

# Saúde mental, gênero e violência estrutural

Valeska Zanello <sup>1</sup>, René Marc Costa e Silva <sup>2</sup>

**Resumo:** Transtornos de ansiedade e depressão são diagnósticos frequentes no mundo ocidental. Autores os definem como transtornos mentais comuns e pesquisas têm apontado alta correlação entre seu aparecimento e condições socioeconômicas tais como gênero, pobreza e baixa escolaridade, dentre outras. O presente artigo fez uma análise dos sintomas e diagnósticos encontrados em prontuários de pacientes homens e mulheres de dois grandes hospitais psiquiátricos do Distrito Federal. Foram analisados 72 prontuários masculinos e 165 femininos. A frequência dos sintomas foi contabilizada da mesma maneira que os diagnósticos. Observou-se que 27,5% dos diagnósticos masculinos e 59,6% dos femininos podem ser considerados transtornos mentais comuns. Além disso, o perfil biométrico levantado aponta para a prevalência de mulheres, negras, pobres e domésticas como usuárias destes serviços. Discussão: questiona-se se tais diagnósticos apontam para um quadro médico ou se o que está ocorrendo é uma medicalização de mazelas sociais.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Psiquiatria comunitária. Feminismo.

## Resumen

### Salud mental, género y violencia estructural

Trastornos de ansiedad y depresión son diagnósticos frecuentes en el mundo occidental. Autores los definen como trastornos mentales comunes y las investigaciones han demostrado alta correlación entre su apareamiento y condiciones socioeconómicas, tales como género, pobreza y baja escolaridad, entre otras. El presente artículo hizo un análisis de los síntomas y diagnósticos encontrados en los historiales de pacientes hombres y mujeres de dos grandes hospitales psiquiátricos del Distrito Federal. Fueron analizados 72 historiales masculinos y 165 femeninos. La frecuencia de los síntomas fue contabilizada de la misma manera que los diagnósticos. Se observó que el 27,5% de los diagnósticos masculinos y el 59,6% de los femeninos pueden ser considerados trastornos mentales comunes. Además, el perfil biométrico planteado señala la prevalencia de mujeres, negras, pobres y empleadas domésticas como las usuarias de estos servicios. Discusión: se cuestiona si dichos diagnósticos señalan hacia un cuadro médico o si lo que está ocurriendo es una medicación de enfermedades sociales.

**Palabras-clave:** Salud mental. Psiquiatria comunitaria. Feminismo.

## Abstract

### Mental health, gender and structural violence

Anxiety disorders and depression are common diagnoses in the Western world. Authors define them as common mental disorders, and researches have indicated a high correlation between their appearance and socioeconomic conditions, such as gender, poverty and low educational level, among others. This paper analyzed the symptoms and diagnoses found in medical records of male and female patients from two large psychiatric hospitals in the Federal District of Brazil. We examined 72 male records and 165 female records. The frequency of the symptoms was registered, as well as the diagnoses. It was observed that 27.5% of male and 59.6% of female diagnoses may be considered as common mental disorders. Furthermore, the biometric profile shows the prevalence of maidservant, poor, black women as the main users of such services. This paper questions whether such diagnoses point to a clinical condition or whether a medicalization of social issues has been occurring.

**Key words:** Mental health. Community psychiatry. Feminism.

## Aprovação CEP Secretaria de Saúde/GDF nº 313/08

1. **Doutora** valeskazanello@uol.com.br – Universidade de Brasília (UnB), Grupo de Pesquisa “Psicopatologia, Linguagem e Gênero” 2. **Doutor** renecostasilva@gmail.com – Centro Universitário de Ensino Unificado de Brasília (UniCeub), Grupo de Pesquisa em Filosofia, Raça, Gênero e Direitos Humanos (Padê), Brasília/DF, Brasil.

## Correspondência

Valeska Zanello – Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Psicologia Clínica/PCL/Instituto de Psicologia. Campus Darcy Ribeiro – Asa Norte CEP 70910-900. Brasília/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Philipps e First apontam o quanto o gênero é uma janela para o entendimento da doença mental. Segundo eles, em recentes publicações o *Institute of Medicine* enfatizou a importância de se considerar o sexo/gênero no entendimento da “doença”. E afirmam: *o gênero pode virtualmente afetar todos os aspectos da psicopatologia, incluindo a prevalência dos transtornos mentais, a maneira como os sintomas se expressam, o curso da doença, a busca do tratamento pelo paciente e se este melhora com o tratamento*<sup>1</sup>. Mas o que é gênero, ou melhor, o que são relações de gênero?

O conceito “gênero” surgiu a partir do movimento feminista como categoria de descrição e análise de interações sociais, contrapondo-se ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”<sup>2</sup>. O uso desses termos reduzia a análise dos sujeitos às diferenças do corpo, especialmente às da genitália. Casares<sup>3</sup> aponta a mudança de sentidos que o termo tomou no decorrer da história. Assim, se inicialmente referia-se ao estudo das mulheres e de suas particularidades, tornou-se cada vez mais um termo relacional – daí se utilizar a expressão *relações de gênero* denotando valores e papéis sociais associados a homens e mulheres.

Esses papéis e valores são relacionais, assimétricos e completamente imbricados. As relações de gênero são, *a priori*, relações permeadas de poder. Em nossa cultura, o gênero é marcado pelo sistema patriarcal das sociedades ocidentais, onde a mulher é historicamente colocada à margem<sup>4</sup>. Exemplos de papéis e valores atribuídos aos gêneros podem ser facilmente dados.

### Invisibilidade de gênero

Recente pesquisa<sup>5-7</sup> realizada durante quatro anos com sujeitos de diversas idades e classes sociais levantou várias categorias valorizadas em cada sexo. Nas mulheres foram encontrados o comportamento sexual marcado pela renúncia e pelo recato; traços de caráter relacionais, isto é, qualidades relacionadas à abnegação de si mesma e cuidado com os outros; e cuidado com o corpo, no sentido da busca de um ideal estético. Nos homens, as seguintes categorias: comportamento sexual

ativo (sexualmente viril); ter traços de caráter de autoinvestimento, isto é, um homem, para ser “homem de verdade”, deve, em nossa cultura, ser um “pegador” e também trabalhador dedicado, de preferência bem-sucedido, que caracterizaria o tradicional “provedor”.

Outro trabalho<sup>8</sup> demonstra como tais valores estão presentes no sofrimento psíquico e na fala dos pacientes “psiquiatrizados”. Estes valores e papéis são tomados como balizas no julgamento de si mesmo e afetam diretamente o narcisismo e a autoestima do sujeito, passando a ser constitutivos. Pesquisá-los e levá-los em consideração nas formas de intervenção torna-se assim importante, sobretudo quando se pensa acerca da efetividade das intervenções<sup>9</sup>.

Refletir acerca do gênero é desnaturalizar certas diferenças tidas como intrínsecas, cuja biologia levaria à sua reificação e à assunção de sua inevitabilidade. Isto se torna ainda mais evidente no campo da saúde mental, no qual há o fortalecimento do discurso cerebrocentrista<sup>10</sup> e biológico, e questões sociais podem ser invisibilizadas e medicalizadas. Rer a saúde mental sob o viés das relações de gênero leva, portanto, a outras reflexões e à compreensão do quanto a loucura pode ser engendrada<sup>8,11</sup>.

Philipps e First<sup>1</sup> apontam que os estudos de gênero podem contribuir para a compreensão de pelo menos dois importantes pontos na área da saúde mental: epidemiologia e etiologia dos transtornos. Em relação à epidemiologia questiona-se a razão da maior incidência de depressão em mulheres em todo o mundo (de 2 a 3 casos para cada um em homens). Há duas correntes explicativas para este fenômeno: uma, de cunho biologizante, vem crescendo nas últimas décadas. Segundo essa perspectiva, a predominância de depressão nas mulheres seria causada pela especificidade dos hormônios femininos<sup>12-15</sup>. Em paralelo, a corrente sócio-histórica, preocupada com as condições materiais e existenciais que favorecem o sofrimento psíquico e seu agravamento, tem demonstrado quanto os fatores de risco relacionados à depressão são engendrados e sociais. Referem-se à maior pobreza, menores índices de alfabetização, rendas ínfimas, violência (física, sexual, verbal) etc. – viés

que tem sido adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em relação à etiologia, têm sido questionadas as especificidades dos corpos e de suas diferenças; mas, além disso, a interação entre essas diferenças e os distintos papéis/lugares sociais (engendrados) que os sujeitos ocupam na sociedade. O pano de fundo dessas pesquisas tem sido o conceito de plasticidade cerebral e, também, a correlação entre certas vivências em fases do desenvolvimento infantil e a maior vulnerabilidade a certos quadros psicopatológicos na vida adulta. Destacam-se, no entanto, fatores de risco diferenciados para meninos e meninas, as questões sociais que ocorrem privilegiadamente mais com um ou com o outro sexo – como seria o caso do abuso sexual dentre meninas e o abuso físico dentre meninos <sup>16</sup>.

Outra questão importante em relação à leitura do campo da saúde mental sob o viés de gênero diz acerca do olhar do clínico que avalia o paciente. Nossos “olhares” são marcados pelos valores de gênero, os quais se tornam fator determinante na atividade hermenêutica da leitura dos sintomas. Tendemos a julgar e avaliar a partir de certos padrões ideais, inscritos e constituídos culturalmente. Por outro lado, mesmo quando os sintomas são patoplásticos, seus modos de expressão também são engendrados.

Por exemplo, é mais comum nos depararmos com uma mulher chorosa do que com um homem – e com um homem agressivo do que com uma mulher. Parece-nos, assim, que o nível de tolerância que temos para denominar um comportamento como “choro desproporcional” e “agressividade” seria diferente para um paciente homem e uma paciente mulher. Tal fato tem levado teóricos a afirmar a necessidade de desenvolver critérios diagnósticos diferentes para homens e mulheres. O que se percebe, em diversas pesquisas <sup>17,18</sup>, é a tendência à hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e ao subdiagnóstico em homens (como na depressão), e também o contrário para outros transtornos. Isto dependeria, portanto, da eleição e da descrição dos sintomas selecionados para perfazer o quadro sindrômico.

Se os sintomas são engendrados, ao escolhê-los e agrupá-los em síndromes pode-se estar

favorecendo o diagnóstico em mulheres ou homens. Em suma, se a manifestação do sintoma é engendrada, há que se repensar a expressão do transtorno e a necessidade de criar critérios diagnósticos diferentes para homens e mulheres, que considerem os papéis e valores de gênero. E, mais grave ainda, não se sabe se essa releitura não levaria a novo levantamento epidemiológico com prevalências distintas dos transtornos daquelas hoje conhecidas. Faz-se principalmente necessário “treinar” o olhar do clínico para que seja crítico em relação aos seus próprios valores de gênero, que se fazem invisibilizados, quer queira quer não, no diagnóstico.

Em relação à mudança que esses aspectos trariam para o próprio levantamento epidemiológico dos transtornos mentais, Grant e Weissman afirmam:

*A falha em considerar possíveis diferenças de gênero, na maneira com que os transtornos psiquiátricos se manifestam e/ou se expressam, pode complicar de forma substancial a estimativa de taxas de prevalência válidas em estudos epidemiológicos, em razão de possíveis vieses nos critérios diagnósticos. Futuras pesquisas epidemiológicas devem focar a identificação empírica de critérios diagnósticos enviesados por gênero <sup>19</sup>.*

Segundo Morgado e Coutinho <sup>20</sup>, os dados epidemiológicos em saúde mental só têm sentido se interpretados à luz dos fatores que os condicionam. No entanto, o gênero ainda tem sido subestimado nos estudos em saúde mental. Pode-se perceber isto na própria história do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) <sup>21</sup>. Widiger <sup>22</sup> aponta as pequenas mudanças em relação ao gênero, nos DSM:

- **DSM I**

Na primeira edição o sexo das pacientes foi incorporado, entre muitos outros itens, com recomendação de inclusão. No entanto, nenhum achado real relacionado ao sexo (exemplo, proporções entre os sexos) foi relatado.

- **DSM II**

Incluiu informações sobre a proporção entre gêneros de um transtorno. Mas apenas na *Reação Delinquente de Grupo* na infância. Surgiram também comentários sobre a diferença de expressão do transtorno entre os gêneros. Contudo, nenhuma outra informação sobre gênero foi fornecida para qualquer outro diagnóstico, mesmo aqueles que razoavelmente são aplicáveis a apenas um sexo (por exemplo, psicose pós-parto).

- **DSM III**

Houve maior enfoque sobre gênero, embora as informações continuassem limitadas. Foi fornecida a frequência relativa com que um transtorno era diagnosticado em homens e mulheres e criou-se seção dedicada especificamente a proporções entre os sexos. Algumas vezes, informações adicionais específicas ao gênero sobre o curso ou apresentação do transtorno foram fornecidas em outras partes do texto. Para alguns transtornos, foi simplesmente reconhecido não haver informações disponíveis sobre gênero. Incluiu-se pela primeira vez critérios diferentes para homens e mulheres em alguns transtornos – tais como transtorno de identidade de gênero da infância e excitação sexual inibida.

Diversas controvérsias surgiram com o DSM III-R, sobretudo no tocante à criação do transtorno disfórico da fase lútea tardia (TDFLT). As críticas apontavam a possibilidade de mau uso deste diagnóstico “contra” as mulheres. O DSM IV continuou incluindo seção dedicada especificamente à proporção entre os sexos, porém com dados mais precisos. O TDFLT tornou-se transtorno disfórico pré-menstrual. Esta versão expandiu o texto do manual, incluindo informações adicionais sobre como os transtornos variam em expressão e curso entre os sexos. As informações de proporções entre os gêneros foram tabuladas de maneira abrangente e expressou-se preocupação a respeito da falta de consistência na quantidade e qualidade da informação. Houve revisões sistemáticas da literatura, que levaram a mudança nas proporções entre homens e mulheres, no que tange à incidência, em relação ao polêmico DSM III-R.

O DSM IV-R incluiu também possíveis explicações para algumas das proporções relatadas entre os sexos: a) o levantamento da possibilidade de que alguns achados poderiam decorrer de avaliações imprecisas; b) essas proporções poderiam derivar das diferenças de idade dos sujeitos pesquisados (fator de desenvolvimento); c) poderia haver diferença entre mulheres e homens no relato dos sintomas ou na busca de tratamento; d) haveria diferenças nos ambientes; e) as diferenças poderiam ser culturais<sup>22</sup>.

O breve panorama acima traçado demonstra que persiste a invisibilidade da categoria gênero como fator determinante e/ou condicionante do adoecimento. Embora esta situação esteja paulatinamente mudando pela incorporação do gênero na caracterização dos transtornos mentais, o tema merece reflexão e discussão aprofundadas – lacuna que esta pesquisa procurou responder.

## Método

Tendo em vista a importância de qualificar o gênero como viés fundamental não apenas para embasar futuras pesquisas, mas para rever o próprio campo da saúde mental, o presente estudo objetivou levantar sintomas e diagnósticos, bem como as condições sociais de pacientes homens e mulheres, usuários do serviço de saúde mental no Distrito Federal (DF).

Foram escolhidos dois grandes hospitais de referência na área e os dados foram coletados a partir dos prontuários de pacientes que por ali passaram nas últimas três décadas. O arquivo estava bastante danificado, bem como os prontuários, de maneira que foram selecionados os exemplares conservados e legíveis. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. Ao todo, foram analisados, separadamente, 72 prontuários masculinos e 165 femininos. Os sintomas foram anotados um a um, e depois contabilizados, tanto em termos de frequência em relação ao número de pacientes de cada sexo quanto em função do número total de sintomas encontrados no grupo de homens/mulheres. O mesmo processo foi realizado em relação aos diagnósticos.

## Resultados

### *Incidência de sintomas e diagnósticos em homens*

Nos 72 prontuários masculinos foram encontrados 290 sintomas, divididos em 107 tipos (segundo termos utilizados pelos psiquiatras). Pôde-se analisar somente 67 prontuários, pois em cinco deles (7%) não constava nenhum sintoma apontado. Os sintomas mais frequentes, por número de pacientes, foram: insônia (27%); alucinação auditiva (24%); agressividade (22,4%); ansiedade (13,5%); ideação suicida (13,5%); depressão (13,5%); delírio (13,5%); isolamento (12%); medo (12%); irritabilidade (12%); tristeza (12%); agitação (11%); taquicardia (9%); alcoolismo (9%); inapetência (7,5%) e inquietação (7,5%).

Chama a atenção a presença de certos “sintomas” apontados nos prontuários masculinos e que não apareceram nos femininos, tais como “*ócio*”, “*insegurança sexual*”, “*dificuldade de ter relações sexuais*”, “*preocupação com a vida sexual*”.

Em relação aos diagnósticos, encontraram-se 34 prontuários sem a indicação de diagnóstico, ou seja, 48% do total de prontuários de pacientes masculinos. Em alguns casos, pôde-se observar a presença de dois ou mais (até cinco) diagnósticos diferentes para o mesmo paciente. Nestes casos, foram contabilizados todos os diagnósticos. Ao todo, foram encontrados 70 diagnósticos, divididos em 24 tipos de transtornos nos 38 prontuários preenchidos nesta parte.

Os transtornos diagnosticados foram agrupados segundo os critérios do DSM, apresentando a seguinte frequência: psicose (44%); transtorno de humor (19%); transtorno de ansiedade (8,5%); transtornos de base orgânica (6,5%); déficit cognitivo (6,5%); transtorno causado por uso de drogas (5%) e transtorno de personalidade (2%). Em alguns casos (8,5%), observou-se que o diagnóstico dado recebia o nome de certos sintomas, por exemplo, “heteroagressividade”.

### *Incidência de sintomas e diagnósticos em mulheres*

Nos prontuários femininos foram encontrados 913 sintomas, divididos em 174 tipos diferentes (segundo termos utilizados pelos psiquiatras). Pôde-se analisar somente 162 prontuários, pois em três (2%) não constava o apontamento de ne-

nhum sintoma. Dentre os sintomas mais frequentes (por número de pacientes), encontrou-se: insônia (46%); ansiedade (34%); tristeza (28,5%); vontade de chorar/choro incontido e imotivado (25%); angústia (23,5%); irritabilidade (23%); depressão (19%); nervosismo (19%); agressividade (18%); cefaleia (18%); isolamento social (15,5%); alucinação auditiva (14%); desânimo (14%); medo (12%); tontura/vertigem (12%); dificuldades nas relações (10%); inapetência (10%); dor/*corpalgia* (9%); agitação psicomotora (8%); ideação suicida (7%); esquecimento/amnésia (7%) e inquietação (7%)

Chamou também atenção a presença de certos “sintomas” apontados nos prontuários femininos, alguns dos quais igualmente apareceram nos masculinos, mas com frequência irrelevante como “*problemas nos relacionamentos*”, sobretudo com o marido e a família. Os sintomas específicos deste grupo foram: “*climatério*”, “*frustração de não ser amada*”, “*sensibilidade histérica*”, “*frustração com a carga familiar*”, “*manipuladora*”, “*rebelde*”, “*ciúmes*”, “*falta de apoio emocional*”, “*gosta de chamar a atenção*”, “*culpa*”, “*personalidade narcisista*”, “*mãe solteira*”, “*desapego das tarefas domésticas*”, “*falta de confiança no marido*”, “*fragilidade emocional*”, “*sobrepeso*”, “*falta ou diminuição da libido*”, “*controladora nos relacionamentos afetivos*”, “*amargura*”, entre outros

Outro aspecto importante diz respeito à frequência do sintoma “choro”, que apareceu apenas em um prontuário masculino sob o termo “choroso”. Nos prontuários femininos “choro” apareceu com a frequência de 25%, acompanhado, quase sempre, de um adjetivo que não apareceu, em momento algum, nos prontuários masculinos: “imotivado”. Além disso, foi observada uma invisível incidência de dependência do diazepam. Em quatro prontuários, a dependência foi listada como sintoma da paciente. Nos demais, aparecia como comentário na anamnese.

Em relação aos diagnósticos, encontraram-se 80 prontuários sem indicação de nenhum diagnóstico, ou seja, 48% do total de prontuários de pacientes femininos, taxa de incidência próxima à dos pacientes masculinos. Da mesma maneira que nos prontuários masculinos, pôde-se observar, em alguns casos, a presença de dois ou mais diagnósticos para a mesma paciente. Igualmente, consideraram-se todos os diagnósticos.

Foram encontrados, ao todo, 174 diagnósticos

divididos em 46 tipos de transtornos, em 85 prontuários cuja parte do “diagnóstico” estava preenchida. Os mesmos foram agrupados, segundo os critérios de classificação do DSM, com a seguinte frequência: transtornos de humor (38,3%); psicose (23,4%); transtornos de ansiedade (15%); transtornos de personalidade (neurótica/histriônica 11%); transtornos mistos de depressão e ansiedade (6,3%); déficits cognitivos (4%) e transtornos de base orgânica (2%).

### Comparação entre sintomas e diagnósticos de homens e mulheres

Para comparar os dados obtidos dos prontuários masculinos e femininos foi construída a tabela a seguir, ordenada segundo a frequência decrescente dos sintomas por número total de pacientes de cada sexo. Tomou-se como base a lista de sintomas femininos por serem em maior número e, no geral, apresentarem maior frequência.

**Tabela 1.** Comparação entre a frequência relativa da presença de sintomas pelo número total de pacientes de cada sexo

Sintomas masculinos	Sintomas femininos
Insônia (27%)	Insônia (46%)
Ansiedade (13,5%)	Ansiedade (34%)
Tristeza (12%)	Tristeza (28,5%)
Choroso (1,4%)	Vontade de chorar/choro incontido e imotivado (25%)
Angústia (2,8%)	Angústia (23,5%)
Irritabilidade (12%)	Irritabilidade (23%)
Depressão (13,5%)	Depressão (19%)
Nervosismo (4,4%)	Nervosismo (19%)
Agressividade (22,4%)	Agressividade (18%)
Cefaleia (4,4%)	Cefaleia (18%)
Isolamento social (12%)	Isolamento social (15,5%)
Alucinação auditiva (24%)	Alucinação auditiva (14%)
Desânimo (4,4%)	Desânimo (14%)
Medo (12%)	Medo (12%)
Tontura/vertigem (3,3%)	Tontura/vertigem (12%)
Dificuldades nas relações (4,4%)	Dificuldades nas relações (10%)
Inapetência (7,5%)	Inapetência (10%)
Dor/corpalgia (4,4%)	Dor/corpalgia (9%)
Agitação psicomotora (11%)	Agitação psicomotora (8%)
Ideação suicida (13,5%)	Ideação suicida (7%)
Esquecimento/amnésia (2,8%)	Esquecimento/amnésia (7%)
Inquietação (7,5%)	Inquietação (7%)
Alcoolismo (9%)	Alcoolismo (2%)
–	Dependência de diazepam (2,7%)

Podem-se perceber diferenças percentuais relevantes na incidência de certos sintomas por sexo. Dentre as mulheres, destaca-se a presença de insônia, ansiedade, tristeza, choro (imotivado?), angústia, irritabilidade, depressão, nervosismo, desânimo, dificuldades nas relações, dor (e dependência de diazepam, invisibilizada).

Muitos deles fazem parte do que se considera “transtornos mentais comuns” (TMC), mais diagnosticados em mulheres. Dentre os homens, destacam-se, comparativamente, agressividade, alucinação auditiva, agitação psicomotora, ideação suicida e alcoolismo. Abaixo, apresenta-se tabela comparando os diagnósticos entre homens e mulheres, com as respectivas frequências.

ta e Ludermir <sup>27</sup> apontam taxas de prevalência de TMC nas populações estudadas que podem chegar a mais de 30%. Os sintomas dos TMC seriam, sobretudo, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas <sup>28</sup>:

*O caráter social da doença mental se expressa objetivamente na sua distribuição desigual entre homens e mulheres e entre diferentes classes sociais. Essas desigualdades representam um persistente achado na literatura. Diversos autores têm encontrado alta prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres, nos excluídos do mercado formal de trabalho, nos indivíduos de baixa renda e nos de baixa escolaridade <sup>29</sup>.*

**Tabela 2.** Percentagem dos diagnósticos atribuídos a homens e mulheres dos prontuários analisados

Diagnósticos masculinos	Diagnósticos femininos
Transtornos de humor (19%)	Transtornos de humor (38,3%)
Psicose (44%)	Psicose (23,4%)
Transtorno de ansiedade (8,5%)	Transtornos de ansiedade (15%)
Transtorno de personalidade (2%)	Transtornos de personalidade neurótica/histriônica (11%)
–	Transtornos mistos de depressão e ansiedade (6,3%)
Déficit cognitivo (6,5%)	Déficit cognitivo (4%)
Transtornos de base orgânica (6,5%)	Transtornos de base orgânica (2%)
Transtorno causado por uso de drogas (5%)	–
Nome de sintoma (8,5%)	–

Segundo Andrade, Viana e Silveira <sup>12</sup>, as taxas de incidência de transtornos são diferentes para homens e mulheres: mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e humor, enquanto os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção, bem como hiperatividade na infância e na vida adulta.

Goldberg e Huxley <sup>23</sup> propõem que transtornos somatoformes, de ansiedade e depressão, sejam compreendidos como TMC, tendo em vista sua grande incidência e a alta correlação de sua frequência com determinados fatores socioeconômicos e de modos de vida. Estudos realizados por Ludermir e Melo Filho <sup>24</sup>, Marin-Leon *et al* <sup>25</sup>, Araújo, Pinho e Almeida <sup>26</sup> e Cos-

Segundo Araújo, Pinho e Almeida <sup>26</sup>, dentre os transtornos mentais que predominam nas mulheres, além dos sintomas depressivos, estão aqueles relacionados aos fatores psicossociais e ambientais: transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse, transtorno da alimentação e anorexia nervosa.

Considerando a definição dos TMC, pode-se levantar a hipótese de que, dentre os prontuários masculinos, a incidência destes transtornos (no conjunto de prontuários com diagnóstico) foi de 27,5%. Dentre as mulheres, a incidência pode ser ainda maior, por volta de 59,6%. Tal dado encontra respaldo em pesquisas que demonstram ser o gênero um fator importante, enquanto condição social, nos quadros de transtorno mental comum. Nesse sentido, ocorrem com mais frequência em mulheres do que em homens.

Outros fatores de risco, também apontados na literatura, seriam: idade (pessoas mais velhas), cor da pele (negras), estado civil (separadas ou viúvas), baixa renda, baixo nível de escolaridade, desemprego ou informalidade nas relações de trabalho, submissão à violência (física e sexual), ter filhos, não ter tempo para o lazer etc. Em suma, segundo os pesquisadores, transtornos mentais comuns designam situações de sofrimento mental.

Esses dados levaram ao questionamento da alta frequência de não preenchimento dos diagnósticos nos prontuários dos pacientes (quase 50% em ambos os sexos). Isso se daria por desleixo, falta de tempo ou dificuldade de diagnosticar problemas da vida, do cotidiano e das condições sociais de sofrimento? Acreditamos que o espaço vazio, mais do que silêncio, expresse fala implícita, cujos sentidos seria necessário revelar. Seria a confissão de certa impotência? Faltam estudos, neste caso, para fazer o levantamento das razões dos médicos ante este alto índice de ausência de diagnósticos.

Paralelamente, encontrou-se também pouco espaço para a qualificação do sofrimento mental dos pacientes – o que se torna mais evidente quando se considera o curto período de tempo dedicado à avaliação. No acolhimento, o tempo médio gasto é três minutos, dado corroborado por outra observação<sup>30</sup>. Na avaliação realizada na evolução, o tempo estimado para cada paciente é, em média, um minuto<sup>31</sup>. Será que o adjetivo “imotivado”, acrescentado ao sintoma “choro”, não aponta o desconhecimento e desqualificação do sofrimento psíquico do paciente por parte do psiquiatra? Além disso, quem julga a motivação (se é suficiente ou não) de um choro? Pode-se observar em vários prontuários femininos onde o sintoma “choro imotivado” apareceu, aspectos importantes anotados de forma resumida na anamnese: “melhora quando o marido viaja” e “piorou depois do casamento”.

Outro dado importante diz respeito à frequência com que “problemas de relacionamento” aparecem nos prontuários femininos, ora como sintomas, ora na descrição da anamnese. Outra pesquisa<sup>8</sup>, também realizada no serviço público de atendimento em saúde mental no Distrito Federal, identificou alta frequência, por parte das

pacientes, de relatos de problemas amorosos e conjugais (27%) e familiares (40%), bem como situações de violência física, verbal e sexual.

Em relação aos homens, faz-se necessário destacar o surgimento, bem mais frequente do que entre mulheres, do sintoma alcoolismo (ainda que não fosse um hospital voltado para o tratamento de dependências). Tal dado vai ao encontro de levantamentos epidemiológicos que apontam a preponderância da dependência do álcool entre homens. Adicionalmente, foi perceptível a dependência (velada), por parte das mulheres, em relação ao diazepam. Ressalte-se que estes dados estão de acordo com a literatura, que demonstra haver exacerbada dependência química lícita, ainda pouco discutida neste estrato da população<sup>18,31-34</sup>.

Como foi possível mostrar em outro estudo<sup>11</sup>, esta diferença indica a profunda perversão ideológica do sistema que vê o alcoolismo como doença a ser tratada (atualmente nos Caps AD), mas que desenvolve dependência química lícita entre as mulheres como solução para suas vidas. O álcool seria “droga”, enquanto o diazepam (e outros benzodiazepínicos), “medicamento” – ambos têm efeito depressor e “acalmam” os sujeitos.

No caso dos homens, a dependência do álcool os impede de levar adiante seus papéis sociais, principalmente os de ser trabalhador e provedor, que, como visto, são fundamentais para sua definição social. Por isso, deve ser combatido quando usado em excesso. Em paralelo, o diazepam permitiria que as mulheres prosseguissem no cumprimento de seus papéis sociais, dando-lhes calma e docilidade para cuidar da casa, dos filhos, do marido, aceitar maus tratos e duplas jornadas de trabalho, submetendo-se ainda a situações de violência.

É fundamental, portanto, resgatar o cotidiano e a vida destas pessoas sob pena de estarmos silenciando males sociais (de gênero, raça e pobreza) sob a rubrica de uma ciência dita neutra e imparcial. Para tanto, faz-se necessário conhecer os usuários da rede pública de saúde mental, suas características sócio-demográficas e peculiaridades de vida. Como apontado, os TMC, identificados neste levantamento, têm alta correlação com estas características – e foi este intuito que orientou esta pesquisa.



## Discussão

### *O perfil do usuário: a violência estrutural*

Um primeiro dado se fez evidente: a dificuldade de se levantar um perfil do usuário de saúde mental, suas características pessoais, tais como raça e idade, bem como seus dados sócio-demográficos, como renda e trabalho. O principal motivo deve-se ao não preenchimento de sua ficha, seja no acolhimento, o momento de entrada do paciente no hospital, seja no prontuário. Além disso, houve casos nos quais as características recebiam denominações diferentes, até mesmo opostas em certas situações (mulher branca/mulher morena).

Da mesma maneira que o espaço em branco deixado pelos médicos no quesito diagnóstico, aqui também a ausência de dados deve ser lida à luz de uma reflexão aprofundada e a interpretação desta prática precisa ser melhor pesquisada. Acredita-se haver uma valoração diferenciada dos dados a serem recolhidos acerca do paciente pelos profissionais que ali trabalham. No acolhimento, raramente dados sobre o estado do paciente ou uma curta anamnese são deixados em branco. Em paralelo, características pessoais (físicas, familiares, laborais, religiosas etc.), cujos indicadores sócio-demográficos são altamente relevantes para refletir sobre os TMC, são deixadas de lado.

Pensa-se haver aí uma compreensão de fundo do “quadro” do paciente como uma “doença” mental. Ou seja, é pressuposto um modelo biomédico, com a redução do social e do mental ao cerebral ou físico, caracterizando o que Azize<sup>10</sup> denominou cerebralismo fiscalista. Não à toa, grande parte da intervenção “curativa” realizada por essas instituições resume-se à administração de medicamentos<sup>9,35</sup> e à supressão dos sintomas<sup>31</sup>. Apesar das limitações encontradas, buscou-se fazer um levantamento, na medida do possível, dos dados gerais dos usuários do serviço de saúde mental do Distrito Federal.

A primeira variável analisada diz respeito ao sexo do paciente. Dos 237 prontuários analisados, 70% (167) eram de pacientes do sexo feminino e somente 30%, do sexo masculino. Essa proporção certamente passa ao largo daquela apurada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo 2010, o qual aferiu que, apesar das mulheres serem maioria no país, representam pouco mais de 50% do total de

habitantes, ou seja, 51,03%<sup>36</sup>. A informação apresentada indica, portanto, que a maioria da população dos centros de tratamento analisados pertence ao sexo feminino<sup>37</sup>, o que parece indicar relação direta com os papéis sociais, *status* e poder das mulheres na sociedade. Como visto, quase 60% dos transtornos diagnosticados deste segmento podem ser considerados TMC, cuja correlação com fatores de risco sociodemográficos é alta.

Acerca da origem do paciente, isto é, de seu local de nascimento, pode-se encontrar este dado em 204 prontuários. O resultado foi revelador: mais de 80% dos prontuários apontavam cidades da região Nordeste como o local de origem dos internados. Como se sabe, esta região é uma das mais pobres do Brasil e possui massa migratória que alimenta a mão de obra barata das regiões mais industrializadas.

Em relação ao local de residência atual dos pacientes, encontrou-se 224 prontuários respondidos. Em média, 60,7% dos pacientes internados moravam em Taguatinga, Ceilândia e Samambaia. Corroborando as condições sócio-demográficas hipotéticas em relação ao local de origem dos usuários (migrantes), pode-se observar nestes dados a predominância de pacientes com condições de vida mais restritas.

As idades dos pacientes parecem estar bem distribuídas ao longo do intervalo, variando de 23 a 84 anos e registrando o ano de nascimento entre 1928 e 1989. Porém, ao se comparar esta média com os dados do IBGE no Censo 2010<sup>36</sup>, chega-se à conclusão que, de fato, os pacientes amostrados estão, na verdade, em faixas etárias mais avançadas (são mais velhos) do que a população brasileira como um todo<sup>37</sup>. Além disso, destaque-se que as mulheres têm média de idade mais alta que os homens.

Carvalho e Coelho<sup>38</sup> apontam a alta taxa de diagnósticos de depressão entre mulheres dos 40 aos 60 anos. Segundo as autoras, esta associação é geralmente descrita como relacionada às mudanças hormonais e à autoimagem feminina na menopausa. No entanto, pouco se escuta sobre a vida destas mulheres. Um dos fatores considerado frequente pelas autoras neste grupo populacional é a vulnerabilidade à violência, principalmente de pessoas próximas ou da própria família (marido, filhos etc.).

Segundo Mendonça, Carvalho Vieira e Adorno<sup>39</sup>, após os 40 anos o uso de serviços de saúde

mental é intensificado entre as mulheres. Segundo esta pesquisa, as queixas mais destacadas nos prontuários médicos de mulheres mais velhas foram tristeza, depressão, ansiedade, insônia e nervosismo. Para os autores, mulheres idosas passam a enfrentar conflitos e questões cotidianas pelo uso de medicamentos, intensificando a ingestão de calmantes e criando, em muitos casos, dependência lícita. Os conflitos familiares quase nunca chegam ao médico, apenas os sintomas<sup>39</sup>. Nesse sentido, procede-se, como apontado, à medicalização do social – isto se daria tanto pelo lado do profissional quanto pela própria demanda dos pacientes<sup>11</sup>.

Segundo Galvão e colaboradores<sup>40</sup>, em estudo sobre a prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação de qualidade de vida no climatério, observou-se alta correlação entre a ocorrência desses transtornos e fatores como renda familiar, escolaridade, ocupação e prática de atividades físicas. Um dos aspectos fundamentais apontados é a *relevância de significativo viés social na determinação da ocorrência de transtornos mentais comuns e na qualidade de vida relacionada à saúde*<sup>40</sup>. Segundo estes autores, os escores de TMC são mais altos em mulheres com pouca escolaridade, baixa renda familiar e que se autodeclararam “do lar” – o que parece ser o caso de grande parte das mulheres aqui estudadas.

No levantamento acerca das profissões (57 prontuários apenas respondidos), encontrou-se grande parte das mulheres exercendo funções do lar (33%) ou trabalhadora doméstica (14,4%). Ou seja, quase 50% delas dedicam-se ao cotidiano do funcionamento doméstico. Araújo Pinho e Almeida apontam que *dentre os aspectos referentes ao trabalho doméstico associados aos sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos destacam-se a rotinização e as interrupções constantes das atividades realizadas*<sup>41</sup>. Porto<sup>42</sup> aponta o perigo de se considerar estes signos como sinais de patologias.

Para estes autores uma das razões para o sofrimento psíquico relacionado às atividades domésticas é a invisibilidade social decorrente da própria percepção deste tipo de atividade caracterizada como não trabalho, haja vista que não produz valor, não há reconhecimento social e, também, não há remuneração. Adicionalmente, o sofrimento decorre das tensões geradas por suas características

de monotonia, repetitividade, desvalorização e demandas dos papéis sociais aos quais a mulher deve atender. A vivência cotidiana dessas tensões, acumuladas ao longo do tempo, pode, assim, cristalizar diferentes formas de adoecimento psíquico.

Araújo Pinho e Almeida<sup>26</sup> observaram ainda que mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentavam prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que as com baixa sobrecarga (22,5%). Destaque-se que a diferença desses percentuais refere-se à quantidade de uma atividade que, nos dois casos, é classificada como sobrecarga. E não se tratava apenas da tarefa em si, mas de sua desqualificação. Outras características foram apontadas como importantes na configuração dos TMC: baixa escolaridade, cor da pele negra/parda, ausência de companheiro por viuvez ou divórcio, baixo nível de renda e não ter tempo semanal para lazer.

Além de trabalhadoras domésticas e donas de casa, encontrou-se dentre as mulheres o predomínio de atividades culturalmente tidas como femininas, relacionadas ao servir e ao cuidar: auxiliar de cozinha, auxiliar de enfermagem, costureira, copeira, professora etc. Dentre os homens, também foram encontradas atividades culturalmente a eles relacionadas: auxiliar de eletricitista, aeroviário, comerciante, garçom, jardineiro, mecânico, motorista etc.

Um outro dado importante refere-se ao número de desempregados encontrados na amostra: 17% de homens e 14% de mulheres. O desemprego é fator de risco para a saúde mental, tendo alta correlação com os TMC, sobretudo quando a condição econômica da família é precária, o que se traduz em sérias dificuldades financeiras. No entanto, o desemprego é um fator de risco maior para a população masculina<sup>43</sup>.

Tal fato se deve, provavelmente, aos valores e papéis de gênero diferenciados, que colocam a “essência” de um homem na sua capacidade produtiva e laboral. Estudo citado<sup>8</sup> demonstrou a importância deste valor no discurso dos pacientes internados. Chama a atenção, também, o aparecimento do sintoma ‘ócio’ nos prontuários masculinos, que sugere, talvez, que este seja um valor não apenas do próprio paciente, mas também do médico que julga seu estado. Nas mulheres, ainda que várias se encontrassem sem trabalhar, não se detectou este sintoma em nenhum prontuário. Em paralelo, encontrou-se o sintoma “de-

sapego das tarefas domésticas”, que também sugere critério de gênero para avaliar o estado da paciente.

Em relação ao nível de escolaridade (141 prontuários respondidos), encontrou-se 62% dos pacientes com, no máximo, o ensino fundamental completo: 60% das mulheres e 67% dos homens. Portanto, em média, o nível de escolaridade é baixo, o que se traduz em pouca expectativa de mobilidade social, piores oportunidades de trabalho e maiores chances de baixa remuneração. Como sublinhado, muitos autores apontam a associação inversa entre nível de escolaridade e saúde mental<sup>24,28</sup>.

Dados sobre a cor do paciente são extremamente escassos. Dos 237 prontuários, 165 (quase 70%) não definem a cor da pele. Dos 73 que contêm essa informação de forma válida, em 37 (51%) o paciente foi classificado como pardo; em 28 (quase 40%), como branco e em 8 (11%), como preto. Sugere-se, assim, que a maior parte dos usuários (62,50%) é de não brancos (pretos e pardos), o que não espelha o percentual populacional do Distrito Federal divulgado pelo IBGE – ou seja, há o predomínio de pessoas não brancas nestas instituições.

Em relação ao número de filhos, encontrou-se 74% dos prontuários sem registro. Nos 26% restantes havia presença média de dois filhos, o que caracteriza famílias pequenas. No entanto, a escassez de prontuários válidos neste quesito torna difícil esta asserção.

O caso mais grave de omissão de dados correlaciona-se aos fatores mais importantes em termos de TMC: nível de renda e condições materiais dos pacientes. Informações sobre renda e condições de habitação não puderam ser aproveitadas. O número de omissões passou de 90% do total de dados, impedindo que se traçasse o perfil dos pacientes com relação a esses quesitos. Considera-se este dado de extrema importância, pois demonstra a baixa ou inexistente preocupação dos profissionais com as condições materiais dos usuários e a chance, grande, de medicalização de problemas sociais.

A associação entre renda e TMC é uma das mais estudadas e consistentes na literatura<sup>24</sup>. Este dado (ausência de dados!) aponta para o quanto as condições sociais das pessoas não são consideradas no sofrimento psíquico por elas apresentado. O sofrimento é objetivado, tratado como “doença” (em analogia à

doença física), de modo que se sobrevaloriza a busca de sintomas e pouco se qualifica a subjetividade e a realidade da pessoa. Diante deste “espaço vazio” nos prontuários, uma pergunta insiste em quebrar o silêncio: o que, enfim, estamos medicando?

### Considerações finais

Concordamos com Farmer, para quem o *que estas vítimas, no passado e no presente compartilham (...)* é a *experiência de ocupar a posição mais baixa da escala social em sociedades não igualitárias*<sup>44</sup>. É o que parecem apontar os dados levantados no perfil biométrico deste estudo: o paciente médio é mulher, não branca, com baixo índice de escolaridade, doméstica ou do lar. Conforme o autor é fundamental qualificar as condições sociais do sofrimento, isto é, compreender o sofrimento como estágio da violência estrutural<sup>44</sup>.

Farmer aponta que *enquanto certas formas de sofrimento são prontamente observáveis – e temas de incontáveis filmes, romances e poemas – a violência estrutural muito frequentemente derrota aqueles que poderiam descrevê-la*<sup>45</sup>. Isto ocorre, segundo ele, por três razões: 1) a “exotização” do sofrimento, *que implica que o sofrimento de indivíduos cujas vidas e dificuldades remetem às nossas tem a tendência de nos comover; o sofrimento daqueles que estão distantes, seja por fatores geográficos, de gênero, “raciais” ou culturais, podem nos sensibilizar menos*<sup>45</sup>; 2) a existência de grande quantidade de sofrimento, o que o torna mais difícil de ser compreendido (os números obscurecem as facetas anônimas de quem sofre); 3) as dinâmicas e a distribuição do sofrimento ainda são superficialmente entendidas.

Segundo o autor, além de estatística (epidemiológica), uma boa análise deveria ser *historicamente* profunda e abordar fatores como gênero, etnicidade (“raça”) e condições econômicas, pois os mesmos criam circunstâncias que deixam indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento. Os pobres, as mulheres e os negros não são apenas mais vulneráveis ao sofrimento, mas também correm mais o risco de verem este sofrimento silenciado. Faz-se necessário, assim, pensar alguns mecanismos mediante os quais forças sociais de larga escala cristalizam as facetas do sofrimento individual.

Tal sofrimento é estruturado por processos históricos (e geralmente economicamente guiados) e por forças que conspiram – quer pela rotina ou,

como é mais comum, por meio dos condicionantes socioculturais. *Para muitos, as escolhas de vida são estruturadas por racismo, sexismo, violência política e pobreza constante*<sup>45</sup>. Trata-se de colocar em prática a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*<sup>46</sup>, da Unesco, segundo a qual *na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.*

Resgatar a voz do paciente e qualificar a sua fala é apenas um primeiro e tímido passo<sup>47</sup>, pois *a experiência do sofrimento, como se pode reparar regularmente, não é efetivamente alcançada pelas estatísticas e pelos gráficos. A 'textura' da extrema aflição talvez seja mais sentida nos pequenos detalhes biográficos*<sup>48</sup>. Além disso, faz-se necessário repensar nossas práticas e reformular o conceito de intervenção, pois *os determinantes sociais da doença mental apontam para desafios específicos para a formulação de políticas públicas de saúde*<sup>24</sup> – para que não façamos, sob a égide de uma suposta ciência, nova forma de violência.

### Referências

1. Phillips KA, First MB. Introdução. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para DSM V. São Paulo: Roca; 2008. p. 2.
2. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Revista Educação e Realidade. [internet]. 1980;15(2):5-22. [acesso 12 dez. 2010] Disponível: [http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen\\_categoria.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html)
3. Casares AM. Antropologia del género: cultura, mitos e estereótipos sexuales. Madri: Cátedra; 2008.
4. Lima BS. Violência de gênero nas ciências: corpo, violência e poder. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder; 25-28 ago. 2008; Florianópolis [internet]. Florianópolis: UFSC; 2008 [acesso 13 jan. 2011]. Disponível: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST38/Betina\\_Stefanello\\_Lima\\_38.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST38/Betina_Stefanello_Lima_38.pdf)
5. Zanello V, Gomes T. Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. Caderno Espaço Feminino. 2010;23(1-2):265-80.
6. Zanello V, Romero AC. Vagabundo or vagabunda: swearing and gender relations. Labrys. [internet]. 2012; 22 [acesso 19 jul. 2012]. Disponível: <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys22/libre/valeska2.htm>
7. Zanello V, Bukowitz B, Coelho E. Xingamentos entre adolescentes em Brasília: linguagem, gênero e poder. Interações. 2011;7:151-69.
8. Zanello V, Bukowitz, B. Insanity and culture: an approach to the gender relations in the speeches of psychiatricized patients. Labrys. [internet] 2011 [acesso 2 mar. 2012];20-21. Disponível: <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys20/brazil/valeska.htm>
9. Zanello V, Souza G. More music, less haldol: an experience among music, phármakon and madness. Mental. [internet]. 2009;7(13). [acesso 2 mar. 2012] Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a09.pdf>
10. Azize RL. A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica [tese] [internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2010 [acesso 12 fev. 2012]. Disponível: [http://teses2.ufrj.br/Teses/PPGAS\\_D/RogérioLopesAzize.pdf](http://teses2.ufrj.br/Teses/PPGAS_D/RogérioLopesAzize.pdf)
11. Zanello V. Loucura e mulheres: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Zanello V, Stevens C, Almeida T, Brasil K, organizadoras. Gênero e feminismo: convergências (in)disciplinares. Brasília: ExLibris; 2010. p. 307-20.
12. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiatr Clín. [internet]. 2006;33(2):43-54. [acesso 22 set. 2000] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>
13. Andreatini R, Lacerda R, Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. Rev Bras Psiquiatr. [internet]. 2001;23(4):233-42. [acesso 28 set. 2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7172.pdf>
14. Vieira EMA. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
15. Cordasv TA, Salzano FT. Saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2006.
16. Angold A, Heim CM. Perspectiva de desenvolvimento com foco em trauma infantil. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para DSM V. São Paulo: Roca; 2008. p. 78-98.
17. Grant B.F, Weissman MM. Gênero e prevalência de transtornos psiquiátricos. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Op. cit. p. 28-44.
18. Oliveira EN. Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência. Sobral: Ed. UVA; 2000.
19. Grant BF, Weissman MM. Op. cit. p. 42.
20. Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 1985;1(3):327-47. [acesso 28 set. 2009] Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v1n3/v1n3a06.pdf>
21. Associação Americana de Psiquiatria. DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [internet]. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. [acesso 2 jun. 2012]. Disponível: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>

22. Widiger T. Abordagem ao Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders quanto ao gênero: história e controvérsias. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Op. cit. p. 18-28.
23. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a biosocial model. London: Routledge; 1992.
24. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública. 2002;36(2):213-21.
25. Marin-Leon L, Oliveira HB, Marilisa BAB, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. Rev Bras Psiquiat. [internet]. 2007;29(3):250-3. [acesso 22 set. 2009] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2367.pdf>
26. Araújo TM, Pinho OS, Almeida M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saúde Matern Infant. [internet]. 2005;5(3):337-48. [acesso 28 fev. 2009] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>
27. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):73-9.
28. Ludermir AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. Physis. 2008;18(3):451-67.
29. Ludermir AB. Op. cit.:451.
30. Pacheco J. Representação social da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
31. Zanella V, Macedo G, Romero AC. Entrevista de evolução: entre a doença mental e a medicalização. Mental. 2012;8(16):621-40. [acesso 7 jun. 2012] Disponível: <http://issuu.com/zeppelin/docs/rmpv9n17>
32. Ribeiro CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. São Paulo Med J. [internet]. 2007;125(5):270-4. [acesso 22 set. 2009] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v125n5/03.pdf>
33. Carvalho R, Dimenstein M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. Interações [internet]. 2003;8(15):37-64. [acesso 20 fev. 2012] Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v8n15/v8n15a03.pdf>
34. Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estud Psicol (Natal) [internet]. 2004; 9(1):121-9. [acesso 28 set. 2009] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>
35. Gebrim S, Zanella V. A loucura entre grades e perdas de identidade. Psicologia do lesb. [internet]. 2010;2(1):26-36. [acesso 2 mar. 2011] Disponível: <http://php.iesb.br/ojs/index.php/psicologiaiesb/article/view/24/27>
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [internet]. [acesso 8 jun. 2012]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
37. Silva RM. Raça e gênero na saúde mental do Distrito Federal. Brasília: Editora CRV; 2011.
38. Carvalho IS, Coelho VL. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. Estud Psicol (Natal). 2005;10(2):231-8.
39. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RCF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. Saúde Soc. 2008;17(2):95-106.
40. Galvão LL, Farias MC, Azevedo PR, Vilar MJ, Azevedo GD. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação de qualidade de vida no climatério. AMB Rev Associ Med Bras. 2007;53(5):414-20.
41. Araújo TM, Pinho OS, Almeida M. Op. cit.:338.
42. Porto D. Trabalho doméstico e emprego doméstico: atribuições de gênero marcadas pela desigualdade. Rev Bioét (Impr). 2008;16(2):287-303.
43. Shearm K, Halmi K, Widiger T, Boyce C. Gênero e fatores socioculturais. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Op. cit. p. 63-77.
44. Farmer P. On suffering and structural violence: a view from below. In: Vincent J, editor. The anthropology of politics: a reader in ethnography, theory and critique. Oxford: Blackwell; 2002. p. 424-37.
45. Farmer P. Op. cit. p. 435.
46. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [internet]. 2005 [acesso 2 jun. 2012]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
47. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4): 1177-82.
48. Farmer P. Op. cit. p. 425-6.

#### Participação dos autores

René Silva realizou o levantamento biométrico e Valeska Zanella, a análise frequencial dos sintomas e diagnósticos por sexo dos pacientes. Os autores participaram igualmente na produção do manuscrito.

Recebido: 18.3.2012  
Revisado: 21.5.2012  
Aprovado: 11.7.2012