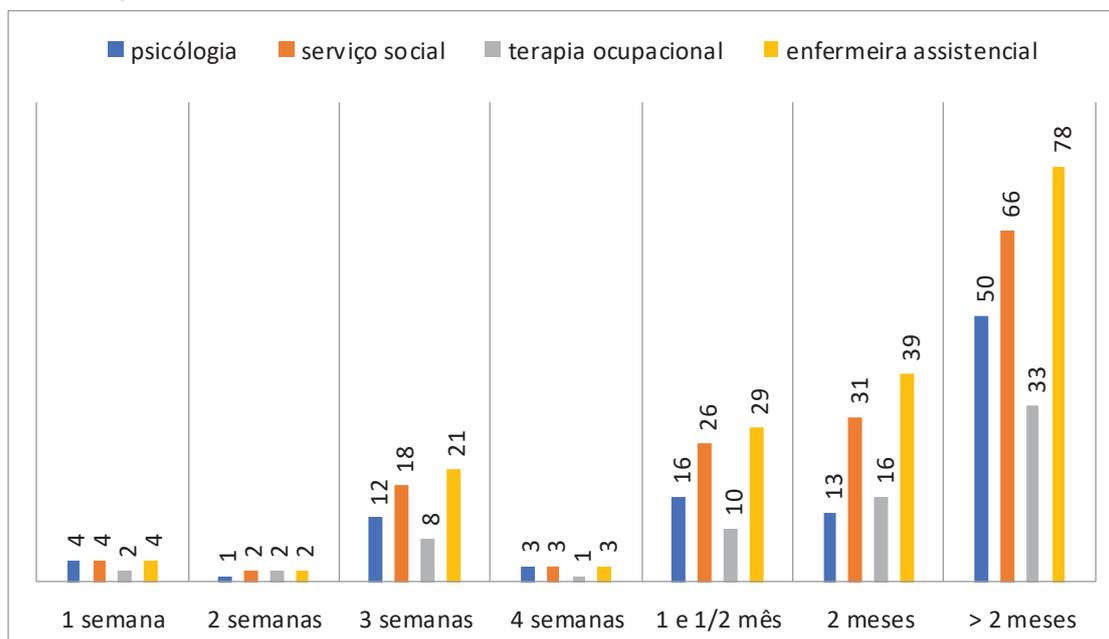
Foram observados atendimentos individuais e coletivos registrados no prontuário pela equipe multiprofissional; nos registros do profissional médico observaram-se registros de cunho individual para fim de prescrição medicamentosa. Assim, foram contabilizados os números de atendimentos registrados em prontuário (individual e coletivo) pela equipe multiprofissional e dos registros médicos observaram-se as prescrições.

O menor quantitativo de período de internação foi de 3 dias e o maior foi de 125 dias, a média de tempo de internação, da amostra, foi de 33 dias. No entanto, categorizando os espaços de tempo, observa-se que os registros referentes à categoria de 45 dias, para o total da amostra - foi o período em que a maior frequência de gestantes permaneceu internada.

O número total de atendimentos prestados pela equipe técnica para o total de gestantes da amostra foi de 1266 atendimentos e, considerando o número máximo de dias de internação das gestantes da amostra, cada gestante recebeu em torno de 10 atendimentos pela equipe técnica não médica por internação (GRÁFICOS 3 e 4).

Na Unidade Geral, para as 23 gestantes internadas nesta unidade, na categoria de tempo de 45 dias – foram registrados 16 atendimentos pela psicóloga, 26 pela assistente social, 10 pela terapeuta ocupacional e 29 pela enfermeira assistencial (GRÁFICO 3).

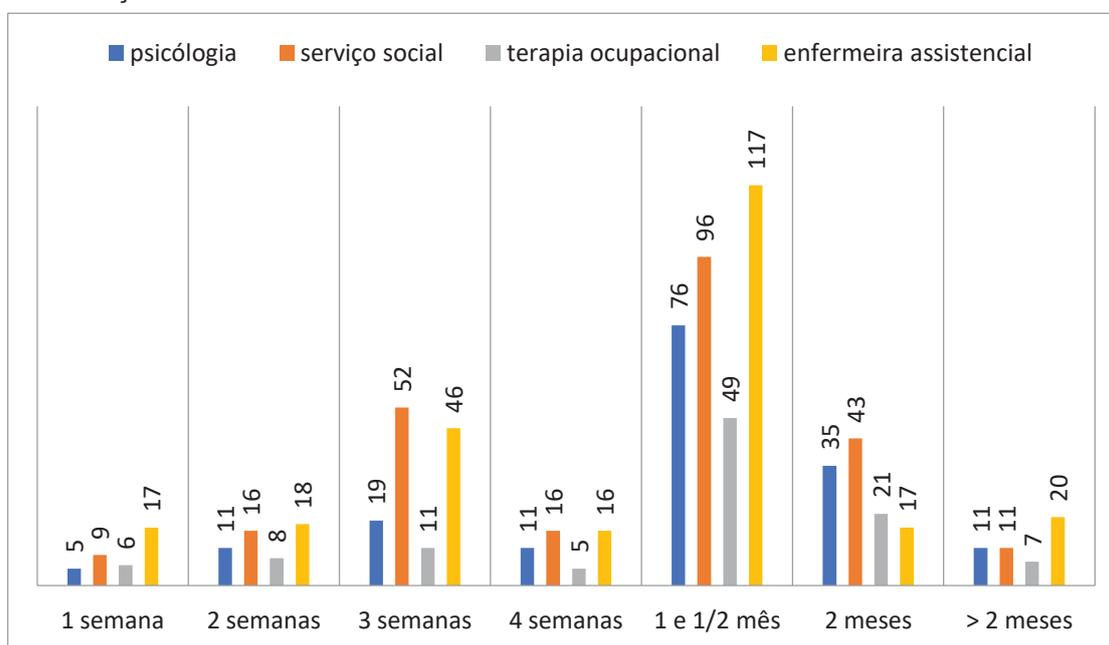
GRÁFICO 3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAL DA EQUIPE, POR TEMPO DE INTERNAÇÃO DAS GESTANTES NA UNIDADE GERAL



Fonte: a autora.

Na Unidade Específica, observando a mesma categoria de tempo de 45 dias, para as 44 gestantes internadas nesta unidade - foram registrados 76 atendimentos pela psicóloga, 96 atendimentos pela assistente social, 49 pela terapeuta ocupacional e 117 atendimentos pela enfermeira assistencial (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 4 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAL DA EQUIPE, POR TEMPO DE INTERNAÇÃO DAS GESTANTES NA UNIDADE ESPECÍFICA



Fonte: a autora.

Foram contabilizadas um montante de 583 medicações prescritas, no período de estudado, para as 67 gestantes observadas. Destas medicações 207 foram prescritas no ato da internação, 204 na primeira prescrição dos psiquiatras e 172 nas prescrições da alta, sendo assim, uma média de 2 a 3 medicações prescritas para cada gestante. Dentre as prescrições, 5 medicações estão classificadas como “D” na FDA (2015) - ácido valpróico, carbonato de lítio, fenobarbital, diazepam, midazolam; 2 medicações estão classificadas como “B” na FDA (2015) - amitriptilina, cloridrato de sertralina; 12 medicações estão classificadas como “C” na FDA (2015) - carbamazepina, biperideno, haloperidol, lamotrigina, levomepromazina, olanzapina, propranolol, quetiapina, carbamazepina, clonazepam, risperidona, clorpromazina (APÊNDICE 2).

Sobre os diagnósticos, no HAB, observou-se a utilização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Dos diagnósticos registrados para as gestantes da amostra, na internação, os Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 - F19), representaram 67,2% da amostra; sendo 95,6% destes com ocorrência na Unidade Específica. Seguido dos

diagnósticos de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29), representando registro para 25,3% do total das gestantes; sendo 94,1% destes na Unidade Geral (TABELA 5).

Dos diagnósticos recebidos no momento da alta, o de maior ocorrência na amostra foi igualmente aos Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 - F19), com pequena diferença na porcentagem, representando 65,7% da amostra. Destes, 89,2% ocorreram na Unidade Específica. Seguido dos diagnósticos de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29), com ocorrência para 10,0% do total das gestantes; sendo 100,0% destes na Unidade Geral (TABELA 5).

**TABELA 5 – DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS RECEBIDOS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO**

CID	Descrição	Unidade de internamento					
		UG		UE		Total	
		n=23	%	n=44	%	n=67	%
<b>Diagnóstico na internação</b>							
F10 – F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	2	4,4	43	95,6	45	67,2
F20 – F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	16	94,1	1	5,9	17	25,3
F30 – F39	Transtornos do humor	5	100	0	0	5	7,5
TOTAL		23	34,3	44	65,7	67	100
<b>Diagnóstico de alta</b>							
0	Sem registro de diagnóstico	0	0	3	100	3	4,3
F00 – F09	Outros transtornos mentais orgânicos	2	100	0	0	2	2,9

F10 – F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	5	10,8	41	89,2	46	65,7
F20 – F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	7	100	0	0	7	10,0
F30 – F39	Transtornos do humor	8	100	0	0	8	11,4
F40 – F48	Transtornos ansiosos	1	100	0	0	1	1,4
F60 – F69	Transtornos de personalidade	1	100	0	0	1	1,4
F70 – F79	Retardo mental	2	100	0	0	2	2,9
TOTAL*		26	37,1	44	62,9	70	100

Obs.: \* = total de diagnósticos não iguala o total da amostra pois 3 gestantes receberam 2 diagnósticos diferentes no momento da alta.

Fonte: a autora.

#### 4.3 INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS DE MULHERES INTERNADAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA GESTAÇÃO

Para coleta dos dados referentes às condições dos recém-nascidos das gestantes deste estudo, a Coordenação de Vigilância Epidemiológica - COVIE da Secretaria do Estado de Saúde - SESA do Paraná organizou uma tabela com informações do SINASC a partir das 67 gestantes deste estudo. Foram possíveis compilações de dados de 49 recém-nascidos. Como foram coletadas informações de gestantes internadas no HAB até agosto de 2019, algumas gestações não haviam chegado a termo até janeiro de 2020, quando a confecção da tabela foi concluída pela equipe daquele serviço. Outra explicação, para a quantidade de recém-nascidos estar aquém do número de gestantes, é um possível atraso de registro e repasse de informações para a COVIE-SESA/PR, bem como, no caso de aborto ou óbito fetal, estas informações não constarem neste banco de dados. As informações que se destacaram para a amostra de recém-nascidos deste estudo, foi

de 28,6 % para prematuridade; de 30,6% para baixo peso ao nascer; e de 8,2% para escore de apgar <7, no 5º minuto.

Das gestantes deste estudo das quais foram possíveis cotejar os conceitos, 63,3% tiveram parto vaginal e 36,7% parto cesárea. A taxa de prevalência sobre a não realização de pré-natal – na base de dados do SINASC – foi de 49,0%, próxima a média das porcentagens de não realização de pré-natal prévio (34,9%) e durante internação (56,7%) das gestantes do estudo.

Para totalidade da amostra dos recém-nascidos das gestantes estudadas nesta pesquisa não foram registradas anomalias observadas ao nascer.

TABELA 6 – INFORMAÇÕES SOBRE RECÉM-NASCIDOS DAS GESTANTES ESTUDADAS DURANTE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

	Flor de Lis		Flor de Maio		Total		PR*
	n=33	%	n=16	%	n	%	
<b>Tempo de gestação</b>							
< 36 s 6d	10	30,3	4	25,0	14	28,6	11,2
≥37 s	23	69,7	11	68,8	34	69,4	
Sem informação	0	0,0	1	6,2	1	2,0	
<b>Peso ao nascer</b>							
<2500	12	36,4	3	18,8	15	30,6	8,44
≥2501	21	63,7	13	81,2	34	69,4	
<b>Pré-natal na gestação</b>							
Sim	14	42,4	11	62,8	25	51,0	
não	19	57,6	5	31,2	24	49,0	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	22	66,7	9	56,2	31	63,3	
Cesárea	11	33,3	7	43,8	18	36,7	
<b>APGAR 1º minuto</b>							
<7	3	9,1	2	12,5	5	10,2	11,8
≥7	29	87,9	13	81,3	42	85,7	
Sem informação	1	3,0	1	6,2	2	4,1	
<b>APGAR 5º minuto</b>							
<7	2	6,1	2	12,5	4	8,2	2,1
≥7	30	91,0	13	81,2	43	87,7	
Sem informação	1	3,0	1	6,2	2	4,1	

\*Porcentagem calculada a partir de informações do DATASUS - SINASC

Fonte: a autora.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES ENCAMINHADAS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Considerando referencial documental nacional e singularizações estaduais que orientam as formas de olhar a assistência e manejar as situações de saúde, como as Políticas Públicas de Saúde e propostas de arranjos organizacionais, sempre com pontuações reafirmativas para integralidade do cuidado em saúde, verificou-se que a distribuição dos encaminhamentos para internação psiquiátrica das gestantes estudadas se deu de forma heterogênea (BRASIL, 2002, 2009, 2010, 2015, 2017, 2018, 2019; PARANÁ, 2014, 2016, 2018). Demonstrou-se que algumas macrorregionais de saúde encaminharam um número sensivelmente maior de muncípios gestantes que outras macrorregionais para uma internação psiquiátrica integral. Convém lembrar que atenção ao binômio mãe-bebê é de competência municipal e que, ainda neste foco da atenção à saúde, já são encaminhadas para atendimentos de alto risco a hospitais de referência regional que possivelmente não se situam no mesmo município de residência, além do acompanhamento das questões de saúde mental que esta mulher possa necessitar. Sendo assim, dados como 43,4% de gestantes atendidas em um hospital psiquiátrico, situado na 2ª Regional de Saúde (Macrorregional Leste), serem oriundas de localizadas distantes geograficamente podem demonstrar uma fragilidade e paradoxo frente à integralidade do cuidado prestado a estas mulheres como, também ao gerenciamento destas redes.

Assim, quem são estas mulheres que necessitam de uma internação em hospital psiquiátrico, distantes de suas comunidades, ainda que (e até porque) gestantes em crise de saúde mental e dependendo de cuidados obstétricos concomitantes?

Das gestantes estudadas, 70,1% eram mulheres jovens, entre 21 a 30 anos de idade, referindo possuir companheiro em 53,7% dos casos e declarando não ter fonte de renda, seja por ocupação não remunerada em 70,4% ou não recebimento de benefício assistencial em 65,9%; estudos nacionais e internacionais demonstram

achados similares (ROCHA et al, 2016; ONAH et al, 2016; KASSADA et al., 2015; MOURA et al, 2015). Neste estudo também foram observados que 70,0% das gestantes possuíam de 6 a 9 anos de ensino formal (ensino fundamental) demonstrando um grau de escolaridade inferior aos achados - em outras pesquisas sob temática similar; algumas descrevem que gestantes de semelhante condição de saúde possuem ensino médio (ROCHA et al, 2016; KASSADA et al, 2015) e, em outras, ensino superior (ONAH et al, 2016; VESGA-LÓPEZ et al, 2008), sendo que nas referidas pesquisas concluiu-se que a variável escolaridade não está, em termos estatísticos, significativamente correlacionada à questões psiquiátricas, porém, com potencial impacto qualitativo na auto-gestão do cuidado. Ainda sobre os achados da presente pesquisa, 65,9% das gestantes não recebiam nenhum benefício assistencial formal, como bolsa família ou auxílio-doença; em 37,9% dos casos residiam de 3 a 4 pessoas no domicílio, onde 34,3% destas pessoas serem crianças de até 12 anos; 50,7% declaram possuir de 01 a 02 filhos vivos. Em 57,1% dos registros as mulheres referiram não ter nenhum filho sob sua guarda e 16,4% declararam ter filhos abrigados naquele momento. Mulheres com baixa escolaridade, sem renda, residindo com filhos menores de idade ou com a perda do poder familiar (que denota uma situação de risco ou que causam prejuízo à vida de uma criança) evidenciam uma situação socioeconômica frágil destas, correlacionada em pesquisas nacionais e internacionais, com uso de drogas lícitas, ilícitas ou prescritas (FONSECA et al, 2017; PATRICK et al, 2012). E, há ainda, estudos que traçam um paralelo entre enfoque gênero e determinantes sociais com transtornos mentais (STEPANIKOVA et al, 2020; ZANELLO & SILVA, 2012) ampliando, desta forma, a discussão de sofrimentos mentais para além de questões unicamente biologicistas, inclusive com sérios questionamentos sobre a medicalização de problemas sociais.

A situação de vulnerabilidade social de um contingente historicamente expressivo de mulheres direcionou alguns pesquisadores do campo social a pesquisarem e constatarem que para quem consta baixa renda familiar, reforçada pela baixa escolaridade, implica em dificuldades de acessar o mercado de trabalho o que, antagonicamente, instaura a limitação ao acesso a direitos ou até proteção pública configurando-se, assim, o que nominaram de *feminização* da pobreza (ZANELA & SILVA, 2012; LUCAS & HOFF, 2008; PEREIRA, 2006). Características observadas no perfil das gestantes deste estudo.

Sobre estas características observadas, LUCAS & HOFF (2008) reforçam que o processo de limitações ou ausência de acesso a direitos, que culminam na pobreza, reforça e retroalimenta a naturalização da inércia social sobre esta discussão e, pontuando neste contexto o recorte de gênero, constata-se a questão dos corpos historicamente silenciado das mulheres. Questão que fica visível quando analisamos que 55,2% das gestantes internadas no período estudado, internaram de forma não voluntária, ou seja, sem o consentimento dessas mulheres. Ou ainda, 44,8% das internações das gestantes estudadas foram admitidas de modo voluntário, o que implica na crítica preservada destas mulheres e, como tal, com capacidade de julgamento das implicações ou não de uma intervenção de saúde. Assim, fica a interrogação de que, portanto, haveria possibilidades dessas intervenções de forma corresponsabilizadas no território. Faz-se relevante observar nesta perspectiva que existe uma tipificação legal de internação voluntária, no entanto, na prática se uma mulher solicitar alta hospitalar, mesmo estando nesta classificação, necessita da presença da pessoa que o acompanhou no ato da internação e assinou como responsável ou de outra pessoa (com maioridade legal) que assine sua alta também, no sentido de responsabilidade pelos atos da paciente, assim, a não autonomia destas mulheres fica reforçada, ainda que, admita-se sua capacidade para consentimento no ato da internação.

Das mulheres gestantes encaminhadas para internação em hospital psiquiátrico - sob a ótica da capacidade crítica para consentimento para aceitar tratamento - 44,8% das internações se deram de forma voluntária, sendo 67,2% com diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas e 32,8% com diagnósticos de outros transtornos mentais, mesmo considerando as possíveis dificuldades de adesão ao tratamento prévio, essa justificativa pode ser considerada controversa pois, à partir da definição de um internamento voluntário, o cuidado poderia ser efetivado no território com acompanhamento concomitante entre serviço especializado de saúde mental, de pré-natal, com a gerência da atenção básica e corresponsabilizado com a gestante e sua rede de apoio, para o intento do cuidado integral, em consonância com o preconizado nas políticas públicas (BRASIL, 2009, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018, 2019; PARANÁ, 2014, 2016, 2018). Estes dados advertem para possibilidade de análise como a de Marcolino et al. (2018), que em uma pesquisa qualitativa sobre o cuidado em saúde no pré-natal para mulheres usuárias de substâncias psicoativas,

demonstraram o não (ou incipiente) reconhecimento da mulher em uso de Substâncias Psicoativas - SPA enquanto pessoa de direito levando profissionais a não fazer apostas em ações de empoderamento/autonomia. Os autores da referida pesquisa trouxeram à discussão, como esta problemática complexa, costumeiramente culminam na invisibilidade ou em posturas hierárquicas de imposição de soluções à situação, que levam à culpabilização superficial e mantém o estigma destas mulheres.

## 5.2 MATRIZ DE CUIDADO PARA GESTAÇÃO NA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Para internar uma pessoa em hospital psiquiátrico o argumento legal é quando existe risco para si ou para os outros e foram esgotados os recursos da rede territorial para atendimento dessa demanda (BRASIL, 2010, 2018, 2019). Diretrizes internacionais, para práticas clínicas de cuidados em saúde mental no período perinatal, focam o cuidado no território, a partir, de uma gestão de cuidado compartilhado em rede de atenção e de apoio, corresponsabilizado com a gestante (AUSTIN & HIGHET, 2017). Desta forma, entende-se que decisão de encaminhar uma gestante para internação em hospital psiquiátrico deve ser declinada pois, tanto para questões sintomatológicas psiquiátricas quanto para questões referentes à gestação, as referências de cuidado são em equipamentos territoriais.

Considerando que o intento (e ônus) para solicitação de uma vaga para internação em hospital psiquiátrico é considerada com base na gravidade esta não exige a integralidade do cuidado. Regionalmente criaram-se normativas auxiliares como a Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental, criada com intuito de possibilitar o acesso às ações e serviços de Saúde Mental existentes no Estado do Paraná, buscando, segundo descritivo deste, garantir o direito à saúde, à resolutividade e qualidade nas ações que transcendam a escala local/municipal, a integralidade na atenção à saúde e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, reduzindo com isso as desigualdades sociais e territoriais (PARANÁ, 2016). O referido descritivo reafirma a importância e consideração à integralidade da assistência à saúde, no entanto, segue-se um fluxo hierárquico de possibilidades de encaminhamentos para internação em hospital psiquiátrico sendo ele composto de hospitais locais, na região, na macrorregional ou

independentemente do local no Estado, que pode direcionar uma gestante à quilômetros de distância de seu território. Esta conduta parece fragmentar o cuidado ofertado a estas mulheres pois, para que suas gestações sejam atendidas, suas referências estão na comunidade de suas residências, mas, para tratar uma crise de transtorno mental, suas referências passam a ser distante de seus territórios.

No entanto no Paraná, o que se estende para outras realidades nacionais na perspectiva de possibilidades, existem equipamentos que se propõem como rede substitutiva na lógica da Reforma Psiquiátrica, sendo eles, 134 CAPS habilitados - 59 CAPS I, 26 CAPS II, 04 CAPS III, 22 CAPS AD, 13 CAPSi e 10 CAPS AD III; 52 ambulatórios de Saúde Mental em 19 das 22 regionais de saúde; e 132 leitos de saúde mental ativos em 08 hospitais gerais - 21 destes para crianças e adolescentes (PARANÁ, 2014, 2016). Além dos equipamentos da Atenção Básica; com 1785 Unidades Básicas de Saúde, 868 Postos de Saúde, 2284 Equipes de Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 86,7% do território do Estado, 1758 Agentes Comunitários de Saúde; que devem ser os articuladores do cuidado integral no território (FONTE, 2012; BRASIL, 2012). Estas são alternativas de equipamentos categorizados como territoriais do Sistema Único de Saúde - SUS, que se somarmos às possibilidades de equipamentos do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e de outras instâncias diversas, como educação ou esporte/lazer, poderiam compor uma rede contingente de suporte para crise em saúde mental, em especial na prevenção desta, extrapolando para promoção de saúde (BRASIL, 2015).

Os profissionais da Atenção Básica têm no escopo de suas atuações a atribuição de identificar e gerenciar o cuidado, de forma compartilhada, articulando as redes de saúde conforme necessidades singulares das pessoas do território (BRASIL, 2012). A partir disto, uma gestante identificada no território, com demandas de saúde mental, tem a possibilidade de ser acompanhada na UBS/ESF de onde é adscrita, como também por um CAPS, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, maternidade de referência, serviços de apoio como NASF, bem como, qualquer outro dispositivo disponível na rede local ou que sejam necessários no perfil singular das demandas desta mulher (MEDEIROS et al, 2019; VIACAVA et al, 2018; DUTRA et al, 2015; SILVA & DIMENSTEIN, 2014; BRASIL, 2012).

Neste estudo observamos que 65,1% das mulheres eram acompanhadas previamente à internação para gestação na Atenção Básica e, quando 49,3% das

mulheres estudadas, apresentaram uma situação de descompensação do transtorno mental a primeira conduta, referida nos registros em prontuário, foi encaminhar para internação psiquiátrica integral. Do ponto de vista da saúde mental estudos avaliativos do processo histórico das políticas públicas para este campo da saúde, apontam para um consenso internacional sobre a importância vital de assegurar uma rede integrada e territorial de serviços comunitários, bem articulados, dando suporte consistente para redução do número de internações após a vinculação aos serviços comunitários e, conseqüente, substituição dos hospitais psiquiátricos, ainda que existam necessidades de aperfeiçoamento de nós estruturais para fortalecer e ampliar boas práticas (ALMEIDA, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Até que o processo de criação, fortalecimento e manutenção da rede substitutiva avance internações em hospitais psiquiátricos para gestantes acabam ocorrendo. Para abordar as internações psiquiátricas de gestantes, considerou-se que o uso de drogas lícitas ou ilícitas são critérios para estratificar estas gestantes nas gestações de alto risco, com referências em manuais técnicos de gestação de alto risco (BRASIL, 2012; PARANÁ, 2018). Outros fatores podem estar associados porém este é uniforme, ademais, a mulher gestante é um binômio mãe-bebê e estudos apontam para riscos aumentados para gestação quando o uso de substâncias psicoativas ocorrem podendo ser – diretos, como mal formações; ou indiretos, tal como ganho ponderal excessivo e desenvolvimento de diabetes (AUSTIN & HIGHET, 2017; WRONSKI et al, 2016; SBRANA et al, 2016).

Preconiza-se, para gestações de alto risco, uma atenção especializada para os potenciais riscos identificados, não preterindo o acompanhamento regular na atenção primária - do desenvolvimento normal de uma gestação, a fim de que sejam observados e avaliados o surgimento de situações adversas novas e, assim, seja possível de forma precoce proceder intervenções necessárias (MEDEIROS et al, 2019; BRASIL, 2012; PARANÁ, 2018). Em âmbito regional no Estado do Paraná, a partir do Programa Mãe Paranaense, as gestantes de alto risco são acompanhadas na atenção primária e, também paralelamente, para questões de alto risco na atenção secundária. Isto implica no acompanhamento em UBS/ESF e, concomitantemente, em hospital/maternidade de referência. A atenção secundária para o fator de alto risco justifica-se também na possibilidade de retaguarda de Unidade de Terapia Intensiva - UTI para mãe e bebê (PARANÁ, 2018). Há uma ponderação importante frente a esta discussão: se questões de uso de drogas lícitas

ou ilícitas estão estreitamente correlacionadas a determinantes sociais inclusive com recortes de gênero (STEPANIKOVA et al, 2020; ZANELLO & SILVA, 2012); e ainda, já existindo uma discussão acadêmica nacional sobre a medicalização da vida (MEDEIROS & ZANELLO, 2018; ZANELLO & SILVA, 2012) com corroboração internacional como profilaxia medicamentosa (AUSTIN & HIGHET, 2017); a condensação destas questões não seriam mais um reforço para a priorização do tratamento e outras intervenções necessárias – para estas mulheres, gestantes com diagnósticos de transtorno mental - no território onde a vida delas se processa? Assim, se faz importante reavaliar o encaminhamento para o hospital psiquiátrico - uma instância de tratamento etiologicamente pautada no tratamento biologicista/medicamentoso e, assim sendo, com pouca ou nenhuma possibilidade de intermediação na realidade em que propiciou previamente a crise para a internação.

Gestantes encaminhadas para internação em hospital psiquiátrico requerem igualmente cuidados integrais. Pesquisas realizadas em maternidades nacionais, demonstram que ainda que a cobertura de pré-natal seja de 100% para o total das gestantes acompanhadas, o registro de 6 ou mais consultas de pré-natal variando de 85,5% a 98,7% são quantitativos de consultas e percentuais significativamente bons para atenção materno-infantil (MEDEIROS et al, 2019; GONÇALVES et al, 2017; VIELLAS et al, 2014). Nascimento et al (2017) demonstram que as gestantes que realizaram menos de sete consultas durante o pré-natal apresentaram maiores chances de gerar bebês prematuros, com baixo peso ao nascer e/ou de óbito perinatal e embasaram seus achados na relação desses eventos com a realização do pré-natal de forma inoportuna, ou seja, fora do preconizado pelos programas de saúde pública nacionais e também por entidades de saúde internacionais. Uma parcela das gestantes do presente estudo, podem ficar aquém de suas necessidades considerando que 43,3% das gestantes foram atendidas no pré-natal durante a internação e, destas, 65,5% passaram por 1 consulta.

Uma pesquisa avaliativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificou 89% de gestantes com histórico de 6 ou mais consultas de pré-natal, no entanto, pontuou que apenas 15% das entrevistadas receberam uma atenção de qualidade. A referência a um pré-natal de qualidade referida engloba a realização de 6 ou mais consultas somado a exames complementares em tempo oportuno, exame físico apropriado, atenção

vacinal e educação em saúde (TOMASI et al, 2017). Desta forma, ainda que tendo sido realizada 1 consulta de pré-natal, não houve registro de realização de outros procedimentos importantes para cada idade gestacional oportunamente, tendo em vista inclusive que, especialmente as gestantes no terceiro trimestre, não teriam tempo hábil após alta hospitalar para o cuidado recomendado.

Estas observações são relevantes pois além do exame físico das gestantes, devem ser realizados orientações em saúde, esquemas vacinais e outros exames - em especial - os de imagem. Frisam-se a relevância dos exames de imagem em tempo oportuno por também serem recomendados para respaldar decisões de condutas medicamentosas psiquiátricas (PARANÁ, 2018; SOARES, 2016; BRASIL, 2012; COSTA et al, 2010).

Estas informações conduzem a reflexões sobre dois aspectos presentes nesta pesquisa. O primeiro aspecto é que 65,1% das gestantes deste estudo realizavam o pré-natal antes da internação na atenção básica e, assim sendo, com ampla possibilidade de contemplar quesitos do acompanhamento deste programa que incluem vacinação, exames e educação em saúde direcionada (MEDEIROS et al, 2019; GONÇALVES et al, 2018; VIELLAS et al, 2016). Supondo que a crise psiquiátrica tenha interferido na adesão ao pré-natal prévio à internação, logo, supõe-se que a internação em hospital psiquiátrico resguardaria o binômio mãe-bebê de eventualidades. Porém, o segundo aspecto é que para 65,1% das gestantes que acompanhavam seus pré-natais na Atenção Básica, esta porcentagem de acompanhamento de pré-natal diminuiu na internação psiquiátrica para 43,3% de gestantes lembrando que a maior frequência destas ficaram internadas no período de 45 dias. E que, durante a internação, foi possibilitado atendimento de consulta de pré-natal de alto risco, porém, devido inviabilidade geográfica o acompanhamento concomitante de pré-natal na atenção primária não ocorreu - acarretando a possibilidade de não realização de procedimentos, em tempo oportuno, alinhados com idade gestacional.

Desta forma, torna-se essencial a discussão sobre rever a conduta de encaminhamento de gestantes para internação psiquiátrica integral, o que não exclui rever o acompanhamento dessas mulheres nos equipamentos de território. Ao que parece, o foco desta discussão está nas potencialidades destas duas instâncias de tratamento, sendo uma pautada no acompanhamento regular de forma integral

somada à prevenção de crise e outro no tratamento da crise já instalada com importantes dificuldades na integralidade do cuidado.

### 5.3 MATRIZ DE CUIDADO PSIQUIÁTRICO PARA GESTANTES NA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Com a implementação das Redes de Atenção à Saúde a expectativa era maior eficácia na produção de saúde, com melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, com atenção nas singularidades da população local, sendo a Atenção Básica a porta de entrada e articuladora do cuidado, com ambição de diminuir a fragmentação deste e reafirmar os princípios do SUS (BRASIL, 2010, 2012, 2015; MENDES, 2011). No entanto nesta pesquisa, contraditoriamente, 49,3% das gestantes informaram não serem assistidas por questões específicas de saúde mental previamente à internação, e 65,1% informaram acompanhamento de pré-natal, são informações incongruentes com a integralidade do cuidado, tendo em vista que no Brasil este é um dos princípios do SUS a ser fortalecido nos equipamentos do território como, também é significativamente considerado em narrativas internacionais (INDARTE et al, 2019; MARCOLINO et al, 2018; AUSTIN & HIGHET, 2017). E novamente considerando a discussão sobre determinantes sociais e gênero nas abordagens relativas à saúde mental (STEPANIKOVA et al, 2020; MEDEIROS & ZANELLO, 2018; ZANELLO & SILVA, 2012), pode-se interpretar o retrato da rede encontrado neste estudo com explícita necessidade de ações voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica, visto que, os cuidados em uma instituição total não alcançam contemplar fatores desencadeantes da crise (biopsicossociais) agindo em uma fração resultante desta (biológico) com o tratamento neuroquímico. Assim sendo, ao retornarem para o território de origem - e este mantiver-se inalterado inclusive com as relações interpessoais da rede social de apoio não revistas - o questionamento sobre quais as chances destas gestantes manterem seu quadro de saúde mental estabilizado é factível.

Observou-se também nesta pesquisa, apesar de não constar no formulário de investigação, que grande parte dos casos encaminhados para internação psiquiátrica não eram acompanhados pelos CAPS. Nestes casos, o CAPS pode ter

sido articulador da internação por se tratar de um ponto de acesso à Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos, mas vale fazer uma alusão à Lei da Reforma Psiquiátrica que remete à internação integral psiquiátrica quando os recursos extra-hospitalares restarem insuficientes, para contingência de uma crise em saúde mental. Na mesma lógica, a atuação de equipes multiprofissionais em estratégias de cuidado no território, o deveriam fazer antes de cogitar internação; esta discussão ocorre em variados estudos sempre no entendimento de que cuidados no território mostram-se mais eficientes (ARONNE & MONTEIRO, 2018; XAVIER et al., 2017; FONSECA et al., 2017; WRONSKI et al., 2016; SILVA & DIMENSTEIN, 2014).

O fato de encaminhar gestantes para internação psiquiátrica integral, como primeira conduta em uma crise psiquiátrica, pode compor a explicação de 37,3% das gestantes sugestivamente serem acompanhadas pelo CAPS e este ser um local de referência territorial para casos graves/crônicos psiquiátricos – terem sido encaminhadas para internação integral e, assim, arbitrariamente 55,2% das gestantes terem sido encaminhadas para uma internação distante do município de origem (oriundas de outras regionais de saúde que não a 2ª Regional de Saúde onde se localiza o Hospital Aduino Botelho), inviabilizando além do fluxo do acompanhamento de pré-natal, também atuações sistêmicas em outras questões singulares da vida.

Focando nas justificativas referidas para internação, das substâncias psicoativas de uso ou abuso durante a gestação, o crack teve destaque aparecendo em 62,7% dos relatos, seguido do álcool e medicamento psicotrópico com iguais porcentagens de 32,8%. Outros estudos demonstram porcentagens variantes, como no estudo caso-controle aninhados, em uma coorte de morbidade materna grave, que identificou 63,9% de uso de álcool por gestantes e 9,2% de cocaína / crack (PEREIRA et al, 2018); e em um estudo transversal, descritivo, analítico - utilizando dados de uma coorte prospectiva de 1.447 gestantes de uma capital do Brasil, que identificou 22,3% de uso de álcool e 0,21% de crack/cocaína (ROCHA et al, 2016). Profissionais de saúde na atenção Básica têm opiniões diversas em relação ao uso de álcool podendo induzir à desconsideração do consumo de álcool como uma potencial situação problema de saúde (VARGAS & LUIS, 2008). Também é importante observar que órgãos regulamentadores governamentais tendem a minimizar os potenciais morbidades relacionadas ao álcool e - ensejando tributações em detrimento de indicar medidas de educação e cuidado em saúde - esta realidade

igualmente pode influenciar na construção de padrões de “tolerância” social do consumo abusivo de álcool, confluindo na percepção distorcida dos possíveis malefícios do uso e vinculação excessiva a atividade de lazer e prazer, tanto pelos profissionais de saúde quanto por usuários (CASTILLO & COSTA, 2008). Estes padrões midiáticos e sociais podem influenciar no reconhecimento e registro do consumo de álcool, tendendo-se a minimizar seu consumo frente a outras drogas, como nos dados desta pesquisa.

O álcool mantém-se prevalente em variadas pesquisas, no entanto, o crack com uso fortemente correlacionado com as condições de vulnerabilidade social, passou a ter seu consumo aumentado no Brasil (ROCHA et al., 2016; MOREIRA et al., 2015). A explosão do consumo e as consequências na saúde e segurança pública retroalimentou o viés interpretativo da mídia como sendo um problema jurídico-moral e, conseqüentemente, influenciando a opinião de senso comum (BORGES & SANTOS, 2018; PITTA, 2011). Essa influência ainda fortemente arraigada pode corroborar com a explicação do porquê de a porcentagem de registros sobre droga de escolha das gestantes internadas no período desta pesquisa apresentar-se em destaque para o crack como única droga de escolha. Assim como, também compor a explicação do porquê de o montante de encaminhamentos para internação psiquiátrica na gestação estar focado nas mulheres que consomem crack apesar de pesquisas consentirem que o consumo do álcool é, além estatisticamente preponderante, potencialmente prejudicial (MENDES et al., 2019; SANTOS & GAVIOLI, 2017; ROCHA et al., 2016).

O período de maior prevalência de internação neste estudo foi em torno de 45 dias e sob a luz do PNASH, ainda referencial para condutas e avaliação dos estabelecimentos psiquiátricos como citado em normativas técnicas vigentes (BRASIL, 2002, 2018), preconiza-se garantir, no mínimo, a periodicidade de atendimentos de profissionais de nível superior distribuídos em 4 atendimentos semanais de equipe técnica não médica. O tempo mínimo de internação encontrado foi de 3 dias e o máximo de 125 dias, no entanto, os períodos de internação não seguem um padrão cartesiano e sim singular. O período com maior frequência deste estudo foi de 45 dias, desta forma, considerando que a equipe técnica realizou em média 10 atendimentos, cada gestante recebeu 1 a 2 atendimentos de equipe técnica não médica, somado a 1 atendimento semanal médico. Assim, é importante lembrar que o critério de encaminhamento para internação em hospital psiquiátrico é

a indicação quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes para uma crise em saúde mental (BRASIL, 2001) e, ainda, que esta situação demanda uma postura de suporte e sustentação da crise, de forma continente - este aporte acontece através dos recursos disponíveis, pautados num projeto terapêutico singular para cada pessoa em situação de crise (BRASIL, 2011; SILVA & DIMENSTEIN, 2014). A questão está em compreender se este padrão de atendimentos, encontrados neste estudo, durante a internação não vai de encontro à justificativa da internação em hospital psiquiátrico, a qual é pautada na possibilidade de atendimentos multiprofissionais de forma contínua e plural exigido por uma crise (BRASIL, 2011; SILVA & DIMENSTEIN, 2014). Assim, vale refletir: quais as ações estão realizando a contenção da crise na internação psiquiátrica integral? Pois, partindo do princípio de que o aparato para contenção de situações de crise no hospital psiquiátrico está baseado em atendimentos multiprofissionais e condutas prescritivas médicas (que inclui prescrições medicamentosas), e que estes mesmos recursos também são os utilizados pelos equipamentos do território, qual a razão para encaminhar o binômio de necessidade de cuidado, que é uma gestante em crise de saúde mental, para internação integral em hospital psiquiátrico? Principalmente considerando o viés do distanciamento das referências sociais de convívio que existe na internação hospitalar (MEDEIROS & ZANELLO, 2018; BRASIL, 2011, 2017; CAMPOS et al, 2017).

O debate sobre a possibilidade de efetiva atuação multidisciplinar em tratamentos para crises em saúde mental toma grande importância pois ao abordar os transtornos mentais a partir de visões exclusivamente reducionistas, pode-se negar um tratamento mais efetivo na promoção de vida para o sujeito que sofre. Um dos desafios é reconhecer a complexidade e a multifatorialidade dos transtornos mentais e buscar meios em que se possa integrá-los. O uso de medicamentos é reconhecido como uma possibilidade de recurso terapêutico no tratamento à pessoa com transtorno mental, ao minimizar os sintomas agudos do transtorno e ao possibilitar melhores condições de vida, quando associados a outros recursos terapêuticos (DAMASCENO et al, 2019; ALCÂNTARA et al., 2018; POZZI et al., 2014; FREY et al., 2004).

A terapêutica medicamentosa tem destaque no tratamento em âmbito hospitalar devido, historicamente, constituir um campo de domínio biomédico pautado em princípios positivistas, objetivando a normalização dos corpos através

de conhecimentos da fisiologia e uso de medicamentos para restabelecimento do anormal (NEVES et al., 2017; BERTOLI FILHO, 2017; SAFATLE, 2011). Assim, com expectativas de efeitos na melhoria da saúde para o binômio mãe-bebê, observou-se uma tendência em diminuir o quantitativo de prescrições durante a internação psiquiátrica. No entanto, refletir sobre o uso regular de medicamento psiquiátrico por uma gestante - que podem comprometer o desenvolvimento do feto, causar distocias ou alterações no recém-nascido - deve ser discutida com a própria gestante e sua família (DAMASCENO et al, 2019; AUSTIN & HIGHET, 2017). Inclusive, alterações medicamentosas e os possíveis reflexos no quadro geral da gestante, podem representar uma preocupação das equipes do território e o mote para o encaminhamento para uma internação em hospital psiquiátrico, ou ainda, o uso destes durante uma gestação podem ser uma preocupação da gestante e família em relação aos efeitos no feto. Desta maneira, esta gestação assume uma conotação a mais para de risco.

O uso de medicações atípicas observado nos registros durante a internação tem a possibilidade de ser um recurso terapêutico medicamentoso de segunda geração com referidos menores efeitos psicomotores, no entanto, com menos tempo de mercado e, assim, como menor quantidade de estudos avaliativos (ANVISA, 2019). Ainda pode haver o viés da dificuldade de manutenção de uso devido custo destas medicações. Existem regionalmente no Paraná, Farmácias Especiais Estaduais para as quais os usuários podem, após entrega de documentação solicitada na farmácia da Regional de Saúde ou do seu município, ter sua solicitação avaliada com base nos critérios definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT e, em caso de deferimento, o processo é autorizado para posterior dispensação do medicamento. Para a continuidade do tratamento é necessário pedido de renovação a cada três meses (PARANÁ,2017). Este processo muitas vezes considerado intrincado para as pessoas que dele necessitem, pode ser uma eventual justificativa para a descontinuidade do uso, com riscos para estabilização do quadro de saúde mental, desta forma, uma ponderação relevante.

A prescrição medicamentosa é uma prerrogativa médica, bem como a avaliação das decisões destas condutas frente ao cabedal de possibilidades farmacológicas. No entanto, a orientação é a utilização de ferramentas para alicerçar estas decisões, como exames laboratoriais e exames de imagem, de acordo com as

especificidades, bem como, a alusão a protocolos e fluxos para orientar condutas quando a área de necessidade do conhecimento for alheia ao profissional responsável pela decisão (ANVISA, 2019; BRASIL, 2012; COSTA et al. 2010). Nos dados observados sobre prescrições medicamentosas e, sob a luz das orientações técnicas, verificou-se a prescrição ou manutenção de alguns medicamentos pouco recomendados para uso na gestação associado ao baixo suporte de pré-natal na internação – e assim, com menor possibilidade de acompanhamento dos potenciais efeitos deletérios no feto - isso formata a dúvida sobre o papel da internação no cuidado desejado. Novamente pode-se perceber que a integralidade e segurança da assistência ao binômio mãe-bebê, em uma crise de saúde mental, demonstra-se mais viável no território.

No que se refere aos diagnósticos psiquiátricos foram coletados dados de dois momentos, na internação e na alta. Dentro dos diagnósticos referentes ao abuso de álcool e outras drogas, os diagnósticos de maior prevalência manteve-se o mesmo, os de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, com pequena variação percentual de 67,2% na internação e 65,7% na alta. Para os diagnósticos de outros transtornos mentais as maiores prevalências foram, na internação com 25,3% das gestantes – de Esquizofrenias, Transtornos esquizotípicos e Transtornos delirantes; e na alta 11,4% - Transtornos de humor. Outra pesquisa, em uma unidade feminina psiquiátrica de um hospital geral regional do Rio Grande do Sul, foram encontrados 10,5% de Transtornos por uso de substâncias; 13,1% de Esquizofrenia, transtorno psicótico não específico e Transtorno esquizoafetivo; e 70,3% de Transtorno de humor bipolar (BRAGÉ, 2020). Percebe-se uma transposição dos diagnósticos motivadores da internação em hospital psiqui de gestantes, em situação de crise em saúde mental, e mais estudos seriam importantes para análise desse fenômeno, especialmente com conotação qualitativa.

#### 5.4 CONDIÇÕES DOS RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES QUE ESTIVERAM EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Através dos dados fornecidos pela COVIE/SESA, a partir de informações do SINASC, o pré-natal foi realizado por 51,0% das mães dos bebês da amostra, esta

informação condiz com a média das porcentagens de realização de pré-natal prévio (65,1%) e durante internação (43,3%) das gestantes do estudo. É importante considerar esta informação pois estudos correlacionam a baixa frequência de pré-natal com desfechos não desejados - inclusive com discussão da qualidade do pré-natal no sentido de contemplar exames de imagem em tempo oportuno, completude de esquema vacinal e orientações eficiência em saúde (NASCIMENTO et al,2017; TOMASI et al,2017).

Pesquisas demonstraram índices de prematuridade como 23% de recém-nascidos prematuros encontrado em um estudo de coorte transversal em uma maternidade regional (NASCIMENTO et al, 2017) sem investigar especificamente o uso de alguma substância psicoativa pelas gestantes. No entanto, as taxas aumentam para 43,3% em um estudo de caso-controle com as gestantes usuárias de substâncias psicoativas em um ambulatório de alto risco (ANTUNES et al, 2018); ou 71,4% em um estudo do tipo descritivo com abordagem qualiquantitativa, sobre conceitos de gestantes usuárias de crack, realizada por meio de entrevistas com médicos e enfermeiras de uma unidade de tratamento intensivo neonatal (REIS & LOUREIRO, 2015).

Apesar de serem estudos diversos em metodologia têm em comum a confirmação da correlação entre o menor número de consultas de pré-natal (menos de 6) com a prematuridade. Demonstraram também correlação do baixo peso ao nascer (ANTUNES et al, 2018; NASCIMENTO et al,2017; REIS & LOUREIRO, 2015) e do índice de Apgar inferior a 7 (ANTUNES et al, 2018; REIS & LOUREIRO, 2015) com menor número de consultas de pré-natal.

Os pesquisadores admitem a possibilidade de uso concomitante de outras substâncias, bem como, de condições socioeconômicas desfavoráveis e, assim, sem conseguir estabelecer um nexos causal específico. As gestantes deste estudo também apresentaram características de vulnerabilidade que por si já significariam risco aumentado de prematuridade (COSTA et al, 2018; FONSECA et al, 2017; FREITAS & ARAÚJO, 2015).

O Sistema de Informação a Serviço do SUS - DATASUS, dispõe até o momento de dados até o ano de 2018. Desta forma, encontramos na população dos nascidos vivos do Paraná, para tempo de gestação inferior a 36 semanas no período de 2015 a 2018, 11,2% de prematuros, no presente estudo encontramos 28,6%. Na população dos nascidos vivos do Paraná, 8,44% apresentaram baixo peso ao

nascer, nesta pesquisa 30,6% dos recém-nascidos das gestantes observadas apresentaram baixo peso ao nascer. No Estado do Paraná, 11,8% de recém-nascidos apresentaram Apgar de 1º minuto <7 e 2,0% Apgar de 5º minuto <7 e nesta pesquisa, respectivamente, 10,2% e 8,2%. Estas informações sinalizam semelhanças com os estudos já citados, ainda que sem grande rigor, demonstram a importância de outras pesquisas que possibilitem investigação de causas na expectativa de minimizar danos.

Assim, a interferência possível, a curto prazo para a gestação (binômio mãe-bebê) levando em conta estes dados científicos, estaria em garantir um número e qualidade adequada de pré-natal. A partir desta reflexão percebe-se a importância de investigar se há prerrogativas que justifiquem uma internação psiquiátrica integral para gestantes, tendo em vista que neste estudo verificou-se justamente a diminuição do acompanhamento além da inadequação da realização dos exames em relação ao tempo oportuno.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de um estudo transversal, observacional, descritivo, esta pesquisa tem a impossibilidade de estabelecer relações causais entre os fatores do estudo e os desfechos encontrados. Em especial por se tratar de dados temporalmente estáticos, a determinação da correlação de exposição e consequência não é viável. No entanto, justamente pela possibilidade de medir prevalências têm o potencial de fomentar hipóteses para realização de novas pesquisas, com metodologias que promovam entendimento de causa e efeito ou como base de dados no planejamento inicial em ações de saúde pública.

Ao observarmos o perfil das mulheres encaminhadas para internação psiquiátrica durante gestação encontramos fragilidades na rede social de apoio tendo em vista que, apesar de, a maioria destas gestantes declarar terem companheiro, igualmente a maioria não teve registro de acompanhamento do tratamento por parte destes. Isto somado à baixa escolaridade, renda precária e debilidade do poder familiar sobre a guarda de menores demonstram a vulnerabilidade dessa população.

Frente ao retratado, acontece o reforço deste perfil quando estas mulheres são destituídas da decisão sobre seu próprio tratamento ter sido, na maioria, encaminhada para internação de forma não voluntária. Este agravo é efetivado em um tratamento numa instância historicamente discutida em sua eficácia - o hospital psiquiátrico - que atualmente foi incluído na Rede de Atenção Psicossocial, porém sem viabilidades efetivas de fluxos e possibilidades de encaminhamentos clínicos como ocorre em um hospital geral ou na malha da Atenção Básica.

A justificativa para tal decisão de conduta ocorreu na intenção do cuidado integral do binômio mãe-bebê supondo riscos para a gestação, a partir da normativa do encaminhamento para internação em hospital psiquiátrico quando esgotadas as alternativas do território. No entanto, constatou-se que a atenção obstétrica na internação foi, em muitos casos, descontinuada ou com pouco suporte para pré-natal e, a atenção à situação de crise psiquiátrica, teve hiatos no cuidado multiprofissional onde esperava-

se intensivo, além, da fragilidade das condutas medicamentosas no tocante à necessidade da concomitância dos recursos do pré-natal para segurança materno-infantil.

As diretrizes das políticas públicas vigentes reforçam a condução de cuidados integrados em rede no território, sob gerência da Atenção Básica, e na lógica da singularidade. Isto posto, esta pesquisa corroborou com a indicação desta premissa e, desta forma, reforçando a não recomendação de internação integral para gestantes em hospitais psiquiátricos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M.C. **Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cad. Saúde Pública, 35(11): e00129519, 2019.

ALCÂNTARA, C.B.; CAPISTRANO, F.C.; CZARNOBAY, J.; FERREIRA, A.C.Z.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M.A. **A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem.** Esc. Anna Nery, 22(2): e 20170294, 2018.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil: 2.ed.** Rio Janeiro de: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p.19.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.

ANTUNES, M. B.; DEMITTO, M. O.; PADOVANI, C.; ELIAS, K.C.M.; MIRANDA, A.C.M.; PELLOSO, S.M. **Desfecho perinatal em gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro especializado.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2018, Out.-Dez.;14(4):211-218. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000371

ANVISA. **Bulário Eletrônico**, 2019. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp). Acesso em: 26 fev 2020.

ARONNE, R. (*in memorian*); MONTEIRO, F. H. **Percepções acerca da responsabilidade civil do psiquiatra por erro diagnóstico na internação compulsória.** R. Dir. Sanit., São Paulo, v.18, n.3, p. 17-42, nov. 2017/ fev. 2018.

AUSTIN, M.P.; HIGHET, N.; Group TEW. **Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline.** Melbourne; 2017.

AYANO, G.; TESFAWG, G.; SHUMETS, S. **Prevalenceand determinantsof antenataldepressionin Ethiopia: A systematicreviewandmeta-analysis.** PLoSONE 14(2): e0211764. Feb. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211764>.

AZEVEDO, V.G. **Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 576-590, jun./set. 2010.

BAPTISTA, F. H.; ROCHA, K.B.B.; MARTINELLI, J.L.; AVÓ, L.R.S.; FERREIRA, R.A.; GERMANO, C.M.R.; MELO, D.G. **Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez.** Revista Bras. Saúde. Matern. Infant. Recife, 17(2): 281-289, abr-jun, 2017.

BERTOLLI FILHO, C. **Por uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade.** Interface, 21 (61) apr-jun, 2017.

BORGES, S.A.C.B.; SANTOS, M.L.R. **Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer.** Saúde debate, 42(119), oct-dec, 2018.

BRAGÉ, É.G.; RIBEIRO, L.S.; ROCHA, D.G.; RAMOS, D.B.; VRECH, L.R.; LACCHINI, A.J. **Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica.** J Bras Psiquiatr. May, 2020. DOI: 10.1590/0047-2085000000275.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde:** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: [www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf). Acesso em: 07 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – **DATA SUS**, Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [file:///E:/PÓS%20SAÚDE%20MENTAL/TRABALHO/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210-%20RAS.pdf](http://www.bvs.br/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 06 mar 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde – Legislação Federal. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 251.** Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 07 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf). Acesso em: 05 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília, 2015 em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>. Acesso em: 10/02/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 18 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. **Rede Cegonha**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>. Acesso em: 18 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 10 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica n.º 11/2019-CG MAD/DAPES/SAS/MS** – Assunto: Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 302p.= (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 10216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: jan 2020.

CAMPOS, I.O.; RAMALHO, W.M.; ZANELLO, V. **Saúde mental e gênero**: o perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. Estudos de Psicologia, 22(1), janeiro a março de 2017, 68-77.

CASTILHO, C.O.; COSTA, M.C.S. **Significados do consumo de álcool com família de uma comunidade pobre Venezuela**. Revista Latino-Americano de Enfermagem. Ribeirão Preto, july/aug. 2008.

CHAIM, C.H.; BANDEIRA, K.B.P.; ANDRADE, A.G. **Fisiopatologia da dependência química**. Rev Med, São Paulo, 94(4):256-62, out.-dez. 2015.

CLOETE, L.G.; RAMUGONDO, E.L. **“I drink”**: Mothers' alcohol consumption as both individualised and imposed occupation South African Journal of Occupation Therapy – vol.45, n.1, apr, 2015.

COSTA, C.; REIS, C.; COELHO, R. **Uso de psicofármacos na gravidez**. Acta Obstet. Ginecol. Porto, 4(2): 101-111, 2010.

DAMASCENO MR, BEZERRA IMP, NAZARÉ LN, MENDES AA, DE ABREU LC. **Dynamics of psychopharmaceutical use and relationship with psychoanalytic psychotherapy in the mental health interface**: an integrative review. J Hum Growth Dev. 2019; 29(2):274-283. DOI: <http://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9432>.

DUARTE, M.L.C.; THOMAS, J.; OLSCHOWSKY, A. **O cuidado em Saúde Mental na internação psiquiátrica**: percepções dos familiares. Cogitare Enferm. 2014. Jan/mar; 19(1): 129-35.

DUTRA, V.F.D.; OLIVEIRA, R.M.P. **Revisão integrativa**: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Arquichan. 2015; 15 (4): 529-540. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.8.

EDERMAN A. L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. **A atenção secundária em saúde**: melhores práticas na rede de serviços. Ver. Latina Am. Enfermagem. 2013. Jan-fev, 21 (spec): [(08 telas0)].

FDA. U. S. Food & Drug Administration. **Pregnancy categories**, 2015. Disponível em:< <https://www.fda.gov/>> Acesso em: 26/02/2020.

FONSECA, P.M.M.; NERI, E.C.P.; NEMAN, F.; JÚNIOR SÁ, P.L. **Gestante usuária de crack**: desafios encontrados no pré-natal. Revista Científica UMC. Mogi das Cruzes, V.2, n.2, agosto, 2017.

FONTE, E. M. M. da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica**: as sete vidas da agenda pública em Saúde Mental no Brasil. Estudos de Sociologia: Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE. Recife, V. 1: 2012, no 18, 292. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>. Acesso em: 05 jan 2017.

FREIRE, K.; PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C. **Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação**. Rev Bras Ginecol Obstet; 31(7): 335-41, 2009.

FREITAS, P.F.; ARAÚJO, R.R. **Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil:** análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (3): 309-316 jul. / set., 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000300006>.

FREY, B.N.; MABILDE, L.C.; EIZIRIK, C.L. **A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica.** Rev. Bras. Psiquiatria, 26(2): 118-123, 2004.

FURLAN, M.M. & RIBEIRO, C.R.O. **Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar.** Rev. Esc. Enfermagem. USP. 2011; 45 (2): 390-6.

GIZACHEW, K.D.; BIKS, G.A.; WUBWTU, A.D. **Prevalence and determinants of common mental disorder among pregnant women in Debre Berhan Town:** Highland in Central Ethiopia. Research Square, may, 2020. DOI:10.21203/rs.3.rs-29315/v1.

GONÇALVES, M.F.; TEIXEIRA, É.M.B.; SILVA, M.A.S.; CORSI, N.M.; FERRARI, R.A.P.; PELLOSO, S.M.; CARDELLI, A.A.M. **Pré-natal:** preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, vol.38 no.3 Epub. Mar 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.

IDARTE, J.; OCVIYANTI, D.; UMAMI, E.A. **Management of schizophrenia in pregnancy:** a case report. J Indon Med Assoc, Volum: 69, Nomor: 12, Desember 2019  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **IBGE**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2786&t=pns-2013-ibge-faz-um-amplo-retrato-saude-adultos-brasileiros&view=noticia>. Acesso em: 13 de jun 2020.

KASSADA, D.S.; MARCON, S.S.; MIASSO, A.I; WAIDMAN, M.A. (In Memoriam). **Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, 28(6):495-502, nov/dez 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0103-210020150006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-210020150006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 de out 2018.

KOOB, G.F.; VOLKOW, N.D. **Neurocircuitry of addiction.** Neuropsychopharmacology REVIEWS, 35(1):217-38, Jan. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19710631/>. doi:10.1038/npp.2009.110.

LANGE, S.; PROBST, C.; HEER, N.; ROERECKE, M.; REHM, J.; MONTEIRO, M.G.; SHIELD, K.; OLIVEIRA, C.; POPOVA, S. **Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean:** Systematic literature review and meta-analysis. Ver. Panam. Salud Public; 41:e 89, 2017.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Sociedade São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEAL, M.C.; SZWARCOWALD, C.L.; ALMEIDA, P.V.B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1915-1928, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; MELO, E.C.P.; CARVALHO, M.S.; PEREIRA, A.M.M.; OLIVEIRA, R.A.D.; MARTINELLI, N.L.; OLIVEIRA, C.F. **Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços**. Cad. Saúde Pública 2019; 35 Sup 2:e00094618. doi: 10.1590/0102-311X00094618.

LUCAS, L.; HOFF, T. **Formas sutis de dominação hierarquizada: corpo e feminização da pobreza**. Ex aequo, v.17, p 133-154, jan. 2008.

MARCOLINO, T.Q.; JOAQUIM, R.H.V.T.; WERNET, M.; GIOVANETTI, G.; KISHI, R.G.B.; MARCHI, M.; FEJES, M.A.N.; RODRIGUES, S.F.; PASSIANOTTO, T.Y.S.; CANEIRA, E.G. **Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres?** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 26(3): 255-260, 2018.

MEDEIROS, F.F.; SANTOS, I.D.L.; FERRARI, R.A.P.; SERAFIM, D.; MACIEL, S.M.; CARDELLI, A.A.M. **Acompanhamento de pré-natal de gestação de alto risco no serviço público**. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):213-20. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.

MEDEIROS, M.P.; ZANELLO, V. **Relação entre violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas**. Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro v. 18 n. 1 p. 384-403 Janeiro a Abril, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: All Type Assessoria editorial LTDA, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 30 de out 2019.

MENDES, R. O.; PACHECO, P.G.; NUNE, J.P.C.O.V.; CRESPO, P.S.; CRUZ, M.S. **Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de droga da descriminalização em Portugal e Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(9): 3395-3406, 2019.

MOREIRA, M.R.; FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; NETO, T.L.F. **Uma revisão de produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para agenda política**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 20 (4): 1047 - 1062, 2015.

MOURA, V.F.S.; PEDRÃO, L.J.; SOUZA, A.C.S.; BOAVENTURA, R.P. **A depressão em gestantes no final da gestação**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 11(4): 234-42, out –dez, 2015.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas**, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencias/opasoms/>. Acesso em: 14 out 2019.

NASCIMENTO, I.B.; PACHECO, V.C.; SOUZA, M.L.R.; PINHEIRO, E.B.; SILVA, T.R.; FLEIG, R.; SILVA, J.C. **Assistência pré-natal e resultado perinatal**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza, 30(2): 187-194, abr/jun, 2017.

NEVES, T.I.; PORCARO, L.A.; CURVO, D.R. **Saúde é colocar-se me risco: normatividade vital em Georges Canguilhem**. Saúde Soc. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626-637, 2017.

NUNES, L.O.; CASTANHEIRA, E.R.L.; DIAS, A.; ZARILI, T.F.T.; SANINE, P.R.; MENDONÇA, C.S.; MONTI, J.F.C.; CARRAPATO, J.F.L.; PLACIDELI, N.; NEMES, M.I.B. **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata**. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.

NYKJAER, C.; ALWAN, N.A.; GREWOOD, D.C.; SIMPSON, N.A.B.; ALASTAIR, W.M.H.; WHITE, K.L.; CADE, J.E. **Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcome: evidence from a British cohort**. Epidemiol. Community Health; 68: 542-549, 2014.

ONAH, M. N.; FIELD, S.; HEYNINGEN, T.; HONIKMAN, S. **Predictors of alcohol and other drug use among pregnant women in a peri-urban South African setting**. International Journal of Mental Health Systems, 10:38, 2016 may. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855353/pdf/13033\\_2016\\_Article\\_70.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855353/pdf/13033_2016_Article_70.pdf). Acesso em: 22 nov 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. **Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios**. Caderno de Saúde Pública; 35(11): e00156119, 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasil, 2015. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875). Acesso em: 20 nov 2019.

PARANÁ. **Manual do HOSPSUS**. Programa de apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná, 2011. Disponível

em:<

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/MANUAL\\_HOSPSUScorrigido9022012.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/MANUAL_HOSPSUScorrigido9022012.pdf)> Acesso em: 08 mar 2020.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde**: Paraná 2016-2019. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>. Acesso em: 18 nov 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Curitiba, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Componente-Especializado-da-Assistencia-Farmacutica>.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia de Atenção à Saúde Mental**. Rede de Atenção à Saúde Mental. Curitiba, 2014 em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha\\_guia\\_final\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf). Acesso em: 11 nov 2018.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. 7ª edição. Curitiba, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf). Acesso em: 10 nov 2018.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental**. Rede de Saúde Mental. Curitiba, 2016 em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716\\_2.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716_2.pdf). Acesso em: 11 nov 2018.

PARANÁ. Secretaria do Estado de saúde do Paraná. Hospitais e Unidades Próprias. Hospital Adauto Botelho (HCAB). **Projeto Terapêutico Institucional. Pinhais, 2017.**

PATRICK, M.E.; WIGHTMAN, P.; SCHOENI, R.F.; SCHULENBERG, J.E. **Socioeconomic status and substance use among Young adults**: a comparison constructs an drugs. Journal of studies on alcohol and drugs. Semptember, 2012.

PEREIRA, C.M.; PACAGNELLA, R.C.; PARPINELLI, M.A.; ANDREUCCI, C.B.; ZANARDI, D.M.; SOUZA, R.; ANGELINI, C.R.; SILVEIRA, C.; CECATTI, J.G. **Drug use during pregnancy and its consequences**: a nested case control study on severe maternal morbidity. Rev Bras Ginecol Obstet 2018; 40:518–526. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667291>.

PEREIRA, E.C.; COSTA-ROSA, A. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade**: a saúde mental como campo da práxis. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

PEREIRA, P.A.P. **Política Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero**. Sociedade em debate, Pelotas, 2006. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/POLITICAS\\_PUBLICAS\\_E\\_NECESSIDADES\\_HUMANAS\\_COM\\_RECORTE\\_NO\\_GENER.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/POLITICAS_PUBLICAS_E_NECESSIDADES_HUMANAS_COM_RECORTE_NO_GENER.pdf). Acesso em: 05 fev 2020.

PEREIRA, P.K.; LIMA, L.A.; MAGNANINI, M.M.F.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. **Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita no bebê: uma metanálise**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27. n.12, p. 2287 – 2298, dez. 2011.

PEREIRA, P.K.; VIEIRA, C.L.; SANTOS, J.F.C.; LIMA, L.A.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. **Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8): 1654-1666, ago, 2014.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

PITTA, A.M.F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciências & Saúde Coletiva [online], vol. 16, n. 12, pp. 4579 – 4589, 2011.

POPOVA, S.; LANGES, S.; PROBST, C.; PARUNASHVILI, N.; REHM, J. **Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aborigind populations in Canada and the United States**. European Journal of Medical Genetic., 60: 32-48, 2017.

POZZI, R. A.; LYNN M. Y.; BROWN, K.; DRISCOLL, K. E.; RAJAN, P. V. **Pregnancy in the severely mentally ill patient as an opportunity for global coordination of care**. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 210(1): 32–37, 2014 january. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)00761-8/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)00761-8/pdf). Acesso em: 21 nov 2018.

PRADO, M.F.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. **O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 320-337, dez 2015. Doi: 10.5935/0103-1104.2015s005419.

RAHMAN, A.; FISHER, J.; BOWER, P.; LUCHTERS, S.; TRAN, T.J.; YASAMY, M.T.; SAXENA, S.; WAHEED, W. **Interventions for common perinatal mental disorders in woman in low- and middle- income countries: a systematic review and meta-analysis**. Bulletin of the World Health Organization, [s.l.], v.91, n.8, p. 593 -601, 18 abr. 2013. WHO Press.

REID, N.; GAMBLE, J.; CREEDY, D.K.; FINLAY-JONES, A. Benefits of caseload midwifery to prevent fetal alcohol spectrum disorders: a discussion paper. *Women Birth* (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.002>.

REIS, F.T.; LOUREIRO, R.J. **Repercussões neonatais decorrentes da exposição ao crack durante a gestação.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas 11(4):217-24 out.-dez. 2015.

ROCHA, P. C.; ALVES, M. T. S. S. B.; CHAGAS, D. C.; SILVA, A.A.M.; BATISTA, R.F.L.; SILVA, R.A **Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(1):e00192714, jan, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00192714.pdf>. Acesso em: 22 nov 2018.

SAFATLE, V. **O que é uma normativa vital?** Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, vol 9, no 1. São Paulo.

SANTOS, R.M.S.S.; GAVIOLI, A. **Risco relacionado ao consumo de droga de abuso em gestantes.** Revista Rene. Fortaleza, 10(1): 35-42, jan-fev, 2017.

SBRANA, M.; GRANDI, C.; BRAZAN, M.; JUNQUERA, N.; NASCIMENTO, M.S.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; CARDOSO, V.C. **Alcohol consumption during pregnancy and perinatal results: a cohort study.** São Paulo Med J., 134(2): 146-52, 2016.

SHARMA, R.; THAPA, P.; CHAKRABORTTY, P.K.; KHATTRI, J.B.; RAMESH, K. **Depression in pregnancy: prevalence and clinical correlates.** J Psychiatrists' Association of Nepal, Vol .8, No.2, 2019.

SILVA, M.L.B.; DIMENSTEIN, M.D.B. **Manejo da crise:** encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq. Bras. Psicologia*. Rio de Janeiro, vol.66, n.3, 2014.

SILVEIRA, A.C.; MACHADO, C.V.; MATTA, G.C. **A atenção primária em saúde na agenda da Organização Pan-americana de saúde nos anos 2000.** *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 31-44, jan./abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00028>.

SOARES, A.D.A.S.; SILVA, I.J.B.; DOURADO, G.O.L.; COSTA, C.M.; MONTEIRO, C.F.S. **Complicações obstétricas do consumo de cocaína/crack na gestação:** revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Recife, 10(3): 1143 – 8, mar, 2016.

SOUZA, L.H.R.F.; SANTOS, M.C.; OLIVEIRA, L.C.M. **Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados.** *Ver. Bras. Ginecol. Obstet.*; 34(7): 296-303, 2012.

STEPANIKOVA, I.; ACHARYA, S.; ABDALLA, S.; BAKER, E.; KLANOVA, J. **Gender discrimination and depressive symptoms among child-bearing women: ELSPAC-CZ cohort study.** *EClinicalMedicine* 20 (2020) 100297.  
<https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufa, 2006. Disponível em:  
<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 07 mar 2020.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** *Hist. Cienc. Saúde –Manguinhos*, vol.9, no 1, Rio de Janeiro, jan/apr. 2002.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F.C.V.; SILVEIRA, D.S.; THUMÉ, E.; DURO, S.M.S.; SAES, M.O.; NUNES, B.P.; FASSA, A.G.; FACCHINI, L.A. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil:** indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311X00195815.

VARGAS, D.; LUIS, M.A.V. **Álcool, alcoolismo e alcoolista:** concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, vol 16, no spe, 2008.

VESGA- LÓPEZ, O.; BLANCO, C.; KEYES, K.; OLFSON M.; GRANT B.F.; HASIN, D.S. **Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States.** *Archive of General Psychiatry, JAMA Psychiatry*, 65(7):805-15, 2008 jul. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606953>. Acesso em: 22 nov 2018.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R.A.D.; CARVALHO, C.C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J.G. **SUS:** oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1751-1762, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; FILHA THEME, M.M.; DA COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, L.M.C. **Assistência pré-natal no Brasil.** *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(2): 252-261, 2016.

WRONSKI, J.L.; PAVELSKI, T.; GUIMARÃES, A.N.; ZANOTELLI, S.S.; SCHNEIDER, F.; BONILHA, A.L.L. **Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, 10 (4):1231-9, abr, 2016.

XAVIER, M.S.; TERRA, M.G.; SCHIMITH, M.D.; LEITE, M.T.; KRUSE, M.H.L.; ARNEMANN, C.T. **Compreensão de enfermeira atuantes em saúde mental sobre a internação compulsória e involuntária.** Esc. Anna Nery, 21(3): e 20160262, 2017.

ZANELLO, V.; SILVA, R.M.C. **Saúde mental, gênero e violência estrutural.** Rev. Bioét. (Impr) 2012; 20(2): 267-79. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	DATA DA
COLETA: / /	
UNIDADE DE INTERNAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1. FLOR DE MAIO <input type="checkbox"/> 2. FLOR DE LIS	
NOME:	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO:	RESERVA:
CNS:	
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	
DATA DE NASCIMENTO (DIA/MÊS/ANO): / /	IDADE NA INTERNACÃO:
RELIGIÃO:	
<input type="checkbox"/> 1. CATÓLICA <input type="checkbox"/> 2. EVANGÉLICA <input type="checkbox"/> 3. ESPÍRITA <input type="checkbox"/> 4. MATRIZ AFRICANA <input type="checkbox"/> 5. NÃO TEM <input type="checkbox"/> 9. NÃO REGISTRADO	
ESCOLARIDADE:	
<input type="checkbox"/> 1. SEM ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> 2. FUNDAMENTAL I (1ª A 4ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> 3. FUNDAMENTAL II (5ª A 8ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> 4. ENS. MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> 5. ENS. MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 6. SUP. INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 7. SUP. COMPLETO <input type="checkbox"/> 8. NÃO REGISTRADO	
ESTADO CIVIL:	
<input type="checkbox"/> 1. SOLTEIRA <input type="checkbox"/> 2. CASADA <input type="checkbox"/> 3. VIÚVA <input type="checkbox"/> 4. SEPARADA JUDICIALMENTE/DIVORCIADA <input type="checkbox"/> 5. UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> 6. NÃO REGISTRADO	
PRESENÇA DO COMPANHEIRO EM ALGUM MOMENTO DE ATENDIMENTO NA INTERNACÃO:	
<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO REGISTRADO	
NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO:	
<input type="checkbox"/> 1. 01 A 02 PESSOAS <input type="checkbox"/> 2. 03 A 04 PESSOAS <input type="checkbox"/> 3. 05 OU MAIS PESSOAS <input type="checkbox"/> 4. NÃO REGISTRADO	
DAS PESSOAS QUE RESIDEM NO DOMICÍLIO, QUANTAS SÃO CRIANÇAS (ATÉ 12 ANOS INCOMPLETOS):	
<input type="checkbox"/> 1. 01 A 02 CRIANÇAS <input type="checkbox"/> 2. 03 A 04 CRIANÇAS <input type="checkbox"/> 3. 05 OU MAIS CRIANÇAS <input type="checkbox"/> 4. NENHUMA <input type="checkbox"/> 5. NÃO REGISTRADO	
OCUPAÇÃO:	
<input type="checkbox"/> 1. EMPREGADA COM CT <input type="checkbox"/> 2. MILITAR <input type="checkbox"/> 3. SERVIDORA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 4. EMPREGADA SEM CT <input type="checkbox"/> 5. POR CONTA PRÓPRIA <input type="checkbox"/> 6. EMPREGADORA <input type="checkbox"/> 7. NÃO REMUNERADO (DO LAR, VOLUNTARIADO, ETC) <input type="checkbox"/> 8. DESEMPREGADA <input type="checkbox"/> 8. NÃO REGISTRADO	
AMPARO SOCIAL:	
<input type="checkbox"/> 1. APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> 2. AUXÍLIO DOENÇA <input type="checkbox"/> 3. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA/BPC <input type="checkbox"/> 4. BOLSA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> 5. OUTRO <input type="checkbox"/> 6. NENHUM <input type="checkbox"/> 7. NÃO REGISTRADO	
TIPO DE INTERNAÇÃO:	
<input type="checkbox"/> 1. VOLUNTÁRIO <input type="checkbox"/> 2. INVOLUNTÁRIO <input type="checkbox"/> 3. COMPULSÓRIO	
DATA DA INTERNACÃO: / /	DATA DA ALTA: / /
PESO NO INTERNAMENTO (KG):	PESO NO 1º REGISTRO:                      ALTURA (CM):
HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR:	
PARENTESCO:	DIAGNÓSTICO REFERIDO:
IDADE GESTACIONAL NO INTERNAMENTO (EM SEMANAS):	
FONTE DA INFORMAÇÃO IG:	
<input type="checkbox"/> 1. REGISTRO DA DUM NA CARTEIRA DE PRÉ-NATAL - DATA: __/__/__ <input type="checkbox"/> 2. REGISTRO DE ULTRASSONOGRAFIA NA CARTEIRA DE PRÉ-NATAL OU EXAME - DATA: __/__/__ <input type="checkbox"/> 3. OUTRO REGISTRO DE UM PROFISSIONAL - DATA: __/__/__ <input type="checkbox"/> 4. RELATO DA PACIENTE/ACOMPANHANTE	

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO:	DE SAÚDE MENTAL CID: _____	DADO NO ATO DA
DIAGNÓSTICO ALTA:	DE SAÚDE MENTAL CID: _____	NA
COMORBIDADES CONHECIDA NO ATO DA INTERNAÇÃO (CID):	_____	
<b>MEDICAÇÕES EM USO NO ATO DA INTERNAÇÃO - ALTA: ___/___/___</b>		
<b>Via Oral:</b> <input type="checkbox"/> AC. VALPRÓICO ___mg <input type="checkbox"/> <del>RISPERIDONA 4mg</del> <input type="checkbox"/> CARBONATO DE LÍTIO ___mg <input type="checkbox"/> CLOZAPINA ___mg <input type="checkbox"/> FENITOÍNA ___mg <input type="checkbox"/> FENOBARBITAL ___mg <input type="checkbox"/> HALOPERIDOL ___mg <input type="checkbox"/> LAMOTRIGINA ___mg <input type="checkbox"/> LEVOMEPRMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> <del>OLANZAPINA 5mg</del> <input type="checkbox"/> PROPRANOLOL ___mg <input type="checkbox"/> RISPERIDONA ___mg <input type="checkbox"/> QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> SERTRALINA ___mg <input type="checkbox"/> ÁCIDO FÓLICO ___mg OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> AMITRIPTILINA ___mg <input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINA ___mg <input type="checkbox"/> CLONAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> DIAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM 15 mg <input type="checkbox"/> FLUOXETINA ___mg <input type="checkbox"/> IMIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> CLONIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> DIVALPROATO DE SÓDIO ___mg  <input type="checkbox"/> TIORIDAZINA ___mg <input type="checkbox"/> TOPIRAMATO ___mg <input type="checkbox"/> CLORPROMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> SULFATO FERROSO ___mg	<b>Via intramuscular:</b> <input type="checkbox"/> CLONAZEPAM 2,5 mg/ml <input type="checkbox"/> CLORPROMAZINA 5 mg/ml <input type="checkbox"/> DIAZEPAM 10 mg/2ml <input type="checkbox"/> HALOPERIDOL ___mg/ml <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM 5 mg/ml <input type="checkbox"/> LEVOMEPRMAZINA 40 mg/ml <input type="checkbox"/> HALDOL DECANATO 70,52 mg OUTROS: _____ _____ _____
<b>PRIMEIRA PRESCRIÇÃO PELO PSQUIATRA – DATA: ___/___/___</b>		
<b>Via Oral:</b> <input type="checkbox"/> AC. VALPRÓICO ___mg <input type="checkbox"/> <del>RISPERIDONA 4mg</del> <input type="checkbox"/> CARBONATO DE LÍTIO ___mg <input type="checkbox"/> CLOZAPINA ___mg <input type="checkbox"/> FENITOÍNA ___mg <input type="checkbox"/> FENOBARBITAL ___mg <input type="checkbox"/> HALOPERIDOL ___mg <input type="checkbox"/> LAMOTRIGINA ___mg <input type="checkbox"/> LEVOMEPRMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> <del>OLANZAPINA 5mg</del> <input type="checkbox"/> QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> SERTRALINA ___mg <input type="checkbox"/> ÁCIDO FÓLICO ___mg OUTROS: _____ _____	<input type="checkbox"/> AMITRIPTILINA ___mg <input type="checkbox"/> CARBAMAZEPINA ___mg <input type="checkbox"/> CLONAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> DIAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM 15 mg <input type="checkbox"/> FLUOXETINA ___mg <input type="checkbox"/> IMIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> CLONIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> DIVALPROATO DE SÓDIO ___mg <input type="checkbox"/> RISPERIDONA ___mg <input type="checkbox"/> TIORIDAZINA ___mg <input type="checkbox"/> TOPIRAMATO ___mg <input type="checkbox"/> CLORPROMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> SULFATO FERROSO ___mg	<b>Via intramuscular:</b> <input type="checkbox"/> CLONAZEPAM 2,5 mg/ml <input type="checkbox"/> CLORPROMAZINA 5 mg/ml <input type="checkbox"/> DIAZEPAM 10 mg/2ml <input type="checkbox"/> HALOPERIDOL <input type="checkbox"/> HALOPERIDOL ___mg/ml <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM 5MG/ML <input type="checkbox"/> <del>LEVOMEPRMAZINA 40 mg/ml</del> <input type="checkbox"/> DECANATO 70,52 mg OUTROS: _____ _____ _____
<b>PRESCRIÇÃO PSIQUIÁTRICA NA ALTA – DATA: ___/___/___</b>		
<b>Via Oral:</b> <input type="checkbox"/> AC. VALPRÓICO me <input type="checkbox"/> AMITRIPTILINA me	<input type="checkbox"/> AMITRIPTILINA me	<b>Via intramuscular:</b> <input type="checkbox"/> CLONAZEPAM 2.5 me

<input type="checkbox"/> ] RIFERIDENO ___mg <input type="checkbox"/> ] CARBONATO DE LÍTIO ___mg <input type="checkbox"/> ] CLOZAPINA ___mg <input type="checkbox"/> ] FENITOÍNA ___mg <input type="checkbox"/> ] FENOBARBITAL ___mg <input type="checkbox"/> ] HALOPERIDOL ___mg <input type="checkbox"/> ] LAMOTRIGINA ___mg <input type="checkbox"/> ] LEVOMEPRMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> ] <del>OLANZAPINA ___mg</del> <input type="checkbox"/> ] QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> ] QUETIAPINA ___mg <input type="checkbox"/> ] SERTRALINA ___mg <input type="checkbox"/> ] ÁCIDO FÓLICO ___mg OUTROS: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ] CARBAMAZEPINA ___mg <input type="checkbox"/> ] CLONAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> ] DIAZEPAM ___mg <input type="checkbox"/> ] MIDAZOLAM 15 mg <input type="checkbox"/> ] FLUOXETINA ___mg <input type="checkbox"/> ] IMIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> ] CLONIPRAMINA ___mg <input type="checkbox"/> ] DIVALPROATO DE SÓDIO ___mg <input type="checkbox"/> ] RISPERIDONA ___mg <input type="checkbox"/> ] TIORIDAZINA ___mg <input type="checkbox"/> ] TOPRAMATO ___mg <input type="checkbox"/> ] CLORPROMAZINA ___mg <input type="checkbox"/> ] SULFATO FERROSO ___mg	<input type="checkbox"/> ] CLOPRROMAZINA 5 mg/ml <input type="checkbox"/> ] DIAZEPAM 30 mg/2ml <input type="checkbox"/> ] HALOPERIDOL <input type="checkbox"/> ] HALOPERIDOL ___mg/ml <input type="checkbox"/> ] MIDAZOLAM 5MG/ML <input type="checkbox"/> ] LEVOMEPRMAZINA 40 mg/ml <input type="checkbox"/> ] ORCANATO 0,52 mg OUTROS: _____ _____ _____
---	--	--

PRESCRIÇÃO DE CONTENÇÕES MECÂNICAS DURANTE INTERNAÇÃO:  
 1. SIM – QUANTAS: \_\_\_\_\_  2. NÃO

PRESCRIÇÃO DE CONTENÇÃO QUÍMICA DURANTE A INTERNAÇÃO:  
 1. SIM – QUAIS MEDICAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 2. NÃO

INTERCORRÊNCIA RELATIVA À GESTAÇÃO DURANTE INTERNAÇÃO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO APÓS INTERNAÇÃO (PARA RASTREAMENTO): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 – TABELA DAS PRESCRIÇÕES PSIQUIÁTRICAS E SUPLEMENTAÇÃO

Medicação	Categoria FDA	Mg/dia		Frequência			
Ácido Valpróico	D	500		1			
		750	1				
Carbamazepina	C	200	1				
		400	1	2	1		
		600	5				
Carbonato de Lítio	D	600	1				
		900	1	1			
		1200		1	1		
Biperideno	C	2	4	2	4		
		4	1	4	5		
Fenobarbital	D	200	1	1			
		400			1		
Haloperidol	C	2	1	1	1		
		3	1				
		5	2	2	2		
		8	1				
		10	4	6	4		
		15	4	3	2		
		20			1		
30			1				
Lamotrigina	C	200	1	1	1		
		8	1	1			
		10	1	2	1		
		20	1		1		
		25	7	12	9		
		40			1		
		50	3	7	3		
		75	1	1			
Levomipromazina	C	100	10	11	16		
		125	1				
		200	3	1	1		
		275			1		
		300		1	1		
		400			1		
		Diazepam	C	20			3
				30	1	3	3
40					1		
Propranolol	C	80	1	4	2		
		120	2	3	1		
		240		1			
Quetiapina	C	8		1			
		50	1	1			

		75	1	1	1
		200	1		
Sertralina	B	50		1	
		100	1	1	
		150	2		
Ácido Fólico	A	5	21	24	20
		10	7	7	5
		15	3	1	4
Amitriptilina	B	25	2	4	4
		50	2	3	2
		200	1		
Carbamazepina	C	400	1	2	1
		600	5		
		0,25	1		
Clonazepam	C	0,5	3	2	
		1	1	3	
		1,5	2		
		2	3	4	
		4	1		
		6			1
		15		1	
Diazepam	D	10	11	7	3
		15	3		
		20	9	6	3
		30	9	5	1
Fluocetina		20	2	1	
		40	1	1	1
		60			1
		150			1
Risperidona	C	2	1	1	1
		3		1	
		4	1	1	2
Claprometadina	C	25		1	2
		50	4	3	3
		75	2	2	2
		100	3	3	5
		125		1	1
		150		4	1
		200	5	3	2
		250		2	1
		300	4		1
		400	3	4	3
		450			2
600	1	1			
Sulfato Ferroso	A	40	12	9	6
		50		1	
		80	8	16	19
		120	5	5	5
		160	1		
		240	1		

