

Mulheres na Atenção Primária: Reflexões Sobre Escolaridade e Raça na Determinação Social de Transtornos Mentais

Women in Primary Care: Reflections on Education and Race in the Social Determination of Mental Disorders

Mujeres en la Atención Primaria: Reflexiones Sobre Escolaridad y Raza en la Determinación Social de los Trastornos Mentales

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico de mulheres com diagnósticos psiquiátricos na atenção primária e associação com indicadores sociais. **Método:** Estudo epidemiológico transversal com dados secundários de 13.555 mulheres cadastradas em uma unidade básica de um município da região metropolitana de Curitiba-PR. **Resultado:** A prevalência de transtornos mentais foi de 14,10%: transtornos de humor (47,72%) e ansiosos (46,90%). Mulheres brancas apresentaram prevalência 20% maior (OR=1,20; IC95%: 1,05–1,36). Frequentar escola pública associou-se a risco duas vezes maior comparado à privada (OR=2,16; IC95%: 1,32–3,51). Analfabetismo aumentou o risco em 65% (OR=1,66; IC95%: 1,13–2,44). **Conclusão:** Os resultados evidenciam processos de determinação social do adoecimento mental feminino, que interseccionam raça, classe e escolaridade, indicando necessidade de políticas públicas intersetoriais e abordagem integral na atenção primária.

DESCRITORES: Transtornos Mentais; Mulheres; Determinantes Sociais da Saúde; Atenção Primária em Saúde

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic profile of women with psychiatric diagnoses in primary care and its association with social indicators. **Method:** Cross-sectional epidemiological study using secondary data from 13,555 women registered at a basic health unit in a municipality of the metropolitan region of Curitiba, PR, Brazil. **Results:** The prevalence of mental disorders was 14.10%: mood disorders (47.72%) and anxiety disorders (46.90%). White women showed a 20% higher prevalence (OR = 1.20; 95% CI: 1.05–1.36). Attending public school was associated with a twofold higher risk compared with private school (OR = 2.16; 95% CI: 1.32–3.51). Illiteracy increased the risk by 65% (OR = 1.66; 95% CI: 1.13–2.44). **Conclusion:** The results highlight social determination processes of women's mental illness that intersect race, class and education, indicating the need for intersectoral public policies and an integral approach in primary care.

DESCRIPTORS: Mental Disorders; Women; Social Determinants of Health; Primary Health Care

RESÚMEN

Objetivo: Analizar el perfil sociodemográfico de mujeres con diagnósticos psiquiátricos en atención primaria y su asociación con indicadores sociales. **Método:** Estudio epidemiológico transversal con datos secundarios de 13.555 mujeres registradas en una unidad básica de salud de un municipio de la región metropolitana de Curitiba-PR, Brasil. **Resultados:** La prevalencia de trastornos mentales fue del 14,10%: trastornos del estado de ánimo (47,72%) y trastornos de ansiedad (46,90%). Las mujeres blancas presentaron una prevalencia 20% mayor (OR = 1,20; IC95%: 1,05–1,36). Haber asistido a escuela pública se asoció con un riesgo dos veces mayor en comparación con la privada (OR = 2,16; IC95%: 1,32–3,51). El analfabetismo aumentó el riesgo en un 65% (OR = 1,66; IC95%: 1,13–2,44). **Conclusión:** Los resultados evidencian procesos de determinación social del adoecimiento mental femenino que interseccionan raza, clase y escolaridad, indicando la necesidad de políticas públicas intersectoriales y un abordaje integral en la atención primaria.

DESCRIPTORES: Trastornos Mentales; Mujeres; Determinantes Sociales de la Salud; Atención Primaria en Salud

RECEBIDO EM: 05/10/2025 APROVADO EM: 21/10/2025

Como citar este artigo: Pena MAF, Bellenzani R, Rodrigues JG. Mulheres na Atenção Primária: Reflexões Sobre Escolaridade e Raça na Determinação Social de Transtornos Mentais. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(102):18022-18037. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i102p18022-18037

ID **Marcos Antonio Florido Pena**
Graduação em Medicina - Universidade Federal do Paraná (UFPR).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6344-1923>

ID **Juliana Galvão Rodrigues**
Mestranda - PPG Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0404-9747>

ID **Renata Bellenzani**
Doutora em Saúde Coletiva - Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7211-6518>

INTRODUÇÃO

A saúde mental é hoje uma das áreas com maior demanda nos serviços de saúde no Brasil, especialmente na atenção primária à saúde (APS), em que mais da metade dos usuários apresentam algum tipo de transtorno mental ^(1,2). Estima-se que entre 20% a 25% da população sofre algum desses transtornos, com enorme impacto das queixas de sofrimento no SUS atualmente. ^(3,4)

As unidades básicas de saúde (UBS) têm um papel essencial como porta de entrada ao SUS e coordenação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Contudo, há barreiras para a integração efetiva dos cuidados de saúde mental na APS como: limitações na capacidade de acolhimento e diagnóstico pelas equipes de saúde, ocasionando uma parcela significativa desassistida da população ⁽⁵⁾; a escassez de estratégias de cuidado apropriadas ao perfil epidemiológico a ser atendido; abordagens exclusiva ou predominantemente far-

macológicas ⁽⁶⁾.

No que tange à distribuição dos transtornos mentais, esta é desigual e heterogênea entre as populações e regiões, o que reflete o peso das condições socioeconômicas e modos de vida de coletividades, classes e seus estratos, na produção social dos agravos e seus riscos, conforme as inserções nas relações sociais de produção e reprodução da vida. Segundo a perspectiva da epidemiologia crítica ⁽⁷⁾, a redução de processos complexos que envolvem as condições de vida à lógica de fatores de risco, acaba por negar a dialeticidade dos fenômenos da saúde-doença mental e seus complexos nexos com a totalidade social, em que no caso das mulheres, as desigualdades por gênero, interseccionadas com raça, representam *processos críticos destrutivos* relevantes e os mais escamoteados nas investigações ⁽⁸⁾. Ao serem reduzidos a 'fatores de risco socialmente modificáveis', criam a equivocadamente crença de que ações focais ou mudanças comportamentais individuais alterariam determinantes

estruturais como discriminação, violência ou mesmo a economia capitalista - com seus altos níveis de pobreza e desigualdades - que implicam enormes contingentes populacionais com "baixo status socioeconômico" ⁽¹¹⁾, este apontado como o fator de risco modificável.

Na literatura psiquiátrica, há consenso quanto às diferenças significativas encontradas na prevalência de transtornos mentais entre homens e mulheres, com elas apresentando taxas significativamente mais elevadas ⁽¹¹⁾, níveis mais altos de estresse, maior número de tentativas de suicídio e maior consumo de medicamentos psicotrópicos ⁽¹²⁻¹⁴⁾. Estudos também revelam que a identidade étnico-racial, ou as manifestações do racismo, também condicionam diferenças de prevalências: indivíduos não brancos apresentam prevalência de transtornos mentais até 1,85 vezes maior do que indivíduos brancos ⁽¹⁵⁾, ou seja, a qualidade de vida e saúde são racializadas e gendradas.

No presente estudo ², busca-se conhecer o perfil sociodemográfico das mu-

¹ Apesar de haver e ser bastante importante o debate sobre a hiperdiagnóstico de transtornos psiquiátricos na população brasileira, que não pode ser desenvolvido aqui, a magnitude crescente de pessoas que buscam as unidades básicas com queixas ligadas à prejuízos da saúde mental e são clinicamente diagnosticadas tem sido apontada por vários estudos

² Este corresponde à análise de parte dos dados de um estudo mais abrangente que congrega pesquisadores em nível de graduação e da pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, intitulado: "Saúde Mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 6.688.267; CAAE: 70498423.9.0000.0102).

Artigo Original

Pena MAF, Bellenzani R, Rodrigues JG

Mulheres na Atenção Primária: Reflexões Sobre Escolaridade e Raça na Determinação Social de Transtornos Mentais

Herres que uma vez cadastradas e atendidas em uma UBS de um dado município da região metropolitana de Curitiba-PR, constam no banco de dados como diagnosticadas com transtornos psiquiátricos. Justifica-se o trabalho, pela relevância de fortalecer o debate entre as áreas: política e planejamento da Saúde Coletiva, Saúde Mental e Medicina Psiquiátrica, a partir de aportes críticos das ciências humanas e sociais nas análises que elucidem as determinações sociais de perfis epidemiológicos.

MÉTODO

Realizou-se estudo epidemiológico transversal com dados secundários fornecidos pela área de gestão da informação da Secretaria de Saúde do município pesquisado, primariamente produzidos na rotina assistencial pelo preenchimento de fichas cadastrais e de atendimentos médicos, realizados até agosto de 2024, de mulheres acima de 18 anos. Foram requisitados pelos pesquisadores um conjunto amplo de informações (previamente averiguadas como constantes nas fichas, logo, em tese, seriam preenchidas rotineiramente) avaliadas como necessárias³ ao estudo do perfil epidemiológico das mulheres em questão, pelos parâmetros da determinação social e epidemiologia crítica (8, 10). As análises foram realizadas no jamovi (v.2.3.28). Descreveu-se a amostra por n e %; associações bivariadas foram testadas pelo Qui-Quadrado (ou Fisher, quando aplicável); estimaram-se Odds Ratios (OR) brutas com IC95% por regressão logística univariada.

RESULTADOS

Obtidas as informações de **18.258 pessoas do sexo feminino cadas-**

tradas e procedendo-se a exclusão de crianças e adolescentes, as análises foram realizadas com um total de 13.555 mulheres, cuja caracterização vê-se na Tabela 1. Na Tabela 2 são descritas as porcentagens correspondentes à taxa

de coleta ou registro da informação em cada variável em que se apurou seu baixíssimo registro em algumas delas, o que limitou sua inclusão nos modelos analíticos estatísticos.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres cadastradas em UBS de Região Metropolitana de Curitiba, Paraná, Brasil, 2024 Fonte: Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde; elaboração: autores

Bloco	Variável / Categoria	n	%(do total)
Cor / etnia (autodeclarada)	Brancas	10564	77,93%
	Pardas	2079	15,34%
	Pretas	383	2,83%
	Amarelas	50	0,37%
	Indígenas	1	0,01%
	Não informado	478	3,53%
Diagnósticos psiquiátricos	Mulheres com ≥ 1 diagnóstico	1911	14,10%
	Total de diagnósticos registrados	2674	—
	Transtornos de humor	1276	47,72%
	Transtornos ansiosos	1254	46,90% ⁴
	Esquizofrenia	121	4,53% ⁴
	Psicoses	16	0,60% ⁴
	Transtornos de personalidade	7	0,26% ⁴
Escolaridade (agregada)	Não informado	4974	36,69%
	Analfabeto	134	0,99%
	Ensino fundamental incompleto (1 ^a –8 ^a)	2272	16,76%
	Ensino fundamental completo	741	5,47%
	Ensino médio incompleto	1131	8,34%
	Ensino médio completo	2853	21,05%
	Ensino superior (incompleto + completo)	706	5,21%
Frequência escolar e tipo	Frequentou escola pública	8485	62,60%
	Frequentou escola particular	190	1,40%
	Nunca frequentou escola	133	0,98%
	Não informado	4747	35,02%

³ Entre estas a distribuição étnico-racial, nível educacional, local de frequência escolar, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil, situação ocupacional, exercício ou não da maternidade e composição domiciliar, além dos diagnósticos atribuídos pelos médicos, baseados na CID e DSM, as prescrições e dispensações de psicotrópicos, e registros de atendimentos na médica complexidade por comportamentos autoagressivos e tentativas de suicídio. Também foi solicitada a totalidade dos homens cadastrados e respectiva distribuição de diagnósticos psiquiátricos para fins de comparação com as mulheres

⁴ Porcentagem referente ao total de diagnósticos psiquiátricos.

Tabela 2. Categorias sociodemográficas com baixo preenchimento no sistema de UBS da região metropolitana de Curitiba, Paraná, Brasil, 2024. Fonte: Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde; elaboração: autores.

Bloco	Variável / Categoria	n	% do total preenchido
Preenchimento de campos	Estado civil (preenchido)	1526	1526
	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (preenchido)	9	9
	Situação no mercado de trabalho (preenchido)	649	649
	Orientação sexual (preenchido)	290	290
	Identidade de gênero (preenchido)	148	148

DISCUSSÃO

A distribuição étnico-racial das usuárias da UBS estudada, a partir de dados autodeclarados, segue uma tendência diferente comparada aos dados censitários do IBGE (2022) para o município⁽¹⁶⁾. Observa-se uma sobre-representação da população autodeclarada branca na UBS (77,93%) em relação à sua proporção no município (62,42%), enquanto para as populações parda e preta há uma sub-representação nos dados fornecidos. A população parda representa 15,34% das usuárias da UBS, contrastando com 32,13% na população municipal e a população preta corresponde a 2,83% das usuárias, versus 5,08% no censo. Assim, a maioria das pessoas atendidas cujos dados foram perguntados / registrados se autodeclarou branca, seguidas de pardas e pretas, enquanto amarelas e indígenas representaram uma parcela bem inferior.

Quanto à prevalência encontrada de diagnósticos psiquiátricos entre as mulheres atendidas, 1.911 mulheres (14,10%) foram diagnosticadas com pelo menos um transtorno mental. Em relação à prevalência estratificada por diferentes diagnósticos psiquiátricos, os transtornos de humor e transtornos ansiosos representaram a maioria dos diagnósticos psiquiátricos. A mesma usuária pode ter recebido mais de um diagnóstico, seja em um único atendimento ou diferentes atendimentos ao

longo do tempo.

A análise dos dados revelou que mulheres brancas apresentaram uma prevalência aproximadamente 20% maior de pelo menos um diagnóstico psiquiátrico em comparação com mulheres não brancas. Essa diferença foi estatisticamente significativa (OR = 1,20; IC 95%: 1,05–1,36; $p < 0,01$). Isso parece divergir da maior parte dos achados da literatura epidemiológica. Ao analisar estratificadamente, por categorias específicas de diagnóstico (transtornos de humor, transtornos ansiosos, etc.), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias raciais.

Quanto ao grau de escolaridade, 36,70% das mulheres não tiveram registrada a informação sobre seu nível de escolaridade, o que limita análises mais consistentes. Entre os dados válidos, observa-se que a maioria das usuárias da unidade possui ensino médio completo, seguida por ensino fundamental incompleto (de 5ª a 8ª série). A proporção de mulheres com ensino superior (somando-se completo e incompleto) representa apenas 5,21% da população feminina cadastrada. Na outra extremidade, observa-se um contingente mínimo de usuárias analfabetas, número inferior à taxa de analfabetismo municipal, segundo o IBGE (2022) - (0,99% versus 2,83%). Essa discrepância pode estar relacionada com o alto número proporcional na cidade de mulheres

brancas, que segundo a literatura, tendem a possuir maiores índices de acesso e permanência ao sistema educacional quando comparadas com mulheres não brancas⁽¹⁷⁾.

Quanto à frequência escolar e seu tipo (pública ou privada), somente 0,98% das mulheres relataram nunca ter frequentado a escola. A maioria das mulheres frequentou escolas públicas (62,60%), enquanto apenas 1,40% relataram ter estudado em escolas particulares. Contudo, existe um alto índice (35,02%) de mulheres cuja frequência escolar não foi informada.

A maior frequência de mulheres na rede educacional pública converge com dados nacionais da população geral e também com o perfil da população usuária do SUS. No que diz respeito à frequência escolar geral, não se identificou uma associação significativa entre frequentar ou não a escola como marcador social na relação com os diagnósticos de transtornos mentais (OR = 1,25; IC 95%: 0,83–1,90; $p = 0,29$). A análise revelou uma relação relevante do tipo de frequência escolar com os diagnósticos psiquiátricos, no caso uma maior prevalência de transtornos entre as mulheres que frequentaram escolas públicas quando comparadas às que frequentaram escolas particulares,

As mulheres que frequentaram escolas particulares apresentaram uma prevalência significativamente menor de pelo menos um diagnóstico psiquiátrico em comparação com aquelas que estudaram em escolas públicas, com uma diferença superior ao dobro (OR = 2,16; IC 95%: 1,32–3,51; $p < 0,01$). Já as mulheres analfabetas apresentaram uma prevalência 65% maior de diagnóstico psiquiátrico em comparação com mulheres alfabetizadas ou com algum nível de escolaridade (OR = 1,66; IC 95%: 1,13–2,44; $p = 0,01$). As mulheres que não completaram o ensino fundamental apresentaram uma probabilidade significativamente maior de diagnóstico em relação àquelas que possuem ensino fundamental completo (OR = 1,58; IC

95%: 1,41–1,76; $p < 0,01$).

Algumas reflexões sobre a relação do papel da educação na saúde mental das mulheres sem concebê-la como um fator e sim como um indicativo das condições e modos de vida, os resultados parecem apontar o peso de aspectos das condições socioeconômicas adversas sobre a vida das mulheres trabalhadoras das camadas populares que atuam em funções que não exigem curso superior (a grande maioria). Essas condições variam e são possivelmente mediadas pela modalidade de educação (privada ou pública) e, mais especificamente, pelos modos de vida diferenciados entre os estratos de classe: o estrato das mulheres que frequentam a educação pública e o estrato daquelas que frequentam a educação privada (mais acessada pelos estratos de renda média). Consideram-se as modalidades de educação como mediações, pois reflete-se que não é possível afirmar taxativamente uma relação direta, “mecânica”, entre frequentar o ensino privado e encontrar especificamente neste, determinados recursos protetores à saúde mental, mesmo que pesquisas em educação apontem diferenças de qualidade entre a rede pública e privada. O que converge com discussões das pesquisas na área é que o processo de escolarização com mais anos, sobretudo o acesso ao nível universitário, implica mudanças na sociabilidade e na inserção econômica-laboral, assim como apropriações científicas, socioculturais e políticas potencialmente benéficas ao desenvolvimento humano integral. O acesso a melhores postos de trabalho e a maior nível de renda, na formação capitalista nacional, convergem na direção de uma maior qualidade de vida, incluindo por exemplo mais recurso de lazer, rede de suporte, garantia de outros direitos e bens de seguridade social que a educação tende a impulsionar, sendo assim reduzidos ou amenizados os níveis de estresse gerados por pressões e barreiras na manutenção de si e de seus dependentes (produção e reprodução da vida). Uma vez “sob

controle”, amenizados, os potenciais estressores mais graves e estruturais, que colocam a sobrevivência, a dignidade humana, a qualidade de vida e a saúde em risco, o desenvolvimento humano se dá com a saúde mental sendo “mais protegida”. Outra determinação não menos importante é o que apontam estudos sobre a condição de muitas mulheres serem vítimas de violências em uma sociedade capitalista-patriarcal, o que se torna um dos “fatores de risco” para transtornos mentais mais evidenciados pelas pesquisas. Teoriza-se que um nível mais elevado de escolaridade pode representar, em função da relevância das apropriações citadas acima e seus efeitos benéficos cíclicos, trajetórias de vida em se que configura uma rede de maior proteção contra a violência, e pelo sofrimento que ela implica, um menor risco de desenvolver quadros psiquiátricos (18). Ao considerar que as violências, inclusive ligadas à maior exploração e subordinação no mercado de trabalho, atingem mais as mulheres pretas e perdas de estratos inferiores de escolaridade e renda, é razoável pensar que encoberta pelo “fator” “escolaridade baixa”, devem estar o peso esmagador das violências sobre os modos de vida e estados psicológicos e de saúde dessas mulheres.

Nesta mesma linha, podemos refletir sobre a maior prevalência de transtornos mentais encontrada em mulheres analfabetas, por sua vez consonante com os estudos epidemiológicos prévios⁽⁴⁾. O analfabetismo predispõe a modos de vida mais precarizados pela sua subordinação às condições mais precarizadas de trabalho, a menor autonomia, a menor renda, aumentando assim a insegurança econômica dessas mulheres e suas famílias, expondo-as a situações agudas pontuais, mas também contínuas de estresse, na luta pela reprodução de suas vidas e de seus dependentes. O analfabetismo também dificulta o acesso às informações e educação em saúde, bem como limita apropriações culturais, políticas e recreativas, prejudica a compreensão

de orientações médicas e de saúde em geral. De forma análoga, os níveis de escolaridade a partir da conclusão do ensino fundamental atuam na redução dos riscos de desenvolver transtornos, uma vez que nas condições colocadas tende a haver melhores oportunidades no mercado de trabalho, contratos mais estáveis e menos precários, acesso a benefícios e direitos previdenciários, etc., o que tende a garantir neste grupo de mulheres uma renda estável, acesso a diferentes recursos e bens, geradores de maior autonomia. Elas estariam, assim, mais amparadas e psicologicamente mais “fortalecidas” para enfrentarem, sem adoecerem, os processos críticos destrutivos do *nó da exploração-racismo-patriarcal*^(19,9).

Assim, os complexos nexos entre trajetória escolar (sociologicamente condicionada em forte medida), desenvolvimento psicológico/intelectual e preservação versus deterioração da saúde mental, devem ser compreendidos, não como fatores isolados de exposição ao desfecho, e sim no movimento dialético dos processos críticos destrutivos e protetivos que afluem na determinação social dos adoecimentos (entendidos como fenômenos biológicos e ao mesmo tempo histórico-sociais) de forma ampla, dinâmica, interdependente, complexa e multidimensional. Por exemplo, as mulheres que frequentam/frequentaram escolas particulares no Brasil, concentram-se em maior número nos estratos da classe trabalhadora em melhores condições socioeconômicas, o que pode favorecer o acesso a serviços de saúde com maior prontidão e qualidade, melhor qualidade de vida, com uma proteção mais efetiva anti os processos críticos destrutivos que aumentam riscos entre as mulheres de desenvolverem transtornos psiquiátricos.

A epidemiologia crítica latino-americana que tem em Jaime Breilh seu principal expoente, busca a partir da categoria *processos críticos* desvelar o curso da determinação social da doença, forçando uma superação epistemológica e

política em relação à epidemiologia tradicional que, segundo os autores críticos, opera em uma lógica empirista-funcionalista, cartesiana, individualizante, em que por uma abordagem estatística reducionista esvaziada de teoria social associaria doenças e fatores de risco abstraindo-os da totalidade dos processos sociais complexos que agem na produção e reprodução da vida e das formações econômicas, sociais e políticas⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Esses referencial ampara também algumas análises possíveis sobre as mulheres trabalhadoras racializadas de menor escolaridade e qualificação profissional, cujos achados do presente estudo indicaram a maior prevalência de transtornos no grupo das mulheres brancas, divergindo dos achados mais frequentes na literatura epidemiológica (tendência de maior prevalência de transtornos mentais em populações não brancas). É preciso, aqui, o aporte de outros achados sobre o tema do acesso a serviços de saúde mental e diagnósticos e as manifestações do racismo. A pequena, porém significativa diferença observada entre brancas e não brancas nos achados da presente pesquisa, possivelmente reflete mais as disparidades entre mulheres brancas e pardas/pretas na busca, acesso e qualidade dos serviços de saúde (acolhimento, avaliação, diagnóstico e tratamento) do que factibilidade da hipótese de que as condições de vida das mulheres brancas especificamente da amostra estudada sejam piores contrariando as tendências. Isso porque as mulheres racializadas, além das desigualdades sociais diversas, frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo subdiagnóstico sistemático devido a vieses implícitos na prática clínica, como negligência de suas experiências de dor e sofrimento, baixa confiança delas no sistema de saúde e sua menor regularidade nas consultas, ou seja, dinâmicas que manifestam o racismo institucional⁽²⁰⁾. Em contrapartida, mulheres brancas, geralmente inseridas em contextos de maior acesso aos serviços médicos, quando em

sofrimento psíquico, podem ter suas experiências de sofrimento mais frequentemente acolhidas e “legitimadas como tal”, avaliadas e, portanto, diagnosticadas como sintomas de transtornos psiquiátricos. Embora as mulheres racializadas enfrentem situações mais intensas de violências na sociedade, seja física, psicológica ou simbólica, que afetam diretamente sua saúde mental^(21,22), essa violência tende a ser naturalizada, invisibilizada, inclusive legitimada, concebendo essas formas de violência como “fatalidades da vida” ou até meras consequências de seus “comportamentos de risco” conscientemente ou levemente praticados, culpabilizando, assim, essas mulheres. Ademais, observa-se em estudos uma tendência de mulheres racializadas receberem diagnósticos distintos em relação às mulheres brancas, mesmo quando são relatados os mesmos sintomas⁽²³⁾, demonstrando fortes vieses da prática do cuidado em psiquiatria e saúde de modo geral.

Mesmo tecendo esse debate sobre o cuidado médico/em saúde racializado e do racismo criando iniquidades em saúde, é preciso chamar a atenção para um outro aspecto na análise dos dados sociodemográficos das usuárias da UBS pesquisada, quanto à proporção racial da população do município em questão. Identificou-se a sobrerrepresentação no território estudado, de mulheres brancas, correspondendo a 77,93% em comparação com 62,42% de mulheres brancas na população total desse município⁽¹⁶⁾. Esse fato pode ser explicado por possíveis vieses de classificação na autodeclaração racial, bem como por falhas nas obtenções e registros das informações, por exemplo, pelo cadastramento exclusivo de usuários em situação regular de moradia, dificultando ou não cadastrando com a mesma celeridade populações de áreas de ocupação irregular (que concentra população mais pobre aonde os/as negros/as e pardos/as se fazem presentes em maior número), ou pela menor ida delas aos serviços, por estarem mais subordinadas no

mercado de trabalho, impedidas de se ausentarem, ou por que a renda não é obtida sem a realização do trabalho ou por coerções patronais.

Por fim, algumas limitações do estudo devem ser aclaradas, mesmo que em boa medida fora do alcance dos pesquisadores, pela alta proporção de dados sociodemográficos incompletos, particularmente em variáveis como estado civil e situação ocupacional. Isso limita um delineamento mais detalhadas do perfil epidemiológico em saúde mental das mulheres do território estudado. Deve ser considerado também que os dados obtidos em relação à raça/etnia e escolaridade são autodeclarados em situações de atendimento e cadastramento, podendo surgir vieses próprios a isso. A ausência de informações sobre orientação sexual e identidade de gênero sugerem que estes determinantes sejam considerados secundários ou irrelevantes nos serviços, embora sejam fundamentais para o traçado do perfil epidemiológico das pacientes com demandas psiquiátricas (em sentido mais amplo demandas de saúde mental) na atenção primária. A crença equivocada de que é irrelevante na assistência primária verificar e registrar informações que possibilitam traçar perfis tem efeitos negativos sistêmicos à toda a qualidade do cuidado na rede de atenção psicossocial (RAPS), da qual as unidades básicas são integrantes com as funções de porta de entrada, acolhimento e coordenação de fluxos. Essas falhas no processo de obtenção de dados prejudicam a caracterização epidemiológica da população atendida, impedem análises explicativas das prevalências e o desenvolvimento, ou ajustes, de estratégias de cuidado integral em saúde mental que extrapolam a psicofarmacologia e as estruturas do SUS.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que há uma significativa disparidade de prevalências de transtornos mentais em mu-

heres quando estratificadas por raça e escolaridade na Atenção Primária. Essas diferenças, quando interpretadas a partir de uma lente teórica que busca a gênese social dos processos de adoecimento, devem ter sua relevância reconhecida, para o direcionamento de práticas de cuidados e a formulação de políticas públicas com maior equidade, e mais eficientes em atender necessidades sociais que impactam a qualidade de vida e a saúde mental. Na perspectiva crítica adotada neste estudo, a APS deve atuar não apenas orientada pela identificação de sintomas e designando os diagnósticos correspondentes para que se prescrevam determinados

fármacos ou encaminhamentos a especialistas. Mas, também, seja capaz de, ao conhecer o perfil social das populações e comunidades e dos grupos adoecidos (levantamento do perfil epidemiológico) possa “forçar”, e se implicar com, a tomada de medidas públicas, institucionais e de mobilização comunitária e política, que melhorem as condições e modos de vida social e historicamente constituídos. Ao se debruçarem sobre esses dados, analisando-os segundo os pressupostos da indissociabilidade das relações de gênero, raça e classe e da impossibilidade de abstrair dos adoecimentos os processos histórico-sociais que os engendram, as equipes e gesto-

res do SUS podem, além de produzirem um cuidado mais sintonizado com as necessidades psicossociais, logo mais humanizado, dar visibilidade na gestão pública para a urgente necessidade de se avançar na intersectorialidade da ação estatal, com equidade, para a promoção de bem-estar, proteção laboral e social, qualidade de vida e saúde, seja na proteção da dignidade, garantia de direitos, como na ação combativa de injustiças, violações de direitos e desigualdades estruturais impostas a grandes massas de trabalhadoras e trabalhadores na formação político-econômico capitalista vigente.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves DA, Mari JDJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. março de 2014;30(3):623–32.
2. Cavalcante CC, Feldens VP, Kock KdS, Martins HP, Anschau J, Consoni LJ. Prevalência de sintomas depressivos em usuários de unidades básicas de saúde em uma cidade do sul de Santa Catarina. *Rev AMRIGS*. 2022;66(3):742–50.
3. Brunoni AR, Suen PJC, Bacchi PS, Razza LB, Klein I, Dos Santos LA, et al. Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. *Psychol Med*. abril de 2021;1–12.
4. Santos GDBVD, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00236318.
5. Dimenstein M, Macedo JP, Fontenele MG. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS À INTEGRAÇÃO NO BRASIL. *Rev Ment [Internet]*. 2022 [citado 4 de janeiro de 2025];14(25). Disponível em: <http://revistamental.unipac.br/exportar-pdf/13/v14n25a04.pdf>
6. Rovare VP. A vida difícil das pessoas: abordagens dos médicos da Atenção Primária à Saúde aos Transtornos Mentais Comuns e uso de Intervenções Psicossociais [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2024.
7. Goulart PM, Bichara TAC, Ramalho SA. Jaime Breilh na UNIFESP: saúde dos povos e o pensamento metacrítico [Internet]. Editora Rede Unida; 2024 [citado 25 de janeiro de 2025]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Livro-Jaime-Breilh-na-UNIFESP.pdf>
8. Breilh J. *Critical epidemiology and the people's health*. Nova York: Oxford University Press; 2021. (Small Books, Big Ideas in Population Health).
9. Bones B, Bellenzani R. O problema no enfoque do sofrimento feminino na pesquisa epidemiológica: por que determinantes sociais e não determinação social? *Germinal: Marxismo*

e Educação em Debate. 2024;16(1):1003–29.

10. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev Mex Cienc Pol Soc*. 1976;(84):131–57.

11. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sci*. dezembro de 2021;11(12):1633.

12. Maestre-Miquel C, López-de-Andrés A, Ji Z, De Miguel-Diez J, Brocate A, Sanz-Rojo S, et al. Gender Differences in the Prevalence of Mental Health, Psychological Distress and Psychotropic Medication Consumption in Spain: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. junho de 2021;18(12):6350.

13. Boyd A, Van De Velde S, Vilagut G, De Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. março de 2015;173:245–54.

14. Costa C, Briguglio G, Mondello S, Teodoro M, Pollicino M, Canalella A, et al. Perceived Stress in a Gender Perspective: A Survey in a Population of Unemployed Subjects of Southern Italy. *Front Public Health*. abril de 2021;9:640454.

15. Smolen JR, Araújo EMD. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. dezembro de 2017;22(12):4021–30.

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: resultados preliminares [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 30 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População residente segundo grupos de idade infanto-juvenil e jovem por nível de escolaridade frequentado sexo e raça/

cor – Brasil, 2016–2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 11 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://cedra.org.br/conjuntos-de-dados/populacao-residente-segundo-grupos-de-idade-infanto-juvenil-e-jovem-por-nivel-de-escolaridade-frequentado-sexo-e-raca-cor-brasil-2016-2019/>

18. Ma N, Chen S, Kong Y, Chen Z, Geldsetzer P, Zeng H, Wu L, Wehrmeister FC, Lu C, Subramanian SV, et al. Prevalence and changes of intimate partner violence against women aged 15 to 49 years in 53 low-income and middle-income countries from 2000 to 2021: a secondary analysis of population-based surveys. *Lancet Glob Health*. 2023;11(12):e1863–e1873.

19. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Expressão Popular; 2015.

20. Goes EF, Nascimento ERD. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Em Debate*. dezembro de 2013;37(99):571–9.

21. Garcia Neves R, Goulart Peres T, Nogueira Gonzalez T, Nascimento Da Silva C, Goulart I, Pereira Machado K, et al. A National Study on Psychological Violence in Brazil: Differences by Sex and Skin Color. *J Interpers Violence*. março de 2024;39(5–6):1291–307.

22. Monteiro FGM, Romio JAF, Drezett J. Is there race/color differential on femicide in Brazil? The inequality of mortality rates for violent causes among white and black women. *J Hum Growth Dev*. agosto de 2021;31(2):358–66.

23. Cerdeña I, Holloway T, Cerdeña JP, Wing A, Wasser T, Fortunati F, et al. Racial and Ethnic Differences in Psychiatry Resident Prescribing: a Quality Improvement Education Intervention to Address Health Equity. *Acad Psychiatry*. fevereiro de 2021;45(1):13–22.