

**MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTIGMA SOCIAL?**

**Ana Flávia Lautenschlager Moré**

Graduando em Enfermagem/Centro Universitário Barão de Mauá/SP  
ana\_06075@hotmail.com

**Wendy Ann Carswell**

Doutora em Enfermagem/USP  
Departamentos de Enfermagem, Farmácia e Estética/ Centro Universitário Barão de Mauá/SP  
cawendy@baraodemaua.br

Recebido: 10 de maio de 2012. Revisado: 27 de maio de 2012. Aceito: 06 de junho de 2012.  
Publicado *online*: 27 de outubro de 2012.

**RESUMO**

Apesar da emancipação da mulher brasileira, ela permanece sobre a ótica cerrada dos homens e da sociedade. Desse modo, ser mulher e portadora de um transtorno mental acarretaria frequentemente atitudes negativas. Assim, resolveu-se realizar um estudo descritivo, com uma análise quantitativa de dados. O objetivo foi identificar junto às mulheres portadoras de transtornos mentais evidências de estigma social. Foi realizado em uma instituição de ensino superior no interior paulista e todos os preceitos éticos da resolução 196/96 foram acatados. A amostra foi de 100 mulheres de 17 a 61 anos e destas, 38 sofreram de algum transtorno mental. O diagnóstico do transtorno em 23 mulheres foi realizado por médicos clínicos e apenas 5 por psiquiatras, com uma prevalência maior 56%, de transtornos ansiosos. Em relação ao preconceito, 89% afirmaram que existe, enquanto apenas 11% negaram. Sobre as alterações comportamentais decorrentes da doença, 40% confirmaram ter ocasionalmente algumas, enquanto 27% apresentaram alterações frequentemente. Quanto ao tratamento medicamentoso somente 18% usaram e apenas 3% participam de algum grupo de saúde da mulher na rede básica. Portanto, 85%, acreditam que ter um transtorno mental é relevante para que a mulher não seja respeitada. Concluiu-se que a baixa adesão das mulheres nestes programas pode ser devido à incompreensão quanto à doença mental e a imagem estigmatizada. No entanto, mais preocupante ainda são os diagnósticos feitos por clínicos ao invés de médicos psiquiatras culminando em dosagens de psicotrópicos e tratamentos ineficazes.

**Palavras Chaves:** Estigma; Transtornos mentais, Mulheres.

**ABSTRACT**

In spite of the emancipation of Brazilian women they are still scrutinized by society, therefore, being a woman with a mental disease frequently causes negative attitudes. Thus it was decided to do a descriptive study with a quantitative analysis of data. The aim was to identify, with women affected by a mental disorder evidence of social stigma. The study was carried out in a higher education institution in the State of São Paulo and all ethical precepts were followed in accordance with the resolution 196/96. The sampling was made up of 100 women between the ages of 17 and 61, of these 38% suffered from a mental disease. The diagnosis of the mental disorder in 23 women was made by clinical doctors and only 5 by psychiatrists with increased prevalence, 56%, for anxiety disorders. In relation to prejudice, 89% confirmed while 11% denied its existence. About the behavioural changes resulting from the disease 40% had some changes occasionally while 27% presented frequent alterations. About the drug treatment 18% took medication while only 3% participated in some women's health group in the basic health network. However, 85% believed that having a mental disorder was a motive for being disrespected. In summation the low adherence to women's health programmes could be because of stigma as a result of ignorance about mental disease. However, more worrying still is that the diagnoses are being done by physicians instead of psychiatrists, which culminates in inefficient psychotropic doses and treatments.

**Keywords:** Stigma; mental disorders; women.

## 1. INTRODUÇÃO

Há 4.000 mil anos começaram a definir diferentes papéis entre homens e mulheres. Nas sociedades mais antigas como a agrícola já havia divisão sexual do trabalho, porém tanto o aprendizado da atividade de cuidar quanto à reprodução da espécie, eram papéis desempenhados pela mulher, como uma subordinação ao homem. O homem era sempre associado à imagem de forte, assumindo um papel de poder dentro da sociedade e restringindo a mulher ao mundo doméstico, submissa ao seu homem (BESSA, 2007).

De acordo com o mesmo autor, nos séculos XVIII e XIX a mulher sai do seu lar e vai trabalhar nas fábricas, sendo submetida a uma jornada desumana de trabalho de 12 horas diárias, com espancamentos e ameaças sexuais. Porém, a revolução industrial incorporou o trabalho da mulher ao mundo da fábrica, separou o trabalho doméstico do trabalho remunerado fora do lar e foi em 1789, que as reivindicações das mulheres tomam maior vulto.

Já no século XX, entre as duas guerras mundiais, as mulheres começaram uma luta organizada em defesa de seus direitos. A luta das mulheres contra as formas de opressão a que eram submetidas foi denominada de feminismo e a organização das mulheres em prol de melhorias na infraestrutura social foi conhecida como o movimento de mulheres. A luta foi em busca de construir novos valores sociais; luta essa mobilizada pela exigência de democracia, de igualdade entre homens e mulheres, eliminando a idéia de desigualdade. No Brasil, na segunda metade do século, com a emancipação, as mulheres se sentiram seres tão capazes quanto os homens, não somente em relação ao campo de trabalho, mas em quaisquer outros assuntos (BESSA, 2007).

Contudo, todas essas conquistas aumentaram em muito a carga de trabalho das mulheres e resultaram em atribuições exageradas. Atualmente, a mulher vem desempenhando múltiplos papéis dentro da sociedade, sentindo-se pressionada, pensando que necessita corresponder a todas as expectativas internas e externas de si mesmo, como por exemplo, ser boa mãe, boa dona de casa, boa funcionária, manter-se atualizada frente às dificuldades de sua profissão, manter-se esteticamente dentro dos padrões de beleza estabelecida, estar atenta às mudanças políticas, dentre outras atribuições. Consequentemente, pelo desgaste no cotidiano, a mulher fica pré-disposta a várias doenças, entre estas os distúrbios emocionais. Além das mulheres serem mais pré-dispostas a transtornos mentais do que os homens, os fatores sociais, biológicos e psicológicos influenciam de forma gradativa e constante, aumentando deste modo a probabilidade de se desenvolver alguma das patologias psiquiátricas mais comuns. (BESSA, 2007).

Segundo Lewis e Lewis (1974); Gelder; Mayou e Cowen, (2006) intensas emoções, por períodos prolongados, podem acarretar alterações hormonais e desenvolverem quadros patológicos.

Para Malagris (2001); Silva (2001); Gelder; Mayou e Cowen, (2006) a cognição promove comportamentos e estilos de vida nos indivíduos, que podem gerar o estresse excessivo, iniciando o processo de adoecimento e a instalação da doença. Na etiologia, o conhecimento da personalidade ajuda a explicar o motivo pelo qual, certos eventos são estressantes para algumas pessoas e não para outras. Deste modo, é possível afirmar que modos negativos de pensar e pessimismo levam ao desencadeamento de estresse, um dos precursores de muitos transtornos ansiosos.

Dentre o grupo de transtornos mentais que acomete as mulheres, os mais comuns são os transtornos de ansiedade (9.0%) os transtornos somatomorfos (3.0%) e os transtornos depressivos (2.6%). A probabilidade de desenvolver tais transtornos aumenta com a idade e são mais frequentes entre a população feminina de baixa renda. Portanto, é importante lembrar que os quadros ansiosos e depressivos comprometem não somente a pessoa que é afetada, mas todos os seus familiares e em particular as crianças, que se culpam pelas dificuldades e tristeza dos pais, especialmente a mãe, passando assim pela vida culpando-se da infelicidade do progenitor. Deste modo, uma mãe ansiosa e ou depressiva passa para os filhos, principalmente para as filhas, a necessidade de agradar, de ser responsável pela felicidade das pessoas, quase como uma obrigação, que ao não ser realizada deixa uma sensação de fracasso, frustração, ansiedade e depressão, formando o ciclo vicioso da mulher doente (MOORE, 2009).

Os principais sintomas de ansiedade são angústia constante, sensação de que algo de terrível acontecerá, taquicardia, formigamento, sudorese, tremores, dispneia, dores no peito, sensação de que a morte é iminente, dificuldade em falar e andar, calafrios, palpitações, contração muscular e pânico (STEFANELLI, 2008). Em contra partida, a depressão produz desorganização no cotidiano, como na escola, trabalho e atividades em geral. A pessoa tem tristeza, anedonia (perda de interesse ou capacidade de sentir prazer em atividades habituais), tudo parece fútil, sem importância deixando um enorme vazio, sentimento excessivo de culpa de não conseguir realizar nada, baixo autoestima, alterações do sono, do apetite, cansaço, falta de energia, irritabilidade, indecisão e inabilidade de memorizar informações novas. Há diminuição da libido, dores generalizadas, cefaleia, podendo ocorrer pensamentos de morte ou suicídio, o paciente fica deprimido (TOWNSEND, 2000; MOORE, 2009).

Segundo Morris (2004) a depressão é uma doença reversível, ou seja, há cura completa se os sintomas são tratados adequadamente. A prevalência da depressão maior é de 5% para toda a vida, com uma proporção de 2:1 nas mulheres em relação aos homens. A distímia, porém é encontrada em uma proporção de 1.5 - 3.1 para os homens e mulheres, mas em relação à depressão pós-parto, a incidência é de 10% a 15%, enquanto a disforia (postpartum blues) é observada em 50% das puérperas.

De acordo com o mesmo autor a ansiedade ainda tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino e estima-se que até 5% da população geral tenha algum transtorno de ansiedade. A prevalência do transtorno do pânico é de duas a quatro vezes mais comum em mulheres, e a fobia social é duas vezes mais frequente no sexo feminino. Já o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é igualmente comum em homens e mulheres. Estudos epidemiológicos indicam que o transtorno bipolar é relativamente frequente entre ambos os sexos com uma prevalência de 1,6% para o tipo 1 e de 0,5% para o tipo 2. A idade média de início dos quadros bipolares é de 20 e poucos anos, embora alguns casos se iniciem ainda na infância ou adolescência e outros, apenas mais tardiamente, após os 50 anos. Os episódios maníacos costumam ter início súbito, com rápida progressão dos sintomas; frequentemente, os primeiros episódios ocorrem associados a estressores psicossociais. Com a evolução da doença, os episódios podem ser mais frequentes e os intervalos livres mais curtos. Para algumas mulheres, o primeiro episódio maníaco pode acontecer no período puerperal, portanto, o que mais preocupa em relação à mulher acometida são os sintomas de hipersexualidade e promiscuidade que acarretarem um estigma social grave.

Existe também o transtorno disfórico menstrual que ocorre em 3% e 8% em mulheres, podendo exacerbar os episódios depressivos no período pré-menstrual (MOORE, 2009). O sexo masculino considerava esses sintomas uma fragilidade na mulher, e apresentava a ideia de que ela era submissa e fraca para seus afazeres por conta disso. Porém deve-se lembrar de que esses sintomas se apresentam relacionados a alguns fatores: como o hereditário, os fatores externos da vida e fatores endógenos (disfunções do próprio organismo). Há mulheres mais sensíveis às mudanças hormonais e as menos predispostas.

Quando uma pessoa é diagnosticada com transtorno mental, sabe-se que a evolução do tratamento depende muito da aceitação da família. Segundo Souza (1997); Stefanelli (2008) o sentimento de família engloba todas as emoções inerentes à pessoa: identidade, a sensação de pertencer, aceitação, amor, carinho, raiva, medo, ódio. Certamente é esta fusão de opostos que torna a família tão complexa e sua compreensão em desafio interminável.

Para que a família consiga ajudar a mulher que apresenta algum transtorno mental, é necessário um acolhimento e uma ampla visão do contexto social da vida desta mulher, a relação que ela possuiu com os parentes da família desde a infância, as suas relações interpessoais e a sua vida profissional. A família deve saber que as alterações de comportamento exibidas são expressões dos sinais e sintomas da doença que ela apresenta.

Obter a cooperação de familiares e clientes nos planos terapêuticos (tratamento e cuidados); transmitir às famílias e aos clientes que eles não estão sozinhos em sua experiência de vida; analisar com as famílias seus sentimentos de culpa, frustração, raiva e ansiedade (STEFANELLI, 2008).

Segundo Zuardi (1996), o juízo crítico da realidade e o insight é a capacidade do paciente de compreender a natureza de seu problema ou doença. Muitas mulheres, com transtornos mentais, são discriminadas e excluídas do convívio familiar e social, pois frequentemente apresentam sintomas que não são compreendidos pelas demais pessoas. Assim, elas acabam sendo o enfoque de comentários maldosos ou de piadas de mau gosto, nas quais as mulheres são desequilibradas, “desmioladas” e incompetentes, que de acordo com Stuart e Laraia (2002); Stefanelli (2008) caracteriza estigma, ou seja, um estressor sociocultural. Assim a mulher, portadora de transtorno mental, é estigmatizada por ser a mulher “doida”. Deste modo a família e, principalmente a população masculina, ao atribuir o estigma à mulher concede a si mesmo a normalidade.

Existem três tipos de estigma; em primeiro há as abominações do corpo (deformidades físicas), em segundo as culpas de caráter individual (ex: vontades fracas, crenças falsas, distúrbios mentais, tentativas de suicídio) e em terceiro os estigmas tribais de raça, nação, religião que podem ser transmitidos por antecedentes (GOFFMAN, 1988).

A vergonha da pessoa portadora de estigma se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e imagina-se como portador de um “problema”. O indivíduo pode tentar corrigir a sua condição de maneira indireta, dedicando um grande esforço individual ao domínio de áreas de atividades consideradas como fechadas por motivos físicos e circunstanciais. Deste modo a vítima de estigma evita as pessoas que para ela são “normais”, sem os defeitos que encontra em seu próprio corpo, assim surge à sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando ao seu respeito (GOFFMAN, 1988; SARTORIUS; SCHULTZ, 2005).

De acordo com os mesmos autores o estigma ou preconceito isola o indivíduo em relação aos outros, como se a pessoa ficasse marcada pelo passado de sua doença. Ele abrange aqueles que tiveram ou têm uma doença mental. As relações sociais ficam muitas vezes prejudicadas, como se o doente fosse um ser à parte, acarretando uma discriminação rejeitante de várias formas (GOFFMAN, 1988).

Assim, com base na discriminação, aqueles que se recompuseram de uma doença mental escondem-se frequentemente atrás de um “disfarce”, de modo a manter o seu passado secreto, com medo da rejeição por já terem apresentado alguma disfunção. A necessidade de se esconder resulta do receio de ser rejeitado e desvalorizado, como se essa doença fosse um mal. O uso generalizado do rótulo “doente mental” ou “louco” para caracterizar o portador de um transtorno mental é estigmatizante para as pessoas, fazendo com que pareçam ser participantes de um grupo indesejável (GOFFMAN, 1988; SARTORIUS; SCHULTZ, 2005).

Para diminuir o estigma, é necessário promover a compreensão e a educação do grande público acerca de distúrbios psiquiátricos. Mostrar que os doentes mentais são pessoas como todas as outras e que as doenças mentais são passíveis de serem tratadas. As pessoas deverão ser julgadas pelos seus méritos próprios, e não pela doença que sofrem e pelo estigma a ela ligado (SARTORIUS; SCHULTZ, 2005).

Os preconceitos estigmatizantes são fruto da ignorância e de uma consciência social moralmente negativa. São ainda importantes os obstáculos que os doentes, que sofrem ou sofreram de doenças mentais, devem desafiar e ultrapassar em real seu caminho para uma recuperação. Pode-se contribuir para criar as merecidas oportunidades a estas pessoas portadoras dos transtornos mentais, permitindo-lhes levar uma vida normal e um regresso à comunidade como membros produtivos, autoconfiantes e capazes de desenvolver todo o seu potencial na vida (GOFFMAN, 1988; SARTORIUS; SCHULTZ, 2005).

Diante do exposto decidiu-se realizar uma investigação com o objetivo de identificar junto às mulheres portadoras de transtornos mentais evidências de estigma social.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com uma análise quantitativa de dados. Foi realizado em uma instituição de ensino superior no interior do Estado de São Paulo por oferecer as mesmas oportunidades de convívio com os transtornos mentais que existem na população geral sem necessariamente ser integrada como paciente na rede de atendimento municipal. A amostra, não probabilística, por conveniência, foi composta por 100 mulheres, integradas ativamente no quadro funcional e estudantil da

instituição, presentes no dia da coleta de dados e que assinaram o termo de Consentimento Livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com perguntas mistas, abertas e fechadas, que passou por validação de aparência e de conteúdo e um pré-teste antes de ser aplicado na população proposta. A análise do estudo foi de frequência simples utilizando o programa de Microsoft Excel para a análise estatística e a visualização dos dados.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra não probabilística por conveniência desta investigação foi composta por 100 mulheres com idades entre 17 á 61 anos, sendo 17 á 20 anos (33%), 21 á 25 anos (25%), 26 á 30 anos (14%), 31 á 35 anos (9%), 36 á 40 anos (5%), 41 á 46 anos (6%), 47 á 51 anos (6%) e as demais participantes de 52 á 61 anos (2%). A idade média foi de 27,03 anos e a moda de 18 anos. Entre as respondentes 11 (11%) trabalham na enfermagem, 48 (48%) são acadêmicas, 25 (25%) trabalham como secretárias e 16 (16%) realizam atividades em outras áreas tais como, bibliotecária, gerenciamento, cabeleira, técnica de laboratório e servente de limpeza. Destas, 70 são solteiras (70%), 20 são casadas (20%) e 10 (10%) se enquadram entre amasiadas, separadas, divorciadas e outras parcerias (**Tab. 1**).

Tabela 1 - Distribuição das respondentes (n 100) de acordo com faixa etária, Estado civil e profissão. Ribeirão Preto, 2012

<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
17 a 20 anos	33	33%
21 a 25 anos	25	25%
26 a 30 anos	14	14%
31 a 35 anos	9	9%
36 a 40 anos	5	5%
41 a 46 anos	6	6%
47 a 51 anos	6	6%
52 a 56 anos	1	1%
57 a 61 anos	1	1%
<b>Estado civil</b>		
Casada	20	20%
Solteira	70	70%
Outros	10	10%
<b>Profissão</b>		
Enfermeira	11	11%
Estudante	48	48%
Secretária	25	25%
Outros	16	16%

Das participantes do estudo, 38 (38%) alegaram que sofreram ou ainda sofrem de um desequilíbrio ou doença mental, enquanto 62 (62%) negaram problemas desta natureza (**Tab.2**). Embora, entre estas porcentagens, provavelmente, não foram considerados como sendo pertinentes e por causa disso não inclusos, os distúrbios como dislexia, disgrafia e distúrbios da linguagem, entre outros, que constam nos manuais de psiquiatria ainda como transtornos psiquiátricos.

Tabela 2 - Distribuição das respondentes (n 100) de acordo com o desequilíbrio mental. Ribeirão Preto, 2012

Desequilíbrio mental	Quantidade	Percentual
Não	62	62%
Sim	38	38%

De acordo com Gelder; Mayou; Cowen (2006) as estimativas da prevalência da depressão maior em qualquer fase da vida varia muito entre 4 a 30%. Portanto, provavelmente situa-se em torno de 10 a 20%, embora, quando adicionam as porcentagens atribuídas a distímia, depressão breve recorrente, depressão secundária proveniente a uma condição médica geral e a disforia pós-parto estas porcentagens elevam-se mais ainda. Além dessas, acrescentam-se os transtornos de personalidade e hipocondria de 1 a 5% e transtornos de ansiedade com 5%, além de dismorfofobia entre 2 a 6%, transtornos do pensamento e outras psicoses que têm uma porcentagem para toda a vida de 1% da população geral.

Portanto, segundo Moore (2009) as afecções psiquiátricas em maior ascensão ainda são os transtornos de ansiedade que têm uma prevalência entre 1 a 5% e são 2 a 4 vezes mais frequentes em mulheres. No entanto, diante da insegurança pública, instabilidade financeira mundial, a incerteza política e mais precisamente no Brasil pela violência, impunidade e pelos frequentes escândalos da Câmara dos Deputados, do Senado e até de Ministros do governo atual, os transtornos de ansiedade são bem difusas na população geral.

Desta maneira, os resultados desta pesquisa no qual 38% sofreram ou ainda sofrem de um desequilíbrio ou doença mental incluindo quadros depressivos e de ansiedade vem de encontro com a literatura científica psiquiátrica.

Das 38 participantes acometidas por transtornos mentais 23 (60,53%) mulheres, revelaram que o diagnóstico do seu transtorno foi efetuado por um médico clínico, 10 (26,32%) foi através de um psicólogo e apenas 5 (13,16%) tiveram sua doença determinada por um psiquiatra (Figura 1).

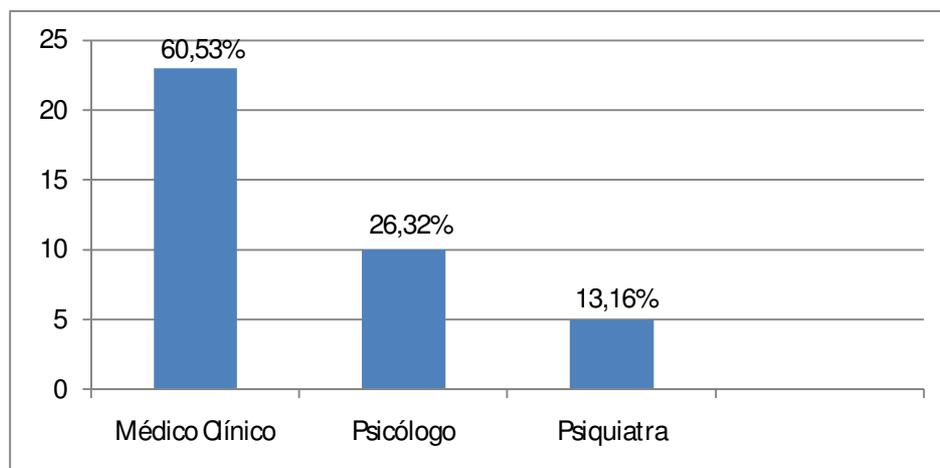


Figura 1 - Distribuição das respondentes (n 38) de acordo com a formação do médico que efetuou o diagnóstico. Ribeirão Preto-SP 2012

Apesar de a psiquiatria ser reconhecida como uma especialidade médica há pouco mais de cem anos, tratar com um psiquiatra continua cercado por estigma. Deste modo um indivíduo que procura este serviço como usuário sente-se exposto e vulnerável a crítica social. Taxado de “louco” e considerado uma pessoa não confiável, perigoso, difícil para se lidar. Assim, a responsabilidade do diagnóstico e dos cuidados da maioria desses transtornos recai sobre o clínico geral, sendo que apenas um em cada vinte casos psiquiátricos atendidos na atenção primária é encaminhado para o médico especialista. Esses dados são corroborados pelo elevado consumo de psicotrópicos pela população, a dosagem dos quais é frequentemente prescrito com quantidades subclínicas, que, de fato não ajuda o paciente encontrar alívio dos seus sintomas (BRUNONI, 2008).

Segundo Mari; Jorge (2011), um estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou que mais de 10% da população adulta havia utilizado algum tipo de medicação psicotrópica no período de um ano. Os psiquiatras são responsáveis por somente 11,7% das prescrições de tranquilizantes, cujo consumo aumenta com a idade do indivíduo e é maior em classes de renda mais elevada. Os resultados em outros estudos epidemiológicos levam à conclusão de que o clínico geral é o profissional mais atuante em saúde mental embora não possui formação para esta função e frequentemente desconhece as medicações e dosagens mais indicadas nos episódios agudos ou de reagudização dos transtornos mentais, além dos perigos de interação medicamentosa com drogas de uso corriqueira nos tratamentos de afecções clínicas.

De acordo com o mesmo autor, esse fenômeno também é observado em países como a Inglaterra, os Estados Unidos e o Canadá, entre outros. A prática clínica do médico não especialista demanda treinamento adequado em como diagnosticar e tratar as síndromes psiquiátricas mais frequentes na clínica geral. Portanto, há relutância entre os psiquiatras em habilitar os médicos clínicos com cursos de atualização superficial para amenizar as dificuldades de diagnóstico de transtornos psiquiátricos feitos por eles.

No entanto, até acontecer uma modificação curricular dos clínicos, o paciente continua apresentar sua queixa, em forma de um sintoma orgânico, pois acredita que o médico tem a expectativa de ouvir uma queixa somática em vez de um problema psicológico. É muito comum, por exemplo, uma depressão apresentar-se em termos somáticos, como uma fraqueza, fadiga e dificuldade em dormir. Um clínico não preparado tem mais dificuldade em diagnosticar um transtorno mental quando este é mascarado pelas queixas somáticas. Há, portanto, um descompasso entre o ensino de psiquiatria, geralmente concentrado nas síndromes mais graves, do espectro de morbidade e as reais necessidades do clínico para atuar em saúde mental.

Segundo Kaplan; Saddock (1999); Gelder; Mayou e Cowen, (2006) “o médico pode não ter um bom entendimento sobre o diagnóstico e não saber como conduzir a doença mental com esse paciente”. Os clínicos gerais tratam apenas os sintomas clínicos mais objetivos e ignoram as queixas mais subjetivas como “fraqueza, insônia e falta de apetite,” sintomas associados com quadros depressivos. Assim, as manifestações são consideradas como parte integrada da doença somática e deste modo, os transtornos passam a não ser adequadamente medicados. Deste modo, a depressão acaba sendo sub-medicada e não curada, se tornando uma doença crônica com resultados desastrosos para a pessoa e a sua família. Desta maneira, “a dicotomia mente-corpo, realçada por médicos de orientação orgânica, e a persistente estigmatização da doença mental pela sociedade podem desencorajar os pacientes na aceitação da depressão como causa de seus sintomas”.

Assim, os resultados dessa investigação revelaram que os sintomas mais presentes e prevalentes nas portadoras de transtornos mentais são ansiedade, medo de lugares fechados, tensão pré-menstrual, choro fácil e impulsividade, sendo esses os sintomas mais marcados na pesquisa e apontados com 56% das respondentes. Entre os outros sintomas apresentados com menor frequência destaca-se depressão, raiva repentina, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos bipolares e ideação suicida. Em relação à estatística apresentada é importante relembrar que cada respondente poderia marcar mais de uma opção dos sintomas sofridos, (Tab. 3).

Tabela 3 - Distribuição das respondentes de acordo com os sintomas apresentados no transtorno mental. Ribeirão Preto, 2012

Sintomas	Quantidade	Percentual
A,MLF,TPM,CF,I	56	56%
D,A,CF,TPM,IS,RR	17	17%
D, I,TOC,TB	10	10%
A, TB,TOC,CF	4	4%

Legenda: A- Ansiedade/MLF: Medo de lugares fechados/TPM: Tensão pré-menstrual/CF: Choro Fácil/I: Irritabilidade/ D: Depressão/ IS- Ideação suicida/ RR- Raiva repentina/ TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo/ TB: Transtorno Bipolar

Após a identificação dos transtornos mentais e sintomas apresentados, as participantes nesta investigação, (mesmo aquelas que alegaram não sofrer de um transtorno mental), foram solicitadas a indicar a presença de preconceito referente à patologia psiquiátrica e se sentiram estigmatizadas dentro de casa ou na sociedade, ou no caso daquelas que se referiam não ter problemas mentais, se acreditavam no estigma para aquelas que tinham. Entre as respondentes, 89 (89%) responderam que já existe preconceito em relação à mulher em várias situações na vida e que há estigma na sociedade em relação à mulher que é portadora de transtorno mental ou com sintomas de distúrbio emocional. Em contra partida, houve 11 mulheres (11%) que responderam não acreditar na existência de preconceito em relação às mulheres com sintomas de desequilíbrio emocional ou de qualquer doença mental (Figura 2).

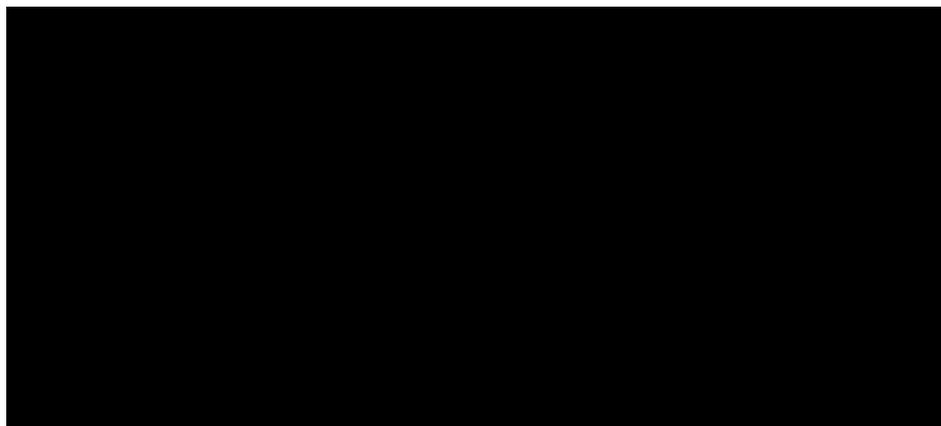


Figura 2 - Distribuição das respondentes (n 100) de acordo com a existência de preconceito aos transtornos mentais. Ribeirão Preto, SP 2012

Sendo assim o estigma é um termo amplo que abrange problemas de conhecimento, ignorância ou desinformação, postura, preconceito; comportamento e de discriminação (LINK; PHELAN, 2001; HINSHAW, 2007). Também produz alterações nos sentimentos, atitudes e comportamento na pessoa afetada como, por exemplo, baixa autoestima, pouco cuidado consigo mesmo e retraimento social além de reajustes nas reações familiares (WEISS et al. 2001; THORNICROFT, 2006;). As experiências profundas de vergonha que sente e culpa, em relação aos outros são comuns, apesar do grau variar conforme a cultura. Em comparação com outros transtornos, as doenças mentais são tipicamente mais estigmatizadas, e esta situação se tem denominado de estigma máximo (FALK, 2001). As consequências comportamentais do estigma,

rejeição e evitação parecem afetar mais as pessoas com doenças mentais, no entanto, pouco se sabe sobre como tais processos afetam seu cotidiano. A discriminação pode causar baixas taxas de procura por ajuda, resistência em relação à adesão ao tratamento, falta de acesso ao tratamento adequado, pobreza material e marginalização social (THORNICROFT, 2007). Existem dois tipos de discriminação importantes na caracterização do estigma, e discriminação no trabalho e nas relações pessoais. Estas situações indicam a importância de incluir estratégias para a redução do estigma e métodos para contornar seus efeitos na autoestima das pessoas com doença mental.

A investigação revelou que em relação à divisão de atividades domésticas e cotidianas, 66 (66%) mulheres afirmaram que recebem ajuda em casa, no trabalho e em seus compromissos diários, enquanto 34 (34%) mulheres alegaram não receber ajuda por falta de companheirismo ou por simplesmente não gostar de interferência nas rotinas, pois são independentes e fazem as coisas mais eficientemente sozinhas. Porém, 26 (26%) mulheres referiam ao sobrecarga e muito cansaço com os afazeres diários, enquanto 54 mulheres (54%) relataram sentir um pouco de cansaço. Apenas 20 mulheres (20%) negaram qualquer cansaço na realização das suas atividades. Estes dados revelam que a maioria sente-se sobrecarregadas de alguma forma, por tanto este sintoma é frequente nos quadros depressivos e ansiosos (TOWNSEND, 2000; STEFANELLI, 2008; MOORE, 2009). Portanto, as mulheres (20%) que não referiam sentir cansaço nos afazeres podem ter quadros psiquiátricos que não apresenta fadiga como sintoma ou ter algum tipo de ajuda, como por exemplo, uma filha, empregada ou parenta. O estudo não explorou estes aspectos para concluir de um jeito ou outro qual o motivo pelo qual algumas mulheres serem facilmente fatigadas e outras nem tanto. Porém, é do conhecimento da maioria da população que a mulher depois de adquirir direitos iguais aos homens acumulou múltiplas papeis dentro e fora do âmbito doméstico e acabou com uma sobrecarga de afazeres (Tab4).

Tabela 4 - Distribuição das respondentes (n 100) de acordo com as tarefas cotidianas e os afazeres diários. Ribeirão Preto, 2012

<b>Tarefas cotidianas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
Sim	66	66%
Não	34	34%
<b>Afazeres diários</b>		
Muito	26	26%
Um pouco	54	54%
Não	20	20%

Este estudo revelou que entre as respondentes que têm um transtorno mental, a maioria, 82 (82%) das mulheres não são usuárias de psicotrópicos, enquanto 18 (18%) relataram que já fizeram ou ainda fazem uso de alguma medicação específica para seu problema. Porém, houve um erro de má interpretação entre as mulheres que responderam a pergunta quanto ao uso de medicamentos, pois não associaram isto somente com os psicotrópicos e sim com qualquer tipo de medicação. Assim, ao assinalar a resposta da pergunta na afirmativa, referiam-se de analgésicos, anticoncepcionais e outros tipos de medicação não psiquiátrica. Deste modo as porcentagens sobre “serem medicadas ou não” apresentam um viés na sua estatística e deste modo os resultados não são confiáveis (Figura 3).

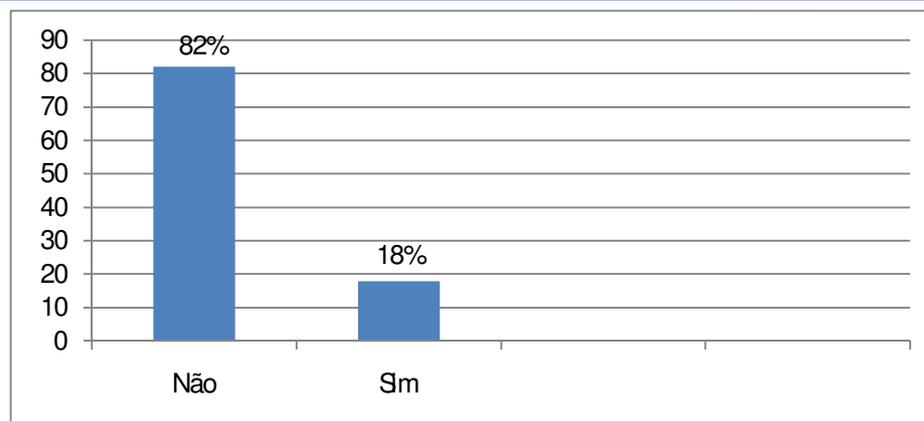


Figura 3 - Distribuição das respondentes (n 38) de acordo com utilização de medicação para o transtorno mental. Ribeirão Preto, SP 2012

Tradicionalmente as pessoas ao consultarem com qualquer médico, mas principalmente com os clínicos, esperam uma receita para comprimidos, cápsulas, xaropes ou injeções, entre outros tratamentos milagrosos para uma cura rápida daquilo que está incomodando a pessoa. Portanto, ao serem medicadas, as usuárias psiquiátricas são discriminadas, pois tomam substâncias controladas que modificam o comportamento. Assim, as mulheres que precisam ser medicadas, frequentemente não aderem ao tratamento adequadamente e não tomam as medicações prescritas, em parte porque não se julgam doentes ou por medo do estigma associado com os psicotrópicos. Deste modo, se prejudicam, aumentando o estigma em relação a sua doença e pior de tudo não melhoram dos quadros psiquiátricos sofrendo assim de maior intolerância (STEFANELLI, 2008).

O estudo mostrou que apenas 3 (3%) das participantes frequentaram programas oferecidos pela rede de saúde dentro do qual a saúde mental é prioridade de acordo com o relatório de SUS 2007-2010 publicado em janeiro de 2011. Deste modo, a maioria das mulheres pesquisadas 97(97%) não participou de programas educativos dentro da Saúde da Mulher. Em parte isto pode ser explicado, pois, muitas mulheres trabalham fora de casa e não têm disponíveis os horários marcados pelas UBS e UBDS para tais encontros. Em sumula, entre as necessidades dos filhos, do serviço, do marido e da casa, a mulher tem pouco tempo para se destinar a si mesmo. Assim, é preocupante que ela não pode frequentar as reuniões da saúde da mulher na rede básica de saúde, pois, os convênios de saúde em geral não oferecem orientações preventivas enfocando faixas etárias e gênero. Desta maneira, a mulher continua sem informações adequadas quanto o seu estado bio-psico-social e sofre isolada de ajuda profissional. Portanto, ao abordar seus sintomas de cansaço, fraqueza e falta de dormir ou outro tipo de somatização, nem os familiares mais próximos e muito menos o clínico geral, percebem ou desconfiam de um estado depressivo, ou um caso de distúrbio do sono, como por exemplo, de insônia devido à hipercinesia, inquietude e excesso de energia proveniente de um estado de mania do transtorno bipolar. Diante destes sintomas não é incomum ouvir comentários tais como “é coisa de mulher” ou “isto sara com um tanque de roupa para lavar” (Tab. 5).

Desta maneira, diante do questionamento quanto ao estigma em torno de mulheres portadoras de transtornos mentais 85 (85%) participantes acreditam que mulheres são estigmatizadas por sofrer de desequilíbrio ou transtorno mental, principalmente devido ao machismo ainda presente entre os homens que as circundam. Elas acreditam também, que a sua doença é fruto de estressores socioculturais, comprometendo assim a sua imagem e favorecendo o enfoque de que mulheres instáveis, “loucas” é um “problema”. Apenas 15 (15%) das mulheres responderam que não acreditaram que uma mulher, com transtorno mental seria uma vítima de estigma. Portanto, é possível atribuir a esta resposta otimista à qualidade de uma vida familiar estável de apoio ou de desacreditar em tamanha intolerância por ser atuante dentro de uma crença religiosa. De qualquer forma estas participantes provavelmente não enfrentaram atitudes negativas corriqueiras no seu cotidiano quanto a ser mulher ou de sofrer de uma doença emocional (Tab.5).

Tabela 5 - Distribuição das respondentes (n 100) de acordo com programa voltado á mulher e estigma, Ribeirão Preto, 2012

<b>Programa voltado á mulher</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
Sim	3	3%
Não	97	97%
<b>Estigma</b>		
Não	15	15%
Sim	85	85%

Apesar de 15 respondentes nesta investigação não acreditarem na estigmatização das mulheres em geral ou de mulheres doentes mentais, a literatura científica contrapõe a esta opinião. De acordo com o Ministério da saúde, Brasil (2010), infelizmente ainda convive-se com desigualdades e discriminações entre homens e mulheres, e em conseqüência disso evolui para uma má qualidade de vida pessoal e comunitária. Estas desigualdades, na maioria dos casos, são desfavoráveis quase exclusivamente às mulheres e precisam ser levadas em consideração, pois ainda no século XXI é constatado que as mulheres no Brasil ganham em média, até 28% menos do que os homens para as mesmas funções desempenhadas, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego (PME) em 2011.

Vale resaltar que as mulheres constituem mais da metade da população, e são oriundas de todas as classes sociais, de todas as raças, etnias e idades, orientações sexuais, morando no campo ou nas cidades e os seus direitos são iguais aos dos homens na Constituição Federal e deste modo, deveriam ter o mesmo peso e garantia.

Entre esses direitos está o acesso à educação, à saúde, ao mercado de trabalho e patrimônio. No relatório de 2005, a agência da ONU fez os governantes investirem nas políticas para garantir a igualdade de condições, pois as desigualdades ainda são muitas, como por exemplo, a metade da população feminina não tem emprego nem formal e muito menos informal, contra 30% da população masculina. Quase dois terços dos analfabetos adultos no mundo são mulheres e não terão acesso à escolaridade simplesmente por ser do sexo feminino. Além disso, mesmo com seu nível educacional igual ou superior aos homens, as mulheres ganham salários menores no mesmo emprego e não têm considerações especiais. A única diferença de tratamento que as mulheres têm em relação aos homens prende-se com a sua função biológica da maternidade. E esses direitos “especiais” não são em prol da mulher, e sim para garantir a amamentação da criança. Se uma trabalhadora não estiver grávida não terá direito diferente dos trabalhadores do sexo masculino. Por outro lado, aqueles direitos que ela possui quando está grávida, cessam quando a criança nasce ou quando ela para de amamentar e a partir deste momento ela retorna a vida de trabalhador como qualquer outro e a sua desigualdade surge novamente.

#### 4. CONCLUSÃO

É importante ressaltar que a literatura científica aponta para o fato de que as mulheres constituem mais da metade da população brasileira. São oriundas de todas as classes sociais, idades, etnias, orientações sexuais, morando ou não na cidade e que entre seus problemas de saúde existem transtornos mentais que necessitam de uma assistência abrangente e adequada.

Sabe-se que o estigma social ainda faz parte da vida das mulheres e principalmente para as portadoras de transtornos mentais. Mesmo aquelas que não o enfrentam, acreditam que há estigma em relação à doença mental e com maior ênfase quando é uma mulher que a tem. Assim, existem barreiras que as impedem de procurar ajuda específica e ter uma recuperação adequada da doença.

A própria mídia fortalece os conceitos empíricos gerais de que a mulher por causa dos seus hormônios e a menstruação é mais predisposta aos desequilíbrios mentais e que a maioria é, pelo menos, instável diante de situações de estresse. Assim, humoristas, membros de família e até profissionais de saúde fazem

comentários inadequadas sobre o estado mental das mulheres, como sendo de praxe “crises de nervos” como parte inerente do seu gênero.

Além disso, a própria pessoa tem vergonha dos seus sentimentos perturbados e evita procurar um psiquiatra, por acreditar que será considerada “louca” pelos familiares e amigos. Desta maneira, muitos diagnósticos de transtornos mentais são inadequadamente diagnosticados por médicos não especializados. Assim, a falta de informações adequadas sobre o transtorno e o tratamento necessário é prejudicada e frequentemente complicada com opções medicamentosas e dosagens aquém do recomendado, dificultando assim um atendimento integral e abrangente, do qual todas as mulheres possuem o direito, de acordo com o SUS.

Pode-se considerar também que outro agravante na busca da saúde mental das mulheres encontra-se nos múltiplos papéis que a mulher foi obrigada a assumir após a sua conquista de igualdade de direitos em relação aos homens. A sobrecarga de atividades e responsabilidades favorece o cansaço e o estresse, fatores que contribuem para o desequilíbrio emocional e o adoecimento.

Há necessidade de maior divulgação dos grupos de atendimento da saúde da mulher para a população pelos profissionais de saúde, principalmente em se tratando dos horários de encontros e atendimento. Portanto, é fundamental a desmistificação da doença mental através da integração do portador no mercado do trabalho e vida cotidiana, embora a área de saúde mental ainda careça de maior apoio e investimento.

## 5. REFERÊNCIAS

A.D.E.B. Associação de apoio aos doentes Depressivos e Bipolares. **Estigma e Saúde Mental**. Disponível em: <[http://www.adeb.pt/sobre\\_adeb/publicacoes/guias/texto/estigma.htm](http://www.adeb.pt/sobre_adeb/publicacoes/guias/texto/estigma.htm)>. Acesso em: 08 março. 2011.

BESSA, K. A. M. **Papel da Mulher na Sociedade ao longo da história**. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/sociology/1653449-papel-da-mulher-na-sociedade/>> Acesso em: Março 2010, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher : um diálogo aberto e participativo – Brasília :** Editora do Ministério da Saúde, 2010. P.50 – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRUNONI, R. A. Transtornos Mentais comuns na prática clínica. **Rev. Med São Paulo**, 2008, out.-dez; 87(4): 251-63. Disponível em: <[http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc\\_166\\_11-Transtornos\\_mentais.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_166_11-Transtornos_mentais.pdf)>

FALK, G. **Stigma: How we Treat Outsiders**. New York: Prometheus Books, 2001.

GELDER, M; MAYOU, R.; COWEN, P. **Tratado de Psiquiatria**, 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.7, p. 124.

GOFFMAN. E. Estigma e identidade social. In: \_\_\_\_\_. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 3ed. Rio de Janeiro: Zafar, 1988. Cap. 1, p. 11-20.

HINSHAW, P. S. Indicators of stigma from everyday life. In: \_\_\_\_\_. **The Mark of Shame: Stigma of mental illness and an agenda for change**. New York: Published by Oxford University Press. Cap. 7, p. 140.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B. J. O cérebro e o comportamento. In: **Compêndio de psiquiatria dinâmica: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. Cap.3, p.153-181.

LINK, B.G.; YANG, L.H.; PHELAN, J.C.; COLLINS, P.Y. Measuring mental illness stigma. **Schizophr Bull**, n. 30, p. 511-541, 2004.

MARI, J. J.; JORGE, M. R. **Psiquiatria: Epidemiologia dos Transtornos Mentais**. Disponível em: <<http://saudeakira.blogspot.com.br/2009/08/psiquiatria-epidemiologia-dos.html>> Acesso em: Junho 2011,2011.

MELMAN, J. Família e Doença Mental: **repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MOORE, D. P. The little Black book series: psiquiatria. **Ribeirão Preto, S.P: Novo Conceito, 2009**. Cap. 7, p. 225-241.

MORRIS, C. G; MAISTO, A. A. Estresse e Psicologia de saúde. In: **Introdução a Psicologia**. 6ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004. Cap. 11, p.372-375.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde 2001: saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Tradução de Climepsi editores. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2002. **Revista Latino Americana**. São Paulo: OMS, v. 12, n. 1, p. 141-160, março 2009.

SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; KORTEN, A. et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: a preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. **Psychol Med.**, n. 16, p. 909-928, 1986.

SARTORIUS, N.; SCHULZE, H. **Reducing the stigma of mental illness**: a report from a global association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. Cap.5.p. 69

SOUZA, N. M. A. A família em que nascemos- Grupo primário. In: \_\_\_\_\_. **A família e seu espaço**: uma abordagem de terapia familiar. 2ed. Rio de Janeiro: Agir, 1997. Cap. 4, p. 61-63.

STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M K; ARANTES, E. C. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistências**. 1ed. Barueri: Manole, 2008. Cap. 2, p. 16-19.

STUART, G.; LARAIA, M. **Enfermagem Psiquiátrica**: Princípios e Prática, 6ed., Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap.4, p. 60-79.

THORNICROFT, G. **Shunned: Discrimination against People with Mental Illness**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

TOWNSEND, M. C. Grupos terapêuticos. In: **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogen, 2002. Cap. 8, p. 116-127.

WEISS, M.G.; JADHAV, S.; RAGURAM, R.; VAUNATSOU, P.; LITTLEWOOD, L. Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. **Anthropol Med**, n. 8, p. 71-87, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. **Conferência de alto nível da EU**: Pacto Europeu para a saúde mental e o bem estar. Conferência proferida em Bruxelas, 12 e 13 jun. 2008.

ZUARDI, A.W & Loureiro Sr. Psychiatric Semiology. **Medicina**, Ribeirão Preto, 29: 44-53, jan/mar.1996.