

Violência de gênero na perspectiva da saúde mental¹

Ionara Vieira Moura Rabelo²

Maria de Fátima Araújo³

Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis

Resumo: Este texto tem como objetivo refletir sobre a violência de gênero no campo da saúde mental. Discute-se o conceito de gênero e patriarcado como formas de relação social que contribuem para a dominação e exploração da mulher. Levanta e debate estudos atuais que avaliam a violência de gênero em diferentes contextos: família, cidade e por fim, no campo de atenção à saúde mental. Ao final discute-se como a violência de gênero tem sido reproduzida no cotidiano da atenção à saúde quando reduz o sofrimento feminino a aspectos biológicos.

Palavras-chave: *psicologia, violência de gênero, saúde mental.*

Este texto buscar refletir sobre a violência de gênero e suas implicações na saúde mental, especialmente na saúde mental da mulher. Inicialmente discute-se os conceitos de gênero e patriarcado, para em seguida levantar estudos sobre violência de gênero em diferentes contextos e, por fim, discutir como essa forma de violência é percebida no campo de atenção à saúde mental.

Como propor estudos que pudessem dar visibilidade às diferenças entre homens e mulheres? Como desconstruir desigualdades tradicionalmente aceitas como naturais? A partir de questionamentos como os exemplificados acima, feministas iniciaram a construção de estudos que tentassem captar como a sociedade construiu e ainda reedita uma organização social baseada nas relações entre os sexos. Nasce neste contexto a categoria de estudo: gênero.

Para Scott (1995), a primeira tentativa feminista foi levantar estudos que demonstrassem a participação da mulher na história, tentando uma releitura que salientasse aspectos invisibilizados por uma história que enaltecia sempre heróis masculinos. Porém tal tentativa foi alvo de críticas, porque não conseguia tocar na

¹A primeira versão deste texto foi apresentada na mesa-redonda *Violências: Trabalho, Saúde e Judiciário*, que ocorreu no VII Encontro Científico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: integração graduação / pós-graduação da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis, em 2008.

²Psicóloga, doutoranda em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis, pesquisadora do NEVIRG vinculado à Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis.

³Psicóloga, Doutora em Psicologia, pesquisadora do NEVIRG e professora da Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis.

percepção atual sobre esta organização social que utilizava, e ainda utiliza a caracterização sexual para elaborar a forma como se percebe e vive em sociedade.

Esta autora ressalta que os estudos que a princípio caracterizavam-se como estudos sobre mulheres, tinham um enfoque sobre a objetivação sexual da mulher, ou mesmo a dominação sobre o corpo feminino através da reprodução sexual. Terminavam assim por voltar a insistir na diferenciação física como produtora de desigualdade e não explicavam como esta construção ocorria. Sendo assim, Scott (1995) pontua que gradativamente os estudos sobre mulheres, passam para uma outra perspectiva: estudos de gênero. Com esta categoria, tentam evitar estudos separados sobre homens e mulheres e passam a designar as relações sociais entre os sexos. Enquanto o termo mulher ainda carregava o aspecto político do movimento feminista o termo gênero serviu de categoria de análise da entrada destes estudos na academia, de forma menos ameaçadora. Sendo assim, esta autora caracteriza gênero como: uma construção social, que envolve uma dimensão relacional, e é um campo onde o poder se articula.

Para algumas pesquisadoras a origem da subordinação feminina estaria na necessidade dos homens em dominar as mulheres. Sendo assim, argumentam que o controle sobre o processo de reprodução seria a resposta sobre a origem do patriarcado. Mas como explicar que nas sociedades industriais, com as tecnologias reprodutivas já disponíveis ainda são presentes as relações de desigualdade e submissão entre homens e mulheres, sendo que, são estas últimas que na maior parte das vezes cumprem os papéis menos valorizados socialmente?

Saffioti (1987) chega a questionar se haveria argumento biológico para a fragilidade feminina? Porém, ela mesma rebate tal suposição ao levantar estudos sobre morbidade e mortalidade que afirmam o contrário. Ou seja, as mulheres são menos suscetíveis a doenças e apresentam menores índices de mortalidade, com exceção de situações específicas como alcoolismo e tabagismo. Com isto ela afirma que a caracterização da “inferioridade feminina” é um fenômeno exclusivamente social.

Para esta autora, a construção social da superioridade masculina ocorre junto com a construção social da inferioridade feminina, e ambos saem mutilados. O homem sempre deverá ser o provedor e não falhar nas tarefas como chefe da casa. Ao homem caberá assumir um papel de Macho-Forte-Racional, e à mulher caberá o papel de Dócil-Frágil-Emotiva. Esta polarização manterá o sistema do patriarcado que se sustenta em dois aspectos: a dominação e a exploração da mulher. A dominação será reeditada através do sistema político e ideológico, enquanto que a exploração será através das relações econômicas.

As mulheres da atualidade são independentes?

E como a compreensão e pesquisas sobre gênero podem estar relacionadas com violência? Como seria possível falar que mulheres ainda sofrem algum dano, visto que hoje em dia fala-se em “igualdade entre homens e mulheres”, ou mesmo, que “as mulheres já conquistaram novos espaços na sociedade”, e “já não são mais como antigamente”. Exatamente neste cenário de relativa igualdade, Saffioti (2004) conseguiu realizar uma pesquisa que descortinou novas perspectivas para se pensar as relações em sociedade, visto que pôs em questão a tão divulgada paz e igualdade entre os sexos.

Esta autora publicou o estudo nomeado como “Violência Doméstica: questão de polícia e de sociedade”. Nesta pesquisa foram entrevistadas 300 mulheres vítimas de violência doméstica apresentando os seguintes resultados:

- 70% das mulheres confirmaram ter sido vítima de algum tipo de violência (exceto violência sexual) por parte de seu parceiro;
- 53% delas já haviam sofrido algum tipo de ameaça física com armas por parte dos companheiros;
- 15% das mulheres apontaram as humilhações dentro de casa como sendo as “feridas na alma” mais difíceis de curar;
- 12% das entrevistadas relataram já ter sofrido violências verbais desrespeitosas e desqualificadoras no trabalho ou em casa;
- 11% já havia sofrido Lesão Corporal Dolosa;
- 9% passou pela situação de cárcere privado e teve que faltar ao trabalho;
- 8% foram ameaçadas com arma de fogo por parte do companheiro;
- 6% das entrevistadas foram forçadas a práticas sexuais que não lhes agradaram.

Tais dados formam o cenário de um lar não tão doce e pacífico como a maior parte das pessoas imagina como sendo o local onde um casal estabelece laços afetivos em comum acordo. Pelo contrário, aponta para uma relação afetiva transversalizada por situações de desrespeito e violência, onde o homem assume o posto de agressor e a mulher passa a ser vítima do ato agressivo.

Chama atenção que entre os casais com filhos, 18% das mulheres foram acusadas de não serem boas mães, o que demonstra que os atos de agressão também utilizam os papéis sociais construídos para compor o perfil do que deve ser a função materna, e portanto, são usados para violentar a mulher nos momentos de discussão do casal.

Com relação às mulheres que foram vítimas de espancamento, Saffioti (2004) faz uma interessante análise da amostra, pois, se 11% das entrevistadas confirmaram já terem sido espancadas pelos companheiros, ela estimou que, até aquele ano, 6,8 milhões de brasileiras já haviam passado por esta experiência. Sendo assim, 2,1 milhões de mulheres foram agredidas por ano, chegando à proporção de quatro vítimas por minuto. Desta forma, seria preocupante insistir na afirmação sobre a independência feminina quando, ainda hoje em dia, as mulheres não encontram suporte familiar, social e jurídico para romper com o ciclo da dominação enredado pela cultura do patriarcado.

Para esta autora a violência de gênero aparece como uma forma de produção e reprodução das relações de poder. Esta violência expressa uma forma particular da violência global mediada pela ordem patriarcal e abrange também a violência contra crianças adolescentes. Saffioti (2004) reafirma que homem e mulher precisam de auxílio para transformar a relação de violência. Esta autora afirma que a violência de gênero é uma categoria mais geral para a descrição do fenômeno que também pode ocorrer entre homem contra homem ou mulher contra mulher, mas o mais difundido é homem contra mulher. O termo violência de gênero contempla as demais situações de violência, como por exemplo:

- Violência familiar que envolve membros de uma família extensa ou nuclear, tanto por consaguinidade como por afinidade. No interior ou fora do domicílio.

- A violência doméstica assemelha-se a familiar, acrescentando que pode envolver agregados, empregados.

Para Saffioti (2004) a violência doméstica tem uma importante característica: a rotinização. A transformação do comportamento violento em um fenômeno quase que cotidiano contribui para que o casal construa uma relação de co-dependência, o que por fim, termina por promover a fixidez da relação. Como a situação de violência ocorre no interior de uma relação afetiva a autora considera que haja a necessidade de intervenção externa para auxiliar o casal a reconfigurar a relação. Para ela, as formas de resistência encontradas pelas mulheres não podem ser caracterizadas como cumplicidade, pois só pode se avaliar o consentimento de alguém numa relação quando há igual poder entre ambos.

É importante destacar que nos estudos multicêntricos realizados pelo grupo de pesquisa de d'Oliveira et al. (2009) comparando amostras de São Paulo com a Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), conseguiu-se novamente demonstrar a existência da violência cometida por parceiro íntimo, sendo que, apareceu a prevalência de 28,9% em São Paulo e de 36,9% na ZMP. As análises destacaram dois fatores de risco para mulheres sofrerem violência por parte de parceiro íntimo: as mulheres terem sido vítimas de abuso sexual na infância e terem presenciado suas mães sendo vítimas de violência por parte do companheiro. Este estudo conseguiu também demonstrar como as relações de violência de gênero estão conectadas às condições socioeconômicas do grupo estudo, bem como às questões culturais. Tal constatação aparece quando analisados o grupo de mulheres que estavam vivendo na forma de união informal com o grupo de mulheres separadas ou viúvas. Enquanto na ZMP as mulheres em união informal foram as que mais relataram terem sido vítimas de violência por parte do parceiro íntimo, isto irá aparecer entre o grupo de paulistanas separadas ou viúvas. As autoras e autores deste estudo analisam que as condições para saída do casamento foram facilitadas para paulistanas vítimas de violência, enquanto que as pernambucanas sofrem em uniões instáveis por viverem em uma sociedade onde é altamente valorizada a castidade feminina e o casamento formal, o que fragiliza triplamente as pernambucanas em uniões não-formais.

Os contornos diferenciados que a violência de gênero apresenta em diferentes regiões e cidades também pode ser observado no estudo feito pelas pesquisadoras Araújo, Martins e Santos (2004) vinculadas ao Núcleo de Estudos de Violência e Relações de Gênero da UNESP (NEVIRG), na cidade de Assis. Esta cidade possui cerca de 100.000 habitantes e localiza-se na região oeste do estado de São Paulo. A pesquisa analisou as ocorrências registradas na Delegacia da Mulher deste município, no período de 1990 a 2000. A amostra de 3627, do total de 10.136 processos, revelou 2166 casos de violência de gênero. Este estudo destacou que 57% das vítimas eram casadas, 88% das denunciadas eram as próprias vítimas, salientando o quanto a rede de apoio social ainda é reticente em não denunciar ou mesmo apoiar a vítima de violência. A falta de apoio social e a dificuldade em dar visibilidade à violência de gênero fazem com que muitas mulheres busquem no setor saúde o cuidado para as dores físicas e psíquicas que ocorrem dentro da experiência da violência.

Como a violência de gênero e saúde constroem um mesmo cenário

Ao observarmos como a violência de gênero pode ser detectada através de uma observação mais acurada dentro do setor de saúde, percebe-se que em muitos estudos neste campo não há clareza nos dados para avaliar o adoecimento a partir das categorias: sexo, raça, classe sócio-econômica. Por outro lado, as análises recentes sobre as políticas de saúde no Brasil, têm questionado que as mesmas terminaram por reafirmar papéis sociais ao focar a atenção nos programas para saúde vinculados à saúde sexual feminina, maternidade e cuidados com a criança (Giffin, 2002).

Ludemir (2008) destaca que há problematizações importantes a serem feitas no campo da saúde mental que deveriam observar as categorias classe social e gênero como fontes de sofrimento. Ressalta que na maior parte das vezes os fatores sociais como escolaridade, emprego, renda e gênero têm sido invisibilizados tanto pelos serviços de saúde como pelos gestores do sistema na formulação das políticas públicas em saúde mental.

Uma importante contribuição deste texto de Ludemir (2008) foi selecionar estudos que examinaram diferentes indicadores sociais em sua relação com a saúde mental, destacando quatro áreas: educação, emprego, renda e gênero.

No critério educação a autora levanta estudos que apontam existir associação inversa entre anos de estudo e sofrimento psíquico, por exemplo, numa comparação entre chilenas e inglesas houve um maior risco de desenvolver transtornos afetivos o grupo das chilenas com baixa escolaridade. Com relação ao indicador emprego, estudos comprovam que desempregados têm pior saúde mental em relação a empregados; a saúde mental preexistente é um importante fator de manutenção do emprego; estudo longitudinal de indivíduos saudáveis mostra efeitos adversos do desemprego na saúde mental, revertida quando novamente empregado; a associação entre desemprego e transtorno mental é mais freqüente entre homens que mulheres; há maior risco de depressão entre desempregados de baixa renda (mais vulneráveis em função de maior dificuldade econômica).

A autora discute que no Brasil a prevalência de transtornos mentais comuns entre mulheres trabalhadoras informais foi maior que entre mulheres desempregadas. O indicador renda é o mais estudado nacional e internacionalmente, porém os resultados são contraditórios sobre dificuldades financeiras a longo ou curto prazo na relação com os transtornos mentais. Há diferenças entre países desenvolvidos (desigualdade de renda nomeada como pobreza relativa) e países em desenvolvimento (pobreza absoluta). Com relação ao indicador gênero, os estudos avaliam que a desvalorização dos afazeres femininos como provocadores de maior desgaste e maior percepção de piora na saúde, tal fato leva à maior procura de mulheres pelos serviços de saúde; mostram também que as mudanças no mundo do trabalho, sobreposição dos papéis (dupla jornada de trabalho) também são provocadores de fadiga, estresse e sintomas psíquicos; muitos estudos demonstram a relação entre violência doméstica e transtornos mentais (para a Organização Mundial de Saúde é a principal causa vinculada a gênero que provoca depressão); avalia-se que o sofrimento mental duradouro é o que mais provoca busca por consultas em saúde.

A dificuldade em detectar as tramas que envolvem gênero e indicadores sociais também pode ser notada nos estudos, mesmo que escassos, na área da saúde mental. No Brasil, de acordo com Ferraz e Araújo (2004) há um imbrincamento de fatores onde a mulher sendo pobre, terá menos recursos e uma sobrecarga maior de trabalho em função

do estereótipo de cuidadora, devendo ser mãe, esposa, dona de casa. Também terão piores condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Com todo este conjunto desfavorável as autoras afirmam que este grupo apresenta maior morbi-mortalidade por causas previsíveis que o grupo dos homens. Outra problemática discutida pelas autoras é que dentro do campo da saúde mental o modelo biomédico hegemônico, diminui a relevância de fatores econômicos e sociais nas condições de saúde da população.

Nas análises epidemiológicas os estudos afirmam que a depressão ocorre duas vezes mais em mulheres do que em homens, e também é mais persistente e com maior índice de reincidência entre mulheres. Porém, para Ferraz e Araújo (2004) as explicações biológicas são insuficientes para explicar este fenômeno. Mesmo ao se considerar as diferenças hormonais, é importante perceber como as desigualdades de gênero podem privilegiar o masculino e afetar a auto-estima feminina bem como suas condições de poder.

Mulheres são mais vitimizadas pela discriminação de gênero, são mais pobres, bem como sofrem mais fome e desnutrição, violência doméstica (humilhação, subordinação e depreciação), sexual e reprodutiva. Daí serem mais vulneráveis a transtornos psíquicos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Tais índices são mais altos entre pessoas que sofreram violência. “Há uma correlação positiva entre a gravidade e duração da exposição à violência e a gravidade do transtorno mental” (Ferraz & Araújo, 2004, p. 62). As autoras também salientam que mulheres vítimas de estupro e exploração sexual, mulheres que são obrigadas a manter relação sexual com parceiros, ou mesmo, serem expostas a constrangimentos quando se recusam a ter tais relações têm mais depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo e abuso de drogas e álcool. Existem diferenças nos diagnósticos para os mesmos sintomas entre homens e mulheres. Com mesmos sintomas é maior a probabilidade da mulher ser diagnosticada como depressiva ao invés do diagnóstico de abuso de álcool. Ser mulher é um importante preditor para a prescrição de drogas psicotrópicas.

Como exemplo da relação que alguns estudos estabelecem entre violência e doenças mentais cita-se o estudo de Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005) que correlaciona a violência ao aparecimento de transtornos mentais. O estudo avaliou uma amostra de 100 (cem) mulheres que foram agredidas por seus parceiros e fizeram denúncia junto a Delegacia da Mulher do Ceará, e obteve como resultado: depressão (72%), sintomas de ansiedade e insônia (78%), ideação suicida (39%) e início do uso de medicação ansiolítica após as situações de agressão (24%).

Vale ressaltar que no estudo supervisionado por Carlini (2006), nomeado como II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005 ficou evidenciado alto consumo de medicamentos benzodiazepínicos (BZD) por parte das mulheres. Este estudo destacou que, com relação ao uso de BZD alguma vez na vida, 6,9% eram mulheres enquanto que 3,4% eram homens. A diferença entre os dois grupos aumenta acentuadamente quando observadas as diferentes faixas etárias. Sendo assim, no grupo de 25 a 34 anos existem 6,6% de mulheres para 2,5% de homens, enquanto que com mais de 35 anos estes valores sobem para 8,0% mulheres e 4,4% homens.

O estudo estimou que 0,5% da população brasileira possuem dependência a BZD, sendo que este valor sobe para 0,8% na região sudeste. Os medicamentos BZD mais utilizados foram: Diazepam (3,05%), Lexotam (1,54%) e Valium (0,50%).

Para Mendonça, Carvalho, Vieira e Adorno (2008) há uma estreita relação entre gênero, envelhecimento e aumento do consumo de ansiolíticos, favorecendo, contraditoriamente, para que as relações de submissão sejam reeditadas quando as mulheres de classes populares envelhecem e encontram apenas no remédio a força para continuar vivendo. O estudo de Alves (2002) descreve como idosas caracterizam sua queixa como “nervoso” quando querem descrever o sofrimento por que passaram, e ainda passam, vivenciando diversas formas de violência e situações vinculadas à pobreza. A percepção sobre o sofrimento feminino deveria dar visibilidade às formas como o mesmo é apresentado aos profissionais da saúde evitando que uma nova violência seja cometida contra estas mulheres, quando profissionais elegem a queixa física e desconectam as situações sociais e culturais que a envolvem, negligenciando assim a violência de gênero presente no fenômeno.

Muito parecido foi o resultado do estudo de Orlandi e Noto (2005) onde médicos prescritores entrevistados afirmaram que o perfil do usuário, por tempo prolongado, de benzodiazepínicos (BZD), são: idosos com dificuldade para dormir, e mulheres com dificuldade em lidar com o stress cotidiano. Para estas últimas os médicos nomeiam o remédio como uma espécie de “muleta”. Todos os usuários entrevistados negaram terem sido informados sobre o tempo total do tratamento com esta droga psicotrópica e alguns nem sabiam relatar quais os riscos envolvidos no seu uso continuado.

Vários estudos nacionais reafirmam que o grupo de mulheres é o que tem o maior número de pessoas tratadas com benzodiazepínicos (Carlini et al, 2006; Carvalho & Dimesntein, 2004; Cruz et al, 2006; Ribeiro, Azevedo, Silva & Botega, 2007). O estudo de Carvalho e Dimenstein (2004) avaliou o discurso de mulheres usuárias de ansiolíticos, de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (UABS) da cidade de Natal, e perceberem que sete das dezessete entrevistadas utilizavam esta medicação por um período de doze a mais de vinte anos, sendo que a orientação para prescrição médica sempre foi de usar de 2 a 12 semanas com retirada gradual. A maioria das entrevistadas não fez referência a nenhuma outra forma de enfrentamento das situações de sofrimento a não ser o medicamento.

As autoras acima discutem como o modelo de atenção à saúde, oferecido atualmente, dá pouca importância à constituição da subjetividade de mulheres nos confrontos cotidianos, naturalizando a dor. Este estudo sugere que profissionais não devem pensar apenas em estratégias de retirada do ansiolítico, além disso, devem pensar na resignificação do uso dos mesmos, pois eles são vistos como o que dá força para estas mulheres lidarem com sua vida. E este significado de força termina por impedir a constituição de alternativas para lidar com o sofrimento.

Experiências entre equipes de saúde mental e equipes da estratégia saúde da família (ESF) já tentam fazer propostas conjuntas para o atendimento à mulher sob uma perspectiva de gênero, bem como, desencadear a sensibilização dos profissionais da saúde para estas questões através da capacitação em serviço. As pesquisadoras Rabelo e Tavares (2008) propuseram um trabalho conjunto entre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia e duas ESF com o objetivo de escutar o sofrimento psíquico vinculado a questões de gênero que perpassam as vivências femininas e masculinas na comunidade atendida. A experiência relatada funcionou sob a lógica do matriciamento, mesclando atividades em grupo com mulheres usuárias de

BZD e estudos de caso com toda a equipe da ESF. Planejaram e executaram dinâmicas que propuseram a problematização do papel da mulher em conjunto com o significado do remédio na construção desta identidade.

As autoras discutem que o grupo ajudou tanto às mulheres, bem como a equipe de saúde a compreenderem e entenderem o sofrimento psíquico não mais apenas como um sintoma, ou mesmo, apenas a redução à queixa “não consigo dormir”. Propiciou também a oportunidade para que as mulheres pudessem ter uma reavaliação das drogas utilizadas, por parte da equipe de médicos da ESF e CAPS, promovendo a retirada completa da medicação em alguns casos e troca de medicamentos com uso racional em outros.

Considerações Finais

Os estudos acima destacam como o sofrimento psíquico feminino, seja ele denominado como “nervoso” ou simplificado como “insônia”, não tem conseguido ser ouvido de forma adequada pelas equipes de saúde.

O número de BZD prescritos em sua maioria para mulheres aponta para uma prática já nomeada há vários anos como medicalização da vida (Illich, 1975). Tal fenômeno aponta para uma naturalização do sofrimento feminino, anulando as relações familiares, sociais e culturais ao considerar que fenômenos biológicos seriam os principais determinantes, quando na verdade, eles seriam apenas as conseqüências de fatores mais complexos que envolveriam, por exemplo: gênero, raça, emprego e renda, faixa etária.

Ao negligenciar estes fatores na atenção à saúde feminina, os profissionais da saúde envolvidos podem reproduzir relações e práticas de cuidado que impedem o grupo de mulheres em reconhecer as amarras vinculadas a gênero que tem desencadeado dor e adoecimento. Tal fato, da forma hegemônica como tem sido reproduzido torna-se então mais uma forma de violência a este grupo, pois ao não considerar, ou mesmo negar as especificidades vinculadas às iniquidades de gênero a instituição saúde também passa a ser autora de violência ao invisibilizá-la.

A discussão que hora propomos problematiza o caráter curativo das ações em saúde, predominantemente medicalizante, salientando a ineficácia das mesmas visto a não alteração do quadro de sofrimento psíquico e violência a que as mulheres são submetidas ainda nos dias atuais.

Rabelo, I. V. M. e Araújo, M. F. (2008). Gender-based violence analysis through mental health perspective. *Revista de Psicologia da Unesp*, 7(1), 123-132.

Abstract: *This work aimed at to discuss the gender-based violence into mental health context. It is discussed the concept of gender and patriarchy as ways of social relationship, those ways are responsible for establishing of social domination and exploration of men over women. It clarifies and debates ongoing studies that are researching gender-based violence in different settings: family, city and into mental health approaches. Finally, the text discusses how the gender-based violence has been reproduced in daily routine of mental health practices when it reduces the female suffering into a biological problem.*

Key words: *psychology, gender-based violence, mental health.*

Referências

- II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005.* (2006). Carlini, E A (superv) [et al]. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo.
- Adeodato, V. G; Carvalho, R. R.; Siqueira, V.R.de; Souza, F.G. de M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Ver. Saúde Pública*, São Paulo, 39(1), 108-113.
- Alves, P. C. (2002). Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In M. C. S. Minayo; C. E. A Coimbra Jr (Orgs.), *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp.153-174). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araújo, M. F.; Martins, E. J. S.; Santos, A. L. dos (2004). Violência de gênero e violência contra a mulher. In M. F. Araújo; O. C. Mattioli (Orgs.), *Gênero e Violência* (pp. 17-35). São Paulo: Arte e Ciência.
- Carvalho, L.F.; Dimenstein, M. (2004) O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Cruz, A V; Fulone, I; Alcalá, M; Fernandes, A A; Montebelo, M I; Lopes, L C. (2006). Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences*, 27(3), 259-267.
- d'Oliveira, A. F. P. L; SchraiberI, L. B.; França-Junior, I.; Ludermir, A. B.; Portella, A. P.; Diniz, C S et al.(2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 299-310.
- Ferraz, D. A. de S.; Araújo, M. F (2004). Gênero e saúde mental: desigualdade e iniquidades. In M. F. Araújo; O. C. MATTIOLI (Orgs.), *Gênero e Violência* (pp. 53-67). São Paulo: Arte e Ciência.

- GiffinI, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suppl.), 103-112.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina*. (3ª ed), (J K. de Cavalcanti, trad.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. (Título original: Nêmesis Médicale- L'expropriation de lá santé).
- Ludemir, A. B. (2008) Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(3), 451-467.
- Mendonça, R. T.; Carvalho, A. C. D. de; Vieira, E. M.; Adorno, R. C. F. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 7(2), 95-106.
- Orlandi, P.; Noto, A. R. (2005). Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 13 (número especial), 896-902.
- Rabelo, I.V.M.; Tavares, R.C. (2008). Homens-carrapatos e suas mulheres: Relato de experiência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate-Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES*, 32(78, 79, 80), 133-142.
- Ribeiro, C. S.; Azevedo, R. C. S.; Silva, V. F.; Botega, N. J. (2007) Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J.*, Department of Medical Psychiatry and Psychology, School of Medical Sciences, 125(5), 270-274.
- Saffioti, H. I. B. (1987). *O poder do macho*. (Coleção Polêmica). São Paulo: Moderna.
- Saffioti, H. I. B.(2004). *Gênero, patriarcado, violência*. (Coleção Brasil Urgente). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Scott, J.(1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, 20 (2).