

Cristina Stevens
Katia Cristina Tarouquella Brasil
Tânia Mara Campos de Almeida
Valeska Zanello
(Organizadoras)

Gênero e Feminismos: convergências (in)disciplinares



in libris libertas

Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica

Valeska Zanello¹

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais comuns (TMC), marcados por sintomas tais como depressão, ansiedade, insônia, fadiga e irritabilidade, ocorrem principalmente em mulheres, mais do que em homens (LUDERMIR, 2008). Dentre esses transtornos, destacam-se os transtornos de ansiedade e a depressão.² Nesta última, a proporção de incidência é de duas mulheres para cada homem (CARVALHO; COELHO, 2005; COUTO-OLIVEIRA, 2007; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Para a OMS (WHO/OMS, 2006), a depressão será uma das principais causas de incapacitação do sujeito até 2030. Podemos considerá-la como uma das formas de “adoecimento” que mais tem crescido nas sociedades industrializadas.

Por outro lado, dados epidemiológicos mundiais apontam para uma prevalência, dentre os homens, da fãrmaco-dependência, sendo o álcool a principal substância de consumo (MORGADO; COUTINHO, 1985; MORAES, 2008). A proporção, no Brasil, seria de quinze homens para uma mulher dependente (MORAES, 2008).

Porém, um dado alarmante vem questionar os dados epidemiológicos relacionados às fãrmaco-dependências: o uso abusivo e prolongado de benzodiazepínicos. Pesquisas internacionais, assim como também realizadas no Brasil,

apontam para uma média de 70% do público consumidor como pertencente ao sexo feminino (OLIVEIRA, 2000; RIBEIRO, 2007). Além disso, os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais vendidas no mundo (AUCHEWSKI *et al.*, 2004). No entanto, os benzodiazepínicos são pensados como “medicamentos”. Repensar a sua utilização como droga, assim como o álcool é para os homens, faz-se fundamental, sob pena de legalizar e invisibilizar o alto índice de dependência de mulheres consumidoras destas substâncias.

O presente artigo tem como objetivo problematizar essas leituras epidemiológicas, no que tange aos transtornos mentais, apontando através da reabertura das questões de gênero na leitura destes dados, uma perversidade do sistema face ao sofrimento psíquico e sua forma de tratá-lo. Apontaremos algumas implicações dessa releitura para a prática da psicologia clínica, que deveria ser compreendida, como toda clínica, como uma forma de prática política.

Em geral, podem-se encontrar duas perspectivas norteadoras na interpretação dos dados epidemiológicos relacionados à depressão e à ansiedade. A primeira perspectiva trata-se de uma corrente biologizante que vem ganhando força com o avanço da técnica e com o crescimento da indústria farmacêutica, mas que se inscreve na história ocidental, desde a Grécia Antiga, nos tratados hipocráticos. Neste enfoque, a explicação fornecida atualmente para a compreensão da prevalência feminina entre os casos de depressão e transtornos de ansiedade é a existência de hormônios específicos no corpo da mulher, sobretudo o estrógeno:

Os esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que então explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher. A flutuação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, retirado da web).

Como nos diz Elisabeth Vieira, “por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz à sua condição biológica” (VIEIRA, 2002, p. 15). O mal estar das mulheres está medicalizado (RUIZ-CANTERO; VERDÚ-DELGADO, 2004). Há um total desconhecimento e desqualificação das condições existenciais e materiais dessas pessoas, ainda que especialistas na área destaquem a ausência de modelos análogos em animais, isto é, apontem a importância do simbólico (linguagem e cultura) para a compreensão desses quadros (ANDREATINI, 2001). Em outras palavras, a mulher é vista como um corpo, como era a própria histeria, na época de Hipócrates, compreendida como o resultado de um útero que vagava no ventre das mulheres e produzia crises. Este é hoje o modelo hegemônico de compreensão dos transtornos mentais.³ No entanto, como apontam Carvalho e Dimenstein (2004),

o modelo de atenção à saúde, hegemônico, não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres, na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, o qual funciona como dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, retirado da web).

Esta perspectiva compreende a saúde mental da mulher como sendo definida pelo seu corpo, relacionada ao ciclo reprodutivo feminino, ou à maternidade, independentemente de outros fatores. Essa corrente se concretizou, no Brasil, através da presença de inúmeros ambulatórios relacionados à saúde mental da mulher. Os dados epidemiológicos são tratados como índices e os sujeitos, em geral, são calados enquanto subjetividade que faz história, produtora de sentidos.

Outra perspectiva apresenta-se numa leitura sócio-cultural dos dados epidemiológicos. Neste enfoque, os sujeitos são escutados e, neste sentido, são questionados os fatores envolvidos nestas formas específicas de adoecimento.⁴ A própria

OMS trabalha sob esta perspectiva, enfatizando, nestes dados, a importância da desigualdade nas relações de gênero. Fatores de risco para a depressão e a ansiedade são apontados por diversos estudos: pobreza, dupla ou tripla jornada, baixo índice de escolaridade, ter filhos, ser chefe de família⁵, violência conjugal e familiar, sobrecarga de trabalhos domésticos, estado civil (ser separada ou viúva)⁶, ser casada⁷, raça (ser negra ou parda), desemprego ou emprego informal, não ter atividades de lazer (LUDERMIR, 2008; OLIVEIRA, 2000; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; CARVALHO; COELHO, 2005; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; SANTOS; KASSOUF, 2007; MARÍN-LEON *et al.*, 2007).

Nesta perspectiva, mais do que consequência de um corpo desregulado, o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de condições e papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito.

No entanto, apesar de haver a possibilidade da compreensão do fenômeno do adoecimento psíquico desde uma perspectiva das relações de gênero, as formas de tratamento são ainda baseadas na prescrição de medicamentos, numa perspectiva médica. Em outras palavras, quase não há um desenvolvimento de tratamentos específicos relacionados à leitura de gênero.

Podemos ver abaixo parte de uma entrevista realizada em um importante hospital psiquiátrico em Brasília. Ainda que o diagnóstico e seu valor semiológico possam ser questionados, as formas de intervenção são essencialmente clássicas, normatizadoras, baseadas na busca de uma supressão dos sintomas. Pensar o sofrimento psíquico desde esta perspectiva (sociohistórica), de maneira coerente, deveria levar-nos a uma modificação das formas de tratamento, numa contestação do *status quo*. A dor psíquica e existencial da paciente faz-se evidente e a dificuldade de exercer seus papéis sociais de gênero também.

- "Adélia (nome fictício da paciente), por que você veio para cá?"

- "Vim porque tentei me matar, cortar meus pulsos... estava muito triste, muito triste mesmo!"

- "Que remédio você toma?"

- *“Tomo paroxetina, melhoril, rivotril”*
(antidepressivos e ansiolíticos)
- *“Para que servem?”*
- *“Paroxetina é antidepressivo, melhoril eu não sei, e rivotril é para dormir. Tenho dor aqui...”*
- *“Onde? Física ou no coração?”*
- *“As duas... quando eu engravidei e vi que era gêmeos eu fiquei chorando, não queria não, não tava esperando aquilo! Dois filhos?? Eu não dava conta de cuidar, aí eu piorei, eles choravam demais, o tempo todo!!”*
- *“E seu marido, não ajudava?”*
- *“Ajudava nada, ele chorava junto! Tentei arrumar um emprego e não dei conta, piorei! Eu sou uma inútil... Eu tomo remédio, quando eu paro, eu fico muito triste, tristeza imensa e eu tenho vontade de me matar! Eu me sinto uma inútil!”*
- *“Como assim uma inútil?”*
- *“A primeira vez que eu me internei eu tinha vontade de enforçar meus filhos! Eu me sinto inútil! Meu irmão bebe e não pôde ficar lá em casa porque meu marido não deixou, eu não posso ajudar! E também não consigo trabalhar! Eu me sinto inútil! Eu tenho impulso de me cortar, me enforçar também.”*

É interessante apontar o tom de “culpa”, presente na fala dessa paciente, durante toda a entrevista, principalmente quando falava da sua dificuldade em não conseguir cuidar seja de seus filhos, seja de seu irmão, ou marido, como *deveria* fazer... que dever é este a que ela se refere? Há como compreender e qualificar este sofrimento sem levar em conta os aspectos sociais e de valores presentes na queixa de não ser boa o suficiente como *mulher*? De não ser uma *boa cuidadora*?

Ao tratar de maneira química, dando antidepressivos a esta mulher, o que faz de verdade o médico? Invisibiliza e valida assimetrias sociais, marcadas por aquilo que Paul Farmer (1996) denomina de “violência estrutural”. Segundo esse antropólogo, o adoecimento seria apenas o ápice da carreira de sofrimento do sujeito. Isto é, a ponta do iceberg. Abaixo, encontram-se as condições sociais e materiais, como por exemplo, os papéis de gênero e a pressão social para exercê-los. No caso de Adélia,

pensar nessas condições torna-se essencial sob pena de o suposto “tratamento” ser, na verdade, um verdadeiro ato simbólico de silenciamento. Ou, como nos diz Miles (1991), medicalizar seria transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina, para assegurar a conformidade às normas sociais. A psiquiatria seria, tanto do ponto de vista histórico, como prático, um discurso disciplinador (COSTA, 1979).

Uma entrevista com outra paciente internada há quinze dias no hospital, mas com uma história longa de internações, nos fornece mais dados sobre esta questão.

- “Oi, *Mayara* (nome fictício da paciente), há quanto tempo você tá aqui?”

- “Tá com 15 dias.”

- “Quem te trouxe pra cá?”

- “O bombeiro.”

- “O que aconteceu?”

- “Eu tava no banheiro tomando banho. Entrou uma moça no banheiro e me tirou de lá.”

- “Quem era essa moça?”

- “Acho que foi minha vizinha.”

- “É a primeira vez que a senhora vem pra cá?”

- “Tenho 11 entrada aqui e é sempre o bombeiro.”

- “Alguém vem visitar a senhora?”

- “Meus filhos vêm me visitar [...] Meu marido é safado, é sem-vergonha. Fica com mulher dentro da minha casa, no quarto que guarda as coisas junto comigo. Ele não põe nada dentro de casa. O dinheirinho da minha aposentadoria é pra comprar de comer pra mim e pra meus filhos. Ele dá tudo pras muié.”

- “E o que seus filhos acham disso?”

- “Acha errado. Eles falam: “tira aquela desgraça de lá, senão eu mato ela!!!”. Eu fiz inscrição pra ganhar um lote. Eu vivia tão bem na fazenda do meu pai. A mãe dele é vagabunda, todo mundo é sem-vergonha. Eu entrei nessa família e tô aí sofrendo!! Quase todo ano eles tão me trancando aqui.” [...]

- “Quais medicamentos a senhora toma?”

- “Primeiro eles me dava Diazepam.”

- “E pra que serve o Diazepam?”

- "Pra gente ficar tranquila, é bom demaaaaiiiissss!!!"
- "Você gosta de tomar?"
- "Eu? Adoro! Gosto demais!"
- "Por quê?"
- "Deixa a gente relaxada, a gente dorme que é uma beleza! Quando vou no médico já peço Diazepam!"
- "E ele te dá?"
- "Claro!"⁸

A dimensão social do sofrimento psíquico passa a ser "naturalizada". Fazemos nossas as palavras de Ludermir (2008): "na perspectiva de classe e gênero, as necessidades sociais não são reconhecidas nos serviços de saúde, não se expressa nos diagnósticos formulados e a maioria dos profissionais não presta acolhimento adequado aos portadores de sofrimento mental" (Retirado da Web).

A própria psicologia clínica deve zelar para não "psicologizar", assim como o médico biologiza, o sofrimento psíquico. Há que se levar em conta, na escuta, as questões sociais, as quais não devem ser esquecidas na elaboração das formas de intervenção, pois

a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social (SANTOS, 2009, retirado da web).

Como sublinhamos anteriormente, o consumo de medicamentos, principalmente os calmantes, tranquilizantes e sedativos, tais como os benzodiazepínicos, tem como público (dados mundiais, mas também brasileiros), em 70% dos casos, mulheres (OLIVEIRA, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2007). Outro dado aponta para o uso crônico desses medicamentos⁹, havendo um

aumento de seu consumo com o acréscimo da idade e o desenvolvimento de uma dependência (RIBEIRO *et al.*, 2007; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; MENDONÇA *et al.*, 2008; MENDONÇA; CARVALHO, 2005). O que faz o médico ao receitar Diazepam para as suas pacientes, tais como Mayara? Acreditamos que, em primeiro lugar, ele valida o lugar social que ela ocupa. Isto é, neste caso, a aceitabilidade da traição do marido. Em segundo lugar, ele valida a violência de gênero que Mayara tem sofrido. Nas entrevistas médicas, como pudemos acompanhar com várias mulheres, o médico interessa-se apenas pelo sintoma, numa tentativa de classificação sindrômica e prescrição de medicamentos.

Como afirma Elisabeth Vieira (2002), “tratar a identidade de gênero de maneira a-histórica e atemporal tem como finalidade reafirmar o fixo, o eterno, o 'natural' dessa condição, estabelecendo, assim, um discurso que desloca a assimetria sexual do plano das relações concretas para o plano da natureza” (VIEIRA, 2002, p. 32).

É aqui que acredito existir um lugar específico para a psicologia clínica, face ao sofrimento psíquico grave. Como disse anteriormente, a corrente que compreende os transtornos mentais numa perspectiva sócio-histórica, leva em consideração a escuta desses sujeitos. O psicólogo clínico pode, neste sentido, *estar com o usuário (e não estar sobre, como no caso dos médicos)*, qualificar sua fala e proporcionar uma passagem da escuta do campo individual para uma forma de intervenção mais social. Isto é, como apontamos, ele deve tomar cuidado para não “psicologizar” demais o sofrimento do paciente, esquecendo-se das relações que mediam o quadro, pois isto seria um ato de violência estrutural tão grande quanto a do médico. Afinal, o que estaria o psicólogo fazendo, assim como o médico, ao reduzir o sofrimento aos hormônios, ao pensar que Mayara sofre porque seu Édipo não está resolvido? Não se trata de negar as questões pessoais e idiossincráticas de Mayara e de sua história, mas de qualificar também outras realidades, tão importantes quanto estas questões pessoais. Por exemplo, ao sabermos que a casa onde Mayara mora pertence ao marido, e que um de seus medos é justamente não ter onde morar; e, além disso, que ela se culpa porque “casamento é pra vida toda”, podemos pensar, ao ouvir outras mulheres (e muitas queixas são recorrentes) em outras

formas de intervenção que não apenas a clássica, dentro de um consultório. É necessário ter, portanto, além da escuta do sofrimento do sujeito, uma escuta social, que leve a pensar em novas alternativas práticas, que operem na força do grupo e na capacidade de resiliência e transformação de vida dessas mulheres. Trata-se assim de uma práxis clínica que é assumidamente também uma prática política. Como apontava Frota Pinto, já em 1977, aproximadamente 70% dos atendimentos em ambulatórios não são “doença mental”, mas verdadeiras “socioses”. Ou como nos diz Moraes (2008), sob o rótulo de “neurose” escondem-se problemas sociais diversos.

A prática clínica se revela então em toda a sua dimensão política. Mostremos um exemplo no que tange ao uso abusivo de calmantes. Como afirmamos no começo deste texto, a epidemiologia mundial aponta uma prevalência masculina (15:1) nas fármaco-dependências.¹⁰ No entanto, o consumo de benzodiazepínicos não é levado em consideração. E por que não? Vistos como medicamentos, estas drogas acabam por esconder outras formas de sofrimento e dependência. Ou seja, há a invisibilidade desta questão. Mas, mais do que isto, podemos encontrar nestes dados, importantes questões de gênero. O Brasil, no processo de consolidação do SUS e da reforma psiquiátrica, criou os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), cujos usuários são, em maioria, homens. O álcool é uma droga depressora, que leva a uma sensação de alívio da tensão e da ansiedade. O mesmo Sistema de Saúde oferece nos ambulatórios, e em suas farmácias, o Diazepam, cujo público é composto essencialmente de mulheres. O que esta diferença nos leva a pensar? Pela escuta dessas mulheres, podemos afirmar: o álcool é visto como um problema a ser resolvido porque coloca em xeque os papéis sociais masculinos. Isto é, interrompe o ciclo laboral, o rendimento, a virilidade esperada de um homem, em todos os âmbitos dos quais ele participa. Já o Diazepam é um “medicamento”¹¹ que permite às mulheres continuarem cumprindo seu papel social: ser cuidadora dos filhos, do lar, aceitar a subjugação social e sexual a seus parceiros etc. Enfim, há uma perversidade no sistema, na qual as relações de gênero são tornadas invisíveis, apesar de exercerem importante papel na definição do próprio “transtorno” e em sua forma de tratamento. Como nos dizem Ruiz-Cantero e Versú-Delgado (2004), uma

leitura da saúde mental a partir das relações de gênero, presentes no esforço terapêutico, depende diretamente da possibilidade de uma leitura de gênero no esforço diagnóstico.

O que as pesquisas sugerem é que as mulheres consumidoras de Diazepam fazem uma verdadeira “carreira” nesta droga, consumindo grande quantidade e por muitos anos (OLIVEIRA, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2007). Álcool assim é droga porque impede de cumprir as funções dos papéis sociais, Diazepam é cura, porque permite continuar cumprindo (ser dona de casa, boa esposa e mãe)... Em um o sofrimento grita, em outro o sofrimento se cala, se esconde, se naturaliza.¹² Como apontam Mendonça *et al.* (2008), os calmantes servem como “mediadores para reafirmar e manter o papel de gênero, ao fornecer sensações de tranquilidade e paz, contribuindo para que as reações da mulher frente à estrutura de gênero vigente sejam anuladas” (Retirado da web). Trata-se de promover “harmonia”, anular rancores e ressentimentos, sendo a medicação vista como a única resposta possível a este problema (RODRIGUES, 2003).

Ter uma escuta clínica que qualifique o social é, neste sentido, desnaturalizar o sofrimento, torná-lo visível, fazê-lo falar e, a partir do que surge pensar em alternativas que transbordem uma consulta clássica, que leve a formas de intervenção no grupo, e no sujeito através do grupo. Podemos pensar, por exemplo, na criação de oficinas que levem à geração de renda, bem como ao compartilhamento de experiências. Nomear o sofrimento e partilhá-lo, ao mesmo tempo em que se escuta e percebe o sofrimento semelhante em outras pessoas, pode ser uma experiência transformadora, sobretudo quando se abre o “é a vida!” em que muitas mulheres vivem, para um “pode ser diferente...”, construído em novas relações interpessoais.

Faz-se necessário, portanto, transformar a escuta dos profissionais clínicos da psicologia, sensibilizar para os fatores estruturais presentes no sofrimento psíquico e, sobretudo, trazer as relações de gênero para o centro deste debate. Só então, talvez, fique evidente que tanto o diagnóstico quanto o tratamento oferecido são atos políticos da maior importância, que podem levar tanto a uma validação e reafirmação da violência estrutural vigente (do *status quo*), quanto a uma reformulação das políticas públicas para a saúde mental.

Referências:

- ANDRADE, L.; VIANA, C.; SILVEIRA, C. (2006). "Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher". *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 2. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>. Acesso em: 22 set. 2000.
- ANDREATINI, R.; LACERDA, R.; FILHO, D. (2001). "Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras". *Revista Brasileira de psiquiatria*, v. 23, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400011>. Acesso em: 28 set. 2009.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. (2005). "Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 fev. 2000.
- AUCHEWSKI, L. et al. (2004). "Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos" in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008>. Acesso em: 22 fev. 2009.
- CARVALHO, I.; COELHO, V. D. (2005). "Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva". *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2009.
- CARVALHO, R.; DIMENSTEIN, M. (2004). "O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres". *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 set. 2009.
- CORDAS, T. A.; SALZANO, F. T. (2006). *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu.
- COSTA, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- COUTO-OLIVEIRA, V. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- ELBREDER, M. F. et al. (2008). "Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-208520080010100003>. Acesso em: 28 set. 2009.

- FARMER, P. (1996). "On suffering and structural violence: a view from below". *Daedalus*, v. 125, n. 1, Social Suffering, p. 261-83.
- FROTA PINTO, G. (1977). "Prevalência dos distúrbios psiquiátrico-sociais no município de Fortaleza". *Revista Associação Psiquiátrica*, v. 1, n. 1, p. 27-31.
- LEFÈVRE, F. (1991). *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- LUDERMIR, A. B. (2008). "Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades". *Physis*, v. 18, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005>. Acesso em: 28 set. 2009.
- MARIN-LEON, L. et al. (2007). "Social inequality and common mental disorders". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 set. 2009.
- MASTROIANNI, P. et al. (2008). "Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos". *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5.
- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. (2005). "O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000800016&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2009.
- _____ et al. (2008). "Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes". *Saúde e sociedade*, v. 17, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010>. Acesso em: 22 set. 2009.
- MILES, A. (1991). *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press.
- MORAES, M. (2008). "O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepção de usuários, acompanhantes e profissionais". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017>. Acesso em: 28 set. 2009.
- OLIVEIRA, E. N. (2000). *Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência*. Sobral: Ed. UVA.
- PIGNARRE, P. (1999). *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34.
- RODRIGUES, J. T. (2003). "A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo". *Psicologia em Estudo*, v. 8, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 out. 2009.

- RIBEIRO, C. S. *et al.* (2007). "Chronic use of Diazepam.primary healthcare centers: user profile and usage pattern". *São Paulo Medical Journal*, v. 125, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000500004>. Acesso em: 22 set. 2009.
- RUIZ-CANTERO, M.; VERDÚ-DELGADO, M. (2004). "Sesgo de gênero em el esfuerzo terapêutico". *Gaceta Sanitaria*, v. 18, n. 1. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 22 set. 2009.
- SANTOS, A. M. C. (2009). "Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=es&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2009.
- SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. (2007). "Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação". *Economia Aplicada*, v. 11, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502007000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2009.
- VIEIRA, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- WHO/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2006). *Gender and women mental health*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en>. Acesso em: 04 fev. 2009.

NOTAS:

¹ Psicóloga, Bacharel em Filosofia, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Professora do curso de Psicologia do IESB/ Brasília-DF.

² Na leitura de alguns autores, poderíamos englobar esses transtornos como "neurose".

³ Exemplo deste modelo encontra-se no livro *Saúde mental da mulher*, de Cordas e Salzano (2006).

⁴ Segundo Santos (2009), o número de estudos de gênero voltados especificamente para a saúde mental é escasso.

⁵ Para a mulher. Para o homem, seria um fator de proteção. Fica nítida aqui a diferença relacionada ao gênero.

⁶ Sofrer de problemas amorosos ou sofrer com esta condição.

⁷ Também para a mulher. Para o homem, seria um fator de proteção.

⁸ É um dado recorrente na literatura acerca do ato de prescrição por parte do

médico, a descrição dessa situação: o médico dá ao paciente o que ele lhe solicita. A prescrição passa assim a ser a validação do poder do médico. Uma consulta médica só teria valor se o seu desfecho fosse a prescrição. Em geral, o médico prescriptor de Diazepam é o clínico generalista, sendo então sucedido pelo psiquiatra. Ver Ribeiro *et al.* (2007). Além disso, mulheres recebem mais prescrição de psicotrópicos do que pacientes homens. A própria análise do conteúdo das propagandas desses medicamentos reforça as crenças naturalizadoras das relações de gênero. As mulheres aparecem em 62,8% das propagandas. Ver Mastroianni, 2008.

⁹ O uso recomendado é de curto prazo, de dois a seis meses. Ver Andreatini; Lacerda; Filho (2001).

¹⁰ Mesmo o tratamento do alcoolismo é voltado, sobretudo, para os homens. Ver Elbreder *et al.* (2008)

¹¹ Sobre esta discussão entre as diferenças entre droga, remédio, medicamento (e as implicações mercantilistas que interessam, sobretudo, à indústria farmacêutica), ver: Oliveira (2000), Pignarre (1999) e Lefèvre (1991).

¹² No entanto, leva à dependência química lícita! Ver Carvalho e Dimenstein, 2004.