

INTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO: VULNERABILIDADES SOCIAIS E CLÍNICAS DE HOMENS E MULHERES

PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS FROM A GENDER PERSPECTIVE: SOCIAL AND CLINICAL VULNERABILITIES OF MEN AND WOMEN

Ana Beatriz Ferreira Barros

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília, DF, Brasil
anaabeatriz02@gmail.com

Cristiane Miryam Drumond de Brito

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
cdrumonddebrido@gmail.com

Walter Massa Ramalho

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília, DF, Brasil
walterramalho@unb.br

Ioneide de Oliveira Campos

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília, DF, Brasil
ioncampos2016@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico e clínico entre mulheres e homens internados na enfermaria psiquiátrica de um hospital universitário, sob perspectiva de gênero. Metodologia: estudo quantitativo, descritivo e transversal, com delineamento retrospectivo e produção de dados por análise de prontuários de mulheres e homens. Resultados: demonstraram que das pessoas internadas, a maioria correspondia ao sexo feminino e estavam entre 18 e 29 anos. Evidenciou-se para ambos os sexos, nível médio de escolarização, desempregados e pessoas pardas. A maioria dos usuários foi encaminhada dos hospitais gerais e ficaram internados por até 15 dias. Houve prevalência da internação involuntária e a proporção de reinternações foi baixa. Mulheres foram mais internadas por tentativas de suicídio. Dos diagnósticos registrados, os transtornos de humor prevalecem entre as mulheres e a esquizofrenia entre os homens. Conclusão: os dados reforçam a vulnerabilidade da população jovem, especialmente as mulheres. A precariedade da categoria “trabalho” evidencia as desigualdades sociais e econômicas na vida de homens e mulheres.

Palavras-chave: Saúde Mental. Internação. Gênero.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic and clinical profile of women and men admitted to the psychiatric ward of a university hospital, from a gender-based perspective. Methodology: quantitative, descriptive, and cross-sectional study with a retrospective design, based on the analysis of medical records of male and female patients. Results: the findings showed that most hospitalized individuals were women aged between 18 and 29 years. Among both sexes, a secondary level of education, unemployment and mixed race were predominant. Most patients were referred from general hospitals and remained hospitalized for up to 15 days. Involuntary admissions were prevalent, and the proportion of readmissions was low. Women were more frequently admitted following suicide attempts. Among the recorded diagnoses, mood disorders were more common in women, while schizophrenia was more frequent in men. Conclusion: the data highlight the vulnerability of the young population, especially women. The precarious nature of the “work” variable underscores the social and economic inequalities experienced by both men and women.

Keywords: Mental Health. Hospitalization. Gender.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira teve como principal objetivo a mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo de saúde mental baseado no cuidado territorial, que incluiu a implementação de leis e portarias no âmbito da saúde mental, com posterior criação de programas e serviços de saúde mental. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possibilitou a articulação dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção e no caso dos hospitais gerais, as reservas de leitos de saúde mental são tidas como um recurso emergencial que integra o cuidado psicossocial, pois visa a articulação com os demais serviços da RAPS (BRASIL, 2011).

Embora o modelo antimanicomial tenha tido importantes avanços teóricos e políticos (Hirdes, 2009, p. 298), com uma indicação clara para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio, há situações em que os recursos extra hospitalares não são capazes de atender todas as demandas de saúde mental necessárias. Por isso, o texto da Reforma, aprovado em 2001 pela Lei nº 10.216/2001, prevê o tratamento de quadros agudos em leitos de hospitais gerais. Nesses casos, a indicação de internação hospitalar não se fundamenta apenas por um sintoma ou diagnóstico, mas pela relação desses com o meio em que a pessoa vive e pelos riscos associados (Pereira; Narvaez; Castan, 2021).

Segundo relatório de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2022, aproximadamente 1 bilhão de pessoas viviam com transtorno mental em 2019. No que se refere à expectativa de vida, mostra que indivíduos que têm transtorno mental grave morrem, em média, de 10 a 20 anos antes que a população como um todo, principalmente por enfermidades físicas que podem ser evitadas, como doenças cardiovasculares, infecções e doenças respiratórias. Isso porque existe uma maior chance de pessoas com transtornos mentais estarem expostas a fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do consumo de tabaco, de álcool, hábitos alimentares não saudáveis e sedentarismo. O relatório indica ainda que a depressão e ansiedade acometem 50% mais mulheres do que homens. Isso porque as mulheres são mais propensas a serem desfavorecidas socioeconomicamente, expostas a violências pelo parceiro íntimo e por violência sexual na comunidade (WHO, 2022), além de sofrerem mais atribuições devido a dupla jornada de trabalho, cuidados com os filhos e outros membros da família, quando comparadas com os homens (Barata, 2009).

A violência contra a mulher é uma realidade historicamente construída, resultado de um processo de dominação masculina que submete a mulher ao patriarcado. Nesse contexto, os manicômios também foram constituídos dentro dessa lógica e utilizados como instrumentos de opressão de gênero, justificada pela medicina que classificou o corpo feminino e seus comportamentos como desviantes e perigosos (Rangel; Castro, 2024). A psiquiatria do século XIX interpretava o sofrimento feminino a partir do corpo e da sexualidade, considerando as mulheres hierarquicamente mais próximas da loucura do que os homens. Muitas internações femininas eram frequentemente motivadas por denúncias masculinas, como quando o marido alegava que sua esposa não cumpria os deveres de mãe e esposa, ou quando mulheres solteiras não correspondiam aos papéis sociais tradicionais de maternidade e casamento, eram internadas (Santos, 2008).

Além dessas questões históricas, estudos mostram que fatores como a qualidade do local de moradia, o estado civil, o nível de escolaridade e a renda têm relação significativa com a ocorrência de transtornos mentais (Costa et al., 2020; Peraire et al., 2023). Em relação ao estado civil, enquanto o casamento se mostrou um fator de proteção para a saúde mental dos homens (Vieira; Bressan; Garcia, 2019; Georgaca et al., 2023), ainda há carência de dados que justifique o mesmo para as mulheres. Além disso, a literatura aponta uma associação inversa entre os anos de estudo e saúde mental (Ludermir, 2008; Campos et al., 2021).

Sobre o perfil epidemiológico, há evidências de que a maior causa de internações em leitos psiquiátricos são devido a transtornos de humor, esquizofrenia e psicoses, e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Wakim et al., 2019; Keks et al., 2018). Entretanto, estudos específicos em enfermarias psiquiátricas, na perspectiva de gênero, ainda são incipientes no Brasil. Compreende-se como gênero uma categoria relacional e social, pois além de considerar o caráter cultural das construções identitárias, permite compreender nossos próprios estereótipos, posicionamentos e posturas no que tange a ser homem ou mulher (Casares, 2008).

Desse modo, analisar as condições sociodemográficas e clínicas de pessoas hospitalizadas contribuem para a compreensão das características dos usuários e permite o planejamento do serviço no que diz

respeito às demandas em saúde mental (Fleury *et al.*, 2023; Georgaca *et al.*, 2023). Além de contribuir para aprimorar o cuidado nos âmbitos de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, esse estudo também permite identificar possíveis diferenças e desigualdades entre homens e mulheres. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil sociodemográfico e clínico de homens e mulheres, internados em uma enfermaria psiquiátrica, sob perspectiva de gênero.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com delineamento retrospectivo e produção de dados a partir da análise de prontuários de mulheres e homens admitidos na enfermaria psiquiátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB) entre os anos de 2021 e 2023. Foi elaborado de acordo com a ferramenta STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), que orienta a elaboração e a apresentação de estudos observacionais (Equator Network, 2007).

Contexto

O estudo foi realizado no HUB, uma instituição hospitalar universitária pública vinculada à Universidade de Brasília (UnB) e ao Ministério da Educação do Governo Federal do Brasil (BRASIL, s.d), localizado no Distrito Federal. A enfermaria psiquiátrica do hospital atende pessoas com 18 anos ou mais em crises aguda de saúde mental, advindos de encaminhamentos da rede de saúde do Distrito Federal. Ela possui 14 leitos de internação. Desde que a enfermaria foi inaugurada em 2020, ainda não havia sido realizado nenhum levantamento clínico e epidemiológico detalhado da população atendida.

Participantes

A população do estudo foi composta por todos os usuários admitidos na enfermaria psiquiátrica entre 1º de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2023, totalizando 343 prontuários. Os critérios de inclusão foram todos os(as) usuários(as) admitidos(as) entre os anos de 2021 e 2023 e excluídos os prontuários que ainda não havia registro de alta no momento da coleta.

Fonte de dados e variáveis

A coleta de dados foi realizada no Hospital entre os meses de junho a dezembro de 2023, em um local reservado para o pesquisador, que teve acesso ao sistema de prontuários (com login e senha). Foram acessadas as informações armazenadas no sistema Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), a partir da ficha de admissão, a evolução clínica psiquiátrica e a alta médica.

As variáveis incluíram dados sociodemográficos e econômico-laborais, tais como faixa etária, cor da pele, situação conjugal, orientação sexual, escolaridade, religião, quantitativo de filhos, benefícios sociais, ocupação, renda, situação de trabalho. Também foram considerados dados clínicos e relativas à internação, como o serviço que encaminhou para a internação, encaminhamento pós alta, tipo e tempo de internação, reinternações, motivo da internação, tentativa de suicídio (método utilizado na última tentativa e número total de tentativas) e diagnóstico registrado na alta. Vale ressaltar que os diagnósticos foram considerados de acordo com a descrição da Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão (CID-11).

Análise dos dados

O instrumento utilizado na coleta de dados constituiu-se de um formulário elaborado pelos autores no software Microsoft Excel®. Os dados foram analisados com o emprego de estatística descritiva com apresentação de números absolutos e porcentagem. Optou-se por considerar todas as variáveis, mesmo com dados faltantes, cujo registro foi informado como "não consta". Dessa forma, as informações ausentes foram consideradas na análise e foram tratadas como um dado relevante. Para minimizar erros na fase de coleta dos dados, dois pesquisadores realizaram a extração de forma independente para posterior conferência. Os resultados foram apresentados em tabelas e sua interpretação foi realizada à luz dos estudos de gênero.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob número 68690723.7.0000.5558.

RESULTADOS

Dos 343 prontuários analisados, identificou-se que 217 eram de mulheres e 126 eram de homens. A faixa etária predominante, tanto entre mulheres quanto entre homens, foi de 18 a 29 anos, seguida de 30 a 39 anos em ambos os sexos. Em relação à cor da pele, a maioria das mulheres e homens se declarou parda, enquanto uma minoria se declarou como branca. Vale destacar que, em cerca de um quinto dos prontuários, tanto de homens quanto de mulheres, essa informação não foi registrada.

No que diz respeito à orientação sexual, também chamou a atenção o elevado número de prontuários sem registro desse dado (90%), tanto para homens quanto para mulheres.

Quanto ao estado civil, observou-se que a maioria dos homens e mulheres eram solteiros. Em segundo lugar, mais mulheres eram casadas, enquanto entre os homens predominavam os divorciados. Em relação à escolaridade, aproximadamente um quarto das pessoas havia concluído o ensino médio, sendo essa proporção maior entre as mulheres. Por outro lado, mais homens haviam completado apenas o ensino fundamental. Uma minoria das pessoas tinha ensino superior completo, das que tinham, a maioria eram mulheres.

A religião evangélica foi a mais declarada, seguida pela católica, embora muitos prontuários não contivessem essa informação.

Entre as mulheres, a maioria era mãe, sendo mais comum que tivessem entre 2 e 3 filhos, enquanto 31% declararam não ter filhos. Entre os homens, uma parcela expressiva afirmou não ter filhos, e em um quinto dos prontuários masculinos essa informação estava ausente.

A tabela 1 descreve os totais e percentuais da faixa etária, cor da pele, situação conjugal, orientação sexual, escolaridade, religião e quantitativo de filhos.

A tabela 2 descreve os totais e percentuais de benefícios sociais, ocupação, renda e situação de trabalho. Em grande parte dos prontuários de homens e mulheres, não constavam informações sobre o recebimento de benefícios sociais. Dos que declararam receber, foram aproximadamente 20% das mulheres e homens.

A ocupação que apareceu com maior expressividade foi a de atendimento ao público para ambos os性os, enquanto a segunda maior foi de serviços gerais, tanto para homens, como para mulheres. Em muitos prontuários, porém, não constava essa informação. Trabalhos como cuidadores de pessoas e de serviços do lar foram a única categoria em que nenhum homem declarou realizar. Enquanto para as mulheres, as categorias juntas somam 15,3%.

No que diz respeito à renda familiar, muitos registros não continham esse dado. No entanto, a maior parte, tanto dos homens, quanto das mulheres, dos prontuários que continham esta informação, declarou não possuir renda própria.

Quanto à situação de trabalho, a maioria dos homens e mulheres informou estar desempregada. Em seguida, com menor representatividade, ambos os grupos relataram estar empregados formalmente. Vale ressaltar que, em 14% dos prontuários, essa informação não estava registrada.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos. Valores absolutos e relativos por variável e sexo

| | Feminino | | Masculino | |
|-------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
| | N | % | N | % |
| Sexo | 217 | 63,26 | 126 | 36,74 |
| Faixa etária | | | | |
| 18 – 29 anos | 82 | 37,6 | 49 | 38,6 |
| 30 – 39 anos | 60 | 28,0 | 35 | 38,0 |
| 40 – 49 anos | 37 | 17,0 | 13 | 10,0 |
| 50 – 59 anos | 23 | 11,0 | 21 | 17,0 |
| > 60 anos | 14 | 6,5 | 8 | 6,4 |
| Cor da pele | | | | |
| Branco | 17 | 7,8 | 14 | 11,0 |
| Pardo | 146 | 67,0 | 80 | 63,0 |
| Preto | 5 | 2,3 | 4 | 4,0 |
| Outro | 1 | 0,5 | 2 | 1,6 |
| Não consta | 48 | 22,0 | 26 | 21,0 |
| Situação conjugal | | | | |
| Casado | 68 | 31,0 | 17 | 13,0 |
| Divorciado | 34 | 16,0 | 27 | 21,0 |
| Solteiro | 95 | 44,0 | 72 | 57,0 |
| Viúvo | 9 | 4,1 | 1 | 0,8 |
| Não consta | 11 | 5,1 | 9 | 7,1 |
| Orientação sexual | | | | |
| Bissexual | 2 | 0,9 | 3 | 2,4 |
| Heterossexual | 13 | 6,0 | 5 | 4,0 |
| Homossexual | 4 | 1,8 | 3 | 2,4 |
| Outra | 2 | 0,9 | 2 | 1,6 |
| Não consta | 195 | 90,5 | 113 | 90,0 |
| Escolaridade | | | | |
| Ensino fundamental incompleto | 35 | 16,0 | 25 | 20,0 |
| Ensino Fundamental completo | 10 | 4,6 | 5 | 4,0 |
| Ensino médio incompleto | 18 | 8,3 | 22 | 17,0 |
| Ensino médio completo | 62 | 29,0 | 26 | 21,0 |
| Ensino superior incompleto | 35 | 16,0 | 21 | 17,0 |
| Ensino superior completo | 24 | 11,0 | 9 | 7,1 |
| Não consta | 33 | 15,0 | 18 | 14,0 |
| Religião | | | | |
| Ateu | 9 | 4,1 | 2 | 1,6 |
| Católica | 47 | 22,0 | 26 | 21,0 |
| Espírita | 6 | 2,8 | 1 | 0,8 |
| Evangélica | 66 | 30,0 | 34 | 27,0 |
| Matriz africana | 3 | 1,4 | 2 | 1,6 |
| Outra | 16 | 7,4 | 10 | 7,9 |
| Sem religião | 4 | 1,8 | 3 | 2,4 |
| Não consta | 66 | 30,0 | 48 | 38,0 |
| Quantitativo de filhos | | | | |
| Nenhum | 68 | 31,0 | 55 | 44,0 |
| 1 | 30 | 18,0 | 21 | 17,0 |
| 2 – 3 | 71 | 33,0 | 22 | 17,0 |
| 4 – 5 | 20 | 9,2 | 2 | 1,6 |
| > 5 | 5 | 2,3 | 1 | 0,8 |
| Não consta | 15 | 6,9 | 25 | 20,0 |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Tabela 2 – Dados econômicos-laborais. Valores absolutos e relativos por variável e sexo

| | Feminino | | Masculino | |
|-----------------------------|----------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % |
| Benefícios sociais | | | | |
| Recebe | 44 | 20,3 | 25 | 19,9 |
| Não recebe | 33 | 15,0 | 35 | 28,0 |
| Não consta | 140 | 65,0 | 66 | 52,0 |
| Ocupação | | | | |
| Atendimento ao público | 37 | 17,0 | 19 | 15,0 |
| Construção civil | 1 | 0,5 | 12 | 9,6 |
| Serviços gerais | 30 | 14,0 | 13 | 10,0 |
| Cuidadores de pessoas | 5 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| Estudante | 13 | 6,1 | 8 | 6,4 |
| Serviços do lar | 27 | 13,0 | 0 | 0,0 |
| Técnicos de nível médio | 14 | 6,5 | 8 | 6,4 |
| Profissionais do ensino | 8 | 3,7 | 2 | 1,6 |
| Outros com nível superior | 7 | 3,3 | 4 | 3,2 |
| Outros | 11 | 5,1 | 12 | 9,6 |
| Não possui | 12 | 5,6 | 8 | 6,4 |
| Não consta | 49 | 23,0 | 39 | 31,0 |
| Renda | | | | |
| < 1 salário-mínimo | 3 | 1,4 | 1 | 0,8 |
| 1 salário-mínimo | 9 | 4,1 | 8 | 6,3 |
| 4 - 6 salários-mínimos | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| Não possui renda própria | 73 | 34,0 | 38 | 30,0 |
| Não consta | 132 | 61,0 | 78 | 62,0 |
| Situação de trabalho | | | | |
| Aposentado | 12 | 5,5 | 7 | 5,6 |
| Desempregado | 96 | 44,0 | 57 | 45,0 |
| Trabalho informal | 7 | 3,2 | 7 | 5,6 |
| Autônomo | 10 | 4,6 | 14 | 11,0 |
| Trabalho formal | 50 | 23,0 | 22 | 17,0 |
| Trabalho não remunerado | 9 | 4,1 | 0 | 0,0 |
| Outro | 4 | 1,8 | 1 | 0,8 |
| Não consta | 29 | 13,0 | 18 | 14,0 |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A tabela 3 traz dados sobre os serviços que encaminhou para a internação e o encaminhamento do usuário após a alta hospitalar, tipo de internação, tempo de internação e reinternações. Dos serviços que encaminharam para internação, quase 40% de homens e mulheres foram encaminhados a hospitais regionais, seguido das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Em relação aos encaminhamentos pós-internação, a maior parte de mulheres e homens foram encaminhados para o ambulatório do Hospital Universitário, cenário dessa pesquisa, e para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Encaminhamentos para a atenção primária à saúde (APS) foram minoria.

Quanto ao tipo de internação, o que se destacou foi a involuntária tanto para as mulheres, quanto para os homens. Ao passo que as voluntárias ocorreram em menor número.

Quase metade das mulheres ficaram internadas por até 15 dias, seguido de 15 a 30 dias. Dos homens, um terço ficou internado até 15 dias, enquanto grande parte permaneceu internado por um período de 15 a 30 dias. Em relação às reinternações, a maioria dos usuários não foi readmitida durante o período do estudo.

Tabela 3 – Dados da internação. Valores absolutos e relativos por variável e sexo

| | Feminino | | Masculino | |
|-------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|----------|
| | N | % | N | % |
| Serviço que encaminhou para a internação | | | | |
| Hospital regional | 111 | 51,0 | 56 | 44,1 |
| UPA | 67 | 31,0 | 52 | 41,0 |
| Outro | 32 | 15,2 | 14 | 11,1 |
| Não consta | 7 | 3,2 | 4 | 3,2 |
| Encaminhamento pós alta | | | | |
| Ambulatório do hospital (HUB) | 71 | 32,3 | 38 | 30,1 |
| Ambulatório do hospital + CAPS | 52 | 24,2 | 36 | 28,2 |
| CAPS | 35 | 16,0 | 19 | 15,0 |
| Atenção primária | 2 | 0,9 | 2 | 1,6 |
| Outros | 23 | 10,7 | 11 | 8,7 |
| Não consta | 34 | 16,0 | 20 | 16,0 |
| Tipo de internação | | | | |
| Voluntária | 53 | 24,0 | 20 | 16,0 |
| Involuntária | 121 | 56,0 | 78 | 62,0 |
| Não consta | 43 | 20,0 | 28 | 22,0 |
| Tempo de internação | | | | |
| 0 – 15 dias | 106 | 49,0 | 42 | 33,0 |
| 15 – 30 dias | 52 | 24,0 | 47 | 37,0 |
| 30 – 45 dias | 30 | 14,0 | 14 | 11,0 |
| 45 dias ou mais | 26 | 12,0 | 22 | 17,0 |
| Não consta | 3 | 1,4 | 1 | 0,8 |
| Reinternações | | | | |
| Sim | 19 | 8,8 | 12 | 9,5 |
| Não | 196 | 90,0 | 114 | 9,0 |
| Não consta | 2 | 0,9 | 0 | 0,0 |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A tabela 4 é composta de dados sobre o motivo de internação, diagnóstico registrado na alta, número de tentativas de suicídio e método utilizado na última tentativa. Dos motivos da internação, entre as mulheres prevaleceu a tentativa de suicídio e, entre os homens, os sintomas psicóticos. Na segunda maior causa de internação, os motivos se invertem entre os gêneros, enquanto para as mulheres estiveram mais presentes os sintomas psicóticos, dentre os homens, esteve a tentativa de suicídio.

Entre os diagnósticos registrados no momento da alta, de acordo com o CID-11, o mais frequente para as mulheres foi o F30 - F39: Transtornos do humor (afetivos), enquanto, para os homens, predominou o F20 - F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Em segundo lugar, as mulheres também apresentaram uma alta incidência de F20 - F29, enquanto entre os homens o segundo diagnóstico mais comum foi o F30 - F39.

Em relação às tentativas de suicídio, o método mais comum para mulheres e homens foi a ingestão de medicamentos. Entre as mulheres, o segundo método mais utilizado foi o uso de objetos perfurocortantes, enquanto entre os homens predominou o enforcamento. Quanto à frequência, a maioria dos homens e mulheres havia tentado pela primeira vez. No entanto, uma parcela significativa já havia feito uma segunda tentativa.

Tabela 4 – Dados clínicos. Valores absolutos e relativos por variável e sexo

| | Feminino | | Masculino | |
|---------------------------------------------|----------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % |
| Motivo da internação | | | | |
| Alteração comportamental | 21 | 9,7 | 13 | 10,0 |
| Alteração psicomotora | 9 | 4,2 | 7 | 5,6 |
| Alteração psicomotora + heteroagressividade | 13 | 6,0 | 10 | 7,9 |
| Episódio maníaco | 15 | 6,9 | 9 | 7,1 |
| Episódio depressivo | 21 | 9,7 | 9 | 7,1 |
| Sintomas psicóticos | 40 | 19,0 | 38 | 29,8 |
| Sintomas psicóticos + alteração psicomotora | 12 | 5,6 | 9 | 7,1 |
| Tentativa de suicídio | 61 | 28,4 | 22 | 17,4 |
| Outros | 24 | 11,0 | 9 | 7,1 |
| Diagnósticos | | | | |
| F00 – F09 | 6 | 2,8 | 9 | 7,1 |
| F10 – F19 | 6 | 2,8 | 11 | 8,7 |
| F20 – F29 | 42 | 19,0 | 41 | 32,0 |
| F30 – F39 | 79 | 37,0 | 32 | 25,0 |
| F40 – F48 | 10 | 4,6 | 1 | 0,8 |
| F50 – F59 | 4 | 1,9 | 0 | 0,0 |
| F60 – F69 | 32 | 15,0 | 9 | 7,1 |
| F70 – F79 | 8 | 3,7 | 6 | 4,7 |
| F80 – F89 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 |
| G40 – G47 | 2 | 0,9 | 2 | 1,6 |
| G60 – G64 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| O30 – O48 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| R40 – R46 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| R50 – R69 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| X60 – X84 | 7 | 3,2 | 3 | 2,4 |
| Y90 – Y98 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 |
| Z00 – Z13 | 1 | 0,5 | 2 | 1,6 |
| Z30 – Z39 | 3 | 1,4 | 0 | 0,0 |
| Z70 – Z76 | 2 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| Z80 – Z99 | 5 | 2,3 | 3 | 2,4 |
| Ainda em internação | 0 | 0,0 | 2 | 1,6 |
| Não consta | 5 | 2,3 | 4 | 3,1 |
| Última tentativa de suicídio | | | | |
| Atropelamento autoprovocado | 3 | 3,0 | 1 | 2,9 |
| Enforcamento | 7 | 7,0 | 5 | 14,0 |
| Ingestão de drogas | 1 | 1,0 | 2 | 5,7 |
| Ingestão de medicamentos | 44 | 44,0 | 16 | 46,0 |
| Ingestão de veneno | 9 | 9,0 | 1 | 2,9 |
| Objetos perfurocortantes | 14 | 14,0 | 4 | 11,0 |
| Queda de altura | 12 | 12,0 | 2 | 5,7 |
| Outros | 9 | 9,0 | 3 | 8,6 |
| Não consta | 1 | 1,0 | 1 | 2,9 |
| Nº de tentativas de suicídio | | | | |
| 1 | 36 | 38,0 | 13 | 38,0 |
| 2 | 30 | 32,0 | 12 | 35,0 |
| 3 ou mais | 29 | 30,7 | 9 | 26,9 |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

DISCUSSÃO

A saúde mental vai além da simples ausência de transtornos, articulando-se com fenômenos sociais e históricos complexos, marcados por desigualdades de gênero, culturais e estruturais (Lancetti, 2009). A construção de relações sociais saudáveis é um pilar fundamental da saúde mental. A qualidade dos vínculos interpessoais, o apoio da rede familiar e comunitária e a participação ativa na vida social são elementos essenciais para a promoção do bem-estar, sendo que relações marcadas por afeto, respeito e solidariedade fortalecem a resiliência e a sensação de pertencimento (Buss; Pellegrini, 2007).

Além dos fatores individuais e relacionais, as condições de vida e o contexto social exercem grande influência sobre a saúde mental. Desigualdades estruturais como pobreza, racismo, violência, opressão de gênero, desemprego e exclusão social constituem determinantes sociais que afetam negativamente o equilíbrio psíquico e emocional das pessoas, de modo que o acesso a direitos sociais e a políticas públicas adequadas está diretamente relacionado à vulnerabilidade mental da população (Minayo, 2008; WHO, 2022). Nesse sentido, reconhecer os direitos humanos e de cidadania é fundamental para uma concepção ampliada de saúde mental, no qual o respeito à dignidade humana, à diversidade e à inclusão deve estar no centro das políticas e práticas em saúde. Isso implica considerar as subjetividades, as diferenças culturais e as formas de organização da vida dos sujeitos, garantindo sua escuta e participação (BRASIL, 2013).

A saúde mental é articulada a fenômenos multidimensionais construídos historicamente em contextos sociais e culturais diversos. Essa perspectiva reconhece que os papéis sociais de gênero, as normas culturais, o machismo, a violência de gênero e as desigualdades estruturais são fatores determinantes da saúde mental. Assim, pensar em saúde mental de forma ampliada exige também incorporar as questões de gênero como centrais no cuidado, nas políticas públicas e na produção de subjetividades.

O presente estudo identificou 343 usuários internados entre os anos de 2020 e 2023, sendo 217 mulheres e 126 homens. Esse achado vai na contramão de estudos em enfermarias psiquiátricas que mostram que a maior parte das pessoas internadas são homens (Vieira; Bressan; Garcia, 2019; Lara; Volpe, 2019; Costa *et al.*, 2020). Entretanto, estudos realizados em CAPS demonstram que a maior parte de usuários são mulheres (Campos *et al.*, 2021; Barbosa *et al.*, 2020; Kantorski *et al.*, 2022). De acordo com Barata (2009), as mulheres buscam mais serviços de saúde preventivos do que os homens. Isso ocorre porque, além de terem a responsabilidade de cuidar dos filhos e outros membros da família, elas tendem a estar mais atentas às questões de saúde e doença e apresentarem maior sensibilidade sobre seus problemas. Além disso, são associados fatores da dimensão biológica feminina e aspectos políticos relacionados à distribuição de poder na sociedade.

Sobre a faixa etária, os resultados evidenciam uma população jovem, entre 18 e 29 anos, são pessoas em idade economicamente ativa. A faixa etária das mulheres foi semelhante à observada em um estudo sobre internações psiquiátricas femininas (Bragé *et al.*, 2020). No entanto, a faixa etária dos homens foi menor do que a encontrada em outros trabalhos (Vieira; Bressan; Garcia, 2019; Costa *et al.*, 2020; Kar *et al.*, 2019; Fleury *et al.*, 2023; Georgaca *et al.*, 2023). Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), 2023, revelam que cerca de 24% dos jovens brasileiros entre 18 e 29 anos não estudam e nem trabalham. De acordo com Souza e Paiva (2012), muitos jovens enfrentam dificuldades para realizar seus projetos de vida devido às limitações impostas na esfera social, com acesso restrito à educação, segurança e trabalho.

Estudos que analisam a relação entre escolaridade e saúde mental, demonstram que o nível de escolaridade qualifica os indivíduos para determinadas ocupações, influenciando diretamente suas condições socioeconômicas e aumentando a possibilidade de escolhas (Campos *et al.*, 2021; Ludermir, 2008). Trabalhos que investigaram internações psiquiátricas no Sul e no Nordeste do Brasil obtiveram baixa prevalência em anos de estudo, compatíveis com o ensino fundamental incompleto e analfabetismo (Calegaro *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020). Embora tenha havido expressividade de ensino fundamental incompleto nos dados do presente estudo, houve maior incidência de escolaridade compatível ao ensino médio, nesse sentido, dados acerca da escolaridade se mostraram superiores aos das pesquisas supracitadas. As mulheres, por sua vez, possuíam qualificação compatível ao ensino superior mais do que os homens.

Identificou-se que a maior parte das pessoas foram declaradas como pardas, apenas uma pequena parte como branca e uma parcela mínima de negros. Em pesquisa sobre pessoas que procuraram

atendimento em saúde nas suas últimas semanas anteriores à coleta de informações sobre dados de saúde, 20,2% eram brancas e 17,0%, pardas (IBGE, 2020), o que pode estar atrelado a desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde. Nesse sentido, Silva *et al.*, (2023), destacam que a raça e o racismo impactam na qualidade do acesso à saúde oferecido a mulheres negras.

Sobre a conjugalidade, a maior parte das mulheres eram solteiras ou casadas e a maioria dos homens eram solteiros ou divorciados. Os dados são consistentes com diversas pesquisas que mostram que a maioria das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos são solteiras ou divorciadas (Pereira; Narvaez; Castan, 2021; Vieira; Bressan; Garcia, 2019; Calegaro *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020; Kazemi *et al.*, 2021; Georgaca *et al.*, 2023). “Estudos sugerem que o casamento pode afetar homens e mulheres de forma diferente. Especificamente, parece que o homem casado tem taxas mais baixas de depressão menor do que seus pares não casados, ao passo que o oposto é verdadeiro para as mulheres” (Bebbington *et al.*, 1981, P. 64).

Enquanto a maior parte das mulheres declararam serem mães, a maioria dos homens afirmou não possuir filhos. Esse dado reflete em expectativas sociais e papéis de gênero na sociedade. Guiginski e Wajnman (2019) encontraram que ter filhos impacta na inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que reflete em desvantagens na atividade laboral. Quanto à situação de trabalho, a proporção de homens e mulheres estavam desempregados, assim como em estudos realizados em enfermarias psiquiátricas de diferentes partes do mundo (Georgaca *et al.*, 2023; Kazemi *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2020). Nesse sentido, essa condição produz impactos diretos na renda e capacidade de garantir os direitos básicos, aumentando a propensão à vulnerabilidade social e ocupacional.

Sobre a renda familiar, não se pode inferir que haja desigualdade de gênero nesse quesito, pois tal informação não estava presente de forma significativa nos prontuários analisados. A ausência de renda é um fator de risco para a saúde mental e apresenta alta correlação com transtornos mentais, especialmente quando envolve condição econômica precária da família (Julião; Guimarães, 2022; Costa, 2020; Campos *et al.*, 2021). Um dado importante refere-se ao trabalho formal, em que as mulheres representam maioria neste grupo, o que pode ser reflexo da maior escolaridade entre elas. Em relação a benefícios sociais, as mulheres recebem mais benefícios que os homens, embora as diferenças não tenham sido significativas pela ausência de dados nos prontuários. Andrade *et al.* (2015), ressaltam que programas intersetoriais de proteção social em países da América Latina têm o objetivo compartilhado de contribuir para redução de iniquidades em saúde, atuando sobre os determinantes sociais de saúde.

No que concerne à ocupação, obteve-se dados semelhantes entre homens e mulheres. A maior parte trabalhava em ocupações que não exigiam ensino superior, exercendo funções de atendimento ao público, seguido de serviços gerais. Esses trabalhadores(as), especialmente aqueles em ocupações de menor qualificação, acumulam desvantagens sociais, o que os torna mais suscetíveis a acordos de trabalho desiguais. Essa vulnerabilidade cria uma dependência econômica, na qual a falta de opções e a necessidade de subsistência os leva a aceitar condições laborais desiguais, reforçando a precariedade nas relações de trabalho (Sousa; Araújo, 2024).

Apesar do número reduzido de mulheres que atuavam como cuidadoras de pessoas e em serviços do lar, chamou a atenção o fato de que nenhum homem afirmou exercer essas atividades. Um estudo que analisou os discursos de homens e mulheres de um CAPS, evidenciou que enquanto as mulheres lamentavam de não conseguir cuidar dos filhos e do lar, as falas dos homens foram marcadas por queixas de não-produtividade laboral (Zanello; Fiúza; Costa, 2015). Nesse sentido, Santos (2009, p. 1180) reitera que “a tarefa do cuidado é socialmente atribuída às mulheres que, mesmo estando doentes, não escapam de tal prescrição social.”

Acerca da religião, a maioria dos homens e mulheres declarou possuir. Desses, houve predominância da religião evangélica, seguido da católica. Segundo último censo do IBGE (2010) que analisou a prevalência de religiões na população brasileira, identificou o crescimento no número de adeptos à religião evangélica e redução de católicos. A literatura ainda apresenta ambiguidades quando associa saúde mental à religiosidade (Monteiro *et al.*, 2020).

Os principais locais de procedência foram UPAS e hospitais gerais. As internações foram majoritariamente involuntárias, tanto para mulheres, como para homens. Mesmo em casos graves, essa modalidade de internação ainda apresenta complexidades e controvérsias (Messias; Castro;

Martins, 2020), o que se torna ainda mais relevante diante do fato de que as internações involuntárias estão frequentemente associadas a quadros crônicos de sofrimento psíquico, comumente acompanhados por uma frágil vinculação aos serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento (Georgaca *et al.*, 2023). Nesse cenário, Hirdes (2009) destaca que, para que as ações de saúde mental se consolidem no território e se tornem alternativas efetivas à internação, é fundamental que haja comprometimento político. Para isso, é necessário a superação do modelo biomédico, centrado na doença, em favor de uma abordagem que integre tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos.

As internações de mulheres ocorreram predominantemente por tentativa de suicídio. Segundo Dantas e outros (2023), o suicídio entre elas está intimamente relacionado às vulnerabilidades de gênero que enfrentam e às imposições da sociedade. Ainda hoje, as relações sociais continuam impregnadas por questões que oprimem, silenciam e violentam as mulheres, o que resulta em desigualdades e sofrimento de diversas formas. No entanto, mulheres negras, as que estão em subempregos ou fora do mercado de trabalho formal e as que vivem em situações de extrema pobreza são mais vulnerabilizadas do que outras (Dantas *et al.*, 2023).

Dentre homens e mulheres que tentaram suicídio, a maioria utilizou como método a ingestão de medicamentos e haviam tentado pelo menos uma vez na vida. Um estudo que analisou comportamentos suicidas em um CAPS identificou incidência de auto intoxicação em mulheres e enforcamento em homens (Botti *et al.*, 2018). Embora apenas o achado acerca das mulheres corresponda com este estudo, a segunda forma mais utilizada pelos homens foi o enforcamento. Além disso, os autores supracitados encontraram que o histórico de abuso sexual esteve relacionado à tentativa de suicídio em mulheres e, em homens, o histórico familiar de suicídio.

Os diagnósticos mais presentes entre as mulheres foram os de transtornos de humor (afetivos). Eles são caracterizados por alterações emocionais com presença de longos períodos de tristeza, elevação do humor ou combinação de ambos (APA, 2022). Esses transtornos aumentam o risco de ideação e tentativa de suicídio, assim como o suicídio efetivado (Nierenberg; Gray; Grandin, 2001). Em todo o mundo, elas recebem esses diagnósticos mais frequentemente do que os homens e, em países onde há maior igualdade de gênero, as taxas de depressão tendem a diminuir à medida que os papéis de gênero se equilibram (WHO, 2022). A ocorrência de transtornos mentais entre mulheres está fortemente relacionada aos múltiplos papéis que desempenham na sociedade, como mães, profissionais e cuidadoras (Santos, 2009). Esse impacto se torna ainda mais evidente entre mulheres negras, que enfrentam uma sobrecarga adicional devido a estressores ocupacionais e ao racismo estrutural (Sousa; Araújo, 2024).

Entre os homens houve prevalência de diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes registrados no momento da alta. Essa classe diagnóstica é caracterizada por sintomas psicóticos, o principal motivo de internação entre eles. A faixa etária apresentou relação com os diagnósticos, visto que evidências mostram que a manifestação de sintomas esquizofrénicos aparece mais precocemente entre os homens, tendo o pico entre 20 e 29 anos (Li; Zhou; Yi, 2022). Além disso, homens acometidos apresentam maior comprometimento no funcionamento global, associado com sintomatologia pré-mórbida (Cardoso *et al.*, 2006) e o aparecimento dos sintomas é influenciado pelo nível de estresse em que o indivíduo está exposto (Barros, 2013). Assim, a predominância de homens jovens com esse diagnóstico pode ser explicada por fatores socioeconômicos em que eles se encontravam.

Houve prevalência do tempo de internação de até 15 dias entre as mulheres e, entre os homens, esse período variou de 15 a 30 dias. Um estudo que analisou internações psiquiátricas e risco de morte no Quebec, identificou que as internações breves estiveram relacionadas a transtornos mentais comuns e internações longas com transtornos mentais graves (Fleury *et al.*, 2023). Nota-se que os diagnósticos refletem tendências observadas na literatura, em que há a prevalência de transtornos de humor em mulheres e esquizofrenia em homens (Wakim *et al.*, 2019; Bragé *et al.*, 2019; Vieira; Bressan; Garcia, 2019; Barbosa *et al.*, 2020).

Após a alta médica, a maioria das mulheres e dos homens foi encaminhada ao CAPS e ao ambulatório do Hospital (HUB). Direcionamentos pós alta são fundamentais para a continuidade do cuidado iniciado no momento da hospitalização. Entretanto, os encaminhamentos para a atenção primária em saúde não foram expressivos, o que, conforme apontam Sampaio e Junior (2021), evidencia uma atuação

desarticulada entre os serviços territoriais e favorece a fragmentação e a interrupção do cuidado. A maior parte dos usuários não foram reinternados no período em que o estudo foi realizado. A menor chance de readmissão se dá quando ocorre alta planejada, acompanhamento ambulatorial contínuo (Wakim *et al.*, 2019), atendimento colaborativo e intervenções psicossociais (Fleury *et al.*, 2023). Ademais, a readmissão é tida como um dos parâmetros de qualidade do atendimento oferecido nos hospitais (Kazemi *et al.*, 2021), embora seja necessário mais tempo para analisar se a tendência se mantém a longo prazo.

A alta taxa de “não registro” de informações como orientação sexual, religião, benefícios sociais e renda nos prontuários, foi um fator limitante deste estudo. Informações faltantes podem comprometer a oferta de um cuidado de qualidade (Botti *et al.*, 2018), dificultando a compreensão abrangente das necessidades dos usuários. As variáveis analisadas estão propensas a alterações com o tempo, dentre elas: situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda, logo, representam apenas a condição do usuário quando foi admitido.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários internados em uma enfermaria psiquiátrica, fornecendo embasamento para compreender a relação entre os determinantes sociais e o adoecimento psíquico. Os resultados evidenciam predominância de mulheres, jovens, pardas, com filhos e escolaridade média. Ademais, a maioria dos usuários, entre homens e mulheres, estavam solteiros, desempregados e pertenciam à religião evangélica. Os dados obtidos reforçam a vulnerabilidade da população jovem e como as questões socioeconômicas e de gênero atravessam adoecimentos mentais. Enquanto elas foram mais internadas por tentativas de suicídio, com método de ingestão medicamentosa e diagnosticadas com transtornos de humor, eles foram mais hospitalizados por sintomas psicóticos e receberam mais diagnósticos de esquizofrenia. Tal associação expressa a necessidade de abordagens diferenciadas nos atendimentos em saúde mental. Destaca-se ainda a importância da continuidade do cuidado pós-hospitalização e a necessidade da presença de serviços psicossociais nos territórios a fim de garantir. Assim, é fundamental que haja a criação de políticas públicas transversais que valorizem o trabalho intersetorial e a geração de renda, além de programas eficientes acerca do uso racional de medicamentos. Por fim, evidenciou-se que o modelo de atenção à saúde mental necessita qualificar as especificidades de gênero e suas interseccionalidades, em detrimento de um modelo biomédico, ainda hegemônico nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, v. 385, p. 1343–1351, 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)
- APA - American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Disponível em: <https://institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 25 de ago. 2024
- BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Editora Fiocruz. Temas em saúde collection, p. 73-94, 2009. ISBN 978-85-7541-391-3.
- BARBOSA, C.G. *et al.* Epidemiological profile of the users of Psychosocial Care Center. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 16, n.1, p.1-8, 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.156687>
- BARROS, R. F. Fatores sociais e esquizofrenia: investigando possíveis associações. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Coletiva) - Botucatu: UNESP. 2013.
- BEBBINGTON, P. *et al.* Epidemiology of mental disorders in Camberwell. Psychological Medicine, v.11, n. 3, p. 561-579, 1981. <https://doi.org/10.1017/S0033291700052879>
- BOTTI, N. C. L. *et al.* Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. Cogitare Enfermagem, v. 23, n.1, 2018. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.54280>

BRAGÉ, É. G. et al. **Perfil de internações psiquiátricas femininas:** uma análise crítica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.69 v. 69, n. 3, p. 165-170, 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000275>

BRASIL. Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB). **Plataforma Dados Abertos.** [s.d] Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/hospital-universitario-de-brasilia-hub-unb>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 139, n. 68, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 de ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 148, n. 247, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 de ago. 2024

BUSS, P. M.; PELLEGRINI F. A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CALEGARO, V. C. et al. **Suicidal patients in a psychiatric emergency unit:** clinical characteristics and aggression profile. Trends Psychiatry Psychotherapy. v. 41, n.1, p. 9-17, 2019. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0149>

CAMPOS, I. de O. et al. **Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental:** um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 3, 2021. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310319>

CARDOSO, C.S. et al. **Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia:** uma comparação por sexo. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600019>

CASARES, A. M. **Antropología del género:** culturas, mitos y esteriotipos sexuales. 1. ed. Madrid: Ediciones Cátedra, 2018.

COSTA, D. M. A da. et al. **Psychiatric hospitalizations related to mental and behavioral disorders in a psychiatric hospital.** Acta Scientiarum Health Sciences, v. 42, p. e48746, 2020. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v42i1.48746>

DANTAS, E. S. O. et al. **Suicídio de mulheres no Brasil:** necessária discussão sob a perspectiva de gênero. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, p. 1469-1477, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>

EQUATOR NETWORK. **The EQUATOR Network:** enhancing the quality and transparency of health research. UK EQUATOR Centre, Centre for Statistics in Medicine, NDORMS, University of Oxford. Disponível em: <https://www.equator-network.org/>. Acesso em: 20 maio 2025.

FLEURY, M.-J. et al. **Profiles, correlates, and risk of death among patients with mental disorders hospitalized for psychiatric reasons.** Psychiatry Research, v. 321, p. 115093 - 115093, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115093>

GEORGACA, E. et al. **Clinical determinants of involuntary psychiatric hospitalization:** A clinical profile approach. Journal of Clinical Psychology, v. 79, n. 9, p. 2081-2100, 2023. <https://doi.org/10.1002/jclp.23528>

- GUIGINSKI, J.; WAJNMAN, S. **A penalidade pela maternidade:** participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 36, p. 1-26, 2019. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0090>
- HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde:** 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 30 de ago. de 2024
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 de ago. de 2024
- JULIÃO, N. A.; GUIMARÃES, R. R. de M. Sexo, ocupação e a prevalência de sintomas depressivos na população brasileira: um estudo com base na pesquisa nacional de saúde (2013). **Planejamento e políticas públicas.** S. I.], n. 61. p. 173 – 203, 2022. <https://doi.org/10.38116/ppp61art6>
- KANTORSKI, L. P. et al. **Perfil de usuários de um serviço de saúde mental:** registro de violência e ofertas terapêuticas. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. v. 11, n. 2, p. 202249 - 202249, 2022. <https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5523>
- KAR, S.K. et al. **Clinical profile and correlates of hospital stay in patients with severe mental illness.** Asian Journal of Psychiatry, v. 45, p. 41-43, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.08.014>
- KAZEMI, F. et al. **Frequency of psychiatric readmission causes and associated risk factors:** A retrospective cross-sectional study in Qazvin, Iran. Asian Journal of Social Health and Behavior, v. 4, n. 4, p. 169-174, 2021. https://doi.org/10.4103/shb.shb_25_21
- KEKS, N. A. et al. **Characteristics, diagnoses, illness course and risk profiles of inpatients admitted for at least 21 days to an Australian private psychiatric hospital.** Australasian Psychiatry, v. 27, n. 1, p. 25-31, 2018. <https://doi.org/10.1177/1039856218804345>
- LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2009. ISBN 978-85-271-0706-9
- LARA, A. P. M.; VOLPE, F. M. **Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 659-668, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>
- LI, X.; ZHOU, W.; YI, Z. **A glimpse of gender differences in schizophrenia.** General Psychiatry, v. 35, n. 4, p. e100823, 2022. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100823>
- LUDERMIK, A. B. **Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>
- MESSIAS, N. K.; CASTRO, C. B. de.; MARTINS, M. H. da. M. Versões de usuários sobre a internação psiquiátrica involuntária. Revista Polis Psique, v.10, n.1, p.123-143, 2020. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.84713>
- MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 10, supl. 1, p. S7–S18, 1994. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>.
- MONTEIRO, D. D. et al. **Espiritualidade/ religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão.** Academia Paulista de Psicologia, v. 40, n. 98, 2020. <https://doi.org/10.5935/2176-3038.20200014>
- NIERENBERG, A. A.; GRAY, S. M.; GRANDIN, L. D. **Mood disorders and suicide.** The Journal of Clinical Psychiatry, v. 62, suppl. 25, p. 27-30, 2001.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. **Education at a Glance 2023:** OECD Indicators, OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/e13bef63-en>
- PERAIRE, M. et al. **Profile changes in admissions to a psychiatric hospitalization unit over 15 years (2006–2021), considering the impact of the pandemic caused by SARS-CoV-2.** Psychiatry Research, v. 320, p. 115003, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115003>

PEREIRA, L. O. de. A.; NARVAEZ, J. C. de. M.; CASTAN, J. U. **Psicodiagnóstico na unidade de internação psiquiátrica de um hospital público.** Clinical & Biomedical Research, v. 41, n. 2, p. 126-132, 2021. <https://doi.org/10.22491/2357-9730.100629>

RANGEL, S. P. A.; CASTRO, A. M. de. **Mental health:** where do gender issues arise? Cisgender women roles. Saúde em Debate, v. 47, spe 1, e9048, 2023. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E190481>

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. **Rede de Atenção Psicossocial:** avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042620>

SANTOS, A. M. C. C. **Articular saúde mental e relações de gênero:** dar voz aos sujeitos silenciados. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>

SANTOS, A. M. C. C. dos. **Gênero e Saúde Mental:** a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. <https://doi.org/10.11606/D.8.2008.tde-05122008-142238>

SILVA, F. da. et al. **Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres:** uma metanálise. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 47, n. 2, p. 264-282, 2023. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3908>

SOUZA, C. C. de.; ARAÚJO, T. M. de. **Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 49, p. edepi12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15222en2024v49edepi12>

SOUZA, C. de.; PAIVA, I. L. de. **Faces da juventude brasileira: entre o ideal e o real.** Estudos de Psicologia, v. 17, n. 3, p. 353-360, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300002>

VIEIRA, A. C.; BRESSAN, L. K.; GARCIA, L. S. B. **Perfil epidemiológico dos pacientes psiquiátricos internados involuntariamente em um hospital psiquiátrico do sul catarinense de 2012 a 2016.** Arquivos Catarinenses de Medicina v. 48, n. 3, p. 45-55, 2019.

WAKIM, A. dos. S. et al. **Cross-sectional study of readmissions to the psychiatric ward of Hospital Estadual Mário Covas in Santo André, state of São Paulo, between 2008 and 2015.** Trends psychiatry and psychotherapy, v. 41, n. 2, p. 121-127, 2019. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0148>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 29 maio 2025.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. **Saúde mental e gênero:** facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, p. 238-246, 2015. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>