

MULHERES, MEDICALIZAÇÃO E GRUPALIDADE: EXPERIÊNCIA COM GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NO NORDESTE

Women, medicalization, and groups: experience with autonomous medication management in the Northeast

Mujeres, medicalización y grupalidad: experiencia con gestión autónoma de la medicación en el Nordeste

Femmes, médicalisation et groupalité: expérience de gestion autonome des médicaments dans le Nord-Est

 10.5020/23590777.rs.v24i1.e13920

Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra  

Psicóloga. Especialista em Atenção Básica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestra e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Maria Teresa Nobre  

Psicóloga, Doutora em Sociologia. Profa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Participa do GT Políticas de Subjetivação e Invenção do Cotidiano da ANPEPP.

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim  

Psicóloga, Professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Grupo de Estudos em Política, Produção de Subjetividade e Práticas de Resistência (Gentileza/GPPR/UFRN).

Resumo

O discurso psiquiátrico tem produzido o uso excessivo de psicofármacos, sendo as mulheres as maiores consumidoras na atenção primária à saúde. Quando consideramos o cenário nordestino e sertanejo brasileiro e as questões de gênero, social e culturalmente constituídas nele, este problema desafia o cuidado em saúde mental. Assim, esta pesquisa-intervenção objetivou cartografar a participação de mulheres em sofrimento psíquico medicalizadas, num grupo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), no referido contexto. A pesquisa foi realizada durante 6 meses, em 24 encontros e os dados foram analisados, a partir de fragmentos narrativos de diários cartográficos e de registros de áudio, em três temas: 1. Produção do sofrimento psíquico no corpo das mulheres sertanejas medicalizadas e o silenciamento de mal-estares da condição de mulher-mãe-pobre-doméstica; 2. Experiências dessas mulheres em trabalhos afetivos e sexuais em relação ao seu sofrimento psíquico; e 3. Grupalidade GAM na vida dessas mulheres na produção de coletividade e de reflexões baseadas nos movimentos antimanicomial e sanitário. Concluímos que as relações de gênero são compositoras da medicalização na vida dessas mulheres e a grupalidade constitui espaço cogestivo de resistência, onde as mulheres se reconhecem como sujeitos autônomos em relações de poder e saber em que estão envolvidas.

Palavras-chave: mulheres, medicalização, saúde mental, atenção básica, sertão

Abstract

Psychiatric discourse has produced the excessive use of psychotropic drugs, being women the largest consumers in primary health care. When we consider the Brazilian Northeastern and countryside scenery and the gender, social, and culturally constituted issues within it, this problem challenges mental health care. Thus, this intervention research aimed to map the participation of medicalized women in

psychological distress in an Autonomous Medication Management Group (GAM) in the context mentioned above. The study research was carried out over 6 months, in 24 meetings, and data was analyzed, based on narrative fragments from cartographic diaries and audio records, into three themes: 1. Production of psychological suffering in the bodies of medicalized countryside women and the silencing of discomforts caused by the condition of poor domestic woman-mother; 2. Experiences of these women in affective and sexual work concerning their psychological suffering; and 3. GAM group in these women's lives in the production of collectivity and reflections based on the anti-asylum and health movements. We conclude that gender relations are the components of medicalization in these women's lives, and the group constitutes a co-managing space of resistance, where women recognize themselves as autonomous subjects in relations of power and knowledge in which they are involved.

Keywords: women, medicalization, mental health, primary care, backlands

Resumen

El discurso psiquiátrico viene produciendo el uso excesivo de psicofármacos, siendo las mujeres las mayores consumidoras en la atención primaria de salud. Cuando consideramos el escenario nordestino y sertanejo brasileño y las cuestiones de género, social y culturalmente constituidas en él, este problema reta el cuidado en salud mental. Así, esta investigación-intervención objetivó registrar la participación de mujeres en sufrimiento psíquico medicalizadas, en un grupo de Gestión Autónoma de Medicación (GMA), en el referido contexto. La investigación fue realizada durante 6 meses, en 24 encuentros y los datos fueron analizados, a partir de fragmentos narrativos de diarios cartográficos y de registros de audio, en tres temas: 1. Producción del sufrimiento psíquico en el cuerpo de mujeres sertanejas medicalizadas y el silenciamiento de malestares de la condición de mujer-madre-pobre-doméstica; 2. Experiencias de estas mujeres en trabajos afectivos y sexuales en relación al sufrimiento psíquico; y 3. Grupalidad GAM en la vida de estas mujeres en la producción de colectividad y de reflexiones basadas en los movimientos antimanicomial y sanitario. Concluimos que las relaciones de género son compositoras de la medicalización en la vida de estas mujeres y la grupalidad constituye espacio cogestivo de resistencia, donde las mujeres se reconocen como sujetos autónomos en relaciones de poder y saber en qué están involucradas.

Palabras clave: mujeres, medicalización, salud mental, atención básica, sertão.

Résumé

Le discours psychiatrique a produit une consommation excessive de psychotropes, les femmes étant les plus grandes consommatrices de soins de santé primaires. Lorsque nous considérons le scénario du Nord-Est et du sertão brésilien ainsi que les questions de genre, socialement et culturellement constituées en son sein, ce problème représente un défi pour les soins en santé mentale. Ainsi, cette recherche interventionnelle visait à cartographier la participation des femmes médicalisées souffrant de détresse psychologique dans un groupe de Gestion Autonome de la Médication (GAM) dans ce contexte. La recherche s'est déroulée sur une période de 6 mois, comprenant 24 réunions. Les données ont été analysées, à partir de fragments narratifs de journaux cartographiques et d'enregistrements audio, regroupées en trois thèmes: 1. Production de souffrance psychique chez les femmes médicalisées du sertão et le silence imposé face à détresse de leur condition de femme-mère-pauvre-au foyer; 2. Expériences de ces femmes dans le travail affectif et sexuel en lien avec leur souffrance psychologique; et 3. Groupalité de GAM dans la vie de ces femmes, favorisant la création de collectivités et suscitant des réflexions basées sur les mouvements anti-asilaires et sanitaires. Nous concluons que les relations de genre sont des facteurs de médicalisation dans la vie de ces femmes, et que la groupalité constitue l'espace cogestion à partir de la résistance. Dans cet espace, les femmes se reconnaissent comme des sujets autonomes dans les relations de pouvoir et comprennent leur implication.

Mots-clés: femmes, médicalisation, santé mentale, soins primaires, sertão

Butler (2018) propõe uma subversão à identidade da categoria mulher que o feminismo fixou para encontrar a sua representatividade, ao considerar que a noção de um patriarcado universal não compreende os limites da singularidade da condição das mulheres, pois este conceito desconsidera as especificidades das diversas culturas nas quais as mulheres estão inseridas e, conseqüentemente, a outros modos de opressão, os quais não se restringem apenas às culturas masculinas hegemônicas e à normatividade heterossexual. A filósofa propõe que o gênero não se constitui e não pode ser representado sob uma identidade fixa ou única, mas como um fenômeno que é atravessado por instituições de poder e por práticas coercitivas das subjetividades. Dessa forma, o gênero produz e reproduz significados e efeitos ao longo da história a partir de performances (comportamentos e emoções) que, em diferentes contextos históricos e culturais, relacionam-se com questões raciais, de classe, étnicas, sexuais e regionais.

Ao pensar sobre os efeitos de gênero na vida de mulheres nordestinas e sertanejas, como aquelas que encontramos nesse estudo, essa discussão se conecta ao que Ballestrin (2020) aponta como feminismo de(s)colonial ou subalterno, que tem como referência a “*Abya Yala*” que significa terra viva ou terra moderna. Faz referência à importância da história e do espaço geográfico em que são construídas as identidades feministas subalternas no Sul Global, atualizando o feminismo pós-colonial e terceiro-mundista. Os feminismos de *Abya Yala* são entendidos como o movimento de mulheres subalternizadas historicamente, estando em desacordo com a identidade essencialista e hegemônica dos feminismos universais, ao considerar os atravessamentos e apagamentos das histórias de diversas mulheres subalternizadas. Em consequência do eurocentrismo neoliberal, responsável pelo apagamento e pelo branqueamento de diferentes corpos, são perpetuadas heranças coloniais e raciais que atravessam diferentes espaços geográficos, etnias e nacionalidades.

Acerca desta discussão, Fanon (2020) demonstra como o racismo estrutural e os efeitos da colonização criam feridas severas em nossos inconscientes, a partir de uma norma de vida ocidentalizada do mundo europeu, que reduziu a pessoa negra a um objeto. Para o autor, o corpo negro é inferiorizado em consequência da supervalorização europeia atravessada por uma episteme colonizada. Esse pensamento ajuda a refletir que o sofrimento psíquico está localizado em toda produção de subjetividade de uma determinada cultura que o (re)direciona e o atravessa e que está implicada com a exploração do capital e com as estruturas raciais. Na medida em que a medicina, fundada pelos saberes brancos e eurocêtricos, busca individualizar o sofrimento das pessoas negras e desresponsabilizar as máscaras sociais que produzem o racismo científico presentes nos modos de viver das populações e acabam corroborando o processo de medicalização dessa população.

Acrescentam-se a essas argumentações as considerações de Federici (2019a) as quais destacam que no século XVIII, com o advento da modernidade e com a consolidação do capitalismo na Europa Ocidental, existiu um projeto científico da medicina sobre as diferenças sexuais, por meio do estudo da fisiologia das mulheres atravessado pelo discurso da racionalidade. Para a autora, se na idade média os poderes religiosos foram responsáveis pelo extermínio de mulheres pobres, camponesas, acusadas de heresia e prostituição, na modernidade as ciências naturais e positivistas teriam grande parcela de responsabilidade no extermínio de mulheres consideradas como bruxas. Essas práticas, tratadas como científicas, seriam responsáveis por levarem às fogueiras mulheres sábias que teciam os seus próprios rituais de cura e não se enquadravam nos ideais burgueses de feminilidade e domesticidade.

Essas considerações levam-nos a compreender o gênero como um fenômeno performático que se apresenta como ordenador e normatizador de práticas sociais, atravessado por instituições coercitivas, como a medicina e a psiquiatria. Assim, sendo o biológico objeto da política (Foucault, 2010), é possível verificar a utilização de estratégias de intervenção médicas/psiquiátricas que buscam colocar o corpo de pessoas consideradas desviantes dentro dos parâmetros da normalidade médica, o que produz, nos dias atuais, medicalização da vida de mulheres subalternas em contextos específicos, como o do sertão nordestino.

A medicalização é compreendida quando fatores de origem “não médica”, como experiências e comportamentos próprios da condição humana, passam a ser alvos de intervenção da medicina, operando mecanismos de produção de subjetividade sobre os indivíduos a partir da influência do poder médico, que passa a ser determinante nos tempos atuais (Caponi, 2014). Esse fenômeno pode ser percebido, ao longo da história, em razão da medicina ter fixado o seu território institucional sobre a vida nos processos de saúde e doença tomados a partir do que seria normal ou patológico, promovendo uma dependência ao ideal de normalidade. Embora esse fenômeno parta de uma linguagem médico-psiquiátrica, a ela não se restringe, invadindo o campo social e outros campos disciplinares, podendo estar presente em práticas e discursos de outros profissionais de saúde. Além disso, na contemporaneidade, é possível verificar que o uso excessivo desse discurso sobre a normalidade reflete em diagnósticos de transtornos mentais que corroboram o uso indiscriminado de psicofármacos (Zorzaneli et al., 2014).

No campo da saúde mental, a medicalização se expressa através do processo de psiquiatrização da vida (Caponi, 2014). Dessa forma, os exercícios de poder da psiquiatria operam através da multiplicação de diagnósticos de transtornos mentais, cada vez mais comuns, levando-nos a questionar se se trata, efetivamente, das condições sociais atuais que promovem mais adoecimento ou de uma banalização da tarefa diagnóstica com perdas ou enfraquecimento na capacidade de operar a clínica, restringindo à identificação de sinais e sintomas, a partir das classificações diagnósticas.

No Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que dispõe de serviços abertos à comunidade para acolher pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda no âmbito do SUS, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que direciona a atuação de profissionais em territórios específicos na comunidade adscrita, para viabilizar estratégias de promoção à saúde, prevenção e redução de agravos a doenças da população, através de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O cuidado em saúde mental na Atenção Básica (AB) é pensado pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que buscam desenvolver o trabalho multiprofissional dentre as práticas dos profissionais de saúde, visando a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania e a construção da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, pesquisas atuais apontam dificuldades na relação entre a AB e a RAPS, algumas delas como consequência do crescimento exacerbado da medicalização dos problemas sociais e como efeito do uso desenfreado

de psicotrópicos como forma central de tratamento nesse último campo (Onocko-Campos et al., 2011). Para mais, Zanello e Costa e Silva (2012) afirmam que os estudos de gênero têm sido subestimados no campo da saúde mental e apontam como consequência disso a hipermedicalização de mulheres nesse cenário.

Tendo isso em vista, podemos indagar: Como criar estratégias que potencializem o protagonismo e autonomia de pessoas em sofrimento psíquico num contexto em que as subjetividades são medicalizadas em novos “manicômios a céu aberto”? As mulheres, em decorrência de seus diagnósticos, estão sendo alvos de medicalização? Além da categoria do patriarcado, das desigualdades de classe e das questões raciais e territoriais, a medicalização dos corpos das mulheres também deveria ser uma pauta feminista? Como as mulheres podem criar estratégias de enfrentamento à medicalização de suas vidas?

Com intuito de questionar a experiência com psicotrópicos, a relação das pessoas junto ao poder médico e a sua participação no cuidado em saúde mental, o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) surge como uma estratégia que busca enfrentar o fenômeno da medicalização. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM), nascida no Quebec, Canadá e posteriormente adaptada para o Brasil, traz como proposta a reflexão sobre relação das pessoas com os medicamentos psiquiátricos, buscando investigar qual função ocupam em suas vidas, orientando a criação de estratégias sob suas redes de cuidado, bem como o acesso à informação sobre o seu próprio tratamento. Tem como finalidade o estímulo da autonomia e da participação política do usuário na rede pública de saúde (Onocko-Campos et al., 2013).

O GGAM é composto por seis passos que têm por pretensão orientar os participantes sobre temas relacionados a quem tem um diagnóstico em saúde mental e se utiliza de medicamentos psiquiátricos. No Brasil, ele costuma ser utilizado em grupo para que as pessoas possam partilhar suas diferentes vivências com o uso dessas substâncias, mesmo que cada pessoa possua seu próprio Guia. O que torna uma estratégia interessante para a autonomia das pessoas, porque elas podem discutir sobre os efeitos e as experiências com os medicamentos de modo compartilhado (Silveira & Moraes, 2017).

Os princípios básicos da GAM estão em consonância com a reforma psiquiátrica brasileira. Um deles diz respeito à autonomia como ampliação da capacidade de gerir a própria vida a partir da construção de redes sociais e afetivas e aumento da contratualidade social. Assim, na GAM pressupõe-se que o compartilhamento das vivências e reflexões no grupo sobre as experiências de saúde e doença e de uso de psicofármacos pode contribuir para a produção da autonomia de seus participantes.

Outro princípio refere-se à cogestão, que se entende como a implicação de várias pessoas envolvidas no processo de trabalho e em uma grupalidade. Com ela, o exercício dos poderes é descentralizado da figura do profissional ou do moderador, fazendo a gestão acontecer de forma compartilhada, naquilo que irá emergindo entre os protagonismos dos diferentes sujeitos em questão (Passos et al., 2013). Dessa forma, em um grupo GAM objetiva-se que os usuários possam construir e debater de forma conjunta com os profissionais sobre a gestão do cuidado e o uso dos psicofármacos, na busca de compreender qual o melhor medicamento que lhe caia bem, respeitando a singularidade que há no tratamento em saúde mental de cada sujeito.

Considerando esse cenário, foi realizada uma pesquisa-intervenção questionando: O que a participação de mulheres em sofrimento psíquico em um Grupo GAM pode produzir em relação ao uso crônico de psicofármacos e à produção do cuidado? Com esta pergunta em mente, a pesquisa teve por objetivo cartografar a participação de mulheres sertanejas em sofrimento psíquico na atenção básica em um grupo GAM, em uma cidade do sertão do Nordeste brasileiro.

Método

O estudo que dá origem a este artigo partiu de uma pesquisa qualitativa realizada pela primeira autora e orientada pela segunda e terceira autoras. Consideramos que só se conhece o campo ao intervir sobre ele (Romagnoli, 2014) e que o sujeito da investigação é coletivo e atravessado pela composição de forças entre instituído e instituinte e entre objeto, instituição e campo social (Lourau, 2004), que se engendram para criar, intervir e produzir planos de consistência no processo do campo pesquisado. Com bases nessas ideias, foi realizada uma pesquisa-intervenção cartográfica, tendo em vista que a cartografia constitui uma estratégia valiosa de investigação em que o método não se coloca como determinante e não busca representações e interpretações da realidade, desenhando previsibilidades no ato de pesquisar. A cartografia configurou-se como um caminho que a pesquisadora esteve traçando, percorrendo, compondo e transformando no seu campo e no plano do real entre o processo de investigação e sua prática profissional no âmbito da atenção básica em saúde. As implicações da pesquisadora foram se constituindo pelo lugar de mulher, nordestina, militante do SUS, da luta antimanicomial e do movimento feminista, ao ocupar o lugar de psicóloga, trabalhadora e residente multiprofissional em formação no SUS, mais especificamente na atenção básica em saúde.

A pesquisa aconteceu em um período de 6 meses, em 24 encontros semanais, de aproximadamente 1h30, em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte, localizada na região do sertão do Seridó. Essa cidade tem 45.000 habitantes e as principais atividades econômicas são o comércio local, a pecuária e a agricultura e a extração de mineração. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer 18056319.0.1001.5568.

Participaram do estudo 10 a 8 usuárias por encontro, de 6 territórios diferentes do município e profissionais de saúde de nível superior, sendo: 1 psiquiatra do NASF; 1 psicóloga do CAPS; 2 psicólogos, 1 farmacêutica, 1 assistente social e 1 profissional de educação física da Residência Multiprofissional em Atenção Básica. A média de participação foi de 4

profissionais por encontro. A escolha dos participantes foi feita junto à psiquiatra do NASF e à equipe multiprofissional de residentes, através dos quais foram convidadas usuárias de um grupo preexistente. Essas mulheres são de raça, classe e regionalidade variadas, têm idade entre 30 e 65 anos, são trabalhadoras domésticas, cuidadoras de idosos, cozinheiras, assistentes de serviços gerais, estudantes, casadas, divorciadas, solteiras e em relacionamentos estáveis. Algumas viveram desde a infância no campo e, posteriormente, migraram para a cidade, outras sempre residiram na cidade.

Como critérios de inclusão foram selecionadas usuárias que: a) faziam uso de psicofármacos há um ano ou mais; b) com idade igual ou superior a 18 anos; c) moradoras dos territórios cobertos pelas equipes da AB (NASF e Residência Multiprofissional em Atenção Básica) e pela equipe do CAPS II; d) profissionais que fazem parte das equipes do NASF, CAPS e Residência Multiprofissional em Atenção Básica da região.

A implantação da estratégia GAM na UBS foi um processo coletivo e participativo, visando criar um espaço de discussão sobre a gestão do cuidado e em particular do uso de psicofármacos, tendo o GGAM (Onocko-Campos et al., 2012) como mediador dos encontros. A pesquisa-intervenção envolveu as seguintes etapas: 1) mobilização e sensibilização da AB local e da equipe de saúde mental, em reuniões de matriciamento em saúde mental entre as equipes multiprofissionais do NASF, CAPS e Residência Multiprofissional em AB. Posteriormente, foi selecionada a UBS para realização da intervenção, localizada em um território de fácil acesso para os participantes; 2) apresentação da estratégia GAM para os participantes que, anteriormente à realização da pesquisa, participavam de um grupo de desmame de benzodiazepínicos conduzido pela psiquiatra do NASF, pela pesquisadora, pela farmacêutica e pela assistente social da residência multiprofissional em AB; 3) leitura e distribuição do TCLE e do Termo de Autorização de Gravação de Voz e Imagem para esclarecimentos e assinaturas e impressão de guias GAM para cada participante; 4) escolha de uma sala na UBS, onde barulhos e ruídos de voz não poderiam ser ouvidos, resguardando o sigilo dos encontros; 5) realização dos encontros semanais mediados pelo GGAM.

Os registros da pesquisa-intervenção cartográfica foram feitos através de diário de campo dos acontecimentos e afetações iminentes à experiência com o grupo GAM, de fotografias e gravações de voz em aparelho de celular. O grupo foi conduzido pela primeira autora desse trabalho junto a outras trabalhadoras do campo da saúde, a farmacêutica e a assistente social da Residência Multiprofissional em Atenção Básica. O Guia GAM possui 6 passos que nos orientaram na facilitação do grupo, mas sem que nos ativésemos estritamente a eles. Na parte 1 do Guia, há os passos: 1. conhecendo um pouco sobre você; 2. observando a si mesmo; 3. ampliando a sua autonomia; e 4. conversando sobre os medicamentos psiquiátricos. Na parte 2 do guia, trabalham-se mudanças e projetos de vida, através dos passos: 5. por onde andamos; e 6. planejando nossas ações. Utilizamos algumas perguntas presentes no Guia que estão presentes ao longo dos 6 passos da cartilha, a exemplo de: Você sabe o que é reforma psiquiátrica? Por que começou a tomar medicamentos psiquiátricos? Como você cuida de si mesmo? Você tem conversado sobre os seus direitos? Com quem e como têm sido essas conversas? Para disparar algumas discussões apontadas nos resultados. Além disso, realizamos sessões cinematográficas, que intitulamos de Cine-GAM em alguns dos encontros.

A análise dos dados foi feita a partir dos registros do diário cartográfico e das gravações em áudio dos encontros do grupo. O diário cartográfico se caracteriza por produzir um plano de intensidades composto por forças e afetos que vão emergindo no decorrer da pesquisa-intervenção. Sua escrita ultrapassa o sentido de registro de informações no campo da pesquisa a nível interpretativo e individual. Há uma processualidade na escrita do pesquisador que atribui a ela uma dimensão coletiva, possibilitando um trabalho em conjunto de produção de narrativas da pesquisa (Barros & Kastrup, 2015).

As narrativas presentes na cartografia – das quais apresentamos alguns fragmentos, agregados em três temas – foram fundamentais para revelar implicações que orientam a pesquisadora sobre o mundo e sobre si mesma. Ao “narrar a si”, como aponta Butler (2015), denunciam-se vários regimes de verdades que são constituídos através do “eu”, produto de normas sociais que o atravessam e se subjetivam em nossos corpos e em nossas histórias. Ao relatarmos as nossas histórias estaríamos evidenciando as nossas verdades, junto de normas que governam essas subjetividades, condicionadas a partir de correspondências diárias com os outros e com o mundo.

Resultados e discussões

Na história da loucura observamos formas de exclusão, segregação e preconceito voltados especificamente às mulheres, efeito das relações de gênero, classe e raça que produziram histórias de violências na vida de mulheres institucionalizadas e medicalizadas nos manicômios brasileiros e em diversos lugares do mundo (Pereira & Passos, 2017).

Ao longo do processo de pesquisa-intervenção, chama atenção a participação exclusiva de mulheres no grupo, embora não houvésemos delimitado que seria restrito a esse público, levando-nos a pensar sobre a necessidade de olhar para a reforma psiquiátrica em suas possíveis aproximações com os estudos feministas, a partir daquilo que a experiência com a GAM trouxe de problematizações nessa interface.

A seguir, apresentamos três temas que articulam o trabalho desenvolvido com o Grupo GAM. O primeiro diz respeito à produção do sofrimento psíquico no corpo das mulheres participantes, onde os psicofármacos apareceram como silenciadores para “mal-estares” provocados pela condição de mulher-mãe-pobre-doméstica. O segundo apresenta a experiência de

mulheres sertanejas em trabalhos afetivos e sexuais, a exemplo do trabalho materno e doméstico e como essas experiências se relacionam ao seu sofrimento psíquico. O terceiro discute o desdobramento da grupalidade como modo de resistência na vida de mulheres sertanejas, ao atravessar reflexões e memórias sobre as propostas do movimento antimanicomial e sanitário, construídas entre as afetações e intercessões dos encontros. Ressaltamos que todos os nomes usados no texto são fictícios, para resguardar o sigilo acerca da identidade das participantes.

Tema 1 – A produção do sofrimento psíquico nos corpos de mulheres sertanejas

As usuárias participantes relataram histórias em contextos de machismo, pobreza e ruralidade, com a vida restrita aos trabalhos domésticos e ou na agricultura e à maternidade, fatores que se relacionam diretamente à experiência com psicotrópicos. Ao falarmos de relações familiares, narrativas emergiram, lembrando memórias da infância e adolescência, conflitos em que percebemos o lugar de privilégio do homem e o processo de adoecimento pelo trabalho rural.

Eu fui expulsa de casa com 18 anos, porque briguei com o meu irmão e a minha mãe o preferiu em casa por ele ser homem. Depois, eu fui morar com um homem de 55 anos e engravidei. Eu fui homem e mulher da casa! (Damiana, 52 anos, participante – registro de diário cartográfico)

Às vezes eu dizia, papai hoje eu vou para escola. “Vai não”, hoje você vai apanhar feijão. O estudo foi a enxada! Trabalhava na enxada. Papai não deixava a gente estudar. Aí eu adoeci e nunca tive condições de trabalhar pelos medicamentos que eu tomo. Eu comecei a tomar devido ao problema com família mesmo. Com filho. Saí de casa e fui morar com a minha irmã. Botei na cabeça impressionada. Sai de casa com 16 anos. Eu ia para o hospital direto. Em crise, desmaiada. Chegava no hospital e não via nem onde estava. Perna adormeceu. Braço. Cheguei urinada. O povo me levava direto. Eu não vivia mais em casa, não. Eu nem sei que tantos médicos me atenderam. Passei um ano indo para o hospital. Foi depois que meu marido me deixou. (Valdeci, 45 anos – Registro de áudio)

Essas narrativas remetem à condição das mulheres no campo da saúde mental e, conseqüentemente, sua medicalização, considerando o campo de forças em que se constituem subjetivamente. Primeiro, pelo próprio fato de serem mulheres, depois, por terem vivido sua infância e adolescência no contexto de ruralidade do sertão e, por último, por possuírem diagnósticos de transtornos mentais comuns.

Mulheres que vivem em contexto rural estão mais sujeitas a desenvolverem transtornos mentais comuns (TCM), como: insônia, irritabilidade e queixas somáticas, com possibilidade de intensos sofrimentos psíquicos chegarem a situações crônicas ou serem maiores do que quadros de cronicidade já estabelecidos, em relação à população geral de trabalhadores rurais (Araújo et al., 2005). As mulheres estão em um lugar desfavorável, socioeconomicamente, constituindo 70% dos pobres do mundo e respaldando as iniquidades de gênero, do acesso à educação e à sobrecarga do trabalho doméstico. O trabalho feminino na agricultura familiar é rígido e invisibilizado (Costa & Ludermir, 2005).

Os dados epidemiológicos mostram as mulheres como as maiores consumidoras de ansiolíticos e antidepressivos na população brasileira, por estarem mais propensas a experiências de ansiedade/depressão, sendo os perfis prevalentes constituídos por mulheres negras, casadas, pobres e usuárias de drogas ilícitas (Amarante & Freitas, 2015). Esses fatores são importantes para compreendermos o sofrimento psíquico de mulheres nos espaços rurais, levando-nos a questionar as facetas da medicalização não apenas de mulheres, mas também de questões sociais. As condições de vida no campo são demarcadas pela pobreza e por outros indicadores socioeconômicos, tais como: considerável índice de não alfabetizados, precariedade das condições de trabalho, maior dependência dos programas de transferência de renda etc. (Macedo et al., 2016).

Pereira (2019) discute o aumento assombroso do consumo de psicotrópicos e ansiolíticos no Brasil por mulheres, sendo suas maiores consumidoras as pretas, pardas, pobres, as quais as políticas públicas de saúde, assistência e cultura não conseguem alcançar ou alcançam de modo precário. Essas mulheres, geralmente, vivem em bairros periféricos, nos quais a violência estatal e o tráfico de drogas são presentes e muitas acabam em sofrimento psíquico por perderem seus filhos para a morte ou para a prisão ou para o tráfico de drogas. Além de viverem duplas jornadas de trabalho, são as principais chefes de família, cuidadoras de crianças, idosos e doentes. A manicomialização de mulheres e a recomendação do uso de drogas psiquiátricas acabam sendo as respostas mais rápidas dos serviços públicos de saúde, que estão cada vez mais sucateados e precarizados, para mulheres em sofrimento mental e que vivem condições graves de vulnerabilidade social (Pereira, 2019).

Durante a pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19), o Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2020) alegou que o número de venda de medicamentos psiquiátricos cresce disparadamente. Em um levantamento feito pelo CFF, de janeiro a julho de 2020, houve um crescimento de quase 14% nas vendas de medicamentos psiquiátricos antidepressivos e estabilizadores de humor, usados para transtornos afetivos, como depressão e transtorno afetivo bipolar, em relação ao mesmo período do ano anterior. O número de unidades vendidas em 2019 passou de 53,6 milhões para 64,1 milhões, em 2020.

A pandemia é vivenciada diferentemente por homens e mulheres (Passos, 2020). Os excessos de trabalho doméstico e materno, que são invisíveis por serem considerados trabalhos não remunerados, redobram. Além disso, a perda de conexão

entre as mulheres, em decorrência do distanciamento social para evitar o contágio do vírus, causa repercussões drásticas em suas vidas, especialmente para as mulheres que vivem múltiplas jornadas de trabalho, dentro e fora de casa. Sobretudo trabalhadoras precarizadas, que precisam de outras mulheres para ajudar no cuidado com as crianças (Passos, 2020).

Outros elementos relacionados à medicalização de mulheres surgiram nos encontros, relacionados ao casamento heteronormativo, ao período pós-parto, à maternidade, ao trabalho doméstico e após dietas de emagrecimento. Ainda sinalizaram alterações de peso atribuídas ao uso dos psicotrópicos, apontando-o como causa de opressão e preconceito gordofóbico em lojas de roupas na cidade interiorana. Além disso, relatam sofrerem estigmatização por seus maridos por fazerem uso desses medicamentos.

A primeira vez que tive depressão foi pós-parto, depois do nascimento da minha segunda filha. (...) depois, fiz tratamento para emagrecer e veio a depressão. (...) eu aumentei de peso porque tem alguns que prejudicaram demais o meu metabolismo. (Cassinha, 42 anos – registro de diário cartográfico)

Aquilo ali que eu vi no filme, eu passei por aquilo tudo. Medicação e tal. Chamar a pessoa daquilo e daquilo outro. Eu escutei cada uma. Tinha pessoas que diziam que eu tinha tuberculose porque eu tava dessa grossura. Vocês acham que eu sou gorda assim porque eu quero? Foi remédio demais. (Damiana, 52 anos – registro de áudio)

Outro debate foi sobre os efeitos colaterais que provocaram alterações de peso, interferindo na autoestima. Quando vão a lojas para comprar roupas, chegam a sofrer preconceito, porque as numerações das vestimentas não “se adequam”. Algumas relataram sofrer *bullying* dos vendedores. Ainda afirmaram que, quando começaram a usar psicotrópicos, houve desaprovação por seus maridos, que as chamavam de “doidas”, “preguiçosas” e reclamavam do preço dos medicamentos.

Foi quando eu tive uma depressão e comecei a tomar esses medicamentos. Foi uma depressão muito grande, porque foi quando o meu marido me deixou e me trocou por outra mulher. E, assim, eu amava muito ele e, assim, eu me perdi no tempo. Só era eu e ela dentro de casa (aponta para a filha) aí, assim, muito difícil. Eu tinha 37 anos. Aí o doutor diagnosticou que era problema no coração. Aí eu fui para o cardiologista e ele diagnosticou hipertensão e arritmia. Aí peguei remédio para isso. Ai eu não dormia. Danou Lexotan de 6 miligramas e eu não dormia de noite com esse remédio. (Damiana, 52 anos – Registro de áudio)

Eu tenho vontade de ter um quarto casamento. Mas não tenho coragem. Eu não me caso de novo por causa da minha filha. Sinto que vivo só para ela. (...) A gente faz muito pelos outros e esquece da pessoa, né? Eu estou com dores no corpo todo, mas tenho que fazer o trabalho de casa, porque se eu não fizer, quem vai fazer? (...) Não sei ficar em casa deitada, senão eu adoço! Se eu ficar um dia dentro de casa, eu tenho certeza que a doença chega! (...) Não esqueço de quando eu tive depressão.... Meu corpo só pedia cama, eu saía me pegando nas paredes.... Mas eu ia para a lavanderia, lavava umas calcinhas.... Nunca deixei me abater não... se eu não tivesse disposição... (Damiana – 52 anos, registro de áudio)

Segundo relatos acima, observamos como as mulheres relatam os efeitos no corpo de seus sofrimentos psíquicos, provocados pelas relações conjugais ou percebidos em relação a eles, o que motivou o uso de medicamentos psicotrópicos entre outros medicamentos, a semelhança dos achados de Costa e Ludemir (2005) e da discussão empreendida por Falci (2018). Percebemos assim como o processo de medicalização tem uma relação direta com o sofrimento psíquico apresentado pelas mulheres nesse contexto.

Tema 2 – Amor e cuidado: a dupla dimensão do cuidado materno e doméstico como função feminina no sertão

Nos fragmentos narrativos expostos acima, percebemos o processo de medicalização ligado a uma condição social e aos corpos das mulheres. As experiências com o sofrimento psíquico se iniciaram por estarem em condições sociais que são restritas a prescrições socialmente atribuídas ao “ser mulher”, como as funções maternas, o trabalho doméstico, a submissão e a dependência financeira de figuras masculinas, a dietas de risco com o intuito de possuir um corpo dentro dos padrões de beleza, mostrando que as configurações do normal e patológico não se restringem apenas ao corpo fisiológico e orgânico feminino, como também a funções sociais que esse corpo deve responder em uma sociedade que produz subjetividades hegemônicas e serializadas (Guattari, 2000).

Federici (2019b), ao pensar sobre o que ela intitula como “patriarcado do salário”, discute que a institucionalização do trabalho doméstico e reprodutivo não é pago com um salário, mas com aquilo que chamam de “amor”. Assim, a autora demonstra, através da história e de movimentos sociais de algumas mulheres no ocidente, que aquilo que o capitalismo fez questão de naturalizar como amor e cuidado são efeitos da condição de quase escravidão na vida das mulheres, invisibilizando o seu trabalho.

Nesta perspectiva, Hooks (2021) afirma que cuidado é, apenas, uma dimensão do amor e que quando estamos cuidando não significa que estamos amando. A autora cita as mulheres negras que são socializadas para cuidar dos outros e para esquecer do próprio autocuidado. As mulheres no contexto sertanejo não se distanciam dessa lógica, uma vez que, quanto mais elas são associadas ao cuidado, maior é o seu lugar de subordinação.

Além disso, o patriarcado do salário seria este trabalho oculto, como demonstra Federici (2019b), que sustenta ao mesmo tempo toda uma nação e o capital. A partir dele, essa força de trabalho não estaria implicada, apenas, em condicionar as mulheres ao trabalho material de limpar a casa e manter a sua organização, por exemplo. Esse trabalho implica, para mais, as mulheres estarem restringidas de maneira absurda a criar crianças, - sejam seus filhos biológicos ou não, quando pensamos na condição de trabalhadoras domésticas -, como também a cuidar dos seus maridos, como é desejado pelos governos patriarcais e coloniais.

A dependência econômica das mulheres por seus maridos ainda é uma forma de controle do capital sobre a sexualidade das mulheres, sendo a repressão sexual da família uma função desse domínio. Há também a subordinação pelo pai e pelos irmãos. Esses “corpos masculinizados”, para Federici (2019b), atuariam como agentes do Estado, para controlar o trabalho sexual. Além disso, porque a heterossexualidade é a única relação sexual aceitável, o contrário do que não cabe nos seus ideais, é percebido como impuro ou pervertido.

Essa política afetiva da vida estaria preocupada em governar os afetos em seus corpos diante, não só do trabalho doméstico, mas de certos arranjos familiares e políticos que estão interligados socialmente, em diferentes tempos históricos, a exemplo do casamento heterossexual e da maternidade, que podem estar relacionados à produção do seu sofrimento psíquico (Zanello, 2018).

Não consigo dormir, a gente fica meio cansada, no outro dia, mas eu não me entrego não, faço tudo dentro de casa! Deu meio-dia e eu lavando roupa! E minha lavanderia não tem área coberta não! Eu estava no meio do sol parecia uma barata... Mas assim, eu faço minhas obrigações de casa, sou eu que ajuda na casa da minha filha. Sou eu que lavo as roupas dela e passo e arrumo e faço tudo sozinha. Não quero ajuda de ninguém não! Ainda ajudo ela com as compras e entregas e os pagamentos... (...)

Gosto do meu dinheiro, de comprar as minhas coisas. Trabalho com encomenda de revistas. Se perguntarem para mim se a minha vida passada está melhor do que agora, eu diria que hoje está melhor. Peguei um marido ciumento, eu não podia conversar, ter uma amiga. Faz vinte e tantos anos que ele faleceu e agora eu vivo minha vida normal. (Regina, 54 anos - Registro de Áudio)

Aí nisso nem sei mais o que é. É porque sinto que não quero mais fazer sexo. Com um homem que a gente gosta e sente prazer é uma coisa, e a gente fazer sem vontade é outra coisa. Tem nem para que. Eu não me atrevo mais. Passa o dia me maltratando, brigando comigo. Ai do nada... (Maria, 45 - registro de áudio)

Amar acaba sendo um trabalho em tempo integral para as mulheres, sobretudo no contexto brasileiro, em que quem cuida geralmente são mulheres, principalmente as pobres e negras e que raramente são cuidadas. Importa destacar ainda que esse cuidado está destinado principalmente para homens brancos e ricos e também para mulheres brancas e ricas que podem pagar por esse cuidado (Zanello, 2018).

Essa ideia de amor é, muitas vezes, sustentada pela lógica colonial que ampara os signos e os ideais do amor romântico, que coloca as mulheres do sertão em um regime de servidão desde o período colonial (Priore, 2018). Essas questões demonstram que o casamento entre homens e mulheres compõe um projeto colonial que se inseriu no mundo moderno, através dos saberes religiosos e médicos que buscavam dentro dos ideais burgueses de relação, a partir de arranjos políticos ou familiares, instituir a monogamia e a heterossexualidade como relação legítima. As mulheres brancas seriam as mulheres casáveis a serviço da prole e da família, enquanto as mulheres negras e mestiças seriam consideradas como impuras, amantes dos homens brancos, europeus e burgueses e teriam a escravização de seus corpos justificada. Além disso, o casamento era percebido como uma forma de combater a miséria, pois casar-se na igreja impediria que o homem abandonasse a sua esposa, ficando obrigado a produzir o sustento da casa e a livrar-lhe da pobreza (Priore, 2018).

Falci (2018) aponta que em meados do século XIX as mulheres do sertão nordestino seriam dignas de reconhecimento social apenas quando herdeiras de riquezas dos senhores de engenhos, de políticos locais ou de vaqueiros. Ou quando donas de escravos e escravas e filhas de fazendeiros e quando as suas avós, preocupadas com o branqueamento das famílias, tinham o homem branco como o ideal para firmar uma relação matrimonial com suas netas. Destaca-se ainda que as escravas do interior do Nordeste foram mulheres indígenas e negras capturadas em guerras sertanistas entre índios e homens europeus.

Tais discussões fazem-se importantes quando percebemos as especificidades das feminilidades da mulher nordestina e nos questionamos sobre seus diferentes lugares políticos e sociais, refletindo como as políticas feministas se inserem na vida das mulheres do sertão. Falci (2018) destaca que no século XIX as mulheres das elites do Nordeste eram destinadas a se especializar nos trabalhos domésticos e educadas para serem mães. Outras atividades se restringiam a ocupações consideradas meramente femininas, como cozinhar e costurar. Mulheres julgadas como “menos afortunadas” e viúvas costumavam vender doces e bordados para ajudar no sustento do lar. Todavia, essas atividades eram malvistas, pois além da mulher nordestina não ser considerada uma cidadã política nesse tempo histórico, por concepções morais e políticas da época, ela também não deveria ganhar dinheiro, ficando restrita a seu marido a função de arcar com o sustento financeiro do lar.

As mulheres pobres do Nordeste trabalhavam dentro e fora do lar desde a infância e tinham que lutar pelo seu próprio sustento financeiro, independentemente de serem solteiras ou não e dos trabalhos que haviam de realizar em casa e na

criação com os filhos. Laboravam como lavadeiras, cozinheiras, costureiras, agricultoras, entre outras profissões. Além de realizar essas mesmas funções, as escravas eram amas de leite e batalhavam no trabalho rural com o manuseio de enxadas, função que era considerada masculina (Falci, 2018).

Portanto, é importante destacar que no sertão do Nordeste havia uma supervalorização da relação matrimonial na vida das mulheres. Essa produção de subjetividade adestrava as mulheres para a função da maternidade e da vida doméstica, muitas não aprendiam a ler e a escrever. Quando as mulheres das elites conseguiam exercer algum investimento intelectual, essa educação se realizava em casa, enquanto para seus irmãos era permitido frequentar instituições de ensino para aprender filosofia e outras línguas (Falci, 2018).

A construção histórica dos processos de subjetivação de mulheres nordestinas sertanejas atualiza-se no sofrimento psíquico que as participantes vivenciam e na realidade de sua relação com a rede de saúde pública que, não raro, restringe-se à prescrição de medicamentos como solução para esses sofrimentos, sem considerar a complexidade que os envolve. Assim, chama atenção como cada mulher sertaneja fala do desencadeamento do seu sofrimento psíquico, afirmando que quando começaram a se “sentir mal” o primeiro contato que tiveram na rede pública de saúde foi com a psiquiatria ou com um clínico geral e o tratamento direcionado a elas se restringiu ao uso de psicotrópicos.

Luce e Valdeci, por exemplo, ao falarem sobre suas histórias em períodos de crises, afirmam que chegaram a passar mal com uma ansiedade intensa, quase sempre iam parar no hospital, onde chegavam a tomar fortes injeções de diazepam (medicamento). Luce relata que passou cerca de um ano nesse processo. Ela usa psicotrópicos há cerca de 3 anos, receitados por um clínico geral, chegando a ter um acompanhamento psiquiátrico apenas esse ano. Judith conta que passou 20 anos sem ir a uma consulta psiquiátrica, sendo acompanhada por clínicos gerais que sempre receitavam clonazepam.

Um dos fatores do uso indiscriminado de psicotrópicos no Brasil está associado ao fato de que qualquer médico os pode receitar, não sendo atributo da psiquiatria. Tal fato se coaduna com achados de estudos nacionais e internacionais que apontam os médicos da Atenção Primária em Saúde (APS) como os que prescrevem antidepressivos com mais frequência (Amarante & Freitas, 2015). A ordem médica e psiquiátrica, como detentora de poder/saber de práticas sociais em uma sociedade governada pelo imperialismo da masculinidade, além de não ofertar formas de cuidado em saúde mental que não se restrinjam ao uso de psicotrópicos, também não tem oferecido estratégias que acolham, especificamente, o sofrimento de mulheres e que percebam as relações de gênero como determinantes desse processo (Zanello, 2018).

Tema 3 – Práticas cogestivas: “GAM-Mulheres” e a grupalidade como resistência

A passagem temporária, porém marcante, de uma “mulher louca” em denúncia das práticas manicomiais pelo “GAM–Mulheres”, produziu outros pensamentos e sensibilidades em nós e em outras usuárias mulheres que não tivessem vivenciado esse lugar. Fez-nos pensar de que lado se está na rede pública de saúde e a importância de entender como esse lugar se compõe. Em um dos momentos em que falávamos sobre a Reforma Psiquiátrica e os direitos dos usuários da saúde mental, Stela faz uma intervenção-denúncia, ao gritar: “*Manicômios nunca mais!*” Logo começa a falar sobre a sua história em períodos de internações em hospitais psiquiátricos públicos e privados, alegando que os dias que permanecera nesses espaços, acordou suja, sem cuidados higiênicos, mal tomava banho e lhe faziam ingerir muitos medicamentos. Logo após a sua fala, lhe perguntamos: “— *e acontece assim também no CAPS ou aqui no postinho?*” Ela afirma que não, que é muito diferente (Stela, 37 anos, Registro de diário cartográfico).

Entre os relatos de Stela sobre as violências manicomiais, Virginia sugere vermos o filme “Nise, o coração da loucura” (Berliner, 2015), para debatermos também de forma estética sobre o tratamento asilar e suas interfaces com a saúde mental e foi assim que nasceu o “Cine GAM”. Após a sua primeira sessão-encontro, ao conversarmos sobre nossas afetações, lembramos das memórias de Stela, fazendo com que refletíssemos sobre a relevância do cuidado em liberdade:

(...) ao lembrarmos de suas histórias, além de refletirmos sobre todas as violências que ela contava no grupo dentro de instituições de caráter manicomial, também acabamos refletindo sobre o conceito de “paciente”, desencadeando uma discussão acerca dos nossos direitos enquanto usuárias do SUS, fazendo aparecer o quanto é importante o modelo de cuidado em liberdade nos dias atuais. (Registro de diário cartográfico)

As intervenções de Stela e do primeiro “Cine GAM”, entre outras discussões, ressoaram fortemente sobre a vida das participantes. Podemos observar isso em 2019, ao recebermos a notícia que o Ministério da Saúde fez alterações na RAPS, defendendo a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas e passando a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Assim, em um certo dia, observamos um movimento político das mulheres que nos surpreendeu.

Recebemos uma mensagem de Virginia em nosso grupo de WhatsApp, dizendo: “— pessoal, vocês viram que desejam a volta dos manicômios?”. Quando vimos essa mensagem, nos pareceu como um movimento de atenção sobre tudo o que havíamos discutido nos encontros, ao que se refere à Reforma Psiquiátrica e um certo desejo em saber de que lado se está.

Logo respondemos que, infelizmente, o Ministério Público se posicionou dessa forma. Então Virginia pergunta se no próximo

encontro GAM poderíamos discutir sobre isso, porque havia ficado confusa, em virtude de uma psiquiatra, que é médica de referência de muitas delas, ter publicado no Facebook uma mensagem defendendo essa reformulação na RAPS. Outras usuárias como Hilda afirmam que seria bom discutirmos mesmo, pois, “como assim, ela se posiciona a favor das terapias de choque? Quando aprendemos, principalmente com Stela, que isso não era terapêutico, mas desumano”. (Registro de diário cartográfico)

Ao acolhermos os desejos das mulheres de compreender esse retrocesso na política de saúde mental, o recurso do audiovisual foi, mais uma vez, usado como estratégia de mediação e incentivo à participação política. Em um segundo “Cine GAM”, assistimos o documentário sobre o hospício de Barbacena, o “Holocausto Brasileiro” (Arbex & Mendz, 2013). Após sua exibição, na roda de conversa, as discussões giraram em torno do poder psiquiátrico e as mudanças sociais que sua ascensão produziu ao longo da história. Também conversamos acerca dos direitos conquistados na saúde pública com os movimentos sociais.

(...) nesse debate, a farmacêutica sinalizou que no documentário relatava como antes a terapia de eletrochoque era para pessoas de classe média alta, e, depois, passou a ser inserido para pessoas de menos privilégios sociais. Ela fez a comparação: “é muito parecido com essas transformações de agora, não é?”. Logo, trazendo à tona, sob a observação de Cecília o fato de as mulheres serem manicomializadas nesse passado, quando tidas como loucas por questões morais, sinalizando que isso também era algo ainda muito recorrente. Isso gerou uma discussão sobre as conquistas de nossas políticas públicas de saúde e o porquê o SUS é um direito que havíamos conseguido com muitas lutas sociais. (Registro de diário cartográfico)

Observamos as ressonâncias dos efeitos macropolíticos sobre os micropolíticos no grupo e percebemos a importância política do cinema como um dispositivo (Deleuze, 1999), ou seja, como “máquina de fazer ver e dizer”, criando novas formas de percepção e enunciação na vida social. Dispositivo que produziu criticidade e afetações nas participantes, interligando as realidades dos filmes às suas existências sociais e subjetivas.

Afirmamos essas práticas de autonomia e participação das mulheres, uma vez que as participantes seguiram buscando construir o pensamento sobre qual cuidado em saúde mental fazia sentido para elas:

(...) quando retomamos a pauta sobre a nova nota técnica de saúde mental, indagamos: — vocês são a favor ou não da volta dos hospitais psiquiátricos? Vocês acham que eles deveriam fazer parte do SUS que conquistamos? Damiana sugeriu: “— vamos estudar mais sobre!”. Sugerimos fazer uma oficina no próximo encontro para pensarmos mais acerca do assunto, nos comprometemos em levar a nova nota técnica impressa, os direitos dos usuários, um pouco da história da reforma psiquiátrica e alguns cartazes para colocarmos nossas afetações... todas toparam! (Registro de diário cartográfico)

Ao relatarmos dificuldades com a rede de saúde para com o atendimento psiquiátrico e denunciarem negligências referentes à invisibilidade do direito a esse acesso, as participantes demonstraram o quanto o grupo havia, cada vez mais, promovido práticas de autonomia e a cogestão do cuidado. Vale ressaltar que autonomia e cogestão pressupõem, respectivamente, a construção de agires vinculados a uma coletividade e a descentralização da função de mediador em uma grupalidade com gestão compartilhada da experiência (Rosa et al., 2020).

Valdeci e Damiana afirmaram que há mais de um ano não têm uma consulta com a psiquiatria, e que, por ausência desse profissional no município, é difícil conseguir o atendimento. Tilda traz como indagação e denuncia: — como conversar com o profissional sobre os seus medicamentos, pagando uma consulta? Numa consulta particular? Em resposta, Judith diz que percebe que atualmente pode contar não só com a psiquiatria em um momento de agravamento de sua crise, dado que hoje em dia conversa com a enfermeira do seu posto e vai em busca do seu encaminhamento para a consulta com um clínico geral, por mais que seja difícil, sabe que é um direito seu. Frida disse que está com os medicamentos para acabar e ainda não conseguiu uma consulta com o clínico. Virginia e Judith se direcionaram a Frida e disseram: — pois você vai conseguir! E sugeriram que ela conversasse com a enfermeira do posto de saúde, tentasse explicar a situação para algum profissional, porque como disse Judith para ela “é direito seu fazer isso”. (Registro de diário cartográfico)

A cogestão no “GAM-Mulheres” esteve associada a um manejo do grupo que se criou a partir da experiência entre as usuárias no desdobramento de seu processo, junto da pesquisadora e dos outros profissionais envolvidos. Houve uma descentralização da figura de moderadora, as diferentes pessoas envolvidas assumiram a gestão compartilhada do processo grupal como uma estratégia para buscar alcançar os direitos referentes ao uso de psicofármacos no âmbito do SUS (Passos et al., 2013), o que se ampliou para o pensamento e ação em relação a outros direitos dessas mulheres como usuárias. Entre os processos cogestivos produtores de autonomia nos últimos encontros, o grupo havia gerado um movimento de participação política, expresso pelo desejo de reivindicar soluções para problemas recorrentes em saúde mental no município, tais como: a falta de médicos gerais e psiquiatras e a dificuldade de renovar suas receitas nas unidades de saúde. A razão de todo esse desejo de movimento político não é à toa, concluímos. Finalizamos o grupo com várias narrativas das usuárias, definindo a experiência como algo que produziu outras vozes, observando forças protagonistas brotarem:

O grupo GAM é conhecer os direitos que temos. É usufruir do SUS. (...) hoje a gente pode gritar, eu quero os meus direitos! (Judith, 45 anos – registro de áudio)

A experiência que a GAM passou para a gente foi muito importante. Me deixou empoderada! (Cecilia, 62, registro de áudio)

O grupo GAM proporcionou uma nova visão de coletividade (...) novos conhecimentos sobre direitos nossos como usuárias do SUS, sobre o uso de medicamentos, não só psicotrópicos como os demais. Hoje já sou mais curiosa na hora das consultas e diagnósticos. (Virginia, 26 anos, registro de áudio)

Ressaltamos que, mesmo ao terminarmos os encontros mediados pelo GGAM, a grupalidade não finalizou. Os encontros entre as mulheres na UBS continuaram mesmo após a saída da pesquisadora e temos notícias de que essa experiência está tendo desdobramentos na organização dessas mulheres, com apoio de outros residentes e trabalhadores.

Conclusão

A experiência do grupo “GAM-Mulheres” foi uma possibilidade de colocar em questão a medicalização das subjetividades e da vida de mulheres em sofrimento psíquico no contexto interiorano, sertanejo e nordestino e teve a potência de agir aumentada pelos fluxos coletivos da grupalidade, ao romper com as capturas biopolíticas, regidas por discursos normalizantes.

O estudo mostra que o cuidado em saúde mental está restrito e centralizado no uso de psicotrópicos na atenção básica, em virtude dos clínicos gerais e psiquiatras, muitas vezes, não considerarem histórica e contextualmente os processos de subjetividade presentes na produção do sofrimento psíquico. Isso se dá pela medicalização, tanto de problemas sociais, quanto do corpo de mulheres, em razão dos determinantes sociais da pobreza e das assimetrias de gênero não serem vistas como condicionantes do adoecimento. As mulheres têm seu sofrimento reduzido às suas funções biológicas, em detrimento das determinações sociais e históricas no processo saúde-doença e dos processos de subjetivação em jogo. A experiência do grupo permitiu o questionamento dessa redução, da centralidade dos medicamentos na vida das mulheres e dos efeitos que isso produz.

Outra circunstância diz respeito à gestão institucional (macropolítica) dos problemas referentes à saúde mental, visto que as participantes apontam ausência de clínicos gerais e de psiquiatras no município, para negociar o uso de psicofármacos. Há apenas repasses de receitas e não um acompanhamento clínico e psicossocial efetivo, certamente pela ausência de projetos terapêuticos singulares e por problemas organizativos da rede, relativos à desarticulação entre a atenção básica e a RAPS na produção de saúde mental, a despeito das ações do NASF. As usuárias aparecem como pessoas assistidas apenas por via de medicalização, mostrando que existe muito mais um controle desses corpos, do que um cuidado integral e articulado às redes de saúde.

Finalizamos trazendo para o debate outras questões que a experiência suscitou: Como a loucura tem sido pensada através das relações de gênero, em específico, na condição das mulheres sertanejas? Como os estudos feministas inspirados nas discussões decoloniais se aproximam da condição de subalternidade dessas mulheres do sertão? Qual o lugar que os saberes psiquiátricos têm proporcionado a essas mulheres em sofrimento psíquico? Diante da escassez de pesquisas para responder tais indagações, essas perguntas têm nos acompanhado, inspirando nossas análises e direcionamentos para estudos posteriores, pois não encontramos pesquisas e experiências em grupos GAM com mulheres em contexto sertanejo que as abordem, o que provocou limitações em nossos estudos.

Tais problemáticas apontam que o campo da saúde mental e das práticas em gestão autônoma da medicação aparentam, ainda, não ter realizado os necessários debates interseccionais de raça, gênero, classe e território. Por isso, acabam não acolhendo as subjetividades de diversas mulheres que estão em sofrimento psíquico. Muitas vezes, no próprio campo da atenção psicossocial, as mulheres são reduzidas aos seus sintomas e classificações diagnósticas, sem que sejam consideradas as suas singularidades de vida, os seus modos de viver e, além disso, de adoecer e de se curar. É preciso considerar que suas formas de adoecimento são atravessadas por um jogo de complexidades sociais diversas. Além disso, são constituídas por questões coletivas e políticas estruturadas no sistema capitalista, colonial, racial, patriarcal e classista em que vivemos, não se restringindo a algo meramente individual e intrapsíquico.

Assim, entendemos que novos estudos e práticas devem ser desenvolvidos no sentido de promover o cuidado em saúde mental que sejam sensíveis às questões específicas das mulheres e seus contextos de vida, notadamente no contexto do sertão nordestino. Cabem ainda análises mais aprofundadas das experiências dessas mulheres sob a perspectiva dos feminismos decoloniais que têm avançado na discussão dessas singularidades no contexto latino-americano em sua diversidade, inspirando a produção de formas de cuidado “mulheres sertanejas-sensíveis”.

Desse modo, concluímos que, em razão das mulheres se reconhecerem como sujeitos em relações institucionais de poder e com capacidade de produzir movimentos autônomos, questionaram certos poderes instituídos das normalidades capturadoras de seus modos de existir singulares. De tal modo a nos mostrar que “onde há poder também há resistência” (Foucault, 2017), aqui entendida também no sentido espinosano, como esforço presente na experiência de tudo que existe, como força ativa não só de perseverança no existir, mas de ampliação das possibilidades de existir. Percebemos, no encontro com essas mulheres, a resistência às forças institucionais de decomposição de suas vidas (machismos, medicalização etc.), agenciando novas

composições, novos modos de estar juntas e de viverem, o que nos faz afirmar a importância de outras experiências sustentadas nessa premissa e voltadas para mulheres em contextos em que a vida convoca a sua afirmação e ampliação.

Referências

- Amarante, P., & Freitas, F. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (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*, 5(3), 337–348. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>
- Arbex, D. (escritor, diretor), & Mendz, A. (diretor) (2013). *Holocausto brasileiro*. Vagalume filmes.
- Ballestrin, L. (2020). Feminismo de(s)colonial como feminismo subalterno latino-americano. *Revista Estudos Feministas*, 28(3), 1–14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n375304>
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In: E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 7–207). Editora Sulina.
- Berliner, R. (diretor) (2015). *Nise: O coração da loucura*. Imagem Filmes.
- Butler, J. (2015). *Relatar a si mesmo: Crítica da violência ética*. Autêntica.
- Butler, J. (2018). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- Conselho Federal de Farmácia [CFF] (2020, 17 de março). *Coronavírus: Atuação do farmacêutico frente à pandemia da doença causada pelo Coronavírus* (Versão 1). [https://www.cff.org.br/userfiles/Coronav%C3%ADrus%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20a%20Farm%C3%A1cias%20da%20APS%20no%20SUS%20\(1\).pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/Coronav%C3%ADrus%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20a%20Farm%C3%A1cias%20da%20APS%20no%20SUS%20(1).pdf)
- Caponi, S. (2014). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Editora Fiocruz.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(1), 73–79. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>
- Deleuze, G. (1999). O que é um dispositivo? In: G. Deleuze, *O mistério de Ariana*. Ed. Vega – Passagens.
- Falci, M. K. (2018). Mulheres do sertão nordestino. In: M. Del Priore (Ed.), *História das mulheres no Brasil* (10 Ed., pp. 241–277). Editora Contexto.
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. Ubu Editora. Originalmente publicado em 1952
- Federici, S. (2019a). *Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Editora Elefante.
- Federici, S. (2019b). *O ponto zero da revolução: Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Editora Elefante.
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade* (2 Ed.). WMF Martins Fontes. Originalmente publicado em 1975
- Foucault, M. (2017). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (4 Ed.). Paz e Terra. Originalmente publicado em 1976
- Guattari, F. (2000). *Caosmose: Um novo paradigma estético*. Editora 34.
- Hooks, B. (2021). *Tudo sobre o amor: Novas perspectivas*. Editora Elefante.
- Lourau, R. (2004). O objeto e método da análise institucional. In: S. Altoé (Org.), *Analista institucional em tempo integral*. Hucitec.

- Onocko-Campos, R. O., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: Estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643 – 4652. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n12/4643-4652/pt>
- Onocko-Campos, R. O., Palombini, A. L., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Emerich, B. F., & Marques, C. C. (2012). *Guia da gestão autônoma da medicação (GAM)*. UNICAMP.
- Onocko-Campos, R. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C., Stefanello, S. (2013). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 16(43). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Leite, J., & Dantas, C. (2016). Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: Desafios para atuação e formação profissional. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 552-569. http://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/1948
- Passos, E., Palombini, A. L., & Onocko-Campos, R. O. (2013). Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 4–17. <http://periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110/815>
- Passos, U. (2020, 6 de abril). Mundo pós-pandemia terá valores feministas no vocabulário comum, diz antropóloga Debora Diniz. *Portal Folha de São Paulo*. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/mundo-pos-pandemia-teravalores-feministas-no-vocabulario-comum-diz-antropologa-debora-diniz.shtml>
- Pereira, M. de O., & Passos, R. G. (2017). *Luta antimanicomial e feminismo: Discussões de gênero, raça e classe*. Autobiografia.
- Pereira, M. O. (2019, 6 de novembro). Psicofármacos e mulheres brasileiras: Sobre o que nos fala essa relação? *Portal Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e justiça social*. <https://madinbrasil.org/2019/11/psicofarmacos-e-mulheres-brasileiras-sobre-o-que-nos-fala-essa-relacao/>
- Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde do Brasil (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Priore, M. Del. (2018). Magia e medicina na Colônia: O corpo feminino. In: M. Del Priore (Ed.), *História das mulheres no Brasil* (10 Ed., pp. 78–114). Editora Contexto.
- Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*, 26(1), 44–52. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>
- Rosa, E. Z., Vicentin, M. C. G., Avarca, C. A. C., & Sereno, D. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: Estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 76 – 98. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103447>
- Silveira, M., & Moraes, M. (2017). Gestão Autônoma da Medicação (GAM): Uma experiência em Saúde Mental. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(1), 138–152. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078>
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Appris.
- Zanello, V., & Costa e Silva, R. M. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267–279. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745
- Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859–1868. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

Como Citar:

Bezerra, I. S. G., Nobre, M. T., & Amorim, A. K. M. A. (2024). Mulheres, medicalização e grupalidade: Experiência com gestão autônoma da medicação no Nordeste. *Revista Subjetividades*, 24(1), e13920. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i1.e13920>

Endereço para correspondência

Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra
E-mail: iasminsharmayne@hotmail.com

Maria Teresa Nobre
E-mail: tlnobre@hotmail.com

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim
E-mail: akarraes@gmail.com

 15/07/2022
Revisado: 20/03/2023
Aceito: 07/04/2023
Publicado: 15/01/2024