

Teixeira Mendonça, Reginaldo; Duarte de Carvalho, Antônio Carlos; Meloni Vieira,

Elisabeth; de Camargo Ferreira Adorno, Rubens

Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes

Saúde e Sociedade, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 95-106

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263699010>

Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes

Medicalization of Elderly Females and Interaction with Consumption of Tranquilizers

Reginaldo Teixeira Mendonça

Mestre em Saúde na Comunidade. Doutorando em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Bolsista de Doutorado CNPq.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: rtm@usp.br

Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Doutor em História Social. Professor Doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: accarval@fmrp.usp.br

Elisabeth Meloni Vieira

PhD em Applied Population Research. Professora Associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Livre-docente; Doutor em Saúde Pública. Professor Associado do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: radorno@usp.br

Resumo

Investigamos neste estudo a interação entre gênero, envelhecimento e consumo particularizado de calmantes (benzodiazepínicos), procurando entender como, dentro do processo de medicalização da sociedade, essa interação interfere nos modos de utilizar e nas concepções sobre os calmantes e como são (re)significados pelas consumidoras. No estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 18 mulheres idosas, que a partir de uma análise qualitativa foram interpretadas, à luz dos enfoques teóricos de gênero, transição de idades e medicalização. Essas mulheres eram pertencentes a classes populares da cidade de Ribeirão Preto-SP, pacientes psiquiátricas do serviço público ambulatorial do Núcleo de Saúde Mental, vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Observamos que o consumo de calmantes é intensificado entre as mulheres idosas, que passam a tratar conflitos e questões cotidianas por meio do uso de medicamentos. As mulheres idosas, com experiência de freqüência dos serviços de saúde, entre eles os psiquiátricos, durante vários anos, conseguem incorporar conhecimentos e experiências sobre o uso dos calmantes, promovendo a sua difusão no meio social.

Palavras-chave: Gênero; Velhice; Idoso; Calmantes; Benzodiazepínicos; Medicalização.

Abstract

In this study we researched into the interaction between gender, aging and particularized consumption of tranquilizers (benzodiazepines), aiming to understand how, within the process of medicalization of society, this interaction interferes in the way of using and in conceptions about tranquilizers, and how they are (re)signified by their consumers. In the study, semi-structured interviews with 18 elderly females were performed and a qualitative approach was used in the analysis of the collected data. These women belonged to low-income classes in the city of Ribeirão Preto (state of São Paulo). They were psychiatric patients assisted in the public outpatient clinic of the Mental Health Nucleus of the Health Teaching Centre at the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo (FMRP-USP). We observed that the consumption of tranquilizers is intensified among elderly females, as they begin to deal with conflicts and daily matters by using medications. As the elderly females have been attending the health services for several years, the psychiatric ones among them, they manage to incorporate knowledge and experiences about the use of tranquilizers, promoting their diffusion in the social circle.

Keywords: Gender; Old Age; Elderly individuals; Tranquilizers; Benzodiazepines; Medicalization.

Introdução

Os estudos sobre medicamentos estão imbricados em uma relação que envolve serviços de saúde e pacientes em determinados contextos sociais. Desse modo, o consumo de medicamentos é influenciado por concepções de seus consumidores e prescritores em um diálogo contextualizado pelas condições socioeconômicas. Nesse sentido, acreditamos que a interação entre gênero, envelhecimento e serviços de saúde, encontro elaborado e construído socialmente, através do local social e do tempo, determina singularidades no modo de uso dos medicamentos, formando gestos, conceitos, comportamentos e concepções sobre doenças e saúde.

O envelhecimento não se constitui apenas como uma etapa de vida, mas como uma ação de construção do tempo, que se verifica para além dos marcadores etários. Não é necessariamente maturidade, mas marca a vida social e cultural de cada um. E não podemos ignorar que o tempo faz parte da velhice, seja na imagem do passar dos anos em números, seja como experiências adquiridas. O tempo é também visto como construção de conhecimento, de aprendizagem, de localização de si, servindo na orientação ao identificar, relacionar e construir acontecimentos, e planejar o futuro (Elias, 1998)¹. Assim, não temos somente uma velhice, mas a velhice que o tempo de cada um faz. O tempo está relacionado às interações entre as pessoas, construindo significados como os de velhice, gênero e até mesmo o modo como se usam os medicamentos prescritos e as concepções feitas a respeito deles, como por exemplo, o significado que assume o uso de calmantes (benzodiazepínicos)².

Em várias sociedades, não se identifica a idade por um critério exclusivamente cronológico, não se definindo, como na sociedade ocidental, um marcador para a maioridade legal, o ingresso no mercado de trabalho, a idade da aposentadoria (Debert, 1999). A organização cronológica de tempo contribui, também, para produzir coerções ao indivíduo. O “tempo” torna-se um símbolo regulador, produtor de autodisciplina

¹ Desse modo, a idade torna-se pouco relevante, mesmo que as pessoas não saibam suas idades, pois conseguem se localizar no tempo através de seus conhecimentos, sua vivência. No Brasil, as mulheres representam maior número nos idosos, chegando com mais frequência na idade determinada para significar idoso (60 anos ou mais) (Debert, 1999).

² Tratamos dos benzodiazepínicos como sinônimo de calmantes por serem assim popularmente conhecidos. Eles são utilizados principalmente como sedativos, relaxantes musculares, ansiolíticos, anticonvulsivantes, hipnóticos, e representados, entre outros, por: diazepam, lorazepam, bromazepam, clonazepam.

e sua internalização. O simbolismo do tempo, tal como experimentado nas sociedades ocidentais, faz com que este se torne uma entidade onipresente e vigilante, fazendo o tempo de nossas vidas se tornar pouco relevante frente ao contar das horas (Elias, 1998).

O tempo, como mecanismo de aprendizagem e de organização de nossas ações e comportamentos, como diz Elias (1998), nos remete ao que lembramos, à nossa memória. A memória - lembranças das pessoas idosas - é relevante para a reflexão sobre o presente e como a sociedade deve cuidar e dar atenção aos idosos (Beauvoir, 1990; Bosi, 1994). A velhice passou a ser tratada de forma repressora pelo outro, ela é sentida através do olhar de um outro (mesmo esse sendo idoso), menosprezando, discriminando e excluindo o idoso do meio social, com suas lembranças e memórias (Bosi, 1994). A velhice, ao representar idéia de finitude, de recordações e lembranças do passado, provoca uma visão de imperfeição, de retrocesso, de fracasso e impotência frente às mudanças sociais (Beauvoir, 1990)³. A inatividade dos idosos não é uma fatalidade natural, mas uma decorrência social, não existindo somente uma velhice, mas uma diversidade de tipos, sendo consequência da classe social à qual o idoso pertence, marcada pela subalternidade, pelas condições de moradia e pela solidão, podendo levar a doenças mentais.

A velhice, quando não adaptada às exigências sociais disciplinares, é vista como estorvo de um suposto progresso capitalista, como ameaça à capacidade produtiva do indivíduo pelas exigências de comportamentos e movimentos padronizados (Lopes, 2000). Nesse sentido, as alterações de ritmo do idoso, incompatíveis com esta estrutura social, são vistas muitas vezes como distúrbios do humor ou do afeto, além de levá-lo à exclusão e ao distanciamento social, o que não deixa de se refletir sobre sua saúde, no instante em que necessita de maiores cuidados e atenção. Para driblar tal situação, o idoso é levado a buscar mecanismos de defesa em sua vida cotidiana, como o uso de medicamentos.

Várias mudanças envolvem velhice e gênero, sendo peculiares a cada país, a cada sociedade, a cada gru-

po. A velhice ganhou novos conceitos, passou, progressivamente, no Brasil, de uma representação privada e familiar a uma expressão social, a uma representação pública, fazendo com que ganhasse autonomia na decisão política, individualizando suas responsabilidades (Debert, 1999)⁴. Para esta autora, os estilos de vida propostos pela mídia e por especialistas, incentivaram e transformaram o idoso em grande consumidor de técnicas da boa aparência e do bem-estar, das dietas, dos exercícios, dos medicamentos, dos cosméticos, das vitaminas. A juventude passou de um estágio a um valor, um bem a ser conquistado através de estilos de vida adequados ao consumo de mercadorias para conter a velhice (Debert, 1999). Desse modo, o consumo de medicamentos, entre diferentes idades e sexos, é incentivado pela adequação aos valores sociais, da mesma maneira como se torna preceito a busca por um corpo jovial e disciplinado.

As desigualdades sociais entre os sexos produzem também características físicas, modos, gestos, posturas, doenças e hábitos de vida, em que se inserem os usos de medicamentos e suas representações. Não pretendemos fazer discussões aprofundadas sobre o conceito de gênero e sua relação com a sexualidade, mas construir abordagens de como são reveladas as identidades de mulheres idosas, mães, esposas, avós, donas-de-casa, usuárias de serviços públicos ambulatoriais de psiquiatria, consumidoras de calmantes, moradoras de bairros populares, organizadas em situação heterossexual. Nesse sentido, é cabível a discussão que Scott (1988) faz sobre gênero, ao dizer que é uma construção social sobre os papéis sociais dos diferentes sexos, definidos através do tempo e em cada grupo social. Gênero, nessa perspectiva, mostra-se restrito ao par relacional homens / mulheres e como suas características sexuais são representadas, valorizadas em uma dada sociedade, em certo momento histórico e marcadas por relações de poder.

Gênero é uma categoria dinâmica, varia de acordo com o contexto social e cultural, não é restrito à família e nem às instituições, serve para compreender as hierarquias das diferenças. De acordo com Scott (1988),

³ Porém, Beauvoir (1990) acredita que a idade cria mecanismos de autodefesa e promove adaptações que permitem à velhice adequar-se às exigências da sociedade.

⁴ Esclarecemos que o estudo de Debert (1994, 1999) analisou uma realidade de pessoas pertencentes à classe média, não devendo correr o risco de generalizações.

não é possível ter uma explicação universal sobre gênero, pois essa noção acompanha a diversidade, a heterogeneidade e a dinâmica social. O conceito envolve elementos inter-relacionados: os símbolos que evocam as múltiplas representações sobre o feminino e o masculino, os conceitos normativos (as regras sociais para os diferentes gêneros), as noções de política e as referências às instituições sociais, e as organizações e a formação da identidade subjetiva.

Essa divisão simbólica entre homens e mulheres se diferencia entre as classes sociais. De acordo com a posição social e sexo dos trabalhadores, o mercado de trabalho pode ser representado por maior precarização, com direitos trabalhistas ignorados e menores salários (Nogueira, 2004). Assim, não podemos descartar a possibilidade de que trabalhadores submetidos a um regime de exploração de sua maior produtividade, com baixos salários e com medo de perda de emprego, produzindo fadiga mental ou nervosismo, estejam mais susceptíveis a doenças mentais. Nesse sentido, as mulheres implicadas nestas condições podem ter suas queixas socialmente consideradas desvinculadas das condições produzidas pelo trabalho e pela vida e consideradas como naturais de sua condição de mulher (Seligmann-Silva, 1994). Assim, o consumo de medicamentos pode também ocorrer devido à procura por maior performance para adquirirem maiores rendimentos, fazendo reafirmar preconceitos, como o uso de sinônimos de classes perigosas para classes populares e de histéricas, instáveis para mulheres, e promovendo a interiorização de culpa por não se adequarem às normas do mercado.

O uso de serviços médicos está organizado de maneira a realçar as diferenças entre os sexos, contribuindo para que papéis sejam criados. Por exemplo, muitas das características peculiares das mulheres foram historicamente criadas pelas noções médicas que reproduziam pré-concepções sociais sobre o corpo da mulher. Foi no corpo feminino que, a partir do século XVIII, a medicina mais investiu (Foucault, 1984), criando nele o espaço indutor da medicalização,

tendo na sexualidade ou no aparelho reprodutor feminino a maior justificativa. O Estado, a urbanização, o desenvolvimento tecnológico apoiaram a formação da concepção de que a mulher possuía uma “natureza” necessitada de cuidados médicos. Prova disso foi o desenvolvimento de métodos contraceptivos, de medicamentos utilizados na menopausa, do uso corriqueiro de cesarianas, das “técnicas de embelezamento” (Vieira, 2002). Em nome das normas propostas pela medicina ocidental, o corpo da mulher foi historicamente moldado para ser medicalizado.

Ao tratarmos do termo “medicalização”, o compreendemos como o impacto da medicina ocidental na sociedade, em que está envolvida a popularização de suas terapias e de suas concepções relacionadas ao processo saúde-doença. Acreditamos que a incorporação da medicina ocidental pelos diversos grupos sociais leva a seu auto-consumo, fazendo de seus medicamentos ferramenta para anular outros saberes e terapias não medicamentosas⁵. Aqui nos concentrarmos numa parte essencial da medicalização: o medicamento. Os medicamentos nem sempre são prescritos pelos serviços de saúde ou pelo médico, o que nos faz supor a não existência unidirecional de seu consumo, começando nos serviços de saúde e terminando na sociedade. O consumo de medicamentos participa de uma condição cíclica onde os consumidores também ditam como devem tomar, ora convencendo a prescrever, ora se automedicando, ora prescrevendo. Por isso, não reduzimos a medicalização à relação médico-paciente (Conrad, 1992).

É notório que a medicalização do corpo, no Brasil, só se tornou possível com a inserção da medicina ocidental na sociedade, ocorrida principalmente com o processo de urbanização e modernização no século XIX. Além disso, as mudanças das estruturas familiares enfatizaram a própria mãe e esposa como cuidadora dos doentes e dos filhos, o que a levou a ficar mais retida no espaço doméstico⁶ e a ter maior proximidade com a medicina ocidental para produzir corpos dóceis e disciplinados (Costa, 1983). Esse consumo de

5 Conrad (1992) nos diz que a medicalização foi contribuída pela secularização dos tratamentos e pelo abandono dos tratamentos religiosos, no entanto, não devemos esquecer de que a realidade brasileira está envolvida em uma diversidade cultural que envolve desde o tratamento com plantas medicinais até vários tratamentos religiosos.

6 O rompimento da mulher dessa condição levava-a a ser medicalizada. As mulheres com “sintomas” promovidos pela infelicidade com casamentos e com o poder dos homens receberam a denominação de mulher nervosa, histérica. Isso fez com que o processo de medicalização se tornasse mais incisivo, pois as insatisfações das mulheres passaram a serem medicadas e não ouvidas (Costa, 1983).

serviços de saúde fez a mulher historicamente sabedora, no meio popular, dos conhecimentos da medicina ocidental, pois é ela quem geralmente encaminha os doentes aos serviços médicos, reconhece os sintomas, administra os remédios, classificando e definindo como e qual usará (Loyola, 1984)⁷. Portanto, o modo como esses medicamentos serão usados nem sempre ocorre de acordo com as prescrições médicas, fazendo com que seu uso seja peculiar, de acordo com suas condições socioeconômicas, e tornando a medicalização um processo social autônomo em relação às prescrições médicas.

No entanto, mudanças sociais podem levar a mulher a ocupar posições diferentes frente à medicalização. A mulher, na atualidade, quando ocupa os dois espaços - os afazeres domésticos e o trabalho assalariado como no espaço público - é freqüentemente vista como sobrecarregada (Sarti, 1997). Sua retirada do lar e a menor disposição de tempo para com os filhos fazem supor que estão perdendo seu papel de agentes medicalizadoras, fato ainda não evidente. Assim, a mulher continua sendo a grande detentora de conhecimentos sobre as doenças em seu circuito familiar, sendo aliada da medicina oficial nos cuidados primários. Por outro lado, suas doenças profissionais soam invisibilizadas, como no caso das trabalhadoras com lesões por esforço de repetição, que portam uma dor invisível e são acusadas de justificar-se para não realizar as tarefas domésticas (Adorno e col., 1994).

Somando-se ao conhecimento da mulher sobre cuidados, temos as questões relativas à idade, tornando-se o passar dos anos acúmulo de experiências no cuidar e no se cuidar. O envelhecimento da mulher une-se com a formação de saberes sobre o processo saúde/doença, pactuados com os serviços médicos de saúde. Podemos acrescentar que as doenças crônicas levam também ao maior uso dos serviços de saúde, tornando-as, além do gênero e do envelhecimento, relevantes para nossa análise e orientação frente ao consumo de medicamentos, principalmente quando tratamos de psicotrópicos como os calmantes (benzodiazepínicos), medicamentos controlados que são adquiridos legalmente somente através de receitas médicas⁸. E, de

acordo com Collin (2003), a velhice se assemelha com o significado de doenças crônicas porque ambas, além de serem medicalizadas em defesa contra a morte, são tidas como estados em que o retorno à identidade anterior não é mais pensado ou possível, ocorrendo mudanças em sua vida cotidiana; havendo, portanto, uma ruptura biográfica. Desse modo, a relação entre serviços de saúde e mulheres idosas pode promover, como iremos verificar, concepções singulares sobre o processo saúde/doença e sua terapia medicamentosa. Nesse sentido, este artigo tem como propósito investigar e discutir as relações entre gênero, envelhecimento e consumo de calmantes (benzodiazepínicos) prescritos pelos serviços públicos de saúde a mulheres idosas de classes populares.

Metodologia: espaço, tempo e sujeitos investigados

Para entender e analisar os modos de uso e as concepções sobre calmantes por mulheres idosas, realizamos entrevistas semi-estruturadas, entre os meses de janeiro a março de 2004, com 18 mulheres com idade de 60 anos ou mais, consumidoras de calmantes há mais de um ano, pacientes psiquiátricas do serviço público ambulatorial do Núcleo de Saúde Mental (NSM) do Centro Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), local onde foram feitas as entrevistas, pertencentes ao Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto-SP (cobrindo cerca de 126.000 pessoas). Após aprovação pelo Comitê de Ética do CSE, o projeto foi inicialmente apresentado aos funcionários do NSM, sendo então reservada uma sala pelo serviço de saúde para que as entrevistas ocorressem, após consulta com o psiquiatra.

O levantamento bibliográfico sobre a temática estudada nos levou a organizar o roteiro das entrevistas, possibilitando projetarmos a pesquisa com coerência. Procuramos explorar as concepções, representações e modos de uso dos calmantes através de abordagem qualitativa, centrando nas particularidades do modo como as mulheres idosas consomem e compre-

7 Pesquisa realizada em bairro popular de Nova Friburgo, Rio de Janeiro.

8 Não podemos esquecer a existência da venda ilegal desses medicamentos, assim como a possibilidade de adulteração ou falsificação de receitas médicas (Noto e col., 2002).

endem os calmantes e em sua relação com contexto social e influências na determinação do uso particularizado desses medicamentos.

Para seleção das entrevistadas, analisamos o prontuário médico de 1336 pacientes, por meio do qual verificamos idade, sexo, quais os medicamentos utilizados e há quanto tempo, assim como seus diagnósticos. Foram considerados, para efeito da escolha, os pacientes do Núcleo de Saúde Mental consultados nos três meses anteriores às entrevistas, pois a prescrição destes medicamentos não pode ultrapassar esse período. As entrevistas, realizadas durante os meses de janeiro a março de 2004, mediante Consentimento Livre e Esclarecido, foram gravadas, transcritas e analisadas. Não entrevistamos pacientes que possuam transtornos mentais, como esquizofrenia, demência, ou outras doenças que impossibilitassem sua efetivação.

Dos 1336 prontuários de pacientes do Núcleo de Saúde Mental, 847 (63,4%) eram mulheres. As mulheres que mais utilizavam o núcleo tinham idade igual ou superior a 40 anos, que correspondia a 534 (63%) do total de mulheres, mostrando que após os 40 anos o uso de serviços de saúde mental é intensificado entre as mulheres. Destas, 170 pacientes (20% do total) tinham idade igual ou superior a 60 anos, das quais 72 consumiam calmantes há mais de um ano (42,3% do total de mulheres acima ou igual a 60 anos). Destas 72 mulheres, entrevistamos 18, ou seja, 25%. Por esses dados, podemos afirmar que, também nesse serviço de saúde, as mulheres estão mais presentes que os homens.

As entrevistadas⁹ eram pertencentes a classes sociais populares, moradoras de região periférica da cidade de Ribeirão Preto-SP, sendo em sua maioria aposentadas, donas-de-casa, lavadeiras de roupa, com ensino fundamental incompleto. As queixas mais destacadas em seus prontuários médicos foram depressão, ansiedade, insônia e nervosismo. O calmante mais utilizado foi o diazepam, por ser distribuído pela rede pública e possuir baixo custo.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, categorizando as informações colhidas de acordo com as representações das entrevistadas sobre os calmantes alopáticos, orientando-nos sobre

como ele é consumido e sua contextualização sobre a realidade social exposta (Chizzotti, 1995). Por meio das entrevistas, pudemos analisar a história, o percurso de cada mulher entrevistada. Por isso, construções sociais como gênero e envelhecimento tornaram-se relevantes frente aos marcadores objetivos como a idade (conceito de idoso) e o sexo (marcador biológico), com a finalidade de não restringir o processo saúde/doença aos sintomas, ignorando suas causas, contribuindo para que tenham interpretações errôneas sobre o adoecer, restringindo-o ao biológico e fazendo do idoso e da mulher, por si, consumidores de medicamentos prescritos pelos serviços de saúde.

Resultados e Discussões

As entrevistas revelaram que o consumo de calmantes é favorecido pela localização da mulher no espaço doméstico e por sua maior utilização dos serviços de saúde (Ashton, 1991). Como já discutido anteriormente, os percursos sociais das mulheres levaram-nas a se fixar nesses espaços. Os lares marcados pelas dificuldades econômicas e conflitos com familiares, além de levarem ao consumo de calmantes, contribuem para definir o modo e quando serão consumidos. E os serviços de saúde, interpretando os sintomas das doenças, funcionam como fornecedores de prescrições medicamentosas. Os atritos entre os membros de uma família são muitas vezes relacionados à definição de papéis de seus componentes e ao seu questionamento. A família é tida como a principal causa do consumo de calmantes, o biológico e o individual são muitas vezes deixados de lado: “Deve ser porque tem filho, fica nervoso quem tem família, né?” (Caetana, 86 anos).

Os conflitos familiares nem sempre chegam ao conhecimento médico, mas sim os sintomas como insônia, tristeza, ansiedade, nervosismo. Entre esses sintomas, que serão interpretados pelo saber médico, os mais comuns são originados através do significado dado ao “nervoso” (Duarte, 1986)¹⁰. O “nervoso” se mescla com a vida cotidiana das pacientes marcada pelo desgaste do trabalho, pelas dificuldades econômicas e coerções sociais. O “nervoso” possui tanto conotação positiva, com sentido de energia, vigor, estabilidade,

9 Para preservar a identidade dos sujeitos entrevistados utilizamos nomes fictícios.

10 Pesquisa realizada em bairros populares da cidade de Niterói e Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro.

saúde; quanto negativa, com perturbação, esgotamento, fraqueza, doença. Então, são manifestações imbricadas de uma relação física e moral, caracterizadas por diferentes categorias, que vão dar força física aos estados emocionais (Duarte, 1986)¹¹.

São variadas as expressões relacionadas ao “nervoso”, as entrevistadas mostraram uma diversidade de termos que se assemelham aos descritos por Duarte (1986): “doença dos nervos”, “doida”, “tremura no corpo”, com “zumbido na cabeça”, “barulho na cabeça”, “insônia”, “fraqueza”, “preocupada”, “irritada”, “esquentada”, “deprimida”. Como o “nervoso” da mulher se concentra no ambiente doméstico, é o “ser” ou o “estar” nervosa que ajudará a controlar a vida cotidiana, os horários de dormir e acordar, a disciplina e a força para o trabalho diário, sendo utilizado também para promover harmonia, anular rancores e ressentimentos (Duarte, 1986).

A necessidade de dar continuidade ao trabalho doméstico e a negação do envelhecimento são justificativas indutoras do uso de calmantes, sendo utilizados como mediadores para reafirmar e manter o papel de gênero, ao fornecer sensações de tranquilidade e paz, contribuindo para que reações da mulher frente à estrutura de gênero vigente sejam anuladas. Os calmantes utilizados possibilitam manter o orgulho de ter suas casas limpas, de cuidar bem do lar, de ter asseio, de controlar e executar as tarefas diárias, considerando-se hábeis e eficientes para o trabalho gerado no espaço doméstico¹². Nesse contexto, podemos dizer que esse orgulho é destacado nas idosas, que procuram anular os significados sociais impostos à velhice, como fraqueza física e emocional, através dos medicamentos (Collin, 2003):

Tenho certeza que sem os calmantes podem me internar. Porque agora eu trabalho, eu faço comida, certinho, cozinho pra muita gente. Eu lavo louça, eu tenho a casa muito bem cuidada (...). A minha casa é pobre, uma casa velha, mas o senhor entra lá dentro, dá gosto de entrar. Limpinha, arrumadinha, assim é que eu gosto. Se eu tiver sentada aqui e

tiver uma vasilha lá, porca ou com o cabo diferente, torta. Eu não tenho paciência, eu levanto aqui e vou lá arrumar (...) (Ivone, 71 anos).

Adicionamos o fato de existir tendência das mulheres idosas das classes populares a se restringirem ainda mais ao ambiente doméstico¹³, coincidindo com a inserção dos homens aposentados ou doentes. As mudanças na estrutura familiar e de gênero, como a maior presença dos homens no ambiente doméstico, podem levar tanto a desentendimentos, que são justificativas das entrevistadas para o consumo de calmantes, quanto à colaboração nos serviços da casa. Consistência, 60 anos, diz que após a aposentadoria do marido passou a ter desentendimentos e também a receber ajuda para dar banho e fazer a barba de um filho que precisa de cuidados especiais. A este ponto, podemos acrescentar as observações de Debert (1994) sobre idosos de classe média, ao dizer que os papéis entre homens e mulheres são muitas vezes confundidos ou trocados na velhice. A mulher idosa, para esta autora, apesar de ter pouca expressão nos assuntos políticos, adquire autonomia frente às satisfações em seu lazer, freqüentando clubes, associações recreativas, e criando novas regras que redefinem velhice, além da tristeza e da solidão. Diferentemente, ratificamos que nossas entrevistadas mostraram pouco acesso a esse lazer, ficando imposta a organização de sua vida somente ao espaço e trabalho doméstico.

Assim, o encontro entre “nervoso” da mulher e seu consumo de calmantes é paradoxal à medida que, em nome da autonomia da consumidora, um procura anular o outro, ao mesmo tempo em que devem co-existir. Nesse encontro, a consumidora procura definir como e quando deve estar calma, passiva, ou “nervosa”: uma ação da mulher para dizer o momento de consumir o calmante. No entanto, esse controle do uso de calmantes pode também, através da dependência medicamentosa, fugir do controle da relação “nervosa” /calma e o calmante tornar-se uma necessidade, como para Marli, 61 anos, que tomou o primeiro comprimido em fun-

11 O físico do “nervoso” envolve força dos músculos, dos tendões, dos nervos propriamente ditos, e os estados emocionais envolvem expressões relacionadas ao estar/ser “nervoso” (“crise de nervos”, “ataque de nervos” e “acesso de nervos”) (Duarte, 1986).

12 O sentido de honra das classes populares é discutido por Sarti (2003), em pesquisa realizada com moradores da periferia da cidade de São Paulo, para as quais os salários recebidos não têm tanto valor quanto a dignidade e o respeito. E as mulheres, além de terem trabalhos remunerados, se sentiam entusiasmadas em terem suas casas organizadas.

13 Debert (1999) observou que o setor de atividade que mais absorve mulheres idosas é o de serviços domésticos.

ção de seu desquite, quando tinha 30 anos: “Então eu procurei o médico porque eu tava muito desesperada, nervosa (...) Aí ele falou: ‘vou passar um calmante que você vai bem calminha lá conversar com o juiz’.(...). Pronto, dali eu comecei, entende?”

Essa dependência medicamentosa gera anulação de respostas ao sofrimento social relacionado ao gênero, ao envelhecimento e às más condições econômicas e de qualidade de vida, promotoras de doenças psiquiátricas como ansiedade e depressão, e pode ser intensificada nos idosos e ser estimulada por seu uso contínuo, principalmente no processo de envelhecimento da população pobre do Brasil (Chaimowicz e col., 2000). De acordo com estes autores, os efeitos indesejados dos calmantes são intensificados nos idosos, podendo levar a dependência, comprometimento cognitivo, sedação excessiva, tremores, quedas, lentidão psicomotora, diminuição da atenção e da memória. E, com seu uso crônico, esses efeitos dos calmantes podem silenciar doenças. Isso se acentua nas mulheres idosas: médicos podem prescrever medicamentos em decorrência da confusão entre aparência emotiva e sintomas de doenças mentais, como depressão e ansiedade, impondo e aceitando a mulher idosa como frágil (Collin, 2003; Voyer e col., 2003).

O papel da mulher de cuidadora, as preocupações com os filhos, as discussões e as dificuldades econômicas levam a tensões que contribuem para “abalar os nervos” e consumirem calmantes. Os calmantes são utilizados para sanar desde os desentendimentos com membros da família até os sofrimentos destes provocados por doenças, mortes e dificuldades econômicas. Sabrina, 66 anos, diz primeiramente que o consumo é devido às “confusões” com o marido, que “bebia e a agredia” e também a seus filhos, e depois que é devido à tristeza provocada pela morte do próprio marido e de sua mãe. Devemos enfatizar que a morte de pessoas queridas ou seu afastamento dos lares para o idoso não é fato incomum, principalmente quando a morte não segue a hierarquia entre pais e filhos, o que mostra a entrevistada Eupídia, 64 anos, ao dizer que a tristeza provocada pela morte de seu filho é justificativa para o consumo de calmantes, assim como para Orinalva, 62 anos, que credita o aumento da dosagem

de seu calmante ao casamento de sua única filha.

Se, por um lado, a separação provocada pela morte de membros de uma família leva ao consumo de calmantes, por outro, o mesmo ocorre quando moram na mesma residência ou como vizinhos. Os filhos, quando casam, nem sempre adquirem lar longe ou fora da casa dos pais, muitas vezes genros, noras, sogros e sogras, sobrinhos, netos moram na mesma residência, gerando tensões ou conflitos, sendo utilizados como justificativa das entrevistadas para o consumo de calmantes¹⁴. Com isso, podemos relacionar, como já discutido, o papel de gênero na promoção de conflitos e, consequentemente, como indutor do consumo de calmantes pelas mulheres entrevistadas: ora o consumo justificado para aliviar as tensões relacionadas com a manutenção do conceito de gênero que posiciona a mulher como dona-de-casa, boa esposa e mãe; ora justificado para suportar os conflitos relacionados às mudanças na estrutura familiar ou social e no conceito de gênero, como nos mostra Neusa, 73 anos, ao dizer que se desentendeu com sua nora porque ela queria mandar em seu filho e, por isso, mesmo morando no mesmo “terreno”, ela não a deixava ver seu neto: “Ela (nora) num deixava o meu neto entrar dentro de minha casa (...). Se entrasse ela ia buscar com safanão e eu tinha que ficar quieta. (...). E foi tudo, foi acumulando e eu fui ficando numa situação difícil (...).”

A proximidade entre os membros da família pode levar também ao conhecimento das dificuldades (econômicas, conjugais, doença, morte) uns dos outros, levando as entrevistadas a receitarem seus calmantes quando supõem necessários, sendo repassados uns para outros, promovendo uma confusão do uso, paralela aos prescritos, e podendo provocar malefícios à saúde. Assim, podemos verificar que o consumo de calmantes ocorre independente das prescrições médicas, caracterizando o processo de medicalização como autonomia da população frente à medicina ocidental.

Os próprios problemas sociais, além de serem tratados com medicamentos pela medicina ocidental, são também pelas pessoas que os consomem, estando aqui este medicar caracterizado pela condição de gênero, numa relação do cuidar envolvendo mãe e filho: “O meu filho, ele bebe muita cerveja, ele tem problema

¹⁴ Camarano (2003), ao analisar dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 1980 e 2000, observou que a mulher idosa de hoje, além de continuar desempenhando seu papel de cuidadora, atua como provedora.

de beber muita cerveja. E ele tem muito problema familiar (...) Aí, ele vai lá em casa e busca o diazepam. Eu pego e dou pra ele, e ele dorme com o diazepam, se sente bem" (Ivone, 71 anos). Os calmantes são indicados por suas consumidoras para normalizar situações ou acontecimentos em que julgam necessários, como já descritos, através dos olhares populares imiscuídos de discursos médicos sobre doenças e terapias medicamentosas:

(...) eu tenho uma irmã, eu falo assim, às vezes acontece alguma coisa na família, ela fica nervosa, fica tremendo de tudo. Eu falo assim: (...) porque você num procura um médico (...). Às vezes se bebe um calmante, também num precisa beber diário, às vezes você bebe um tempo e pára.' Eu falo só pra ela normalizar um pouco (Teodora, 61 anos).

Notamos nesse estudo que as alternativas de tratamento ficaram restritas à medicina ocidental e acreditamos que estes componentes contribuem para a dominação da medicina oficial ou ocidental sobre terapias alternativas, muito embora isso não signifique que façam uso de acordo com as prescrições médicas. Diversamente, Loyola (1984) mostrou que pacientes de classes populares podem recorrer a outros profissionais da cura considerados concorrentes da medicina oficial, como pais-de-santo, espíritas, ou curandeiros. Contudo, medicamentos prescritos, como os calmantes, estão se impondo suficientemente para anular a influência de outras terapias. Os tratamentos medicamentosos se tornam a única medida eficiente e confiável: "Não, eles falam que chá de erva cidreira que é bom, eles falam que capim tem duas qualidades, eles falam que é bom, mas me falaram que faz mal pro coração aquilo lá, então a gente fica... toma ou não toma?" (Sabrina, 68 anos).

A imagem de que os idosos são frágeis, incapazes, deprimidos e doentes (mesmo que não sejam), acaba por aumentar o número de prescrições de medicamentos, assim como interpretar as mulheres idosas como "nervosas", sem que a medicina note a ocorrência de despojamento de seus papéis e de sua identidade social. A idosa pode, assim, ser incluída em uma categoria de "nervosa" remetida a sentido crônico no envelhecimento, sendo referido como descontrole dos sentidos e das funções fisiológicas e cerebrais, como perda do juízo ou da memória, fraqueza, incapacidade para o

trabalho (Duarte, 1986). E, contraditoriamente, os próprios efeitos indesejados dos calmantes simulam o "nervoso" do idoso, contribuindo para o seu consumo.

Assim, a medicalização das mulheres idosas através dos calmantes ocorre tanto por seu desejo em permanecerem inseridas na sociedade, como representantes da performance relacionada ao corpo produtivo, ágil e ativo, como pelo aumento de prescrições médicas devido àquela visão do idoso emocional e fisicamente frágil, numa relação de compaixão (Collin, 2003).

A velhice das classes populares é ainda mais combatida ou dissimulada, por significar a intensificação das condições de subalternidade (perda de emprego, discriminações, isolamento social, diminuição dos rendimentos), fazendo da rapidez, da sofisticação e dos efeitos "mágicos" dos medicamentos aspectos cada vez mais desejáveis: "Ah, um outro tipo de tranqüilizante, né? Mais moderno, não tem aquela coisa de alguns medicamentos mais novos? Um medicamento mais novo" (Orlinda, 60 anos). E os calmantes se transformam na terapia mais sustentável, invalidando outras consideradas demoradas, que possam unir trabalho de casa e tratamentos: "Bom, um diálogo, psicologia, essas coisas, né? Só que eu não... não... tô sem tempo" (Fabiana, 60 anos).

Além disso, as modificações ocorridas na vida dos idosos, como a aposentadoria e a perda de papéis sociais anteriormente relevantes, podem levar ao abuso de calmantes e intoxicações, sendo ou não prescritos pela medicina (Hulse, 2002). Com isso, o uso de calmantes pode ser referido como de uso corriqueiro, justificado pela idade avançada e pela necessidade de manter controle e disciplina de seu corpo para os afares diários: "O médico é contrário que tomo calmante. Mas, sabe, porque a pessoa que vai chegando os seus 59, 60 anos, então, a pessoa sempre precisa de calman-te pra tranqüilizar, dormir sossegada, a cabeça fica mais..." (Marli, 61 anos).

As consultas com diferentes médicos pelas mulheres na velhice, utilizando diversas terapias medicamentosas, se relacionam com o consumo de calmantes, visto que pacientes, ao conhecerem sintomas de doenças, podem levar à prescrição desses medicamentos (Isacson, 1997). Os baixos rendimentos, a baixa escolaridade e o uso de outros medicamentos também podem favorecer o consumo de calmantes (Huf e col., 2000). Nessa perspectiva, as entrevistadas, além de

freqüentarem outros serviços de saúde, já usaram vários tipos de calmantes, tornando-se experientes conhecedoras: “Faz uns 15 anos, por aí ou mais, uns 16 anos até. (...). Dienpax, Frontal, Lorax. Mas, eu não me dei bem com o Lorax, parei (...)” (Beatriz, 62 anos).

Esse controle, autonomia e conhecimento dessas mulheres sobre uso e efeitos dos medicamentos se colocam acima das ordens médicas, sendo motivo de orgulho sua suposta autogestão sobre o uso de calmantes, dizendo não serem dependentes e que começariam ou parariam de tomar quando quisessem. Nessa mesma perspectiva, em pesquisa realizada com mulheres idosas em São Paulo, Lopes (2000) observou que a automedicação é vista como exercício de autonomia. A alteração da quantidade de medicamentos e dos horários, além de não ser vista como automedicação, também se relacionou com a autonomia sobre o uso do medicamento e com a fuga de não ficar dependente.

Os horários e as quantidades de comprimidos são alterados de acordo com suas avaliações sobre a terapia, pedindo ao médico para fornecer prescrições, aumentar a dose ou retirar os calmantes. Esmeralda, 68 anos, diz que depois de avaliar outros calmantes “acerrou” com o que estava consumindo no dia da entrevista e que o fato de ter cinco médicos e conhecer “todos os seus sintomas” a leva a ter precisão sobre o uso de seus medicamentos: “Em casa eu tenho uma farmácia; tenho aparelho de medir pressão, tenho comadre, tenho bolsa de água quente, eu tenho uma farmácia, eu já vou certinho no medicamento certo, nunca mudei nenhum e nem faltei”.

Enfatizamos que as noções sobre o discurso médico (nomes de medicamentos, dosagens, posologia e suas relações com as doenças) nem sempre são adquiridas de maneira correta, sendo muitas vezes parciais e fragmentadas (Boltanski, 1984)¹⁵. Sintomas de diversas doenças podem ser confundidos e o uso indevido de medicamentos pode ocorrer. Acreditamos que a relação médico/paciente está marcada por disputas e conflitos de conhecimentos sobre medicamentos e sintomas de doenças, podendo o médico não recusar a prescrição do medicamento desejado frente ao desconforto da recusa e se isentar de suas responsabilidades ao transferir para o paciente a gestão sobre os medicamentos (Collin, 2003).

Experiência e conhecimento sobre os calmantes são também favorecidos por serem adquiridos somente através de receita médica, fazendo suas consumidoras freqüentarem constantemente os consultórios dos médicos psiquiatras. Das 18 mulheres entrevistadas, 15 começaram o usar os calmantes com idade inferior a 60 anos, em sua maioria a partir dos 40 anos. A média de tempo de uso foi de 16 anos, mostrando a condição crônica do consumo de calmantes pelas mulheres entrevistadas. O calmante acompanha trajetórias de vida envolvendo gênero, envelhecimento e serviços de saúde, como nos mostra Teodora, 61 anos: “Então, acho que foi juntando, ah, a gente vem sofrendo desde pequena”.

Esse conhecimento sobre os medicamentos pode levar a desconfiarem das prescrições médicas. O remédio precisa de aprovação, concedida pelos conhecimentos empíricos promovidos através do tempo: “(...) o médico às vezes me passa a receita e eu fico meio desconfiada, não tomo, eu começo de uma metadinha... eu sou difícil pra tomar remédio (...). Ninguém me indicando, ninguém. Até mesmo o médico às vezes eu desconfio” (Orlinda, 60 anos). Nesse sentido, Collin (2003) nos diz que o idoso pode utilizar apenas durante os sintomas ou não utilizar o medicamento por desconfiança da medicina e dos efeitos secundários ou tóxicos.

Observamos, realmente, que gênero, envelhecimento e uso de serviços médicos estão intrinsecamente relacionados ao consumo de calmantes, que são contextualizados pelas condições socioeconômicas de suas consumidoras. Podemos constatar que as aproximações entre os médicos psiquiatras e os pacientes se tornam mais expressivas em mulheres idosas, o que nos faz perceber a existência de sinergismo entre envelhecimento, gênero e serviços de saúde.

Considerações Finais

A condição de subalternidade de um grupo social não é fato momentâneo e passageiro, é construída com o decorrer do tempo, muitas vezes, com apoio de medicamentos.

Verificamos que a constituição social das mulheres entrevistadas contribuiu para que o consumo de calmantes fosse particularizado, contextualizado, ten-

¹⁵ Estudo realizado com população francesa sobre o consumo médico, na década de 70.

do como motivo as dificuldades relacionadas às condições socioeconômicas, ao envelhecimento e ao gênero (papel como mulher, mãe, esposa, trabalhadora doméstica). Alguns fatores estão relacionados à velhice, como as doenças características do envelhecer, que proporcionam maior consumo de medicamentos e conhecimento sobre os mesmos, seus modos de uso e efeitos no corpo.

Não são as prescrições dos médicos que ditam o modo de usar os calmantes, mas as concepções de suas usuárias. O horário, o tempo de uso, a quantidade de comprimidos prescritos pelo médico são, com o tempo, substituídos pelo saber das pacientes sobre seus sintomas e efeitos dos medicamentos no corpo. O paciente dá novos significados aos tratamentos médicos, transpondo a relação médico-paciente para a relação paciente-sociedade. Nesse sentido, as informações sobre os medicamentos devem ser claras e precisas, mostrando os riscos de serem erroneamente utilizados no processo de medicalização da medicina ocidental.

A dimensão social do consumo de calmantes se mostra ao verificarmos sua utilização como mecanismo mantenedor da disciplina do corpo, exigida pela sociedade. Consumir calmantes é um meio de controlar as ações e as atividades diárias da mulher, como cuidar dos filhos, do marido e do trabalho doméstico, regulando seus horários de dormir, de acordar e as emoções, as irritações. O uso dos calmantes se torna mais expressivo na velhice: de acordo com as concepções das pacientes, é uma das formas de manter a autonomia sobre o corpo e sobre a terapia prescrita.

Conhecer os diversos grupos sociais, interpretar e compreender seus sintomas são relevantes para evitar que os medicamentos produzam o oposto de sua função, provocando malefícios à saúde. Os calmantes prescritos pela psiquiatria apresentaram um uso diversificado por suas usuárias, revelando que concepções sobre sintomas de doenças são diferentes entre médicos e pacientes. Nesse sentido, serviços de saúde devem estar preparados para orientar de forma clara sobre os calmantes, e os profissionais de saúde devem conhecer as concepções das pacientes sobre os sintomas de suas doenças e sobre as terapias medicamentosas utilizadas. Programas ou ações governamentais envolvendo saúde devem avaliar o impacto que a medicina possui no meio social, ao mesmo tempo em

que a insere, analisando seus malefícios e benefícios à saúde da população, não desconhecendo a autonomia dos diversos grupos sociais e suas formas de compreender e usar os medicamentos.

As pacientes adquirem conhecimentos sobre suas doenças através das repetidas visitas aos serviços de saúde e de seus diversos tratamentos, colaborando nas concepções sobre os tratamentos medicamentosos. A medicina transmite seu conhecimento de forma que as mulheres idosas se transformam em especialistas populares da medicina oficial, prescrevendo, avaliando e recusando tratamentos, reafirmando suas experiências e conhecimentos em assuntos relacionados ao cuidar. Acreditamos que esse conhecimento da mulher idosa de classe popular é também relevante para a melhoria da saúde da população, podendo ser utilizado como estratégia para programas de saúde, com finalidade de promover melhorias à saúde da população, funcionando como intercessora de saberes entre serviços de saúde e população, ao revelar as discrepâncias entre os saberes científicos e populares.

Referências

- ADORNO, R. C. F. et al. Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 141-152.
- ASHTON, H. Psychotropic: drug prescribing for women. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 158, n. 10, p. 30-35, May 1991.
- BEAUVOIR, S. de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Cia das Letras, 1994.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.
- CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. de J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 631-635, dez. 2000.

- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1995.
- COLLIN, J. Médicament et vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*, Laval, v. 27, n. 2, p. 119-138, 2003.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, Aug. 1992.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DEBERT, G. G. Gênero e envelhecimento. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-51, 1º sem., 1994.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp: Fapesp, 1999.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: J. Zahar; Brasília, DF: CNPq, 1986.
- ELIAS, N. *Sobre o tempo*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- HUF, G.; LOPES, C. de S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.
- HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais entre os idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p. 34-41. 2002. Suplemento L.
- ISACSON, D. Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time - a 13-year follow-up in a swedish community. *Social Science and Medicine*, London, v. 44, n. 12. p. 1871-1880, 1997.
- LOPES, R. G. da C. *Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento*. São Paulo: EDUC: Fapesp, 2000.
- LOYOLA, A. M. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.
- NOGUEIRA, C. M. *A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização*. Campinas: Autores Associados, 2004.
- NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.
- SARTI, C. A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: OLIVEIRA, E. M. de; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na globalização*. Goiânia: AB, 1997. p. 51-60.
- SARTI, C. A. *A família como espelho: estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCOTT, J. W. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University, 1988.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Cortez, 1994.
- VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- VOYER, P. et al. Factors in duration of anxiolytic, sedative, and hypnotic drug use in the elderly. *Canadian Journal of Nursing Research*, Montreal, v. 35, n. 4, p. 126-149, 2003.

Recebido em: 02/04/2007

Reapresentado em: 01/10/2007

Aprovado em: 16/10/2007