



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Alessandra Magri Dadalt

**CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**

Santa Maria, RS
2020

Alessandra Magri Dadalt

**CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde: Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Antonio Sangioni

Santa Maria, RS
2020

Alessandra Magri Dadalt

**CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde: Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família

Aprovada em 28 de fevereiro de 2020:

Luis Antonio Sangioni, Dr. (UFSM)

(Presidente/Orientador)

Sharon da Silva Martins (SMS)

(Coorientadora)

Bruna Dedavid da Rocha, Msc (SMS)

Thiago dos Santos Alves, Msc. (SMS)

Vera Regina Leal Lima Garcia, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

RESUMO

CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

AUTORA: ALESSANDRA MAGRI DADALT

ORIENTADOR: LUIS ANTONIO SANGIONI

Introdução: Os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde pública. No contexto da reforma psiquiátrica, a mudança do modelo preconiza o retorno do usuário para um cuidado no território. Sabendo que as mulheres são mais acometidas destas patologias, a relevância da saúde mental gestacional aos poucos vem sendo clinicamente reconhecida, uma vez que os impactos dos transtornos mentais no período de gravidez e pós-parto não se restringem apenas à saúde e bem-estar materno, mas afetam também a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido. Desta forma, evidencia-se a importância da realização de um pré-natal de qualidade, englobando os aspectos biopsicossociais da mulher.

Objetivo: Este estudo teve o objetivo geral de analisar o cuidado prestado às gestantes encaminhadas ao Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) em decorrência de transtornos mentais ou uso de álcool e outras drogas.

Coleta de dados: A coleta dos dados se deu a partir dos prontuários da rede municipal e HUSM das 12 gestantes encaminhadas ao AGAR no ano de 2018.

Resultados e Discussão: Evidenciou-se com o estudo a presença da vulnerabilidade psicossocial e econômica no contexto das gestantes, uma vez que a maioria reside em áreas de elevada privação social. A ideação/tentativa de suicídio apresentou-se como 50% dos encaminhamentos ao AGAR, sendo responsável por três internações durante a gestação após tentativas por abuso de medicamento e automutilação. Acerca do compartilhamento do cuidado sistematizado pela ficha de plano terapêutico, evidenciou-se em apenas um prontuário sua utilização. Verificou-se que 54,5% das gestantes mantiveram o acompanhamento nas suas unidades de referência após as consultas no AGAR, fato que demonstrou a existência de vínculo com o serviço. O itinerário terapêutico das gestantes se mostrou muito limitado, sendo a maioria dos atendimentos realizados pela psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) devido ao acompanhamento concomitante no AGAR. Além disso, evidenciou-se que 66,6% das gestantes mantiveram acompanhamento apenas com Enfermeiros e Médicos, o que demonstra um modelo ainda médico centrado, voltado à manutenção clínica do quadro e da terapêutica medicamentosa.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Pré-Natal. Saúde Mental.

ABSTRACT

CARE TO PREGNANT WOMEN WITH MENTAL DISORDERS: SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE, ATTENTION NETWORK AND THERAPEUTIC ITINERARY

AUTHOR: ALESSANDRA MAGRI DADALT
ADVISOR: LUIS ANTONIO SANGIONI

Mental health disorders are an important public health issue. In the context of psychiatric reform, the changes in the system advocate the return of the users to maintain their care in their territory. As women carry a heavier burden of these pathologies, the relevance of gestational mental health has been increasingly recognized, once the impacts of disorders during pregnancy period are not restricted to the woman's health and well-being, but also affect the newborn health and development. This way, the importance of having high quality prenatal care is highlighted, encompassing the biopsychosocial aspects of the women. This study had the general objective of analysing the care provided to the pregnant women referred to the High Risk Pregnancy Clinic of the University Hospital of Santa Maria (AGAR-HUSM) due to mental disorders or the use of alcohol and other drugs. The data gathering happened from the HUSM and municipal health network records of the 12 women who were referred to the AGAR in 2018. The study showed the presence of psychosocial and economic vulnerability in the context of pregnant women, since most of them live in areas of high social deprivation. Suicide ideation/attempt appeared as 50% of referrals to AGAR, being responsible for three hospitalizations during pregnancy after attempts with drug abuse and self-mutilation. Regarding the sharing of care systematized by the Therapeutic Plan File, its use was evidenced in only one medical record. It was found that 54.5% of the pregnant women maintained follow-up at their reference units after consultations at AGAR, a fact that demonstrated the existence of a link with the service. The therapeutic itinerary of the pregnant women proved to be very limited, with the majority of consultations carried out by the HUSM psychiatry service, due to the concomitant follow-up at the AGAR. In addition, it was shown that 66.6% of the pregnant women maintained follow-up only with nurses and medical doctors, which demonstrates a model that is still medical centered, focused on the clinical maintenance of the condition and drug therapy.

Keywords: Women's Health. Prenatal. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 –: Índice de Privação Social (IPS) e territórios de abrangência das ESFs da área urbana de Santa Maria	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres encaminhadas ao AGAR, segundo as características sociodemográficas.....	19
Tabela 2 –Características obstétricas das gestantes do estudo.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGAR	Ambulatório de Gestação de Alto Risco
APS	Atenção Primária � Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CO	Centro Obstétrico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
NAAB	Núcleo de Apoio � Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio � Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	4
1 INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3. METODOLOGIA	12
3. 1 Desenho de estudo	12
3.2 População alvo	12
3.3 Critério de inclusão e exclusão.....	13
3.4 Coleta de dados	13
3.5 Análise dos dados	13
3.6 Aspectos éticos:	14
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
Categoria 1: Caracterização Sociodemográfica	19
Categoria 2: Dados obstétricos das gestantes	23
Categoria 3: Compartilhamento do cuidado no pré-natal	25
Categoria 4: Itinerário Terapêutico	28
6. CONCLUSÃO	31
7. REFERÊNCIAS	33
8. ANEXOS	39
8.1 — TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	39
8.2 — AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	40
8.3 — JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DO TCLE	41

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de algum transtorno mental, e que um em cada quatro indivíduos, será possivelmente acometido por uma doença psiquiátrica em algum estágio de sua vida (ALMEIDA et al., 2012).

A lei 10.216 de 2001, que trata da reforma psiquiátrica, propõe a mudança do modelo de atenção em saúde mental, incluindo o cuidado em outros cenários além das instituições de internação (BRASIL, 2001). A criação dos Centros de Atenção Psicossocial e inclusão de outros serviços da rede de serviços tem constituído importante estratégia para evitar as internações desnecessárias e ofertar um cuidado integral.

Nesta perspectiva, o território emerge como espaço potente para o cuidado em saúde mental, que muito além da delimitação geográfica, inclui as relações familiares e sociais, as questões políticas e as condições concretas que influenciam o viver destes usuários. A proposta é o retorno do usuário para o meio em que vive, ou seja, para o cuidado familiar e da equipe de saúde no território.

Silva, Pinho (2015) definem território como o principal local de cuidado, que foge dos discursos homogeneizantes da ideologia psiquiátrica tradicional. É nele que se constrói toda a história da sociedade, os processos políticos, econômicos e sociais, as lutas e disputas, os conflitos e as relações. Nesses espaços, as famílias vivem e se organizam e, para eles, é preciso repensar projetos que potencializam o convívio entre os diferentes e o cuidado que atenda as singularidades. Na perspectiva do cuidado em saúde mental compartilhado entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) emergem como importante dispositivo de cuidado, com detecção precoce e acompanhamento de casos, e diminuição do processo de adoecimento.

Sabendo-se que as mulheres são mais acometidas destas patologias, a relevância da saúde mental gestacional aos poucos vem sendo clinicamente reconhecida. Os impactos dos transtornos mentais no período de gravidez e pós-parto não se restringem apenas à saúde e bem-estar materno, mas afetam também a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido (PEREIRA, et al., 2011).

Estudos acerca dos desfechos nas gestações de mulheres com transtornos psicóticos têm demonstrado um aumento da ocorrência de malformações fetais, complicações obstétricas e mortalidade perinatal. Os mecanismos que causam esta relação ainda são desconhecidos, mas suspeita-se que esse risco possa estar associado: à administração de medicamentos antipsicóticos durante a gravidez, ao abuso de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas), aos fatores relacionados ao estilo de vida (dieta e cuidado pré-natal insatisfatórios) e às condições socioeconômicas nas quais vivem essas mulheres (PEREIRA, et al., 2011).

Desta forma, evidencia-se a importância da realização de um pré-natal de qualidade, englobando os aspectos sociais, econômicos, emocionais e biológicos, especialmente no caso de mulheres portadoras de transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas.

Cabe salientar que a APS deve ser a ordenadora do cuidado na rede assistencial e, mesmo quando houver necessidade de encaminhar a gestante a serviços especializados, esta não deve ficar desassistida até a consulta no serviço de nível secundário, nem perder o vínculo com a sua unidade de referência (2017a). O interesse pelo tema surgiu a partir das vivências proporcionadas pela Residência Multiprofissional (Universidade Federal de Santa Maria), onde houve atuação em uma Estratégia de Saúde da Família e também no campo da gestão da Política de Saúde da Mulher e da Criança. A proposta foi englobar temas relevantes nos dois campos, e a partir disto, o objetivo deste estudo se consolidou como analisar o cuidado prestado às gestantes encaminhadas ao AGAR em decorrência de transtornos mentais ou uso de álcool e outras drogas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o cuidado prestado às gestantes encaminhadas ao AGAR em decorrência de transtornos mentais ou uso de álcool e outras drogas.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1. Caracterizar e descrever o perfil sociodemográfico das gestantes encaminhadas ao AGAR em decorrência de transtornos mentais ou uso de álcool e outras drogas;

2.2.2. Verificar como funciona o compartilhamento do cuidado no pré-natal de alto risco, entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde da gestante;

2.2.3. Identificar os diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acessados pelas gestantes vinculados à SMS.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho de estudo

Foi desenvolvida uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Para Minayo (2004), as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas.

A descrição é utilizada com finalidade de descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos. E, semelhante à pesquisa descritiva, a pesquisa exploratória também inicia com o interesse por algum fenômeno, entretanto, além de descrever, esse tipo de pesquisa tem por objetivo investigar a natureza e outros fatores relacionados com o fenômeno (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

3.2 População alvo

A pesquisa foi realizada com todas as 12 gestantes encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao AGAR do HUSM no ano de 2018, por transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas. O referido ano foi escolhido devido a presença de registros pela coordenação da Política de Saúde da Mulher dos encaminhamentos realizados

pelas Unidades Básicas de Saúde, de maneira informatizada, possibilitando acesso total aos dados do período.

3.3 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídas as gestantes residentes em Santa Maria, encaminhadas pela rede de atenção básica do município ao AGAR por transtornos mentais e/ ou uso de álcool e outras drogas.

Foram excluídas as gestantes cujo prontuário não tenha sido localizado em nenhum dos sistemas de informação.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi feita através de análise documental. Se operacionalizou através da análise dos prontuários eletrônicos das gestantes da rede municipal de saúde de Santa Maria, do AGAR e Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo verificados os dados das consultas realizadas no ano de 2018.

A análise documental visa produzir ou elaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. Nele o investigador deve interpretar os dados, sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, realizar inferência (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados pela Análise Temática de Minayo (2004) a qual divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação, além de uma análise descritiva simples.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante: que requer do pesquisador um contato direto e intenso com o material de campo, para que possa emergir a relação entre as hipóteses, pressupostos iniciais, hipóteses emergentes as teorias relacionadas ao tema estudado. Constituição do corpus: diz respeito à formulação do universo estudado, respeitando alguns critérios, são eles: a exaustividade, a homogeneidade, a exclusividade, e a adequação ou pertinência; Também fazem parte da pré-análise a formulação e reformulação de hipóteses ou

pressupostos. Nesse momento serão realizadas leituras intensas sobre as entrevistas transcritas (MINAYO, 2004).

Durante a etapa da exploração do material, o pesquisador busca categorias que são expressões ou palavras significativas, das quais o conteúdo será organizado. Nesta etapa busca-se codificar as falas a partir de temas semelhantes, buscando o novo emergente.

A última etapa, o tratamento dos resultados, é o momento em que o pesquisador realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico inicialmente descrito, abre outros questionamentos e pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, e neste passo, buscará unir os códigos temáticos formulados (MINAYO, 2004).

3.6 Aspectos éticos:

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, cujo CAAE: 22876019.4.0000.5346, e pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria e do Hospital Universitário de Santa Maria. Para a realização da análise documental foram respeitadas as normatizações das Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), garantindo sigilo dos dados e anonimato dos participantes da pesquisa, assim como salvaguardar a instituição pesquisada.

Durante os estudos foram preservados os princípios de beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça. Além disso, os dados coletados foram confidenciais e os nomes dos participantes não foram identificados em nenhum momento, além de que, a imagem individual e institucional foram protegidas, assim como respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Considerando não terem sido realizadas entrevistas ou nenhuma forma de interação direta com profissionais, usuários ou familiares durante a coleta dos dados, não foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Confidencialidade. Contudo, os dados coletados serão mantidos com a pesquisadora por um período de cinco anos e após isso, os mesmos serão incinerados.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de APS, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno a outros níveis de atenção dos serviços de saúde, quando houver necessidade. O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascido vivo. Salienta-se que a qualidade da atenção pré-natal reduz consideravelmente os riscos de intercorrência obstétrica (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos quando há indicação de cuidado adicional. As gestantes devem manter o vínculo com a unidade na APS, uma vez realizado o encaminhamento para um serviço especializado, e esta deve estar informada da evolução da gravidez e tratamentos administrados, bem como a comunicação entre os serviços deve ser eficaz (GUIMARÃES et al., 2018).

A Rede Cegonha, criada pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo reduzir a mortalidade materna e neonatal, bem como melhorar o atendimento às gestantes. A partir disso, estruturaram-se os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR), que representam o sistema de referência onde é oferecido atendimento multiprofissional com acompanhamento periódico de doenças prévias ou da própria gestação (BRASIL, 2011).

A estratificação de risco a cada consulta é um processo dinâmico de identificação de gestantes que necessitam de intervenções imediatas ou especializadas, de acordo com o potencial de risco, agravo à saúde ou o grau de sofrimento (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Estima-se que aproximadamente 15% das gestações apresentam complicações que requerem uma assistência especializada. Mesmo que as intercorrências sejam as mesmas em todo o mundo, as consequências podem variar conforme a demografia na qual a gestante está inserida (BRASIL, 2012; PIMENTA, 2012).

Segundo o Guia do Pré-Natal na Atenção Básica (2018) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, a estratificação de risco das gestantes deve ser realizada utilizando as cores: azul, verde (estima-se que 85% das gestantes estejam nesta categoria), amarelo, laranja e vermelho, as quais indicam em qual nível de atenção o pré-natal será realizado. A cor Azul representa gestantes sem risco identificado no momento, o pré-natal será realizado na Atenção Básica (AB)

com reavaliação do risco gestacional a cada nova consulta. A cor verde representa gestantes com fatores de risco, mas que não necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede. A cor amarela indica gestantes que não necessitam de pré-natal de alto risco, mas necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede, devido a necessidades clínicas específicas. Nesta categoria, encontram-se os fatores de risco relacionados a transtornos mentais graves, que necessitam de acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave), além de usuárias com transtorno bipolar prévio a gestação, ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas.

A cor Laranja representa gestantes que apresentam fatores de risco que necessitam de encaminhamento ao pré-natal de alto risco. O encaminhamento deverá ser realizado via regulação, conforme fluxo estabelecido em nível municipal, regional e em ambulatório especializado (nível secundário ou terciário). Gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento regular nas Unidades Básicas de Saúde por meio do cuidado compartilhado com o AGAR, uma vez que a atenção primária é a coordenadora e a responsável pelo seu cuidado longitudinal na rede (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O AGAR é um serviço especializado que conta com uma equipe multiprofissional, para atender gestantes com indicação de pré-natal de alto risco conforme o protocolo “Regula SUS” (UFRGS, 2019), tendo em vista o suporte técnico e logístico deste serviço.

A cor Vermelha está relacionada a fatores de risco que demandam atendimento imediato para emergência ginecológico-obstétrico. Após a estabilização do quadro clínico, quando houver a alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento, fazendo assim a avaliação de risco e encaminhamento para a realização do pré-natal de alto risco, se necessário.

Em relação a estratificação de cor amarela, a qual inclui as gestantes com transtornos mentais e/ou uso de substâncias, recomenda-se que estas sejam referenciadas para: a Rede de Saúde Mental - Psiquiatria, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou outros dispositivos disponíveis na rede, para complemento do seu acompanhamento na APS. Poderão ser realizadas consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, proporcionando um cuidado integral, sem perda

de vínculo com o território, além de acompanhamento puerperal e puericultura para a criança (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O município de Santa Maria, até o momento, não possui um serviço de referência de atendimentos especializados que atenda a demanda das especificidades da estratificação amarela. Desta forma, as gestantes que necessitam de avaliação com especialistas são encaminhadas, via regulação, para o Pré-Natal de Alto Risco. Atualmente, o único serviço de referência para o atendimento de gestantes que apresentam alguma intercorrência é o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) por meio do Ambulatório de Gestação de Alto Risco, que também é referência para os demais municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Em 2018, foram realizados diversos encaminhamentos de gestantes para o AGAR por apresentarem comorbidades não consideradas de alto risco, segundo Protocolo do RegulaSus (UFRGS, 2015), como é o caso de gestantes com patologias relacionadas a Saúde Mental, que incluem a tentativa de suicídio, depressão e dependência química, totalizando 12 casos (dado retirado do sistema de informação utilizado pela Secretaria de Saúde de Município). Sendo assim, fica evidente um vazio assistencial no atendimento dessas gestantes, sendo necessário a qualificação dos fluxos de encaminhamento dessa demanda, alinhando os serviços já existentes na rede.

No artigo 3º da Política Nacional de Saúde mental consta que:

“É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001, p.).

Historicamente, a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, possivelmente influenciada pela crença popular de que a gravidez é um período de bem-estar para as mulheres. Em geral, os profissionais de saúde prestam maior atenção aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato, os quais geram mais hospitalizações psiquiátricas (ALMEIDA, et al., 2012).

Os principais fatores de risco psicossociais relacionados a transtornos maiores na gestação e puerpério são: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, desemprego (da paciente ou do seu cônjuge), apresentar pouco suporte social, abuso de substâncias/tabagismo, gravidez não planejada, ter muitos filhos, além de estar associado aos níveis baixos de escolaridade (CAMACHO, et al., 2006).

Observa-se no Brasil, o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas pela população feminina ao longo dos anos. Estima-se que aproximadamente 20% das mulheres façam uso de drogas durante a gravidez (LIMA, et al., 2015). As complicações oriundas do uso de drogas não se restringem apenas as gestantes, mas também ao feto, uma vez que a maioria dessas substâncias ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia. Os principais danos envolvem o sistema nervoso central do feto, causando déficits cognitivos, malformações, síndromes de abstinência, dentre outros (KASSADA, et al., 2013).

Além disso, nota-se que mulheres usuárias de drogas têm baixa adesão à assistência ao pré-natal e apresentam maior incidência de complicações obstétricas e ginecológicas como parto pré-termo e descolamento prematuro de placenta. Apesar de números pouco confiáveis sobre o uso de drogas psicoativas por grávidas, entende-se que elas têm tendência a não relatar o consumo de drogas, especialmente de álcool e cocaína (LIMA, et al., 2015).

Nos atendimentos prestados às gestantes, raramente se observa a realização de intervenções focadas para a saúde mental, geralmente, a temática nem mesmo é abordada (REIS et al., 2015) Desta forma, a atenção à saúde mental na APS é fundamental para antecipar a detecção de casos e interromper precocemente o processo de adoecimento, além de garantir um cuidado integral das usuárias. Para isso, as ações de educação permanente em saúde mental tornam-se um importante veículo de capacitação das equipes (COSTA, et al., 2018).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura dos prontuários das gestantes, foram sistematizadas as seguintes categorias temáticas: 1 – caracterização sociodemográfica; 2 - Dados obstétricos das gestantes; 3 - Compartilhamento do cuidado no pré-natal; 4 - Itinerário terapêutico.

Categoria 1: Caracterização Sociodemográfica

A tabela a seguir apresenta a distribuição das gestantes encaminhadas ao AGAR de acordo com suas características sociodemográficas.

n = 12 (100%)			
Raça		Idade	
Branca	9 (75%)	20 - 29 anos	5 (41,6%)
Parda	2 (16,6%)	30- 39 anos	3 (25%)
Preta	1 (8,3%)	40- 49 anos	4 (33,3%)
Escolaridade		Situação Ocupacional	
Ensino Fundamental Incompleto	4 (33,3%)	Atuante	7 (58,3%)
Ensino Fundamental Completo	3 (25%)	Desempregada	2 (16,6%)
Ensino Médio Completo	2 (16,6%)	Aposentada (outros motivos, não relacionado a saúde mental)	1 (8,3%)
Nível Técnico	2 (16,6%)	Não consta	2 (16,6%)
Ensino Superior Completo	1 (8,3%)	Registro em prontuário da rede de apoio da gestante	
Estado civil			
Solteira	3 (25%)	Sim	2 (16,6%)
União estável	9 (75%)	Não	10 (83,3%)
Número de moradores na casa		Região geográfica de residência	
2 a 3 moradores	4 (33,3%)	Norte	2 (16,6%)
4 a 5 moradores	2 (16,6%)	Oeste	4 (33,3%)
6 moradores	1 (8,3%)	Leste	1 (8,3%)
Não consta	5 (41,6%)	Centro – Oeste	2 (16,6%)

Tabela 1: Distribuição das mulheres encaminhadas ao AGAR, segundo as características sociodemográficas. Fonte: autora.

No ano de 2018, foram registradas 12 gestantes encaminhadas ao AGAR, residentes do município de Santa Maria. A idade das gestantes variou entre 20 e 49 anos. A maioria (41,6%) das gestantes pesquisadas estava na faixa etária de 20 a 29 anos. Em relação à escolaridade, 33,3% das gestantes não concluíram o ensino fundamental, 25% concluíram a 8ª série, e apenas 16,6% concluíram o ensino médio.

Identificou-se a prevalência de uma população jovem e com baixa escolaridade, indo ao encontro dos achados de Marangoni et al. (2017), que encontraram um perfil sociodemográfico semelhante ao investigar gestantes usuárias de álcool e drogas.

Quanto à situação ocupacional, sete usuárias referem ser atuantes no mercado de trabalho (58,3%), sendo que duas não possuem vínculo empregatício formal, 02 (duas) outras estão desempregadas (16,6%) e uma aposentada por outros motivos não relacionados à doença mental (8,3%). Por outro lado, identificou-se a ausência de registro em 2 prontuários (16,6%) acerca da ocupação das gestantes. Também se verificou falta de registros acerca das variáveis que mensuram os moradores da casa (41% dos prontuários não continham tal informação) e a descrição da rede de apoio da gestante (83,3%) Com isso, salienta-se uma importante questão de desvalorização das questões socioeconômicas como determinantes de saúde.

Lopes et al. (2019) demonstra em seu estudo, como as condições de vida e moradia afetam a saúde mental das gestantes, como baixa renda, baixa escolaridade, não ter ou não viver com companheiro, além de fatores obstétricos como não ter planejado a gravidez e perda gestacional anterior. Além disso, outros fatores associados à transtornos mentais na gestação são do âmbito social e familiar, como sistemas de apoio e dinâmica familiar, histórico de doença mental, eventos adversos na vida e alto estresse percebidos. Tais afirmativas reforçam a necessidade de uma avaliação abrangente e multidimensional das circunstâncias psicossociais da mulher durante o período pré-natal e pós-parto, e por isso, a UBS, sendo o serviço cujo contexto sociofamiliar está mais imerso, deve estar vinculada e ordenando o cuidado pela rede.

Outro fator importante de reflexão acerca dos registros familiares nos prontuários, é que 3 das 5 usuárias que não possuíam tal registro, são referenciadas em ESFs, onde o vínculo com as famílias tende a ser mais consistente. Porém, em

Santa Maria, o grande número de microáreas de saúde desassistidas de Agentes Comunitários de Saúde reforça a falta de informação atualizada acerca de questões familiares e de moradia.

As regiões geográficas de residência da maioria das gestantes do estudo: Oeste (33,3%), Norte (16,6%) e Centro-Oeste (16,6%), apresentam Índice de Privação Social (IPS) elevado, que, segundo Faria (2017) descreve, é um conceito múltiplo que pode ser operacionalizado para entender a pobreza. O cálculo do valor do IPS é derivado de três variáveis, as quais são: (i) taxa de alfabetização da população de 15 a 64 anos; (ii) renda média por domicílio particular permanente e (iii) moradores em domicílios particulares permanentes com um ou nenhum banheiro e sanitário (FARIA, 2018).

Nessa acepção, a vulnerabilidade é a consequência, sendo que a privação social é a sua natureza desencadeadora. GUARESCHI (2004), observa que a vulnerabilidade cresce quando aparecem algumas das situações a seguir: falta de acesso à informação, aos serviços básicos de educação, saúde, lazer e falta de confiança ou credibilidade na sustentação de estratégias de ação. Evidencia-se, a partir desses aspectos, um deslocamento na atribuição da condição de vulnerabilidade, que já não se constitui como característica própria do indivíduo, mas como resultado da combinação de determinados arranjos sociais e políticos que vão incidir sobre os sujeitos

As regiões supracitadas referentes a localização de moradia das gestantes, apresentam o IPS no valor de $>2,5$ (que indica elevado nível de privação social), o qual representa a cor vermelha conforme o mapa abaixo. Além disso, as duas unidades distritais rurais, que representam 16,6% das usuárias deste estudo, também apresentam tal valor elevado de IPS, com isso, contamos com sete unidades de saúde (58%) que realizaram os encaminhamentos das gestantes ao AGAR, localizadas em regiões com elevada privação social.

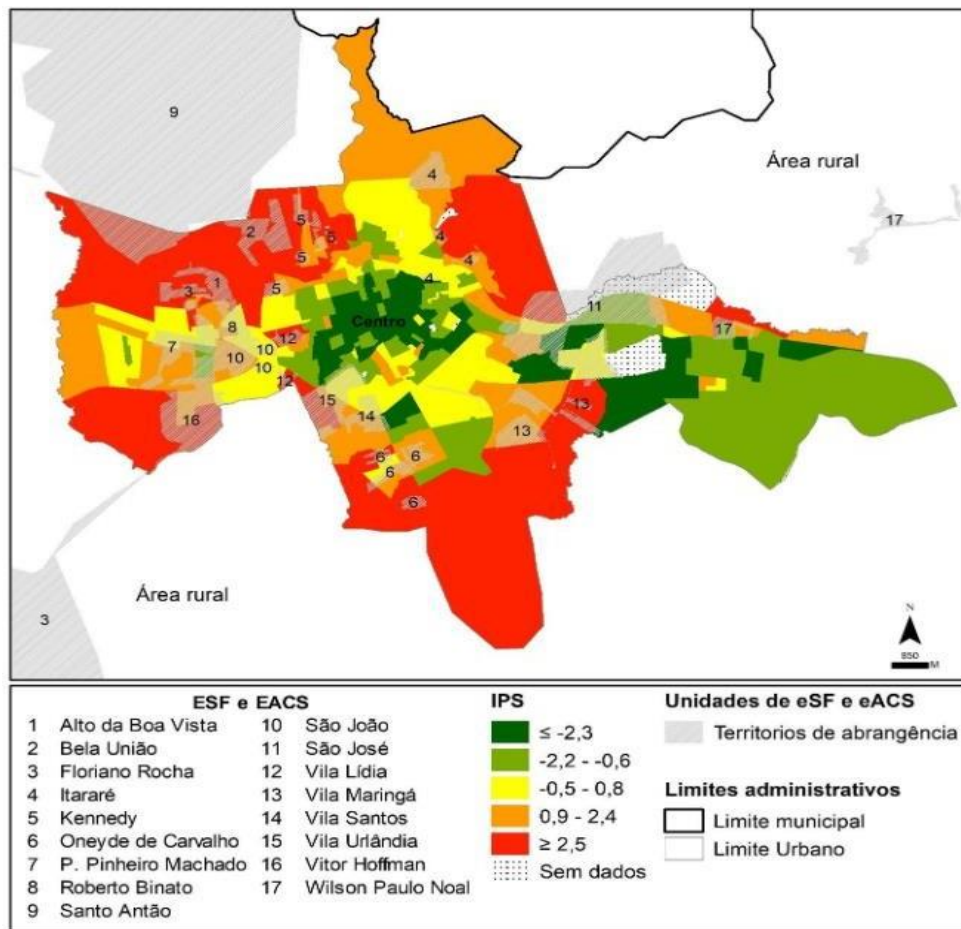


Figura 1: Índice de Privação Social (IPS) e territórios de abrangência das ESFs da área urbana de Santa Maria. Fonte: FARIA, 2018.

Observa-se a partir do IPS de Santa Maria, por exemplo, que quase 40% da população urbana vive nas áreas mais carenciadas (FARIA, 2018). Tal indicador tem impacto relevante na reflexão acerca do tema do trabalho, uma vez que a saúde mental de uma população tem grande influência de suas condições socioeconômicas e de sua perspectiva de vida.

A partir disso, compreende-se que as condições de vida podem vulnerabilizar as populações, tanto para as doenças não transmissíveis e não infecciosas, como para as doenças com potencial incapacitante equivalente a tais manifestações já reconhecidas pelo campo da saúde, como os transtornos mentais e até mesmo o consumo de drogas lícitas e ilícitas, como será retratado na categoria temática a seguir.

Categoria 2: Dados obstétricos das gestantes

A tabela 2 apresenta os dados relacionados ao histórico e situação obstétrica atual das gestantes encaminhadas ao AGAR.

n= 12 (100%)			
Número de gestações		Diagnóstico de encaminhamento ao AGAR	
1-3 gestações	7 (58,3%)	Uso de drogas e/ou álcool	3 (25%)
4-6 gestações	2 (16,6%)	Bipolaridade	2 (16,6%)
7-9 gestações	2 (16,6%)	Tentativa/Ideação suicida	6 (50%)
10 gestações	1 (8,3%)	Depressão	1 (8,3%)
Idade gestacional de captação		Número de consultas de pré-natal conforme o mínimo preconizado pelo MS	
Até 12 semanas gestacionais	7 (58,3%)	6 consultas ou mais	9 (75%)
Após 12 semanas gestacionais	5 (41,6%)	Menos de 6 consultas	3 (25%)
Alcoolismo		Tabagismo	
Manteve o hábito de beber durante a gestação	1 (8,3%)	Mantiveram o hábito durante a gestação	6 (50%)
Parou de beber após a descoberta da gravidez	1 (8,3%)	Parou após a descoberta da gravidez	1 (8,3%)
Abstemia	10 (83,3%)	Não fumante	5 (41,6%)
Internações psiquiátricas durante a gestação		Uso de drogas	
Tentativa de suicídio	3 (25%)	Cocaína	2 (16,6%)
Desintoxicação	1 (8,3%)	Crack	1 (8,3%)
Não houve	8 (66,6%)	Não referem uso	9 (75%)

Tabela 2: Características obstétricas das gestantes do estudo Fonte: autora

Os diagnósticos de encaminhamento ao AGAR que prevaleceram foram: tentativa/ideação suicida (50%), uso de drogas/álcool (25%), bipolaridade (6,6%) e depressão profunda (8,3%). O principal motivo de internação psiquiátrica durante a gestação foi decorrente de tentativas de suicídio (3 casos), seguido de desintoxicação por abuso de álcool e drogas (1 caso).

Neto, Fernandes (2017), relataram que o caso de uma gestante acometida por uma depressão severa, fora de si e na intenção real de fazer cessar toda aquela dor e agonia, que atenta contra a própria vida, obviamente se conseguisse seu intento, o feto também não sobreviveria, mas a intenção não seria o aborto do feto, e sim a si própria e a perturbação de seu psicológico sofrido.

O suicídio é um fenômeno social que constitui um grave problema de saúde pública. No Brasil, o suicídio representa a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. O Rio Grande do Sul recebe lugar de destaque dentre os estados, uma vez que, historicamente, tem apresentado as maiores taxas de suicídio do país. (BRASIL, 2017b). Em 2018, a maioria dos suicídios no Rio Grande do Sul ocorreu na população masculina (n = 920, 79%), corroborando aos dados do Brasil e do mundo. Por outro lado, os números demonstram maioridade feminina nas tentativas de suicídio, (n = 1.265, 69%) (BRASIL, 2018; BRASIL,2017c; OMS, 2014).

A OMS (2014) apresenta possíveis fatores que expliquem esse padrão, extraídos de estudos: diferenças na preferência e no acesso aos métodos, na busca por atendimento para transtorno mental, no consumo de álcool e na aceitação social quanto às formas de lidar com estresse e conflitos.

Entende-se o grande preconceito sofrido por estas gestantes na sociedade, uma vez que a própria tentativa de suicídio gera discriminação. O fato de envolver um feto, pode potencializar o estigma acerca do ocorrido, e causar, por parte dos profissionais e familiares, um atendimento e cuidado menos humanizado e empático. Cabe lembrar que o estado psíquico das gestantes está acometido, o que tira delas noções de racionalidade ou consequências de conduta.

Evidencia-se aqui a importância da qualidade da informação (por meio das notificações), para a construção do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio e das tentativas, uma vez que tais dados subsidiam o planejamento de ações e políticas de saúde.

Em relação ao tipo de drogas de abuso utilizadas, a análise indicou que as drogas ilícitas mais consumidas foram a cocaína (2 usuárias) e *crack* (1 usuária). O rastreamento de álcool e outras drogas durante a consulta de pré-natal é a melhor estratégia para identificar as usuárias expostas, assim como, os fatores de risco do consumo pelas gestantes (FERREIRA, MIRANDA, 2016).

Desse modo, o fato de 2 de 3 usuárias de drogas terem realizado 6 consultas ou mais de pré-natal, reflete um vínculo com os serviços, contrariando os estudos

citados em revisão bibliográfica de Ferreira, Miranda (2016), que demonstraram que mulheres grávidas, dependente químicas, têm menor adesão ao pré-natal. Apesar disso, as 2 gestantes supracitadas iniciaram o pré-natal após as 12 semanas preconizadas pelo Ministério da Saúde. O diagnóstico tardio da gestação pode estar relacionado a questões de autocuidado ou não interpretação da situação, porém, com a descoberta, houve conscientização da importância do acompanhamento.

O consumo do tabaco esteve presente em 58,3% das gestantes. Demonstrou-se no estudo um grande número de mulheres que mantiveram o uso durante a gestação (6 usuárias), onde a média de consumo de cigarros foi 20 unidades/dia. Nota-se a partir disso, a dificuldade de cessar o hábito de fumar, uma vez que o desejo foi referido pelas usuárias, mesmo sem sucesso.

Siqueira, Fracoli e Maeda (2019), afirmaram em seu estudo que os fatores que levam as gestantes a fumar estão fortemente associados às condições socioeconômicas. Dias-Damé, Juraci (2015) mostram um estudo sobre a prevalência do tabagismo em gestantes brasileiras, evidenciando que 18% permanecem fumando na gravidez, com uma baixa prevalência de cessação, principalmente entre mulheres negras, de baixa renda e com menor escolaridade.

Os fatores de vulnerabilidade individual e social devem ser trabalhados o mais cedo possível, por meio de um vínculo respeitoso e sigiloso com as gestantes, a fim de que as mesmas se sintam seguras para relatar possíveis ideias, dificuldades de lidar com a abstinência, entre outras, e partir disso, planejar em conjunto com a mesma e sua rede de apoio a assistência necessária.

Categoria 3: Compartilhamento do cuidado no pré-natal

O gráfico a seguir representa o percentual de prontuários com registro do uso da ficha de cuidado compartilhado entre serviço especializado e UBS.

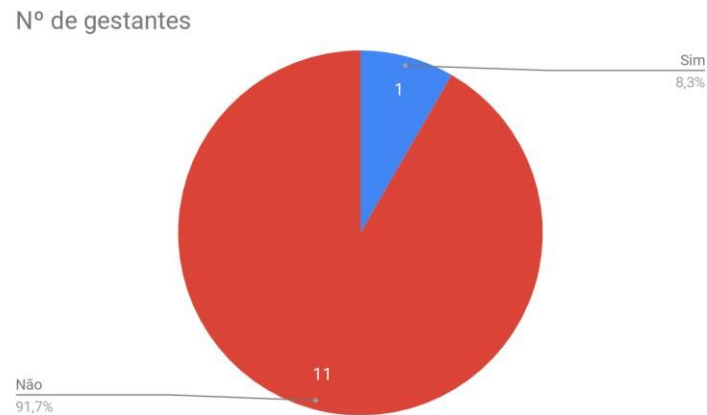


Gráfico 1: Uso da ficha de compartilhamento do cuidado entre atenção primária e atenção especializada.
Fonte: autora

O gráfico acima demonstra o uso da ficha de compartilhamento do cuidado, o qual evidenciou-se em apenas 1 prontuário. Os demais 11 prontuários analisados, não contavam nem com a cópia da ficha, nem com alguma referência escrita de sua utilização ou da disponibilização à usuária. A não utilização da ficha contribui para a fragmentação das informações, uma vez que as instituições possuem sistemas de informação diferentes, e as UBS não tem acesso aos prontuários do HUSM e vice-versa. Dessa forma, a ficha foi o instrumento elaborado na tentativa de minimizar essa lacuna.

A ficha supracitada, apresenta-se como um plano terapêutico de cuidado, e é uma ferramenta importante de trabalho em rede e de educação em saúde, onde sua utilização visa estreitar o vínculo entre os profissionais da rede de saúde por onde circula a gestante. Foi desenvolvida por Viviane Flain durante seu mestrado em 2018 e 2019 em Santa Maria, e foi validada após sua aplicação teste no AGAR e em uma unidade básica de saúde. Além disso, a ficha favorece a instrumentação da gestante para o autocuidado, por meio de orientações e encaminhamentos aos serviços especializados (FLAIN, 2019).

Entende-se que os níveis de atenção à saúde, estruturados segundo a densidade tecnológica, têm-se organizado historicamente de forma hierárquica e burocratizada (SCHIMITH et al., 2014). No entanto, as redes de saúde, entrelaçadas e com plena comunicação, são essenciais para o uso racional dos recursos e para a gestão do cuidado, uma vez que a gestante é única e integral, e que o cuidado precisa ser complementado, e não dificultado ou fragmentado em especialidades.

Mendes (2002) em seu estudo, aponta a dificuldade APS se comunicar fluidamente com a atenção secundária e, estas duas, de não se articularem também com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos, o que torna o serviço incompleto e incapaz de servir a população de forma continuada, ampliada e resolutive à população.

Tal dado apresentado é preocupante, relacionado principalmente ao tema do estudo, uma vez que são usuárias em contextos de grande fragilidade psíquica, e todas as informações e intervenções realizadas em ambos os serviços deveriam ser de conhecimento dos profissionais dos dois níveis. Esse compartilhamento de informações, facilita o acompanhamento das intervenções, a adaptação às mudanças de rotina, medicamentos, novos vínculos com profissionais e identificação precoce de sinais de risco.

O próximo gráfico demonstra a manutenção de vínculo das gestantes acompanhadas no AGAR com suas unidades básicas de referência.

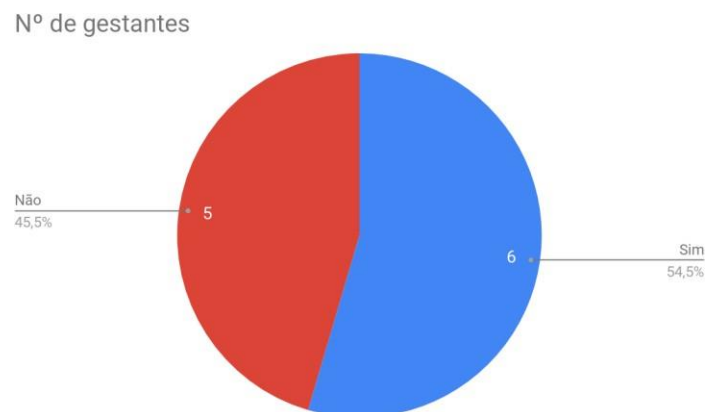


Gráfico 2: Gestantes que mantiveram acompanhamento na atenção básica após iniciarem acompanhamento no AGAR. Fonte: autora.

O estudo mostrou que 6 de 12 gestantes (54,5%), mesmo após início do acompanhamento no AGAR, seguiram mantendo consultas nas suas unidades de referência. Além disso, observou-se os profissionais da APS reforçando a importância do acompanhamento no alto-risco, assim como a importância de manter o vínculo com os profissionais da unidade.

Tal dado demonstra que, mesmo com a ausência de um formulário que sistematiza e conduz a um compartilhamento do cuidado mais eficaz, os

profissionais entendem a importância do atendimento em ambos os serviços, uma vez que as lógicas de atendimento (APS e serviço especializado) se diferenciam, mas se complementam.

Em consonância parcial com o Guia de Pré-Natal na Atenção Básica (2018), seguindo as orientações voltadas às gestantes classificadas na cor amarela, que não necessitam especificamente do acompanhamento de alto risco (leva-se em conta que tal serviço é referência no município), mas necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede, devido a necessidades clínicas específicas do caso, dando o seguimento do pré-natal juntamente com a sua unidade de referência.

Categoria 4: Itinerário Terapêutico

O gráfico a seguir ilustra os diferentes serviços especializados acessados pelas mulheres durante a gestação.

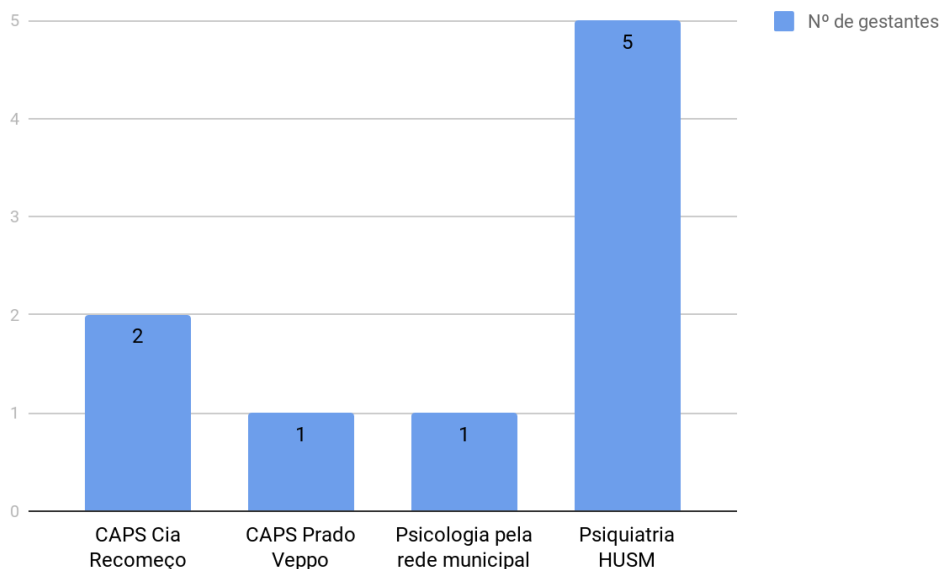


Gráfico 3: Serviços especializados da RAPS acessados pelas gestantes, durante a gestação.

Fonte: autora

É possível observar que o serviço mais acessado pelas gestantes foi a psiquiatria do HUSM (5 usuárias), uma vez que estavam em acompanhamento no AGAR concomitantemente. Em seguida, o CAPS Cia do Recomeço com duas usuárias (para atendimento de álcool e outras drogas), no CAPS Prado Veppo

apenas uma usuária (atendimento de transtornos mentais), e uma usuária que manteve atendimento no serviço de psicologia ambulatorial pela rede municipal de saúde.

As três gestantes que tentaram suicídio (todas por automutilação e alta ingestão de medicamentos controlados) foram levadas via SAMU ou por familiares ao Pronto Atendimento Municipal, e em seguida, após a estabilização do quadro, encaminhadas ao HUSM para internação e avaliação da gestação. Desta forma, o serviço de Pronto Atendimento, mesmo fazendo parte da RAPS, não foi incluso no gráfico, uma vez que se tratou de serviço emergencial, e não de acompanhamento sistemático em saúde mental, da mesma maneira que a Atenção Primária não foi incluída, uma vez que todas mantinham acompanhamento contínuo, onde 58,3% eram referenciadas em ESFs e 41,6% em UBSs sem território definido.

Os princípios da intersetorialidade e integralidade são fundamentais para o acompanhamento sistemático das gestantes, serviços os quais devem incentivar a participação ativa das usuárias e de sua rede de apoio. Valente (2017) refere que a integralidade do atendimento é proporcionada pela articulação entre os níveis de saúde. Porém, a articulação desta rede constitui-se como um dos maiores desafios postos à saúde, pois existe um distanciamento entre a intenção de praticar a intersetorialidade e a sua efetivação no cotidiano. Neste sentido, é fundamental a proposição de mudanças tanto na formação dos profissionais, quanto nas organizações dos serviços de saúde, os quais devem compreender e buscar ampliar canais de diálogo com os serviços da saúde e outros setores das políticas públicas que contribuam para a qualidade de vida das pessoas atendidas (VALENTE, 2017).

Acerca da dificuldade de articulação sistemática de cuidado compartilhado entre os serviços da rede, Santin (2018), afirma que isto acontece uma vez que mesmo a mulher estando gestante, ela não será atendida unicamente no pré-natal da UBS à qual pertence, pois é usuária de drogas ou possui outro transtorno, então, é referenciada para outro serviço especializado, o qual também irá referenciar para outro lugar, pois a mesma é gestante. Tal informação, reforça a necessidade de estudos que busquem conhecer estas mulheres e qualificar os programas e profissionais que as atendem.

Em relação ao cuidado multiprofissional a estas gestantes, evidenciou-se no estudo que apenas quatro (3,3%) gestantes continham em seus prontuários consultas e avaliações com outros núcleos além da Enfermagem e Medicina, como

Assistência Social, Psicologia e Nutrição. As outras oito (66,6%) usuárias, realizaram consultas variando entre Enfermeiros, Médico Clínico Geral, Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria. Desta forma, evidencia-se o cuidado medicalizado, principalmente no que tange a prescrição das medicações utilizadas pelas usuárias.

O acompanhamento multiprofissional é de extrema importância, uma vez que permite o olhar de todos os ângulos acerca do cuidado com a gestante. Para além disso, a atuação da equipe multidisciplinar não está relacionada exclusivamente à diversidade e/ou à quantidade de profissionais em um mesmo serviço, mas à capacidade de lidar com a complexidade dos problemas em saúde, os quais, na maioria das vezes, estão associados a múltiplos fatores e causas, e logo, difíceis de serem manejados por um único profissional.

Salienta-se que tais dados foram retirados de prontuários, e por isso, a ausência de registros de outros profissionais pode também significar que os mesmos estão realizando trabalhos em conjunto com a equipe “básica”, porém, não estão registrando adequadamente ou não estão registrando. Tal fato, além de fragmentar a continuidade do cuidado, pode também diminuir a visibilidade de algumas profissões que estão se fortalecendo e ganhando espaço na área da saúde.

A partir disto, salienta-se que a integralidade focalizada (saber multiprofissional no seu espaço de atuação) e a integralidade ampliada (articulação dos serviços com a rede assistencial composta por outros serviços), são princípios indiscutíveis para o atendimento aos indivíduos com transtornos mentais. Portanto, ao se pensar no enfrentamento do suicídio, por exemplo, é importante considerar as múltiplas determinações envolvidas no fenômeno, e não somente as questões biológicas individuais (BASTOS et al. 2019).

Meyer, Felix e Vasconcelos (2013) afirmam que a educação permanente se apresenta como uma forma de melhorar a integração entre os membros e o processo de trabalho da equipe, e no caso deste estudo, da rede de saúde que engloba o pré-natal. Além disso, a educação permanente possibilita a reflexão conjunta sobre o processo de trabalho e abrange aspectos que afetam, causam desconforto, mobilizam e movimentam gestores e trabalhadores em suas práticas cotidianas, bem como usuários, na utilização dos serviços.

6. CONCLUSÃO

O atendimento adequado às mulheres gestantes em situações de transtornos mentais ou usuárias de álcool e outras drogas, é fundamental para evitar um pré-natal e um pós-parto sem intercorrências. Além disso, a possibilidade de promoção de vínculo, e com isso, subsídios que possam facilitar o acompanhamento regular das usuárias após o período gestacional, permite a detecção precoce de novas recidivas de surtos (como no caso de tentativas de suicídio) ou a manutenção da abstinência do uso de drogas, garantindo um cuidado integral e longitudinal em saúde mental.

Com este estudo, evidenciou-se a presença da vulnerabilidade psicossocial e econômica no contexto das gestantes, uma vez que a maioria reside em áreas de elevada privação social, índice que leva em consideração fatores como taxa de alfabetização, renda média por domicílio particular permanente e moradores em domicílios com um ou nenhum banheiro na casa.

O perfil sociodemográfico encontrado corrobora a literatura, apresentando em sua maioria, gestantes jovens, com baixa escolaridade. A ausência de dados acerca da moradia e da rede de apoio das gestantes foi um achado relevante, uma vez que os determinantes sociais afetam diversas dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele está inserido.

A droga ilícita mais utilizada foi a cocaína, tanto na forma em pó quanto na forma de *crack*, enquanto as drogas lícitas foram o derivado do tabaco seguido da bebida alcoólica, onde a maioria não conseguiu se abster durante a gestação, sendo necessário internação para desintoxicação em um dos casos. A ideação/tentativa de suicídio apresentou-se como 50% dos encaminhamentos ao AGAR, sendo responsável por três internações durante a gestação após tentativas por abuso de medicamento e automutilação.

Acerca do compartilhamento do cuidado sistematizado pela ficha de plano terapêutico, evidenciou-se em apenas um prontuário sua utilização. Tal ficha foi implantada e validada em 2018, e tem como objetivo facilitar o acompanhamento da gestante pelas unidades básicas de saúde e AGAR, com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais e garantindo à gestante continuidade do cuidado. Além disso, verificou-se que 54,5% das gestantes mantiveram o

acompanhamento nas suas unidades de referência após as consultas no AGAR, fato que demonstrou a existência de vínculo com o serviço.

O itinerário terapêutico das gestantes se mostrou bem limitado, sendo a maioria dos atendimentos realizados pela psiquiatria do HUSM devido ao acompanhamento concomitante no AGAR. Este é um fato preocupante, uma vez que todas as usuárias com ideação e que realizaram tentativas de suicídio já possuíam tal histórico anteriormente a gestação. Nos serviços, evidenciou-se que 66,6% das gestantes mantiveram acompanhamento apenas com Enfermeiros e Médicos, o que demonstra um modelo ainda médico centrado, voltado à manutenção clínica do quadro e da terapêutica medicamentosa.

Diante do novo modelo de atendimento em saúde mental proposto a partir da reforma psiquiátrica, Meyer, Felix e Vasconcelos (2013) afirmam que se torna necessário a utilização de estratégias para estimular reflexões sobre o trabalho desenvolvido, e a educação permanente se apresenta como potente método de qualificação, reflexão e tomada de decisão conjunta para qualificação e aproximação da rede assistencial.

A atenção a esses casos, demanda a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da não estigmatização do problema, uma vez que a saúde mental, aliada a gestação, tende a impactar a sociedade ainda mais. Se faz imprescindível a definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto o sistema de saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.S. et al. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p: 385-393, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200017>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BASTOS L. et al. **Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco.** Rev. Saúde Pública Paraná. v.2. n.1. 2019. Disponível em: <<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/145/46>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei número 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 06 abril 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASILa. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 03 out 2017, Brasília, DF, 2017. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASILb. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo: Ministério da Saúde Lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASILc. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico. 2017. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF. v. 1, n. 1. 2018. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CAMACHO, R.S. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Rev. Psiq. Clín. v. 33 n.2; p. 92-102, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2019.

COSTA, D.O. et al. **Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. v. 23. n. 3. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0691.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

DIAS-DAMÉ, J.L.; JURACI, A.C. **Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study**. Biomed Res Int. 2015. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/345430/>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

FARIA, R. **Territórios da privação social nas cidades brasileiras: uma reflexão conceitual**. In: BORTOLOZZI, A. e BERENGUEL, O. (Org.). Cidades interativas: do contexto informacional às práticas socioespaciais integradas. 1ed. São Paulo: Olho d'Água. p. 9-24. 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/vinis/Downloads/39208-Texto%20do%20artigo-751375163395-1-10-20190502%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vinis/Downloads/39208-Texto%20do%20artigo-751375163395-1-10-20190502%20(1).pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2019.

FARIA, R. **A territorialização da atenção primária à saúde do sus: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do brasil**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.14. n.29. 2018. Disponível

em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/44129/24217>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

FERREIRA, B.R.M.; MIRANDA J.K.S. **As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem**. Revista Recien. v. 9 n.28, p. 36-43. 2016. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/160/240>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

FLAIN, V.Q. **Validação de plano terapêutico de cuidado para gestantes de alto risco**. Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. 2019. Disponível em: <<http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/778>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

GUARESCHI, N. M. F. **Estudos culturais e produção de sentidos: diálogos possíveis na construção de conhecimento**. Seminário brasileiro de estudos culturais em educação: poder identidade e diferença, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a03.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

GUIMARÃES, W.S.G. et al. **Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão**. Cad. Saúde Pública, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>>. Acesso em: 05 fev 2020.

JANTSCH, P.F. et al. **Principais características das gestantes de alto risco da região central do rio grande do sul**. Revista Destaques Acadêmicos, Lajeado, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534/1219>>. Acesso em: 05 fev 2020.

KASSADA, D.S. et al. **Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes**. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. vol. 26, núm. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a10v26n5.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LIMA, L.P.M. et al. **O papel do Enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas**. Revista Espaço para Saúde. Londrina. v. 16. n. 3. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/O_papel_do_enfermeiro_durante_a_consulta_de_pre-na.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

LOPES, R.S. et al. **O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas**. Rev. Multidisciplinar. FINOM. v. 19. 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/932-3129-1-PB.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

MARANGONI, S.R. et al. **Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez.** Revista UNINGÁ. v. 30. n.3. 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2034/1626>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. P. 50. 2002. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/eugenio_vilaca.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MEYER, D. E., FÉLIX, J., VASCONCELOS, M. F. F. **Towards an education that moves like the tide and floods the everyday routines of healthcare services.** Interface, v.17. n.47. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4513.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MINAYO, M.C.S. et al. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec. 2004. Acesso em: 10 set. 2019.

NETO, J.L.S.; FERNANDES, L.L. **Responsabilidade penal da gestante em caso de aborto consumado ou tentado oriundo de tentativa de suicídio.** Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade Aldete Maria Alves. Minas Gerais. 2017. Disponível em: <ds.facfama.edu.br>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneve: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PEREIRA, P.K. et al. **Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(12):2287-2298, dez, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/02.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

PIMENTA, A.M, et al. **Programa “Casa das Gestantes”:** perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. Texto Contexto Enferm, v. 2, n. 4, p 912- 920, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_23.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Acesso em: 05 set. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Santa Maria**. Rio Grande do Sul. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/plano-municipal-de-saude-20182021.pdf>. Acesso em 10 dez. 2010.

REIS, L.T. et al. **Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso**. J Nurs Health. v. 5, n. 2. p. 141-52. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5327/4552>. Acesso em: 10 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ação em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia de pré-natal na atenção básica**. Porto Alegre. 2018. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. v.1 n.1, pg 1- 15, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

SANTIN, JAINE. **Perfil de gestantes usuárias de drogas internadas em uma unidade de saúde mental do município porto alegre**. Universidade federal do rio grande do Sul escola de enfermagem. 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184596/001079694.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SCHIMITH, M.D. et al. **Interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde: o desafio da complementaridade**. J Nurs Health. n.2. v.4. p. 165-76. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3549/3921>. Acesso em: 05 dez. 2019.

SILVA, A.B.; PINHO, L.B. **Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. n. 23. v. 3. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091/13788>. Acesso em: 07 jan. 2020.

SIQUEIRA, L.D.; FRACOLLI, L.A.; MAEDA, S.T. **Influência do contexto social na manutenção do tabagismo em gestantes**. Rev. Brasileira de Enfermagem. v.72.n.2. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0259.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Núcleo de Telessaúde. RegulaSUS. **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)**. Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.

VALENTE, L.F. **Políticas de Saúde para gestantes usuárias de crack: resultados de Sobral - CE**. Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2017. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/politicasdesaudeparagesantesusuariasdecrackresultadosdesobralce.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

8. ANEXOS

8.1 — TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS:
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO**

Pesquisador responsável: Luis Antonio Sangioni

Instituição: UFSM

Telefone para contato: 55 32209390

Local da coleta de dados: Prontuários eletrônicos dos serviços municipais de saúde e do Hospital Universitário de Santa Maria

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de análise documental, nos prontuários eletrônicos dos serviços municipais de saúde de Santa Maria e no Hospital Universitário.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 44, Departamento Medicina Veterinária Preventiva, sala 5007, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria, 09 de setembro de 2019

.....

Assinatura do pesquisador responsável

8.2 — AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu [nome da autoridade], abaixo assinado, responsável pela [nome da instituição, empresa, organização], autorizo a realização do estudo [título do projeto], a ser conduzido pelos pesquisadores [relacionar os nomes dos envolvidos].

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Data

Assinatura e carimbo do responsável institucional

8.3 — JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DO TCLE

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa que autorize a realização da pesquisa sem a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto CUIDADOS À GESTANTE COM TRANSTORNOS MENTAIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, REDE DE ATENÇÃO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, que tem como responsável o autor Alessandra Magri Dadalt e o orientador Luis Antonio Sangioni, utilizará apenas dados secundários provenientes dos prontuários eletrônicos da rede municipal de saúde de Santa Maria e do Hospital Universitário de Santa Maria.

Pretende-se utilizar dados de natureza qualitativa dos prontuários, acerca do pré-natal compartilhado na rede primária e especializada, o itinerário terapêutico das gestantes pela Rede de Saúde Psicossocial além de traçar o perfil sociodemográfico. Serão analisados os prontuários de 16 gestantes, número total de mulheres encaminhadas ao pré-natal de Alto Risco no ano de 2018. No presente caso entende-se ser dispensável apresentação do TCLE conforme razões citadas acima.

É do conhecimento do pesquisador que conforme a Resolução 466/12 IV. 8- " Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de e esclarecimento."

Por fim, assumimos a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

Nome do pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do orientador

Assinatura do Orientador

Data: _____/_____/_____.