

Gestantes internadas no hospital psiquiátrico: um retrato da vulnerabilidade

I¹ Denise Paulino, ² Deivisson Vianna Dantas dos Santos, ³ Martina Nogueira de Magalhães Santarosa, ⁴ Sabrina Stefanello, ⁵ Denise Siqueira de Carvalho I

Resumo: O hospital psiquiátrico foi (re)inserido na rede de atenção psicossocial no Brasil, tornando-se uma opção para tratamento na crise em saúde mental. Este artigo objetivou descrever o perfil e os cuidados ofertados às gestantes durante a internação em um hospital psiquiátrico. Trata-se de estudo quantitativo, transversal, observacional e descritivo, com dados de prontuários de janeiro/2015 a agosto/2019. A amostra teve um n=67, evidenciando uma população jovem, na maioria sem qualquer renda (incluindo assistências governamentais), com baixa escolaridade. As internações foram majoritariamente não voluntárias com queda no acompanhamento de pré-natal durante internação, o qual explicita uma situação de vulnerabilidade social, com questões de gênero, representando forte influência nos encaminhamentos de saúde para essas mulheres. 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.

¹ Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil (paulinodenise79@gmail.com). ORCID: 0000-0002-8958-9741

² Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil (deivianna@gmail.com). ORCID: 0000-0002-1198-1890

³ Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil (martinasantarosa@gmail.com). ORCID: 0000-0001-6800-8541

⁴ Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil (binastefanello@gmail.com). ORCID: 0000-0002-9299-0405

⁵ Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil (denisecarvalhoufrpr@gmail.com). ORCID: 0000-0002-7495-5884

Recebido em: 03/09/2020
Revisado em: 16/03/2021
Aprovado em: 12/05/2021

Introdução

Embora a gestação em si não seja um fator de risco para o surgimento ou recorrência de transtornos mentais, diversos estudos apontam prevalências altas para a população gestante. A prevalência de transtornos mentais em gestantes, em estudos nacionais e internacionais, varia em média entre 12,9% e 25,77% (AYANO; TESFAW; SHUMET, 2019; SATIE KASSADA *et al.*, 2015; SHARMA *et al.*, 2019).

Pesquisa com gestantes diagnosticadas com transtornos mentais internadas em um hospital do Rio de Janeiro apontou que o maior índice de desfechos perinatais desfavoráveis estava entre as gestantes que fizeram um acompanhamento pré-natal menor que seis consultas (NASCIMENTO *et al.*, 2017; CAMPELO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2014). Segundo atuais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser garantidos às gestantes o mínimo de sete consultas de pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco e o atendimento em ambulatório especializado, com o objetivo de aumentar a atenção obstétrica para diminuir a mortalidade materna e fetal (SESA PARANÁ, 2017).

Apesar das evidências sobre a relevância da abordagem dos transtornos mentais na gestação, ainda falta o fortalecimento de estratégias para cuidado dessa população no território, coordenado pela atenção básica, para o acolhimento e seguimento desta demanda (POZZI *et al.*, 2014; BRAGÉ *et al.*, 2020; MEDEIROS; ZANELLO, 2018; MEDEIROS *et al.*, 2019). Tais elementos são alinhados com os princípios do SUS da equidade e integralidade, uma vez que indicam que o cuidado de gestantes com problemas mentais deve ser feito no seu território, integrado aos serviços e tecnologias que levem em conta o contexto de cada gestante, e não apartada da sociedade (LEITE *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática da Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliou uma gama de estudos que propusessem medidas de tratamento em saúde mental para gestantes em países de baixa ou média renda (RAHMAN *et al.*, 2013; WAHEED, 2019). A importância desses estudos está na implementação de técnicas ao nível da atenção básica, aplicadas por profissionais com treinamento específico, e não necessariamente por profissionais especializados em saúde mental, com demonstração de resultados positivos em uma gama importante de casos.

Outro exemplo visando à prevenção do agravamento de transtornos mentais preexistentes durante a gestação são as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental do

estado do Espírito Santo. Estas propuseram um pré-natal focado na atenção básica, mas com uma atenção psicológica mais intensiva, com encontros em grupo para a discussão de temas relacionados a gestação, parto e pós-parto, fornecendo informação e integração para as gestantes e suas famílias (PEROBELI, 2018).

Reforçando a lógica da gestão dos casos pela atenção primária, uma diretriz australiana de cuidados em saúde mental indica, para abordagem de transtornos mentais graves em gestantes, que essas devem ser acompanhadas com uma equipe de cuidados multidisciplinar, baseando-se em uma comunicação clara, plano de cuidados avançado e continuidade de tratamento em diversos segmentos clínicos (AUSTIN; HIGHET; GROUP, 2017). É salientada a importância do aconselhamento sobre uso de medicação no período gestacional, assim como é incentivada a realização de psicoterapias, escolhidas de acordo com as evidências de sucesso de tratamento para cada transtorno e as particularidades das pacientes. É, assim, uma proposta de assistência realizada preferencialmente no território.

Assim como outros estados, o Paraná organizou um protocolo de atendimento pré-natal, à luz da Rede Cegonha nacional. Esse protocolo baliza as ações, condutas e logística, caracterizando-se como uma ferramenta de trabalho na assistência ao binômio e família, com pretensão expressa de manter uma conduta linear (SMS, 2018).

Esse protocolo orienta que 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.

Essa linha de organização do sistema condiz com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que influenciou a política pública do país até 2015 e teceu uma ruptura contra o modelo manicomial do século XX, através de movimentos sociais, de lutas e denúncias contra a segregação e violência institucional de pessoas com problemas mentais (AMARANTE, 1995). Neste sentido, preconizou-se que a atenção hospitalar às crises de saúde mental e casos graves deveria ser realizada em enfermaria especializada de hospitais gerais, ou mesmo em serviços comunitários (como os CAPS 24h) (BRASIL, 2011). Seguiu-se o preceito de que o cuidado deveria ser realizado no território, o que foi reforçado em 2011, pela Portaria nº 3.088,

que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e possibilitou a articulação e integração dos serviços de saúde mental no território, em todos os níveis de atenção do SUS, criando uma verdadeira rede de cuidado e ampliando o acesso e o acompanhamento (AMARANTE; NUNES, 2018). Entendeu-se que a internação deveria ser empregada quando esgotados outros recursos do território, além de ter curta duração e durar apenas o período de estabilização clínica.

Entretanto, em dezembro de 2017, foi aprovada, por meio da Resolução nº 32, a introdução dos hospitais psiquiátricos na RAPS (BRASIL, 2017). 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, tornam-se importantes os estudos que avaliem os cuidados que estão sendo destinados a essas mulheres, em especial na instância dos hospitais psiquiátricos. Assim, este trabalho teve como objetivo identificar o perfil das gestantes e caracterizar a matriz assistencial para gestação em um hospital psiquiátrico do Paraná que tem sido o destino para encaminhamentos de gestantes com transtornos mentais graves no Estado.

Metodologia

Este é um estudo quantitativo, transversal, observacional e descritivo, de gestantes internadas em um hospital psiquiátrico, localizado no município de Pinhais-PR, no período de 2015 a 2019. Os dados foram coletados em formulário semiestruturado e obtidos com base em informações extraídas do acervo de prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

O local do estudo é uma unidade hospitalar própria do Estado do Paraná, em localidade de restrito acesso viário e distante do centro urbano devido sua etiologia histórica como hospital colônia, inaugurado em 1954. Apesar de ser um hospital regional, pode atender a solicitações da Central de Leitos Psiquiátricos referentes a todas as localidades do estado. Conta regularmente com 78 leitos para adultos, divididos em quatro unidades distintas: a) unidade de internação para mulheres em

situação de abuso de substâncias psicoativas, com 10 leitos, que neste estudo será nominada Unidade Específica – UE; b) unidade para mulheres com quadro agudo de outros transtornos mentais, com 28 leitos, que neste estudo será denominada Unidade Geral – UG; c) unidade para homens com quadro agudo de transtorno mental, com 30 leitos; d) unidade para pessoas em internamentos de longa permanência, com 10 moradores.

Cada unidade conta com equipe composta por técnicos de enfermagem em regime de plantão; enfermeira assistencial, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e médico psiquiatra na equipe multiprofissional, não necessariamente de dedicação exclusiva para as unidades citadas. Como apoio à assistência, constam enfermeiro na supervisão de enfermagem e um médico plantonista, bem como médica para acompanhamento semanal de questões clínicas e, transversalmente, setor de fisioterapia e setor coleta de exames laboratoriais com processo de análise realizado em laboratórios externos.

A população de estudo foi obtida por amostra de conveniência, coincidindo com a população de mulheres gestantes no internamento ou diagnosticadas gestantes através do exame admissional no referido período. Todos os prontuários referentes a mulheres internadas no hospital no período de interesse foram selecionados por meio do registro informatizado do hospital. Esses prontuários foram revisados manualmente e triados pelas pesquisadoras. Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de mulheres que se encontravam grávidas durante o internamento. Dessa seleção resultou uma amostra de 67 prontuários de gestantes, os quais foram lidos e analisados no próprio ambiente do hospital para o preenchimento dos formulários de coleta de dados.

O formulário abrangeu informações que visaram a caracterização das gestantes internadas. Foram selecionados, agrupados e descritos os dados: 1) perfil pessoal, socioeconômico e demográfico das gestantes: idade, escolaridade, estado civil (com companheiro ou sem companheiro), religião, ocupação, recebimento ou não de benefício assistencial, número de pessoas no domicílio, crianças menores com 12 anos incompletos no domicílio, número de filhos vivos, filhos vivos sob guarda da gestante e idade gestacional no internamento; 2) perfil da internação: tipificação da internação (voluntária, involuntária ou compulsória), tempo de internação, acompanhamento pré-natal durante a internação e atendimento por equipe multidisciplinar; e 3) perfil de diagnósticos psiquiátricos.

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, as quais são 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 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), sob o parecer número 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. Foram seguidos rigorosamente todos os aspectos éticos em conformidade com a resolução no 580/18, que orienta pesquisas com utilização de acervos institucionais (BRASIL, 2018).

Resultados

A amostra contabilizou 67 prontuários, dos quais 44 (65,7%) eram gestantes que internaram na unidade para transtornos referentes ao uso de substâncias psicoativas (UE) e 23 (34,3%) gestantes que internaram na unidade para situações de crise relacionada a outros transtornos mentais (UG).

Perfil pessoal, socioeconômico e demográfico

Em 46,4% dos registros, as gestantes residiam em regiões geograficamente distantes do hospital; 70,1% dos prontuários da amostra constavam idade entre 21 a 30 anos. Em 53,7% dos prontuários, as gestantes afirmavam ter companheiros, porém, destes, 56,2% não constavam a presença deles no tratamento. Nos registros, 70,4% das gestantes declararam não ter renda por ocupação e 65,9% não receber benefício assistencial; 70,0% da amostra haviam completado o ensino fundamental e 57,1% declararam destituição do poder familiar da guarda dos filhos (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes do estudo. Pinhais-PR, 2015-2019

| | Unidade de Internamento | | | | Total | | Valor de p (Chi ²) |
|--|-------------------------|------|--------|------|--------|------|-----------------------------------|
| | UG | | UE | | n = 67 | % | |
| | n = 23 | % | n = 44 | % | | | |
| Idade no internamento (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 | |
| Escolaridade | | | | | | | 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 | |
| Estado Civil | | 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 | |
| Ocupação | | | | | | | 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 | |
| Acesso a benefícios assistenciais | | | | | | | - |
| 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 | |

continua...

| | Unidade de Internamento | | | | Total | | Valor de p (Chi ²) |
|--|-------------------------|------|--------|------|--------|------|-----------------------------------|
| | UG | | UE | | n = 67 | % | |
| | n = 23 | % | n = 44 | % | | | |
| Nº pessoas no domicílio | | | | | | | 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 | |
| Crianças <12 anos no domicílio | | | | | | | 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 | |
| No. Filhos vivos | | | | | | | 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 | |
| No. filhos sob guarda | | | | | | | 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.

UG = Unidade Geral; UE = Unidade Específica; CT = Carteira de Trabalho; BPC = Benefício de Prestação Continuada.

Fonte: elaboração própria

Perfil gestacional e da internação

Para 55,2%, a internação não foi voluntária; ou seja, tratou-se de internação involuntária ou compulsória. O maior período de internação registrado foi de 125 dias e o menor, três dias. No entanto, o período de internação de maior frequência foi de 45 dias. A partir dos registros, cada gestante recebeu uma média de 10 atendimentos da equipe multiprofissional de saúde não médico na internação. Porcentagens similares de registros se referiram a acompanhamento (44,8%) e não acompanhamento (49,3%) para questões de saúde mental previamente à internação (tabela 2).

Tabela 2. Informações referentes ao tratamento para saúde mental das gestantes do estudo. PINHAIS-PR, 2015-2019

| | Unidade de internação | | | | Total | | Valor de p (Chi ²) |
|--|-----------------------|------|----|------|--------|------|-----------------------------------|
| | UG | | UE | | n = 67 | % | |
| | n = 23 | % | | % | | | |
| Local de tratamento prévio* | | | | | | | 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 | |
| Tipo de internação | | | | | | | 0,088 |
| Voluntário | 7 | 30,4 | 23 | 52,3 | 30 | 44,8 | |
| Não voluntário | 16 | 69,5 | 21 | 47,7 | 37 | 55,2 | |
| Substância Psicoativa de uso referido** | | | | | | | - |
| 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 | |
| Medicação psicotrópica | 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. UG = Unidade Geral; UE = Unidade Específica.

Fonte: elaboração própria

No momento da internação hospitalar, 40,3% da amostra se encontrava no segundo trimestre gestacional e para 7,5% a gravidez era desconhecida. Em 65,1% da amostra existe registro de acompanhamento pré-natal no território previamente à internação, e em 56,7% há o registro de não acompanhamento pré-natal durante a internação (tabela 3).

Tabela 3. Elementos relacionados ao acompanhamento obstétrico das gestantes do estudo. PINHAIS-PR, 2015-2019

| | Unidade de internamento | | | | Total | | Valor de p (Chi ²) |
|---------------------------------------|-------------------------|------|----|------|--------|------|-----------------------------------|
| | UG | | UE | | n = 67 | % | |
| | n = 23 | % | | % | | | |
| Idade gestacional | | | | | | | 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 | |
| Pré-natal prévio* | | | | | | | 0,705 |
| Sim | 15 | 68,2 | 26 | 63,4 | 41 | 65,1 | |
| Não | 7 | 31,8 | 15 | 36,6 | 22 | 34,9 | |
| Pré-natal durante a internação | | | | | | | 0,114 |
| Sim | 13 | 56,5 | 16 | 36,4 | 29 | 43,3 | |
| Não | 10 | 43,5 | 28 | 63,6 | 38 | 56,7 | |

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

Fonte: elaboração própria

Dos diagnósticos recebidos como justificativa para internação hospitalar, 67,2% foram do grupo F10-19 segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) (tabela 4). O principal diagnóstico foi de transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (50,7%) – F19 CID10. Além disso, 25,3% receberam diagnósticos do grupo F20-29 CID10, sendo que 16,4% foram de transtorno psicótico não orgânico não especificado – F29 CID10. Para

alta hospitalar, manteve-se o predomínio dos diagnósticos do grupo F10-19 CID10 (65,7%), principalmente de transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (49,2%). Por outro lado, a segunda maior quantidade de diagnósticos foi do grupo F30-39 CID10 (11,4%), sendo 9,0% de transtorno de humor bipolar – F31 CID10.

Tabela 4. Diagnósticos psiquiátricos recebidos por unidade de internamento. PINHAIS-OS, 2015-2019

| CID | Descrição | Unidade de internamento | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------|------|------|------|-------|------|
| | | UG | | UE | | Total | |
| | | n=23 | % | n=44 | % | n=67 | % |
| Diagnóstico na internação | | | | | | | |
| 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 |
| Diagnóstico de alta | | | | | | | |
| 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. UG = Unidade Geral; UE = Unidade Específica.

Fonte: elaboração própria

Discussão

O perfil das gestantes deste estudo se assemelha ao perfil encontrado na literatura, de mulheres gestantes com o diagnóstico de transtornos mentais, ou seja, jovens, sem uma fonte de renda por ocupação e sem acesso a benefícios assistenciais pagos diretamente pelo Estado (BOITEUX *et al.*, 2015; KASSADA *et al.*, 2015). Entretanto, em termos de escolaridade, o perfil se mostrou inferior a outras pesquisas, nas quais as mulheres com diagnóstico de transtornos mentais possuíam escolaridade compatível ao ensino médio (KASSADA *et al.*, 2015). Esse aspecto do perfil se assemelha mais com o de gestantes privadas de liberdade (BOITEUX *et al.*, 2015), ou mesmo com as gestantes internadas em hospitais psiquiátricos (PEREIRA *et al.*, 2014). Trata-se, portanto, de mulheres em condições de vulnerabilidade. Afinal, com a baixa escolaridade, por exemplo, o acesso dessas mulheres a uma fonte de renda fica ainda mais limitado e, assim, mais susceptível à instabilidade empregatícia ou ocupacional.

A própria condição de mulher já é um fator que por si só deve ser olhado com atenção. Das pessoas tidas em condição de pobreza, 70% são mulheres (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017; LUCAS; HOFF, 2008; STEPANIKOVA *et al.*, 2020). Populações vulneráveis, como a de nosso estudo, estão mais sujeitas a atos arbitrários e ao encarceramento, sendo a preponderância de mulheres pobres e negras (BOITEUX *et al.*, 2015). Mais da metade das gestantes da nossa amostra foram internadas de forma não voluntárias (involuntárias ou compulsórias), “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (LUCAS; HOFF, 2008; ZANELLO; SILVA, 2012).

A internação involuntária é uma forma de “tratamento” muito questionada, não apenas do ponto de vista de eficácia, mas também do ponto de vista dos direitos humanos. Afinal, para que haja tratamento efetivo, há a necessidade do desejo de se tratar, sendo esse fortemente atrelado às condições de produção de vida que se dá no território, o que está associado diretamente ao acesso a direitos. As gestantes deste estudo, independentemente de seus diagnósticos de transtorno mental, são cidadãs e, como tal, sujeitas de direito. Assim, para que o paradoxo entre proteção à vida e a violação da liberdade que a internação não voluntária produz não assuma caráter punitivo, ações no território precisam ser acionadas e articuladas de forma singular, por intermédio dos equipamentos ligados a

múltiplas políticas públicas, como de saúde, assistência social e educação (RUIZ; MARQUES, 2015; ZANELLO; SILVA, 2012).

Os hospitais psiquiátricos são reconhecidos como instituições totais, locais onde há controle sobre os aspectos cotidianos da vida por meio de determinações e protocolos internos, substituindo todas as possibilidades de interação social e manifestações da individualidade. Tendo como peculiaridade comum que todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob única autoridade, todas as fases das atividades diárias dos pacientes são realizadas na companhia de outras pessoas e tratadas da mesma forma (FAVILLI; AMARANTE, 2018). Isto posto, somando-se o risco da iatrogenia da institucionalização e os cuidados pautados em preceitos morais, fica evidente que o cuidado dentro de instituições totais, como hospitais psiquiátricos, mostra-se menos efetivo que o cuidado no território, onde se tende à singularidade referente à personalidade e à realidade de vida da pessoa (AMARANTE; NUNES, 2018; DUTRA; OLIVEIRA, 2015; MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

É necessário, portanto, retomarmos as discussões sobre mudança de paradigma pós-Reforma Psiquiátrica, em especial quando observamos que aproximadamente metade das gestantes desta pesquisa não eram acompanhadas por suas questões de saúde mental, tanto em equipamentos especializados como na atenção básica, e seu primeiro contato com a rede de saúde mental se fez numa internação psiquiátrica íntegra (AMARANTE; NUNES, 2018; MEDEIROS; ZANELLO, 2018). Este fato se torna mais notável por se tratar de gestantes que, em sua maioria absoluta, eram acompanhadas para cuidados materno-infantil na atenção básica, espaço que possibilita a articulação, orientação e respaldo de cuidados de forma integral, abrangendo múltiplas demandas (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Infelizmente, o direcionamento da política pública de saúde mental atual se dá pelo enfraquecimento da clínica no território (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). As práticas ligadas à exclusão, como a internação psiquiátrica ou em comunidades terapêuticas, foram reforçadas, tendo, por exemplo, suas diárias aumentadas ou maiores valores financeiros repassados (ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2017). Por outro lado, o Ministério da Saúde aboliu a criação de novas equipes multissetoriais que ampliavam e qualificavam o atendimento da Saúde da Família nos NASFs (Núcleos Ampliados da Saúde da Família) (BRASIL, 2020a). Vale lembrar que a partir dos NASFs é que ocorre a inserção de profissionais da

saúde mental para o apoio das equipes da atenção primária e com isto os municípios não veem vislumbre de apoio financeiro para a instituição de estratégias de cuidado da saúde mental na atenção básica.

O cuidado no território e em liberdade, além de um dos preceitos das políticas de saúde mental brasileiras até 2015, também era uma diretriz consoante com a atenção básica como ordenadora dos cuidados. Uma rede centrada na atenção básica é mais eficaz para construir respostas às demandas de determinado território, exatamente por estar inserido nele. Além disso, ela pode atuar nos determinantes sociais envolvidos na etiologia dos problemas de saúde dentro do princípio de integralidade (BRASIL, 2011; PEROBELI, 2018; SESA PARANÁ, 2017). Neste sentido, diversos estudos reforçam a funcionalidade da atenção básica, pautada em conceitos como o de territorialização e corresponsabilização na gestão do cuidado, articulando as redes de saúde, tornando-a assim o nível de atenção preconizado para o contato preferencial da população (AUSTIN; HIGHET; GROUP, 2017; DUTRA; OLIVEIRA, 2015; RAHMAN *et al*, 2013; WAHEED, 2019).

Segundo os protocolos estaduais de organização do fluxo de acompanhamento pré-natal, a partir do momento que as gestantes são encaminhadas para internação psiquiátrica integral, elas automaticamente passaram a ser categorizadas nos quadros de gestação de alto risco. Importante lembrar que a organização do programa de atenção materno-infantil se dá no território de origem destas mulheres; sendo assim, a internação distante do município das gestantes gera um obstáculo para o cuidado de pré-natal. O programa de atenção materno-infantil preconiza sete consultas de pré-natal na atenção primária. No entanto, para as gestações caracterizadas, nos protocolos oficiais, como de alto risco, é preconizado um adicional de cinco atendimentos com equipe multiprofissional, além de duas atividades educativas em grupo e garantia dos procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional (SES, 2018). Logo, a realidade do hospital psiquiátrico estudado está muito distante do cuidado preconizado, o que reforça a concepção de que os espaços distantes ou separados da rede de atenção não são apropriados para o cuidado materno-infantil de gestantes com transtorno mental.

Em 2010, no Estado do Paraná, a cobertura de pré-natal foi de 80,6% (BRASIL, 2010), evidenciando a potência do cuidado no território através da atenção básica. A partir disso, é preocupante que as gestantes desta pesquisa tenham apresentado uma queda no acompanhamento de pré-natal durante a internação psiquiátrica, quando

estão distantes de seus territórios de vida, evidenciando uma quebra na integralidade do cuidado (BRASIL, 2021; PEROBELI, 2018; SESA PARANÁ, 2017).

Além disso, devemos ponderar também sobre a própria construção do conceito de “gestação de risco”. Baseadas em teorias biomédicas, as classificações de risco gestacional tendem a olhar para os processos de gravidez e parto como eventos médicos antes de fenômenos naturais, o que facilmente leva a iatrogenização e retirada da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo sob a justificativa do cuidado, muitas vezes apoiando-se em discursos de fundo moral (CHADWICK; FOSTER, 2014). Ao classificar uma gestação como de “alto risco”, entende-se que aquele processo é patológico e que essa mulher é vulnerável, o que justifica ações que retiram da gestante seu poder de decisório. Assim, devemos refletir sobre o que realmente é um risco na gestação, se não estamos “medicalizando” muito mais do que o necessário, e que tipo de conduta podemos ter frente a esses casos.

Quando mulheres gestantes em condição de vulnerabilidade são destituídas da possibilidade de participar da tomada de decisões sobre seu tratamento e das próprias classificações que lhes atribuem, pode ter, aí, sim, o risco do controle moral, distanciando-se do apoio à cidadania (MEDEIROS; ZANELLO, 2018; ZANELLO; SILVA, 2012). Na literatura, questões sobre intersecção entre vulnerabilidade social e gênero têm crescido. A discussão começa com a observação da correlação entre mulheres receberem mais diagnóstico de transtornos mentais comuns, principalmente transtornos de humor, e estes estarem fortemente associados a questões biomédicas, como fatores hormonais. Essa argumentação pode explicar a definição do quadro diagnóstico de alta das gestantes internadas na unidade de tratamento para crise de transtorno mental deste estudo, fortemente voltado para diagnósticos de humor, levando-se em conta que estas mulheres estão gestantes e, assim, com evidentes mudanças hormonais (ZANELLO; SILVA, 2012).

Para além do local de cuidado à gestante em crise e em sofrimento mental, a pesquisa gerou pontos de discussão sobre a modalidade de cuidado ofertada durante as crises. A literatura nacional e internacional concorda que o atendimento para transtornos mentais deve ser multidisciplinar (AUSTIN; HIGHET; GROUP, 2017; BRASIL, 2011; FOUCAULT, 1987; PEROBELI, 2018). Presumindo-se que a internação integral se fundamentou na necessidade de atendimento à crise quando esgotados os recursos do território, pressupõe-se uma necessidade de um cuidado intensivo e caracterizado por atendimentos diários para pessoas em grave sofrimento psíquico (BRASIL, 2017).

Mais uma vez, olhamos para a informação de que o período preponderante de internação foi de aproximadamente 45 dias e que as gestantes foram atendidas em torno de 10 vezes pela equipe multiprofissional de saúde. Considerando que 45 dias são cerca de sete semanas, as gestantes receberam um atendimento não médico pela equipe multiprofissional de saúde por semana. Além disso, todas as gestantes tiveram a prescrição medicamentosa semanalmente. Nota-se que os atendimentos durante a internação se diluíram ao longo das semanas, o que vai de encontro à justificativa da internação integral, a qual é pautada na possibilidade de atendimentos multiprofissionais de forma contínua e centrada num projeto terapêutico singular para cada pessoa em situação de crise (BRASIL, 2011; BEZERRA *et al.*, 2014).

Assim, vale refletir: o que esse formato de “contenção da crise” na internação psiquiátrica integral gera em termos de produção de cuidado? 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 incluem prescrições medicamentosas), e que estes mesmos recursos também podem ser utilizados pelos equipamentos do território, qual a razão para o encaminhamento de gestantes para esses equipamentos? – sobretudo considerando o viés do distanciamento das referências sociais de convívio que existe na internação hospitalar (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017; MEDEIROS; ZANELLO, 2018). E, ainda, o quanto essas gestantes podem estar sendo duplamente desconsideradas na autonomia e singularidade de seus corpos, uma vez que foram restringidas nas decisões de condutas referentes aos cuidados para suas gestações e saúde mental, visto a predominância de internações involuntárias no nosso estudo (CHADWICK; FOSTER, 2014; ZANELLO; SILVA, 2012).

Correlacionando o encaminhamento para internação integral de gestantes com condutas não voluntárias, em especial observando a alta prevalência de diagnósticos para tratamento de abuso de substâncias psicoativas, faz-se imprescindível questionar se os determinantes sociais dessas gestantes foram considerados, bem como se essas mulheres receberam respaldo da rede para intervenções e produção de vida nas suas realidades.

Dentro do recorte de abuso de substâncias psicoativas, o uso de crack destacou-se nos achados desta pesquisa. Associando esse dado à observação de que a maioria das gestantes internadas para tratamento de abuso de álcool e outras drogas referem não ter sido acompanhadas especificamente para suas questões de transtorno mental no

território, questiona-se qual seria o motivo para que esta demanda de atenção não tenha sido observada. Na literatura faz-se menção ao receio, por parte das gestantes, de julgamentos ou repreensão por parte da equipe de saúde, ainda que muitas refiram ciência dos riscos para sua saúde ou do bebê (FONSECA *et al.*, 2017). Este contexto, no qual a gestante, influenciada por sentimentos conflituosos frente à rede de assistência, evita explicitar essa demanda de cuidado, pode explicar a demora da identificação da situação problema, que culmina num potencial agravamento biopsicossocial da questão, resultando no encaminhamento para internação integral. Desta forma, mais uma vez percebe-se a importância do trabalho realizado no território de forma singular, articulado em rede com equipamentos de variadas políticas públicas (MOREIRA *et al.*, 2015; RUIZ; MARQUES, 2015; WRONSKI *et al.*, 2016).

Uma ferramenta da clínica ampliada que adveio um tanto concomitante com os serviços nos territórios próprios da reforma psiquiátrica e para se contrapor ao modelo hospitalar foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Seria uma forma de planejamento do cuidado construído coletivamente por uma equipe multiprofissional, especificamente para uma pessoa, uma família ou um grupo, pressupondo maior participação dos sujeitos na elaboração, aplicação e avaliação do seu tratamento. Ademais, para construção de um PTS, faz-se necessário considerar os determinantes sociais e o contexto de vida, a fim de que os caminhos deste tratamento possam fazer sentido e se adaptar às necessidades de cada um (HAMMELL, 2020). Sem projetos terapêuticos singulares efetivos, as instituições totais tendem, a partir da padronização das normas e condutas, a medicalizar a vida com o intuito de adequar os internos a uma “normalidade” socialmente aceita (CLOETE; RAMUGONDO, 2015; SOALHEIRO; MOTA, 2014; TESSER, 2006a, 2006b).

Este estudo apresenta como limitação as características das informações colhidas, tendo em vista que estas foram retiradas dos prontuários e, assim, sujeitas à qualidade das anotações dos profissionais e passíveis às interpretações dos registradores, fato que pode refletir nos resultados da pesquisa. Além disso, há o não registro de informações importantes, que poderiam contribuir para a caracterização do perfil sociodemográfico da população do estudo, como por exemplo, aspectos raciais que tiveram de ser excluídos do formulário de coleta por esta razão. Por fim, este estudo transversal não possibilita entender como se deram o acompanhamento e seguimento dessas mulheres na rede. Ressalta-se ainda que o descrito se reporta a um hospital psiquiátrico regional do Paraná, de modo que os

dados apresentados devem ser dimensionados para outras realidades antes de serem extrapolados para além de seus limites metodológicos.

Conclusão

Dado o exposto sobre a matriz de cuidados oferecida às gestantes internadas nesse hospital psiquiátrico, nos deparamos com uma população em situação de vulnerabilidade, para a qual foi destinada um modelo assistencial que não é de base territorial. A matriz de cuidado foi preponderantemente não voluntária, com acompanhamento pré-natal menor que no território e em uma instância para o cuidado em saúde mental historicamente segregadora. O atendimento em uma instituição hospitalar psiquiátrica, para o público de gestantes, não é posto como diretriz em diversos países com sistemas universais de saúde. Pelo contrário, há um direcionamento para o cuidado na atenção básica, considerado mais efetivo e personalizado. Apesar de alcançado um quantitativo de atendimentos para questões de saúde mental com equipe multiprofissional de saúde condizente com um cuidado intensivo, ao mesmo tempo, este se mostrou incongruente com o princípio da integralidade. Ademais, o cuidado para saúde mental intensivo também é ofertado em equipamentos de território com potencial socializante e reforçador de cidadania, além da franca possibilidade do cuidado holístico para o binômio mãe-bebê.

Assim, os dados advindos desta pesquisa demonstram incongruência com as propostas da Reforma Psiquiátrica de superação do modelo manicomial e primazia da atenção básica pautada na territorialização. São também um alerta para os rumos atuais da política de saúde mental brasileira, que reforçou, em diversas esferas, o hospital psiquiátrico como equipamento para a rede de atenção. Também evidencia a questão de gênero e determinantes sociais frente ao sofrimento mental, com latente medicalização da vida em detrimento das singularidades – que incluem autonomia e potencialidades – destas mulheres. Isto posto, somam-se dados ao entendimento de que o hospital psiquiátrico não representa um ambiente propício para cuidado de uma mulher gestante com transtornos mentais.¹

Referências

ALMEIDA, J. M. C. Mental health policy in Brazil: What's at stake in the changes currently under way. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019, p. e00129519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129519>.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 1 jun. 2018.

AUSTIN, M. P.; HIGHET, N.; GROUP, T. E. W. *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: oct, 2017. Disponível em: <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

AYANO, G.; TESFAW, G.; SHUMET, S. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, organizado por Astrid M.Kamperman, v. 14, n. 2., fev. 2019, p. e0211764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211764>.

BEZERRA, M. L. et al. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.66, n. 3, 2014, p. 31-46. pepsic.bvsalud.org, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672014000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2020.

BOITEUX, L. et al. *Mulheres e crianças encarceradas: um estudo jurídico-social sobre a experiência da maternidade no sistema prisional do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <http://fileserv.idpc.net/library/M--es-encarceradas-UFRJ.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRAGÉ, É. G. et al. Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 69, n.3, 24 jun. 2020, p. 165–70. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000275>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 3/2020*. Brasília: DESF/SAPS/MS, 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)*. Brasília, 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/f06.def>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAMPELO, L. L. *et al.* Efeitos do consumo de drogas parental no desenvolvimento e saúde mental da criança. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 14, n. 4, 21 dez. 2018, p. 245-256. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000411>.

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*, v. 22, n. 1, p. 68-77, mar. 2017.

CHADWICK, R. J.; FOSTER, D. Negotiating risky bodies: Childbirth and constructions of risk. *Health, Risk and Society*, v. 16, n. 1, p. 68-83, 2 jan. 2014.

CLOETE, L. G.; RAMUGONDO, E. L. “I drink”: Mothers’ alcohol consumption as both individualised and imposed occupation. *South African Journal of Occupational Therapy*, v. 45, n. 1, p. 34-40, 2015.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p. 1981-7746, 2020.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*, v. 15, n. 4, p. 529-540, 1 dez. 2015.

FAVILLI, F.; AMARANTE, P. Direitos humanos e saúde mental e as instituições totais punitivas: um estado da arte Itália-Brasil sobre a determinação de mecanismos alternativos à prisão decorrentes às situações de doença mental ou enfermidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 10, n 25, março de 2018, p. 141-183. Disponível em: periodicos.ufsc.br, <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69659>. Acesso em: 27 jul. 2020.

FONSECA, P. M. M. *et al.* Gestante usuária de crack: desafios encontrados no pré-natal Pregnant user of crack: challenges found in prenatal care. *Revista Científica UMC*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/125>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HAMMELL, K. W. Action on the social determinants of health: Advancing occupational equity and occupational rights. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, v.28, n. 1, abril de 2020. Disponível em: www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br, <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2052>. Acesso em: 16 jan. 2021.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalence of mental disorders and associated factors in pregnant women. *Acta Paul Enferm*, v. 28, n. 6, p. 495-502, 2015.

- LEITE, J. A. *et al.* Efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática. *Revista de APS*, v. 21, n. 2, p. 278-290, 20 dez. 2018.
- LUCAS, L.; HOFF, T. Formas sutis de dominação hierarquizada: corpo e feminização da pobreza. *Revista ex aequo*, [s.l.], n. 17 p. 133-154, março de 2008. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/aeq/n17/n17a09.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- MEDEIROS, M. P.; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 18, n. 1, p. 384-403, 20 dez. 2018.
- MEDEIROS, F. F. *et al.* Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 3, p. 204-211, 1 dez. 2019.
- MOREIRA, M. R. *et al.* Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - Contribuições para a agenda política. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, 2015.
- NASCIMENTO, I. B. *et al.* Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 2, p. 187-194, 6 jun. 2017.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health in Brazil: Strides, setbacks, and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019, p. e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- PEREIRA, P. K. *et al.* Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil Adverse. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1654-1666, 1 ago. 2014.
- PEROBELLI, A. O. *et al.* Diretrizes Clínicas em Saúde Mental Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Vitória: [s.n.]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.
- POZZI, R. A. *et al.* Pregnancy in the severely mentally ill patient as an opportunity for global coordination of care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 210, n. 1, p. 32-37, 2014.
- RAHMAN, A. *et al.* Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle – income countries: a systemic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, n. 8, agosto de 2013, p. 593-601I. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2471/BLT.12.109819>.
- RUIZ, V. R. R.; MARQUES, H. R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 1, 2015, p. 1-8. Disponível em: www.redalyc.org, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609866378002>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. *Linha guia da Rede Mãe Paranaense*. 6 ed, [s.l.], 2017. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>. Acesso em: 16 out. 2021.

- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Rede Mãe Curitibana - Vale a Vida*. Curitiba: 2018. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br>. Acesso em: 16 out. 2020.
- SHARMA, R. *et al.* Depression in Pregnancy: Prevalence and Clinical Correlates. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, v. 8, n. 2, p. 30-35, 31 dez. 2019.
- SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Revista Polis e Psique*, v. 4, n. 2, p. 65-85, 5 dez. 2014.
- STEPANIKOVA, I. *et al.* Gender discrimination and depressive symptoms among child-bearing women: ELSPEC-CZ cohort study. *EClinicalMedicine*, v. 20, p. 100297, 1 mar. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100297>.
- TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006a.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 347-362, dez. 2006b.
- WRONSKI, J. L. *et al.* Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. *Revista de Enfermagem UFPE on line.*, v. 10, n. 4, p. 1231-1239, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11108/12577>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- ZANELLO, V.; SILVA, R. M. C. E. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, v. 20, n. 2, p. 267-79, 5 set. 2012.

Nota

¹ D. Paulino e M. N. de M. Santarosa: conceitualização, metodologia, coleta e análise dos dados, redação da pesquisa e artigo. D. V. D. dos Santos: discussão; supervisão; revisão e correção de tabelas, pesquisa e artigo. S. Stefanello: discussão, revisão e correção da pesquisa e artigo. D. S. de Carvalho: discussão; supervisão; revisão e correção de tabelas, cálculos estatísticos, pesquisa e artigo.

Abstract

Pregnant women admitted to the psychiatric hospital: a portrait of vulnerability

The psychiatric hospital was (re)inserted in the psychosocial care network, in Brazil, becoming an option for treatment in the mental health crisis. This article aimed to describe the profile, and care offered to pregnant women during hospitalization in a psychiatric hospital. This is a quantitative, cross-sectional, observational, descriptive study with data from medical records from January/2015 to August/2019. The sample had an n=67, showing a young population, mostly without any sort of income (including governmental assistance), with low education. Admissions were mainly non-voluntary, with a drop in prenatal care during hospitalization, which exposes a situation of social vulnerability with gender issues, representing a strong influence on health referrals for these women. Hospitalization demonstrated a weakness in providing integral care, reinforcing a segregating treatment. The need for articulated care from Primary Care was highlighted, 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.

