



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

MARIANA PAIXÃO DA SILVEIRA

“PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES”:
UM ESTUDO SOBRE MULHERES RURAIS E MEDICALIZAÇÕES

SÃO PAULO
2020

MARIANA PAIXÃO DA SILVEIRA

“PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES”:
UM ESTUDO SOBRE MULHERES RURAIS E MEDICALIZAÇÕES

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Carla Cristina Garcia.

SÃO PAULO

2020

“PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES”:
UM ESTUDO SOBRE MULHERES RURAIS E MEDICALIZAÇÕES

MARIANA PAIXÃO DA SILVEIRA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Carla Cristina Garcia.

Banca avaliadora:

SÃO PAULO

2020

*Pela oportunidade de escutar, aprender,
recordar e transmitir.*

*À Margarida (s), Rosa, Violeta, Lírio,
Girassol, Jasmim, Hortênsia e Acácia, pela
confiança.*

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pela bolsa concedida nos 24 meses do curso do Mestrado. Sem ela esta pesquisa não poderia ter sido desenvolvida.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos que trilhei ao longo dos últimos dois anos realizando esta dissertação foram marcados por sentimentos profundos de amadurecimento, bons encontros, aprendizados, perdas e saudades. Estar longe do meu território falando sobre ele possibilitou não só transformações acadêmicas e profissionais, mas me permitiu novos modos de olhar para o mundo, para as pessoas e para as relações. Por isso eu agradeço muitíssimo, a quem foi e a quem ficou, “pela lei natural dos encontros” nos trajetos São Paulo – Bahia e por essa vida afora.

O meu agradecimento vai sem dúvida para as minhas terras, ao meu lugar no mundo, que só pude perceber o quanto é valioso e estruturante à minha existência estando fora. Ao mar de Ilhéus, ao cheiro de Salvador, a força da minha Bahia. Ao axé, à mesa de bar, ao ritmo do pagode que nos embala, a nossa comida, ao sagrado e ao profano. A todas as mulheres que na Bahia são casa. Às minhas guardiãs, às que vieram antes, eu também agradeço. A minha referência, “meu mar e minha mãe, meu medo e meu champagne, visão espaço sideral, onde o que eu sou se afoga, meu fumo e minha ioga, você é minha droga, paixão e carnaval, meu zen, meu bem, mal”. A você, Dona Marlúcia, eternamente eu agradeço.

A painho, pelo legado de força e autenticidade, por ter ido e deixado comigo a crença de que a vida só tem sentido se a gente se inconformar, se a gente brigar e se a gente curtir sempre que puder com samba, suor e cerveja. Eu te amo por essas e outras, Gustavão. Pela militância e pelo senso de justiça e solidariedade que cruzaram os caminhos dos meus pais e me deram vida.

Aos meus irmãos, que seguem nessa linha de amor junto comigo, por me fazerem sorrir e por me darem a certeza de que para sempre estaremos juntos. Agradeço por Júlia e por Samir e através deles estendo os meus agradecimentos a toda minha família. É claro que eu só estou aqui porque carrego vocês comigo. Às minhas avós, minhas Marias, as minhas tias e as minhas primas, aprendo muito, todos os dias.

As minhas amigas, troncos fortes, flores bonitas, rainhas da minha existência, eu passaria horas escrevendo sobre cada uma de vocês, a quem devo também as palavras escritas nessa pesquisa. Como as amo em particularidade e pretendo ser breve, importa dizer o nome de cada uma e afirmar que sem vocês não daria, porque vocês me inspiram e me ensinam sobre ser mulher, sobre feminismo e sobre ser humana. A Jaiana, por estar comigo por mais de 20 anos sendo amor, confiança e inspiração de amizade. A Rosie, por me ensinar os contratos entre doçuras e amarguras e que só pisa no nosso chão quem pode e merece. Ainda

bem que a gente criou uma terra firme e tão nossa. A Thaís por ser sempre abraço forte. A Camila, Sara, Vanessa, Silvinha, Kalila, Mariama, Ana Luiza. Neto, meu irmão, a você também agradeço por um vínculo tão forte e por despertar risos tão fáceis.

Às amigas que em São Paulo se fizeram casa e não soltaram a minha mão nem por um instante, meu muito obrigada, em especial a Luli, por aquele convite no mar do porto da barra e pela acolhida no seu/nosso lar, Rafa, companheira fiel e a Priscila, minha parceira, com certeza nosso encontro já estava marcado, às 23h de um sábado de balada ou para as 10h de uma terça para correr com o que preciso for. Que assim permaneça.

Às companheiras e companheiros do NIP e do Programa de Psicologia Social da PUC-SP, pelos perrengues, pelas trocas de conhecimento e pelo afeto. Pelas colegas que se transformaram em amigas.

A minha orientadora Carla Cristina Garcia, por abrir um portal de conhecimentos que carregarei para sempre, por entender quais eram as questões e ter embarcado nessa comigo, mesmo quando as suas possibilidades e as minhas estiveram em desalinho. Obrigada por partilhar conosco os seus saberes.

Às professoras do Programa de Psicologia Social, em especial à Prof.^a Cecília Pescatore, pela generosidade. Ao Fábio e a Graça pela disponibilidade e contribuições na realização dessa pesquisa.

Ao Governo do Estado da Bahia, em nome da Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM e das Unidades Móveis de Atendimento. A todas as gestoras e funcionárias que fazem as ações voltadas para as mulheres baianas andarem para frente e que acreditam nessa Política como modelo de emancipação e cuidado. A todas as profissionais comprometidas e afetadas que tive o prazer de trabalhar e conhecer.

Agradeço as minhas colegas de equipe pelas inquietações e pelo prazer de partilhar quartos, salas de atendimento, estradas e ensinamentos. “E viva o IADES”. Às mulheres que confiaram as suas histórias aos nossos olhos e ouvidos, o máximo de respeito e carinho para sempre. Que sirva de inspiração e provocação.

“Para que jamais se esqueça, para que nunca mais aconteça”.

RESUMO

A presente pesquisa pretende investigar os processos de medicalização e as implicações destes nas vidas das mulheres rurais do estado da Bahia. Para analisar as relações entre mulheres, territórios rurais e medicações, este estudo terá como fio condutor a experiência de atendimentos realizados com mulheres que vivem nas zonas rurais e a consequente observação dos usos indiscriminados de medicações benzodiazepínicas (popularmente conhecidas como calmantes e tranquilizantes) nesses espaços. A partir das narrativas das mulheres a respeito dos modos de vida e saúde em seus territórios, busca-se promover o exercício de reflexões críticas sobre os desdobramentos dos processos de medicalização nesses espaços. A metodologia utilizada é de cunho qualitativo, inspira-se na pesquisa-ação participante e terá como procedimento a análise dos registros de diários de campos produzidos no período de inserção nos territórios rurais, a partir da perspectiva da psicologia social crítica e da epistemologia feminista. Os processos de medicalização da vida das mulheres serão discutidos através das condições de saúde-doença e dos eixos: violências, serviços e profissionais de saúde e trabalho.

Palavras-chave: Mulheres. Mulheres Rurais. Saúde Mental. Medicações. Medicalização da Vida. Território.

ABSTRACT

This research investigates the processes of medicalization and how they are derived from the lives of rural women in the State of Bahia. In order to analyze the relationships between women, rural territories and medications, this study is going to be guided by the experience of care provided to women living in rural areas and a consequent observation of the indiscriminate uses of benzodiazepine medications (popularly known as tranquilizers) in spaces. Based on women's narratives about the ways of life and health in their territories, we seek to promote the exercise of critical reflections on the developments of the processes of medicalization in spaces. The methodology used is of a qualitative nature, inspired by participatory action research and it is going to be have as a procedure the analysis of field records generated during the insertion period in rural territories, from the perspective of critical social psychology and feminist epistemology. The processes of medicalization of women's lives is going to be discussed based on the health-disease conditions and the axes: violence, services and health and work professionals.

Keywords: Women. Rural Women. Mental health. Medications. Medicalization of Life. Territory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCV	Comissão Camponesa da Verdade
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CRAM	Centros de Referência de Atendimentos às Mulheres
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EUA	Estados Unidos da América
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ENEM	Exame Nacional de Ensino Médio
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SPM/BA	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção de Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 CORPO MULHER, CORPO POLÍTICO	20
3 A BULA DO PATRIARCADO	32
3.1 Medicalização: um paradigma médico-científico?	32
3.2 Medicalização e mulheres	37
3.2.1 Benzodiazepinas	39
3.3 Máquina de louco: você pra mim é lucro	44
3.4 Medicalização, territórios rurais e mulheres	47
4 MULHERES RURAIS: ENTRE A LUTA E O SONO.....	51
4.1 Percursos entre as flores	51
4.2 Percursos nos campos.....	54
4.2.1 Inserção nos campos.....	54
4.2.2 Os campos.....	60
4.3 Percursos metodológicos	60
4.3.1 Diários dos campos.....	60
4.3.2 Tipos da pesquisa.....	63
4.3.3 Memórias, experiências e narrativas.....	66
5 PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES.....	69
5.1 As flores	69
5.1.1 Rosa	69
5.1.2 Violeta.....	70
5.1.3 Lírio	71
5.1.4 Girassol.....	72
5.1.5 Jasmim	73
5.1.6 Hortênsia.....	74
5.1.7 Acácia	75

5.2 Condições de saúde-doença: violências, serviços e profissionais de saúde e trabalho	75
5.2.1 Violências	77
5.2.2 Serviços e profissionais de saúde	82
5.2.3 Trabalho	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	94

1 INTRODUÇÃO

Caminhando e cantando e seguindo a canção
 Somos todos iguais, braços dados ou não,
 Nas escolas, nas ruas, campos e construções
 Caminhando e cantando e seguindo a canção
 Vem, vamos embora, que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora não espera acontecer
 Pelos campos há fome em grandes plantações
 Pelas ruas marchando indecisos cordões
 Ainda fazem da flor, seu mais forte refrão
 E acreditam nas flores vencendo o canhão
 Vem, vamos embora, que esperar não é saber
 Quem sabe faz a hora não espera acontecer
 Os amores na mente as flores no chão
 A certeza na frente a história na mão
 Caminhando e cantando e seguindo a canção
 Aprendendo e ensinando uma nova lição
 (Geraldo Vandré - Pra não dizer que não falei das flores)¹

“Pra não dizer que não falei das flores” é o nome da canção que estampa essa dissertação e inspira as linhas dessa investigação, mesmo quando ainda era semente o desejo de escrevê-la. Essa música foi hino de resistência para as pessoas no ano de 1968 nos combates contra a ditadura instalada no Brasil e possui uma diversidade de símbolos que importam e dão sentidos às reflexões aqui apresentadas.

Os trechos da música apresentam o ritmo necessário à continuidade das caminhadas da vida, braços dados ou não. Ainda que as correntes ideológicas, as crenças e os modos de vida e trajetórias para cada caminho sejam distintos, ainda assim devemos seguir. Dependia da união dos ritmos dos mais diversos segmentos - escolas, ruas, campos e construções - o alcance da liberdade ao regime militar. É também colocado que além de ritmo, precisará de movimento a revolução e que esperar não é um caminho, é preciso se organizar e fazer.

A canção faz ainda referência específica às mazelas que particularmente experimentaram as populações camponesas no período da ditadura, apontando as fomes nas grandes plantações. O caminho para a revolução se daria através das flores e do amor. O amor por todas as vítimas da opressão militar enquanto guia e motor e com as flores deixadas no chão, simbolizando o abandono do pacifismo para alcançar uma nova ordem de vida e novas lições para viver.

¹ Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/geraldo-vandre/46168/> Acesso em: 15 mar. 2020.

O caminho de inserção no campo de pesquisa também foi um caminho de flores, em especial o caminho às Margaridas. Isto porque, essa dissertação é fruto das experiências acumuladas enquanto psicóloga na Unidade Móvel de Atendimento às Mulheres do Campo, das Florestas e das Águas no Estado da Bahia². Esse dispositivo de atendimentos e cuidados voltados para as situações de vulnerabilidades às mulheres nas zonas rurais, por sua vez, é resultado das reivindicações das Marchas das Margaridas, sobre a qual discorrei em breve.

Nesse sentido, a minha trajetória nesses campos e o fio condutor para esta pesquisa, em paralelo aos versos de Geraldo Vandré, não se faz pressupondo uma igualdade entre nós, sujeitos sociais, tampouco entre nós mulheres. Faço-me valer, em contrapartida, das diferenças como produtoras de sentidos nessa caminhada, e também me baseio na crença de que os conhecimentos e aprendizados vão se construindo na medida em que o fazemos. As diferenças e os tempos foram os disparadores de afeto para a execução desse estudo enquanto ainda trabalhava nas zonas rurais. Pra não dizer que não falei das flores é a maneira que achei para contar sobre as flores que encontrei nos caminhos e um modo de reivindicação e cuidado com essas experiências.

Essas flores - as mulheres camponesas, rurais, quilombolas, das águas e das florestas - seguiram a mentalidade que ouvimos nas linhas da música em questão e seguiram em marcha, em movimento, com ritmo, ação, coletividade e vivacidade na busca para alcançar a liberdade e os direitos sociais. O percurso inspirado nas Margaridas é representado por Margarida Alves³, nome de flor, foi líder sindical e a primeira mulher presidenta do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Alagoa Grande na Paraíba.

Margarida inspirou e originou a Marcha das Margaridas, movimento que acontece desde o ano 2000, no mês de agosto, em referência ao mês do seu nascimento e também do seu assassinato. A Marcha das Margaridas conta com mulheres camponesas, das florestas, quilombolas, indígenas, pescadoras, marisqueiras, extrativistas e agricultoras de todo o país, que seguem marchando em reivindicação pelos direitos dos seus povos até Brasília, propondo articulações com o Governo Federal, discutindo pautas internas do próprio movimento e também realizando oficinas e a Mostra das Margaridas, espaço destinado a exposição e vendas dos produtos originados das regiões do país que cada mulher faz parte.

² Explico detalhadamente sobre a atuação e o funcionamento desse trabalho na seção 4.2 Percurso nos Campos.

³ O capítulo “Corpo Mulher, Corpo Político” conta a história de Margarida Alves, seus legados e sementes e os modos como a sua militância segue inspirando as lutas e as construções de conhecimentos e políticas voltadas às mulheres.

Organizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), a Marcha teve edições em 2003, 2007, 2011, 2015 e a última realizada em 2019 reuniu mais de cem mil mulheres camponesas em Brasília. As marchas são marcadas pela luta por direitos, a defesa dos serviços de saúde e educação públicas, o combate à violência contra a mulher, a preservação da previdência social, entre outras reivindicações.

A marcha das Margaridas organizada pelas mulheres filiadas a CONTAG (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura) foi um marco no movimento das mulheres rurais, o que não significa que a aceitação da questão de gênero se dê naturalmente pelo movimento sindical e pelo MST (Movimento Sem Terra). (FERRANTE; DUVAL; BERGAMASCO; BOLFE, 2013, p. 202).

Apesar dos entraves e das resistências encontradas, anos após anos, as Margaridas convocam à urgência da incorporação de gênero, raça e diversidades dos territórios às demandas nos espaços rurais. Por conta dessa capacidade de mobilização e força, foram alcançados muitos avanços e conquistas para as populações camponesas. As mulheres rurais, assim como Margarida, são referências e protagonistas nas lutas e nas conquistas para as trabalhadoras e trabalhadores brasileiros.

Em decorrência das reivindicações realizadas na IV Marcha das Margaridas, em que se solicitava um serviço que chegasse às zonas de mais difíceis acessos e atendessem às demandas jurídicas e psicossociais ligadas aos casos de violências, foram originadas as Unidades Móveis de Atendimento às Mulheres dos Campos e das Florestas, em 2011, no governo da presidenta Dilma Rousseff, através da extinta Secretária de Políticas para as Mulheres.

Na época, foram distribuídos 54 Unidades por todos os Estados do País e esses dispositivos surgiram com a ideia da implementação de uma equipe multidisciplinar - psicóloga, advogada, assistente social, coordenadora e acolhedora - que viajasse até os territórios para atender as especificidades da zona rural, as violências sofridas pelas mulheres rurais e garantir o acesso destas as redes de enfrentamento às violências e aos serviços de saúde. Na Bahia, foram disponibilizados 2 desses serviços para atender as zonas rurais desse Estado.

Para tanto, as Unidades Móveis de Atendimento, se deslocam aos territórios com maiores demandas de mulheres em situações de violências, os ônibus são adaptados com uma cabine onde viajam as profissionais de atendimento e motorista, são compostos por duas salas de atendimento - jurídico e psicossocial -, uma cozinha e um banheiro. A proposta é que,

articulada com Estado, pela via da SPM - Secretária de Políticas para as Mulheres do Estado da Bahia, o município que pertence ou que seja mais próximo das zonas rurais, quilombos ou outras regiões, se integre as ações e as equipes para a realização das atividades. Os “ônibus lilás”, como são conhecidas as Unidades, fazem parte de um programa de corresponsabilização entre serviços de saúde, justiça, assistência social e segurança pública.

No período em que estive enquanto profissional de saúde nesse dispositivo esse era o modo geral de operacionalização. Funcionando na Bahia desde 2015, a minha inserção nos campos se deu em 2017, quando ainda era recém-formada e a questão que se apresentou como desafiadora e estimulante para a investigação foi a observação da utilização de medicações benzodiazepínicas⁴, popularmente conhecidas como calmantes e tranquilizantes de maneira indiscriminada.

Por usos indiscriminados, entendem-se aqui períodos de quinze a vinte anos de utilização de uma ou mais medicações sem acompanhamento contínuo ou a procura ansiosa por serviços que possam oferecer a substância e/ou receitas para compra dos remédios. Não raras foram as vezes em que, nos atendimentos, nas rodas de conversas ou em diálogos informais, escutei enunciações que tiveram como plano de fundo expressões como: “vivo a base de remédio” ou “tomo remédio para dormir há muitos anos” por parte de muitas mulheres.

Em certa medida, se compreendemos que os serviços de saúde são escassos nos ambientes rurais, podemos pensar que ainda mais limitados seriam os acessos a medicamentos mais complexos como os ansiolíticos/tranquilizantes que exigem prescrição e acompanhamento médico contínuo. Por outro lado, há uma visão estereotipada no imaginário social que concebe essas áreas como espaços tranquilos, cercados pela natureza, com pessoas mais calmas e que, portanto, resolvem seus problemas livre da dependência da tarja preta – medicação considerada típica da vida corrida dos grandes centros urbanos.

O uso irregular das medicações nas zonas rurais parece dizer respeito à inconstância da presença de profissionais de saúde para acompanhar as complexidades que envolvem os processos de saúde-doença e modos de vidas das mulheres nas localidades e envolvem também dificuldades encontradas pelas mulheres nos acessos aos serviços e na rede de atendimento à saúde, pela via pública ou por falta de recursos financeiros para consulta particular. Contudo, o que se apresenta em um primeiro momento, é que não parece existir

⁴ Classe de medicamentos psicotrópicos com ação no sistema nervoso central. Usualmente são prescritos no tratamento de quadros agudos de ansiedade, transtorno de humor, insônia, crises convulsivas e outras condições relacionadas ao sistema nervoso central.

obstáculo de acesso às medicações no que diz respeito à recusa por parte dos profissionais que prescrever e renovar as receitas. Veremos como essa dinâmica se desenrola.

É fundamental traçar, de maneira breve, a cronologia na qual essas reflexões se desenvolvem. A inserção no trabalho com as mulheres rurais se dá em 2017, ano pós-golpe sofrido pela então presidenta Dilma Rouseff. Foi no seu governo que, dentre outras ações e políticas voltadas para a assistência e para os direitos das mulheres, foi incorporada a agenda que permitiu que o serviço em questão neste estudo existisse, e foi também a partir da sua retirada do poder que começamos a assistir aos desmontes e as perdas das conquistas das políticas voltadas para as mulheres, em que pese, o momento pós golpe, no governo do então presidente Michel Temer, a extinção das Secretarias de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos, de Políticas de Promoção de Igualdade Racial e do Ministério da Cultura⁵.

Os anos de 2017 e 2018 foram tempos em que os repasses financeiros e a compreensão das políticas para as mulheres como questões fundamentais de saúde pública foram desmoronando. Na Bahia, apesar das dificuldades, a Secretaria de Política para as Mulheres mantém suas ações por conta do compromisso que o Estado da Bahia demonstrou ter com as questões fundamentais das mulheres e das mulheres rurais.

Por outro lado, caminha com dificuldades como a maioria dos setores voltados às questões dos grupos vulnerabilizados socialmente, e as Unidades Móveis de Atendimento, mantidas por esse setor do Governo, passaram a funcionar com menos frequência. Nessa direção, no ano de 2018, enquanto as atividades estiveram suspensas nesse dispositivo, com incômodos e questionamentos acumulados e o desejo de investigar sobre as experiências que estive em contato, migrei de Salvador/BA, cidade em que pousei nos últimos 10 anos e passei uma temporada em São Paulo para estudar sobre temas que já me instigavam nesse momento.

Após os tempos em campo nas zonas rurais e conciliando essa atividade com o aprofundamento nos estudos feministas, passei a estudar na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) em cursos sobre o Estado e os corpos, masculinidades contemporâneas e fronteiras do feminismo, e a revisitar as teorias e práticas da Psicologia como campo de saber. Esse processo, somado às experiências acumuladas em atendimentos às mulheres e as provocações resultantes desse período também foram disparadores para a minha inserção no Mestrado em Psicologia Social.

⁵ Acompanhando a sequência de retrocessos, temos em 2020, sob o governo de Jair Bolsonaro, a pasta que gere as questões de gênero no País intitulada de Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que dentre um cenário que avacalhações, destaca-se a não utilização das verbas destinadas ao combate às violências contra as mulheres pela ministra Damares.

A escolha pela Psicologia Social enquanto campo de saber aconteceu principalmente porque esse segmento procura se ocupar de discursos e práticas que entendem as realidades como construções sócio-históricas e que não podem ser pensadas fora dessas determinações de tempos, culturas e espaços. Nessa direção, as reflexões sobre os processos de medicalização, entendidos como práticas que podem produzir engessamentos e silenciamentos, devem ser feitas através da incorporação das construções e críticas de conhecimentos situados a partir de uma Psicologia Social crítica e feminista⁶. Incorporar uma epistemologia feminista quer dizer colocar-se em posição de questionamento, apontamento e mobilização profissional e adotar como premissa o fato de que não há uma essência ou uma natureza feminina. Esse deve ser o ponto de partida para refletir sobre qualquer condução em saúde mental das mulheres.

Tendo isso em vista e tomando como direcionamento principal a experiência de atendimentos psicoterapêuticos às mulheres das zonas rurais do Estado da Bahia, esse estudo pretende investigar o uso e o abuso de medicações calmantes e tranquilizantes e as implicações desses nas vidas das mulheres rurais. A centralidade da pesquisa está nas narrativas dessas mulheres a respeito dos seus modos de vida e saúde, e, por esta razão, o enfoque não está nos órgãos dos municípios e no Estado, tampouco se trata da intenção de reduzir o fenômeno de responsabilização às condutas médicas e científicas.

Nesta pesquisa não se pretende exprimir posições que não sejam no sentido de fomentar e aprimorar as ações voltadas para as mulheres do Estado da Bahia e todos os outros estados do país, reconhecendo os limites e entraves encontrados na execução dessas políticas e as dificuldades que atravessam as práticas profissionais também nesse segmento. Reconheço, acima de tudo, a importância desse dispositivo para as mulheres da população rural baiana e a particular relevância que exerceram no meu crescimento pessoal e profissional os encontros e as práticas nos territórios rurais com as mulheres que vivem nesses espaços. Por isso, considero fundamental devolver às comunidades e a essa instituição do Estado as impressões decorrentes dessa trajetória.

Nesse sentido, o propósito deste trabalho consiste em realizar exercícios de reflexões críticas sobre os desdobramentos dessas relações – mulheres, territórios rurais e medicações benzodiazepínicas - em conformidade com dispositivos de saúde e as políticas e práticas possíveis nesses cenários. Para tanto, utilizarei para analisar tais tensionamentos, registros produzidos em diários de campo referentes a um período de 5 meses de trabalho - abril a

⁶ As perspectivas a respeito desses conceitos estão explicitados no tópico 4.3.2.

setembro de 2017 - com apontamentos e análises dos atendimentos que realizei e que contém atravessamentos de raça, território e classe em consonância com usos de medicações benzodiazepínicas.

Os eixos estruturantes para análise desse processo são as violências que acometem as mulheres nesses espaços, os serviços e profissionais de saúde que fazem parte das dinâmicas e o trabalho como centralizador nessas relações. É indispensável ter em vista o caráter político desta pesquisa e que não se desconsidere em sua leitura o contexto sócio-histórico que estamos vivenciando no momento que essa dissertação se desenvolve e se conclui. Importa marcar um Brasil governado por Jair Bolsonaro, como menciona Silvia Federici (2019)⁷ no prefácio de “O Ponto Zero da Revolução”:

A guerra declarada por Bolsonaro contra o povo brasileiro e a floresta amazônica é coerente com a velha determinação do capital em privar milhões de pessoas planeta afora de seus meios de reprodução, entregar suas terras, suas águas, suas florestas e seus bairros ao controle de corporações e eliminar quem resiste à desapropriação. (FEDERICI, 2019, p. 14).

Assim, pensar sobre as relações de saúde, trabalho e território das mulheres brasileiras e baianas é:

Indispensável, se o nosso objetivo for recuperar nossa relação com a natureza e com a riqueza que produzimos, nosso corpo, nosso desejo e nossa capacidade de solidariedade, e construir para nós mesmas e nossa comunidade uma ‘vida digna de ser vivida’. (FEDERICI, 2019, p. 15).

A construção de saber baseado nesses critérios é o caminho que se pretende nesse estudo e para traçá-lo enquanto percurso, o faremos da seguinte maneira: no capítulo “Corpo Mulher, Corpo Político” se desenvolve a partir da história de Margarida Alves e das lutas e conquistas que as mulheres travaram enquanto corpos políticos ao longo dos percursos sócio-históricos. Após isso, no capítulo “A Bula do Patriarcado”, apresenta-se a definição do termo medicalização em seus significados clássicos e simbólicos e a sua lógica aplicada às vidas das mulheres, bem como, se exibem as explicações sobre as benzodiazepinas em suas relações com as indústrias farmacêuticas e como estas atingem os territórios e as mulheres rurais.

⁷ Neste texto, as autoras mulheres são apresentadas com nome completo e sobrenome, contrariando as regras textuais da ABNT. Tal escolha compreende que se utilizando apenas o sobrenome, como manda a norma, serão facilmente confundidas com homens. Desta forma, pretende-se evitar e invisibilidade e a exclusão linguística destas mulheres ocasionada pelo uso do masculino como referente genérico.

Já no capítulo “Mulheres Rurais: Entre a Luta e o Sono”, são contados os percursos das experiências nas zonas rurais, desde os encontros com os campos de atuação e pesquisa até os percursos metodológicos utilizados para apreender as memórias, experiências e narrativas que transitam em trajetórias marcadas por luta e sono. Por fim, o capítulo “Pra Não Dizer Que Não Falei das Flores” é o espaço dedicado as flores – as seis histórias das mulheres que compõe essa dissertação e onde são discutidas e analisadas as narrativas em articulação com os eixos que se apresentam enquanto estruturantes nas relações mulheres, territórios e medicações.

2 CORPO MULHER, CORPO POLÍTICO

“É melhor morrer na luta do que morrer de fome”
(Margarida Alves - Brasília 1º de maio de 1983)

A história de lutas e conquistas de Margarida Alves é o ponto de partida para traçar os caminhos das discussões e reflexões pretendidas neste estudo. Margarida foi e ainda é inspiração para diversos movimentos sociais, em especial para as Marchas das Margaridas, que originaram os serviços de assistência às mulheres do campo, das florestas e das águas. Foi também referência na defesa dos direitos das populações rurais no Brasil. Ela representa as mulheres chamadas de flores que terão as narrativas apresentadas aqui e simboliza, sobretudo, os corpos políticos das mulheres em relações com seus territórios, suas disputas e movimentos. Margarida, mulher, nordestina e trabalhadora rural, travou muitas batalhas durante doze anos presidindo o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Alagoa Grande na Paraíba e até os últimos dias da vida lutou por garantias como carteira assinada, oito horas de jornada de trabalho, reconhecimento dos direitos e combate as explorações dos trabalhadores e trabalhadoras rurais. Por estas razões, desafiou homens como os mandantes do seu assassinato e grandes senhores de engenhos e proprietários de terras.

Em agosto de 1983, três meses após realizar um discurso combativo na ocasião do dia dos trabalhadores, Margarida foi assassinada na porta da sua casa com um tiro disparado por um matador de aluguel. Após investigações, foram acusados como mandantes o usineiro e proprietário da Usina Tanques, Aguinaldo Veloso Borges e seu genro José Buarque de Gusmão Neto (Zito Buarque). Eles faziam parte do chamado Grupo da Várzea, composto por cerca de sessenta fazendeiros, três deputados e cinquenta prefeitos. Foram acusados pela execução do crime o soldado da Polícia Militar, Betâneo Carneiro dos Santos, os irmãos pistoleiros Amauri José do Rego, Amaro José do Rego e Biu Genésio, motorista do carro que levou os matadores até a casa de Margarida.

Nenhum dos assassinos foi condenado até os dias que correm. Margarida, por sua vez, deixou sementes e, após 37 anos, continua sendo referência nas lutas contra a violência capitalista patriarcal e como figura de representatividade para as mulheres das águas, dos campos, das florestas. A história de Margarida é emblemática para refletir a respeito dos corpos das mulheres em relações com os territórios em determinados espaços e períodos. Vejamos em seguida como instituições como a igreja, o Estado, o capitalismo e a ciência

médica, em articulação, forjaram tentativas de escamoteamento das existências das mulheres no decorrer dos tempos.

A discussão realizada por Anne McClintock (2010) registra o cenário colonial e a feminização das terras como um processo longínquo que corrobora para a formação dos corpos das mulheres como corpos perigosos. A autora apresenta em sua obra um relato das impressões de Cristóvão Colombo na ocasião das invasões e explorações das Américas em relação aos territórios que estava desbravando, ainda em 1492. Ao contrário do que até então se imaginava, a terra, segundo as observações dele, não era redonda, se assemelhava ao seio de uma mulher e esta era razão suficiente para o temor e repúdio dos colonizadores. Ao perceber a terra em associação com o corpo feminino, simbolicamente, o que se apresentava na lógica colonial eram terras desconhecidas em formas e conteúdo que continham uma pluralidade de significados: perigo, infantilização, desejo e acentuada erotização. Os corpos femininos representavam para os homens brancos europeus “a fronteira do cosmo e os limites do mundo conhecido [...]. Durante séculos, os continentes incertos – África, Ásia, as Américas – foram concebidos pelo continente europeu como libidinosamente eróticos” (MCCLINTOCK, 2010, p. 43-44).

O processo de feminização dos espaços explorados em perspectiva pejorativa é um significativo marcador sócio-histórico para demonstrar as tentativas de aniquilações dos corpos das mulheres. A autora deu o nome de “pornotrópicos” aos territórios sob os quais a Europa projetava seus desejos e repulsas, e numa lógica ambivalente, a compreensão da terra com formato de um peito apontava para certo terror e para a excitação pelo desbravamento do desconhecido, desse modo:

o conhecimento do mundo desconhecido estava mapeado como uma metafísica da violência de gênero – não como o reconhecimento expandido das diferenças culturais [...] o mundo era tornado feminino e espacialmente exposto para a exploração masculina. (MCCLINTOCK, 2010, p. 47).

Nesse sentido, saíram os homens das suas terras de origem e tornaram como femininos os limites e as fronteiras das terras desconhecidas e invadidas por eles.

Mais recentemente, Maria Lugones (2014) também manifestou a partir das marcas coloniais, os passos históricos e sociais que foram dados rumo às construções de conhecimento dos corpos das pessoas. A autora indicou que a hierarquia dicotômica entre os considerados humanos e não humanos é um traço marcante na modernidade. Iniciada nos processos coloniais das Américas e do Caribe, o principal indicativo dessa separação é o fato

dos colonizadores - homens ocidentais brancos - tornarem-se a categoria de gente considerada civilizada/universal e todas as outras categorias de pessoas que não fossem eles ou se aproximassem deles poderiam ser consideradas na categoria de não humanas. Passam a estabelecer elementos de raça e gênero para justificar e inferiorizar corpos a partir de aspectos físicos-biológicos.

A partir das invasões e das violências características dos processos de colonizações,

Os povos indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram classificados/as como espécies não humanas – como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens. O homem europeu, burguês, colonial moderno tornou-se um sujeito/ agente, apto a decidir, para a vida pública e o governo, um ser de civilização, heterossexual, cristão, um ser de mente e razão. (LUGONES, 2014, p. 936).

Considerando a concepção de categorias de pessoas tomadas como menos humanas (e quem são essas pessoas) com base no crivo do macho ocidental, indagamos quais as razões que põem as pessoas negras e as mulheres como público-alvo nessa perspectiva excludente. Diante da construção da ideia dos corpos perigosos e menos humanos, vale destacar alguns equipamentos fundamentais para o controle e silenciamento das mais variadas formas de existência. A igreja, por exemplo, foi um importante instrumento de classificação e divisão das pessoas por pecados e inadequações, conduziu os corpos das mulheres a associações com estados animais e selvagens e, como consequência das violações concebidas pelas igrejas:

a confissão cristã, o pecado e a divisão maniqueísta entre o bem e o mal serviam para marcar a sexualidade feminina como maligna, uma vez que as mulheres colonizadas eram figuradas em relação a Satanás, às vezes como possuídas por Satanás. (LUGONES, 2014, p. 938).

O corpo mulher pode ser, portanto, compreendido também a partir da conceituação de colonialidade de gênero⁸ expressa por Maria Lugones (2014, p. 939): “diferentemente da colonização, ainda está conosco, é a que permanece na intersecção de gênero/classe/raça como construtos centrais do sistema de poder capitalista mundial”. As investidas do Estado capitalista patriarcal vão se aperfeiçoando dentro dessa ótica, de maneira que se torna evidente a impossibilidade de pensar a estrutura do Estado desarticulado com a lógica do capital em prol dos controles dos corpos. A leitura sobre os corpos nas sociedades coloniais em consonância com suas heranças denotam as influências nos modos de vida das mulheres.

⁸ Maria Lugones (2014) compreende o termo como uma expressão de poder que se estende a processos de redução e desumanização das pessoas.

Conforme aponta Maria Lugones (2014, p. 941) a colonização deve ser lida como um sistema de poder global reatualizado constantemente, “não se trata de um assunto do passado. É uma questão da geopolítica do conhecimento”.

Silvia Federici (2017) reflete sobre o processo de recolonização que sucede a construção das relações capitalistas, reproduzido através das reatualizações dos processos de naturalização e invisibilização das explorações dos trabalhos das mulheres. As relações econômicas sustentadas numa lógica de compreensão das atividades das mulheres como atributos naturais constroem uma estrutura socio-econômica que não somente divide hierarquicamente as forças de trabalho, mas divide as populações em camadas e as violenta, especialmente porque essa divisão é feita a partir da raça, do gênero, das idades e dos territórios.

A ambivalência segue como determinante nas concepções que vão se formando a respeito das mulheres. Embora permaneçam bases de sustentação econômica nas sociedades, as mulheres têm em suas existências produções sistemáticas de aniquilações e constantemente nos confrontamos com a insistente valorização dos homens como potência social e econômica. Carla Garcia e Sanchez (2018, p. 138) declaram que este é:

Um processo histórico no qual o objetivo é manter as mulheres nas piores condições trabalhistas e mais precarizadas possíveis. Esta ideia ganhará reforço com a ascensão das teorias eugenistas, que irão justificar uma série de atrocidades e racismos com base no estudo das diferenças entre os corpos. Estas teses terão o homem branco e heterossexual enquanto representação da força, da normalidade e da inteligência, por sua vez, as mulheres serão retratadas enquanto corpos frágeis, com menor inteligência e pré-disposição para o lar.

Isto posto, destacamos que essas experiências voltadas ao contínuo empreendimento de forças para a retirada da razão das mulheres ganham ênfase no século XIX, dessa vez, pela via da ciência médica. A associação com esse segmento interessa particularmente na discussão a respeito dos processos de medicalização que trataremos. Segundo Elizabeth Vieira (2002, p. 20) o século XIX:

Assiste à consolidação de um novo tipo de existência da prática médica: a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior do qual constitui-se o projeto da medicalização dos corpos.

Antes de problematizar a medicalização dos corpos como prática, é fundamental compreender o modo como o saber médico-científico foi se interessando e se apropriando dos corpos das mulheres. Ana Paula Martins (2004) apresenta, a partir das obras de arte expostas na faculdade de medicina da Bahia, a mais antiga escola de médicos do País, o quanto as pinturas expressavam a concepção do poder médico-científico-europeu do século em questão, que como veremos, foram herdadas e reproduzidas na tradição médica brasileira:

Em um desses quadros, uma jovem, esposa e mãe, encontra-se muito doente e abatida, sendo atendida por um médico idoso que, ajoelhado ao seu lado, toma-lhe o pulso. Ao lado do doutor e da doente, estão o marido cabisbaixo e preocupado, os filhos ainda pequenos, uma mulher que parece ser a avó das crianças e uma serviçal. Todos os olhares se voltam para o conjunto médico-paciente, como que a esperar pela palavra do médico, cuja imagem representa autoridade, experiência e dedicação. (MARTINS, 2004, p. 78)

A ilustração indica um cenário de construção da tradição médica a respeito dos corpos das mulheres nesse período. O olhar da medicina se estabeleceu de modo muito específico no século XIX, mas expressou a herança dos séculos anteriores, em especial ao antecedente período do iluminismo, como vimos nas argumentações acima. Nesse período, vale reafirmar, a valorização da razão estava em pleno vigor, de modo que o uso desta representava a luz, somente através da razão poderia se alcançar a verdade, enquanto o lado obscuro, ligado às emoções e dos sentimentos, estava destinado às mulheres. A expressão de fragilidade e do negativo atribuída aos corpos vistos como impuros e não saudáveis recebiam as justificativas com referências nos eventos fisio-biológicos presentes nos corpos das mulheres:

A mulher era um ser naturalmente impuro e pecaminoso e tinha como função primordial a procriação. O seu corpo era o espaço de lutas entre Deus e o diabo, portanto estavam, as mulheres, sujeitas a afecções, a exemplo da menstruação, parturição, gravidez, corrimentos, dentre outros. (BARRETO, 2001, p. 130).

Para além das representações de inferiorização das mulheres a partir das explicações fisio-biológicas, um longo período de elaboração se sucedeu a respeito da feminização da loucura e dos adoecimentos mentais como formas de interpretação para uma suposta fragilidade feminina. Assim, é importante traçar uma linha do tempo que dê conta dessas concepções, mesmo antes do século XIX, para tornar possível uma discussão a partir de uma perspectiva sócio-histórica sobre as maneiras de saúdes, doenças e medicalizações das vidas das mulheres nos dias que correm.

Szasz (1976) demonstra como se organizaram as explicações sociais sobre a loucura através da construção de um percurso histórico que aponta a doença mental como uma fabricação social. Partindo do período renascentista, passando pelo século XIX, até chegar à contemporaneidade, o autor sustenta a doença mental como uma invenção estruturada pela mesma lógica que originou a perseguição às feiticeiras e bruxas no século XVIII na Europa, mostrando que se transformaram apenas as formas de operacionalizar as repressões. Para ele, “a perseguição de feiticeiras e de loucos é a expressão de intolerância social e busca de bodes expiatórios” (SZASZ, 1976, p. 143) e o fim da caça às bruxas na Europa não aconteceu por conta da conscientização da violência que esse movimento carregou, tampouco porque as pessoas deixaram de acreditar na existência da heresia, mas porque o modo de “proteger” a sociedade e punir os grupos considerados inadequados e contrários aos ideais religiosos se modificou, ao passo que as explicações sociais e comportamentais deixaram de ser puramente religiosas e passaram a ser médico-científicas:

Isso ocorreu porque houve uma transformação de uma ideologia religiosa, numa ideologia científica: a medicina substituiu a teologia; o alienista substituiu o inquisidor; o insano substituiu a feiticeira. O resultado foi a substituição de um movimento religioso por um movimento médico de massa, e a perseguição dos doentes mentais substitui a perseguição dos heréticos. (SZASZ, 1976, p. 20).

Se por um período, a sexualidade da mulher não era tão explorada enquanto objeto de estudo da ciência, tendo em vista que as diferenças sexuais não importavam porque “tudo que havia no corpo do homem havia no corpo da mulher, seus órgãos sexuais eram denominados da mesma forma que os órgãos sexuais masculinos” (MARTINS, 2004, p. 27), por outro lado, com o passar dos tempos, o olhar médico-científico passou a procurar e identificar no corpo da mulher as explicações para os seus comportamentos, concentrando-se nos processos fisiológicos para justificar a ideia de fragilidade e inadequação.

O corpo feminino era a expressão da imperfeição porque seus órgãos sexuais eram invertidos, por não ter calor o suficiente para exteriorizá-los como o homem. Assim, foi construída uma poderosa imagem do corpo feminino que perdurou até mesmo no século XIX, época do predomínio das ideias sobre as diferenças radicais entre os sexos: é a imagem da mulher imperfeita – a versão imperfeita do homem, tomado como medida e padrão da perfeição humana e de todos os seres vivos. (MARTINS, 2004, p. 27).

O discurso científico dessa época produziu diferenças de gênero e raça baseadas em concepções físicas e biológicas para justificar a atribuição de adoecimento e inferioridade feminina, utilizando como parâmetro principal o corpo do homem-branco-heterossexual como sujeito universal. Tudo que não fosse sinônimo dessa combinação foi se construindo como desajuste, tornando os corpos das mulheres como corpos potencialmente doentes e, por isso, passíveis de estudos e tratamentos médicos.

Dessa forma, essa maneira de construir conhecimentos sobre especificidades dos corpos das mulheres foi se consolidando neste século, os tornando subordinados a patologização e a uma representação médica limitada na relação médico-paciente e desvinculada dos fatores coletivos de determinações em saúde. Essa é uma das formas desenvolvidas para a manutenção do poder nas condutas médicas, reatualizado não mais com o olhar para os corpos das mulheres exclusivamente como o avesso do corpo masculino, mas como corpo com portas abertas para ser medido, um universo para ser descoberto, mensurado e apropriado pela medicina.

Os corpos femininos se revelam terreno fértil para os estudos científicos e a perspectiva da reprodução e da sexualidade são fios de condução para a efetivação desse processo, visto que são estes elementos considerados inerentes às vidas das mulheres. As ideias sobre esses corpos serão respaldadas na perspectiva de que a fertilidade e a possibilidade de gerar um filho, amamentá-lo e educá-lo são características essenciais femininas. Para Elisabeth Vieira (2002, p. 32), “as concepções que se constroem sobre a natureza feminina impõem para o saber médico esforços consideráveis para desenvolver o conhecimento sobre as especificidades biológicas da condição feminina”. A medicina, então, passou a desbravar os corpos, no sentido de construir mais conhecimentos na direção das especificidades ligadas a reprodução e a sexualidade: menstruação, gravidez, parto e puerpério. Os eventos do corpo das mulheres foram se produzindo como desvio e/ou doença pela tradição médica quando não respondiam as normas sociais:

Por ser a natureza feminina essencialmente maternal reprodutiva, a sexualidade feminina só poderia estar relacionada a essas qualificações. Surge então a imagem da mulher ‘degenerada’ e da mãe ‘desnaturada’ por referência aos desvios da norma. As medidas repressivas da sexualidade tornam-se medidas terapêuticas, já que a normalidade instituída é a sexualidade procriadora. Nesse período combate-se o aborto, a esterilização voluntária e a masturbação. Potencialmente capazes de algumas dessas atitudes, as mulheres passam a possuir em sua natureza um potencial de degeneração, de loucura e criminalidade. (VIEIRA, 2002, p. 38).

Sendo assim, a partir do século XIX para os seguintes esse é o campo de organização das concepções sobre as mulheres e sobre os seus corpos no que se refere aos contextos ocidentais. Em se tratando da conjuntura brasileira, não se pode distanciar das marcas da colonização e da exploração dispensadas aqui, muito menos do racismo e as disparidades de gênero consequentes e constituintes das identidades de todos e todas, conforme nos mostra Sueli Carneiro (2019, p. 313):

No Brasil e na América Latina, a violação colonial perpetrada pelos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas e a miscigenação daí resultante está na origem de todas as construções de nossa identidade nacional.

A autora demonstra ainda que:

O que poderia ser considerado como história ou reminiscências do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática, que mantém intactas as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituídas no período da escravidão. (CARNEIRO, 2019, p. 313).

Retomamos a trajetória de Margarida Alves exatamente para analisar as releituras das violências realizadas pelo Estado capitalista, patriarcal e racista em sua composição absoluta e os frutos que ocasionam. O que viveu em sua história sendo Margarida uma moradora, trabalhadora e ativista rural no Brasil demarca um campo de aglutinação dos elementos das violências expressas por esses dispositivos, que funcionaram como iniciativas concretas de barrar as práticas de estabelecimento e manutenção das vidas das mulheres e das vidas de outros atores sociais. Não raras foram as vezes que efetivamente essas vidas foram ceifadas nos cenários de combate à acumulação e exploração dos trabalhos, da defesa dos direitos a remuneração, ao acesso as terras e por condições de saúde:

Margarida Maria Alves atuou durante doze anos como representante dos trabalhadores rurais do cultivo de cana de açúcar, incentivando os empregados a exigirem o cumprimento dos direitos trabalhistas, contribuindo na abertura de pelo menos 73 Reclamações Trabalhistas contra proprietários rurais produtores de cana-de-açúcar, nos engenhos e nas fábricas locais. A liderança recebia ameaças e ordens para que deixasse de atuar no Sindicato. Conforme denúncia internacional, a autoria das ameaças era atribuída ao conhecido Grupo da Várzea, grupo político formado por donos de fábricas, deputados estaduais e federais, prefeitos, entre outros, e liderado por Aguinaldo Veloso Borges, proprietário da única fábrica do município de Alagoa Grande, que possuía grande poder político no Estado

da Paraíba. As ameaças eram comunicadas às autoridades e divulgadas por Margarida Alves durante as atividades da organização sindical e na imprensa. Consta que a informação foi confirmada pelo bispo diocesano da cidade de Guarabira, Don Marcelo Pinto Cavallhera, amigo e confidente de Margarida Alves: ela teria declarado que os autores das ameaças por ela sofridas eram integrantes do referido grupo de fazendeiros, aos quais se referia como os “potentados de Alagoa Grande.” (CCV, 2014, p. 149).

O percurso de lutas políticas das mulheres rurais simbolizado por Margarida indiscutivelmente não se encerra na história dela, mas coloca em evidência que passam longe de serem passivas ou coadjuvantes as atuações das mulheres acerca dos movimentos culturais e históricos que estiveram e estão envolvidas. Figura conhecida também nessa caminhada, a violeira, poeta e repentista Maria de Soledade Leite, companheira de lutas de Margarida desde 1975, prosseguiu na defesa por melhores condições de trabalho e saúde para os seus, através dos combates e das lutas que persistem, segue ano após ano em marcha com as Margaridas e demarca o lugar vivo que Margarida ainda ocupa:

O nome de Margarida ficou imortalizado, onde a gente estiver, sempre o nome de Margarida vai estar na frente. Se a gente vai cantar, se a gente que representar alguma coisa de garra da mulher, a gente diz que é uma Margarida, forte como Margarida, sempre o nome de Margarida. (GELEDES, 2015).

Permanecem no aprofundamento e combativas às situações de vida e saúde das mulheres nomes como Noemi Margarida, do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) que se coloca no desafio de enfrentamento ao modelo agroquímico, patriarcal e machista. A busca por saúde pública e políticas complementares em saúde continua. Mulheres como Maria de Oliveira seguem em reivindicação pelas demandas das mulheres dos quilombos, assim como seguem nas comunidades atingidas por barragens, mulheres como Judite de Rocha, no Amazonas com Maria do Rosário (BRASIL, 2015) e Brasil a fora com tantas outras inseridas nos movimentos sociais ou não. Na Bahia, falaremos sobre as trajetórias e narrativas de Margarida, Rosa, Violeta, Lírio, Girassol, Jasmim, Hortênsia e Acácia. Estou de acordo e utilizo como parâmetro o que postula bell hooks ao demonstrar que:

Grupos de mulheres que vivem em situações de opressão, muitas vezes adquirem uma consciência sobre a política patriarcal a partir de sua experiência de vida, da mesma forma com que se desenvolvem estratégias de resistência (mesmo que não consigam resistir de forma sustentada e organizada). (bell hooks, 2015, p. 203).

Dessa maneira, não se trata de colocar na excepcionalidade a trajetória de Margarida. Margaridas foram muitas, serão tantas mais. Entretanto, demarcar a constituição política dos corpos das mulheres que vivem e estão ligadas aos espaços rurais é o cerne da questão, sobretudo porque importa apresentar essas histórias “como ação de trazer o passado para o presente, tendo como suporte a memória, não somente como registro, ou com um fim nostálgico, mas como ação e reivindicação de justiça” (CCV, 2014, p. 30). Margarida, analisada em perspectiva de semente, no sentido de produzir frutos, galhos e criar raízes, nos convoca a desmontar completamente o conceito de fragilidade feminina.

As opressões que foram submetidas mulheres das camadas sociais marcadas por histórias de exploração, sexismo e racismo desfazem a presunção de fragilidades, tanto do ponto de vista físico quanto do ponto de vista subjetivo. As narrativas de fragilidade devem ser entendidas como invenções que inicialmente apareceram disfarçadas para validar o poder dos homens brancos e depois para justificar essa posição e fortalecer a ideia de infantilização e proteção que em tese algumas mulheres precisariam, serviu, especialmente, para escamotear as explicações de origem das opressões.

Nota-se os mais diversos segmentos sociais lançando mão de tentativas de barrar as potentes vivências das mulheres. Os empresários não sossegaram enquanto não conseguiram eliminar o corpo político de uma mulher com potência para arrastar tanta gente para a batalha. Não o fez por escolha ou por gosto morrer lutando, devemos supor. Para mulheres como Margarida não foi dada a possibilidade de ser frágil. Essa questão é problematizada por Sueli Carneiro (2019, p. 314):

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca foram tratadas como frágeis. Fazemos parte de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar.

Quando Margarida disse, no discurso que fez no 1º de maio antes da sua morte, que da luta não fugiria, parece dizer que fugir não era uma alternativa, apesar de anos sofrendo ameaças e ciente dos riscos que corria. Assim como ela, outras lideranças estavam marcadas para morrer, e assim aconteceu em muitos casos. Não foram heroínas por isso, tampouco fizeram preferências por esse ou outro combate, nunca estiveram fora das ruas, dos trabalhos

e das lutas constantes por sobrevivência nos mais variados tempos. Essa improbabilidade de ser tomada como frágil é ainda recolocada se for considerado o tempo dos enfrentamentos que Margarida esteve à frente. A ditadura militar no Brasil estava em vigor e foi este um período de intensa concentração fundiária e consequente expulsão, violências e ataques psicológicos e físicos às pessoas em seus territórios rurais.

A Comissão Camponesa da Verdade (CCV) elaborou em 2014 um relatório final com o intuito de demonstrar os processos de lutas, protagonismos, resistências e modos de vida das pessoas que vivem nas zonas rurais a partir do período da ditadura civil-militar ocorrida no Brasil, entendendo o Estado como um agente direto de violação dos direitos das pessoas, particularmente às pessoas do campo, das florestas e das águas:

No Brasil, durante todo o período da ditadura civil-militar ocorreram denúncias de graves violações aos direitos humanos, particularmente daqueles crimes identificados de lesa humanidade, como tortura, assassinatos de opositores políticos e de ativistas sociais, desaparecimentos forçados de prisioneiros, feitos de forma continuada e sistemática. Mas também de outras formas de violação de direitos, como exclusão dos empregos, das universidades, impedimento ao trabalho, censura e cerceamento da liberdade de criação e de imprensa, cassação de mandatos eletivos, fechamento ou intervenção em sindicatos, associações, ligas camponesas, grêmios estudantis. Mais especificamente, a negação aos direitos trabalhistas, sindicais, previdenciários e o direito à terra, e a repressão policial e militar a quem por eles lutaram, atingiram camponeses e camponesas. (CCV, 2014, p. 31).

A discussão em torno desse documento apresenta justamente a necessidade de retomar as vivências decorrentes desses tempos para torná-las presentes e ressignificá-las. É sobre justiça, potência e os modos de vida que as mulheres construíram e constroem do que se pretende tratar, levando em consideração, tanto do ponto de vista da reivindicação quanto da percepção uma concepção do Estado que:

como violador de direitos humanos, apresenta um elemento que aponta a este mesmo Estado (inclusive um anseio de segmentos populares da sociedade brasileira) a necessidade de transformar suas instituições, reconhecer sua responsabilidade e estabelecer novas formas de condução no campo econômico, social, político e cultural (CCV, 2014, p. 18-19).

Com a explanação de alguns desses momentos sócio-históricos, coloca-se em questão: Porque as instituições têm interesses em retirar, anular ou destruir as mulheres em suas razões e ao fazê-lo, retiram as possibilidades e conquistas que assumiram enquanto corpos políticos? Como discutiremos adiante, sustenta-se que em articulação, as instituições podem funcionar

como mecanismos que fomentam os controles dos corpos e dos territórios das mulheres por meio de processos que culminam na medicalização. O entendimento de controle dos corpos é absolutamente associado ao controle dos territórios e, uma lógica de medicalização em territórios rurais é ferramenta de controle de povos, culturas e expressões.

3 A BULA DO PATRIARCADO

Mais uma dose?
É claro que eu estou a fim
A noite nunca tem fim
Por que que a gente é assim?
(Cazuza - Por Que a Gente É Assim?)⁹

3.1 Medicalização: um paradigma médico-científico?

A apresentação do termo medicalização pode configurar certa inconsistência em que pese seus sentidos e significados até o momento. Afinal, de quais processos de medicalização estou tratando quando circunscrevo a observação crítica de movimentos medicalizantes às vidas das mulheres? É indispensável, primeiramente, problematizar e compreender melhor o que indica essa condição de medicalização, vinculando o conceito com a ciência e as condutas médicas, considerando a coexistência entre elas.

Para introduzir a questão, destaca-se o que descreve Illich (1975) acerca da medicina, que, para ele, é concebida como uma empresa médica que exerce acentuado efeito prejudicial às vidas das pessoas, através da colonização médica da vida que, ainda segundo este autor, ocorre por meio da alienação dos tratamentos médicos e do monopólio presente na profissão. A partir dos processos de industrialização no mundo, a ciência médica foi fabricada como um aspecto danoso a saúde social, na medida em que passa a apropriar-se de algumas condições e retirar “a autonomia das pessoas perante as enfermidades, as dores e o envelhecimento” (TABET *et al.*, 2017 p. 1188).

Com o passar dos tempos, uma espécie de mito em torno da medicina foi se instituindo, de maneira que foi dada uma atribuição de responsabilidade e avanço endereçada ao segmento médico como absoluto no que diz respeito às produções de saúde e doença entre as pessoas. De acordo com o autor, a medicina posta dessa maneira, revela uma série de paradoxos, já que os efeitos dessa ciência podem apresentar perigos, embora se propague sobre ela a ideia de cura e salvação das pessoas.

Levando em conta que o que sustenta tanto saúde quanto doença são as variáveis determinações sociais, Illich (1975) demonstra que não se pode avaliar qualquer que seja o segmento em saúde se houver “desarmonia” entre indivíduo e os seus meios sociais, “logo, torna-se fundamental a análise dos determinantes do estado de saúde global de uma população, tais como alimentação, as condições de habitação e trabalho, o meio social e cultural, ou seja, o modo de vida das pessoas” (TABET *et al.*, 2017, p. 1189).

⁹ Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/cazuza/1196174/>>.

Por isso, segregados das dimensões biopsicossociais - suas possibilidades, adversidades e obstáculos - os grandes avanços da Medicina, segundo Illich (1975), além de não garantirem absolutamente o desaparecimento e/ou o controle de muitas doenças, são responsáveis pelo desenvolvimento de novas formas de adoecer. Para enfermidades ou complicações que não existiam anteriormente e foram ocasionadas por condutas médicas dá-se o nome de “iatrogênese”. Illich (1975) divide as definições de iatrogênese em três categorias: a categoria clínica, que explica adoecimentos decorrentes de cuidados em saúde (o ato médico e sua técnica), a iatrogênese social, que retrata a medicalização da vida e seu efeito social; e a cultural/estrutural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte. Nesse sentido, a medicalização das vidas irrompe como produto social, ela corresponde ao processo de apropriação dos mais variados aspectos das vidas das pessoas pela Medicina, através da determinação, organização e implementação de parâmetros médicos:

Indica algo que ‘se tornou médico’, com a influência da medicina em campos que, até então, não lhe pertenciam. Logo, o raio de ação da medicina foi ampliado, extrapolando o campo tradicional de ação direta sobre as moléstias, transformando aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo o espectro do que é considerado normal ou aceitável. (TABET *et al.*, 2017, p. 1196).

O exercício da patologização nas práticas cotidianas é debatido pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade¹⁰. O Fórum percebe a medicalização no Brasil como um processo que converte questões não necessariamente médicas em objetos da Medicina. Problemas com diferentes determinações são empregados como doenças, escamoteando as verdadeiras questões políticas e sociais que efetivamente tocam as vidas das pessoas. As posições adotadas pelo Fórum apontam para a maneira como as questões coletivas são tomadas como individuais e a partir dessa dinâmica, o quanto são biologizados aspectos sociais. Nessa direção, as pessoas são responsabilizadas sem que as instituições, governos e profissionais sejam implicados nos processos e os corpos tornam-se alvos dos problemas que na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2020).

¹⁰ O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é um movimento social com caráter político e de atuação permanente criado em 2010 que atua em defesa das pessoas que vivem em processos de medicalização da educação e da sociedade, articula entidades e pessoas para o enfrentamento e para a crítica da problemática da medicalização no Brasil.

Os atravessamentos de raça, território e classe também devem ser considerados determinantes básicos em saúde e estruturantes para as condições de saúde e doença das mulheres. Por isso, a medicalização das vidas das mulheres como um paradigma estruturado em um Estado patriarcal nos convoca a retomar a reflexão do se trata efetivamente essa medicalização, que não se restringe à ação e ao efeito de medicar quimicamente os comportamentos e modos de vida. Tabet *et al.*, (2017, p. 119) refere que ao se apropriar e classificar as doenças e os doentes, “a medicina os coloca sob controle de sua linguagem e de seus costumes”.

As dinâmicas de adoecimentos são definidas por razões como as que mostram Maria Cecília Minayo e Helena Souza (1989), tendo como exemplo, as concepções que população trabalhadora tem a respeito dos processos de saúde e doença. Os significados atribuídos estão atrelados a condições específicas de trabalho e renda, uma vez que o conceito de saúde é compreendido como sinônimo de estar apto e em condições favoráveis para trabalhar. Autoras registram os adoecimentos marcados pelos sofrimentos cotidianos, histórias de perdas, cerceamentos de direitos e escassez de equipamentos e acesso à saúde.

Ponderamos que ao explicitar esses determinantes e marcadores sociais em saúde, não se desconsidera os usos de medicamentosas como alternativas necessárias e bem sucedidas em muitos tratamentos e intervenções, muito menos se trata de reduzir os medicamentos a ferramentas de controle, mas se trata de reafirmar a estruturação política que sustenta a prática de medicalização. Lefèvre (1991) aponta para a diversidade de significados que as medicações exprimem, ao colocar que o medicamento não pode ser entendido com interpretação única, muito menos como uma soma de significados. Ao mesmo tempo em que são simbólicas - com representações e funções -, as medicações funcionam como agentes quimioterápicos e mercadorias de consumo:

Portanto, não se nega - e isso seria um absurdo - que o medicamento cura, controla e previne (dimensão quimioterápica/médica); não se afirma simplesmente que aliena ou domina (dimensão social e psicossocial) e que representa e simboliza (dimensão simbólica). (LEFÉVRE, 2001, p. 19).

Não se negam as funções que as medicações cumprem efetivamente para as pessoas, contudo, reitera-se que todas elas são elaboradas para grupos, territórios, faixas-etárias e culturas específicas, considerando os fatores e modos de vida de cada um (a). Os remédios ofertam também a possibilidade de eliminação e/ou alívio dos sintomas e dores de maneiras consideradas mais efetivas e mais rápidas, ainda que por vezes momentaneamente. Por isso,

os tempos, as necessidades e as urgências em que as pessoas estão submetidas nos cotidianos devem ser observados para compreender a situação de valorização excessiva da ciência médica e os valores simbólicos atribuídos aos remédios como principal alternativa para resolução dos problemas.

Além disso, a dificuldades de realizações efetivas das políticas públicas em saúde, com uma compreensão ampliada, que considere raça, gênero, renda, trabalho, território, habitação, alimentação, cultura e lazer como determinantes na produção de saúde e doença e o descuido com a saúde primária e preventiva, indicam as razões pelas quais as justificativas para que as medicações percebidas como principais ferramentas de enfrentamento sejam tão bem aceitas pelas pessoas.

O medicamento faz a “economia simbólica” dos tempos demorados da saúde: do largo tempo necessário para que ocorram as mudanças nas estruturas sociais e produtivas geradoras de doença; do largo tempo necessário para que ocorram mudanças de comportamento relacionados à saúde; do largo tempo de espera das consultas nos serviços públicos; do largo tempo necessário para que a criança nasça naturalmente; do largo tempo para se fazer uma boa consulta médica. (LEFÉVRE, 1991, p. 70).

Ainda temos modelos de assistência em saúde baseados em perspectivas hegemônicas, centrados nos sintomas e pautados em intervenções medicamentosas como alternativa única. Também não se pode perder de vista o caráter político e econômico que respalda as prescrições e usos das medicações como produtos de consumo e sustentam os lucros gerados às indústrias farmacêuticas. Se “a saúde está à venda no mercado como uma mercadoria qualquer” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003, p. 44) cabe questionar quem pode pagar por ela e a quem interessa que esteja a venda. Mais ainda, se está à venda sob a representação dos remédios, quais tipos e para quais públicos são ofertados as medicações?

Em relação às dinâmicas de medicalizações, principalmente se tratando das medicalizações das vidas das mulheres, ao contrário de ser um modo de dependência pura e simplesmente, os medicamentos parecem atender a função de enfrentamento de muitas demandas de gênero-raça-classe, oferecendo brechas e possibilidades de amenizar sintomas decorrentes da condição feminina e seus atravessamentos. Lefèvre (1983) observa a saúde como um objeto de consumo superestimado e que as medicações muitas vezes são as fórmulas para alcançar esse produto no capitalismo.

Dessa forma, “a função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido” (LEFÉVRE, 1983, p. 501).

A valorização dada aos medicamentos parece também estar arraigada nas condutas médicas por conta dos processos históricos próprios às suas formações. Muitas formações em saúde, não somente em Medicina, ainda são marcadas pela construção de conhecimentos voltados aos sintomas e a questões fisiológicas desvinculadas dos aspectos psicológicos e subjetivos. Assim, reconhece-se a dificuldade encontrada por muitos profissionais ao lidarem com dores e sofrimentos que estão para além dos sintomas palpáveis e vistos no corpo ou identificados através de exames diagnósticos.

Nas formações médicas clássicas, os profissionais aprendem a realizar anamneses, conduzir as consultas, procedimentos cirúrgicos, o exercício das especialidades, entre outras habilidades, mas a prescrição das medicações parece ser a cartada final nos atendimentos, tratamentos e intervenções. É o que marca e assegura o êxito e a continuidade da consulta quando os médicos saem de cena e as pessoas assistidas voltam às suas casas. É também algo que se espera como um modo de garantir uma sensação de segurança, quando distantes da presença desse profissional, a depender da situação de adoecimento, ao mesmo tempo em que é uma forma de reafirmar a posição médica e assegurar o seu lugar social. O medicamento:

Está funcionando também para o médico, como símbolo da própria relação terapêutica, na qual esse médico deve estar sempre em posição de força diante do paciente, porque o medicamento, simbolizando saúde ou cura - ou, no mínimo, expectativa de cura -, permite que seja mantida - mesmo em situações de insegurança do médico - a relação terapêutica, cujo objetivo é justamente o promover a “cura”. (LEFÉVRE, 1983, p. 80).

Dessa maneira, estou de acordo com o que postula Rozemberg (1994) ao expressar que não se deve apontar tanto as condutas das pessoas medicadas quanto as condutas dos médicos e/ou prescritores de remédios como conduções desviantes/inadequadas de maneira simplista e reduzida. Até porque:

a educação dos médicos em relação aos quimioterápicos é concluída pelas indústrias farmacêuticas que tem a presença cada vez mais marcante nos cursos de formação médica. Considerando-se ainda o fato de que os psicotrópicos são apresentados aos médicos, e através deles à população, como “cura em si mesmos”, o que está de acordo com a ideia hegemônica nas sociedades de consumo, de que ter saúde é “consumir saúde”. (ROZEMBERG, 1994, p. 307).

A partir disso, na prática parece existir um hiato no que se refere às chamadas doenças “inespecíficas”, essas que ultrapassam as dores físicas e não são identificadas a “olhos nus”. Essas informações muitas vezes entram em desalinho, numa espécie de “telefone sem fio” entre pacientes e seus médicos, de modo que as palavras ditas pelos primeiros chegam modificadas ao destinatário e frequentemente a comunicação torna-se incompreensível para ambos. Conforme Maria Cecília Minayo e Helena Souza (1989) ao comunicar sobre seus quadros de saúde, as mulheres estão expressando as dores que estão além do físico e dizem dos traços das suas existências. Em expressões de vida manifestos nos corpos as mulheres procuram dizer:

“Nossa dor é a dor da nossa vida”. E do outro lado da cadeira, num diálogo de surdos, o clínico lhes pergunta: “Onde está localizada, em que órgão do seu corpo posso ler essa mensagem?” E muitas vezes, os calmantes psicotrópicos ou analgésicos, são as únicas respostas que ele aprendeu a dar as conhecidas “doenças inespecíficas”. (MINAYO; SOUZA, 1989, p. 92).

3.2 Medicalização e mulheres

Os movimentos de medicalização da vida das mulheres podem ser compreendidos a partir das mais diversas construções de saber. Denise Martin *et al.* (2010) observa que existem dois universos discursivos para o entendimento dos sofrimentos e adoecimentos: um modelo fisicalista, que se concentra na concepção biológica dos processos de vida e saúde das mulheres; e outro que pode ser chamado de sociológico e abarca as experiências, os cotidianos e as narrativas de vida das mulheres como principal fonte de conhecimento para a percepção do fenômeno.

Susan Sontag (1978) utiliza a ideia da doença como metáfora para mostrar como no decorrer dos tempos, algumas doenças e alguns modos de adoecer foram fabricados socialmente como espécies de punições e castigos às condutas dos grupos sociais considerados imorais ou inferiores, de forma que os critérios para as atribuições dos significados de cada uma dessas doenças expressavam os sintomas sócio-culturais de determinadas épocas. Ao dar sentidos as doenças, elas são nutridas de atributos morais e culturais e, ao nomeá-las, elas adquirem sentidos que denotam as concepções de um período histórico-social.

Em uma sociedade sustentada em lógica machista e patriarcal, que adota como modelo representativo do seu povo o homem-branco-heterossexual, o sentido atribuído as doenças é novamente posto na perspectiva de uma hierarquização de gênero, derivando em significações dos adoecimentos nas mulheres enquanto símbolos de desequilíbrio ou desajuste. Os

conceitos atribuídos as enfermidades consideradas como castigos, demonstra Susan Sontag (1978), a exemplo do câncer e da doença mental, colocam em análise como são construídas verdadeiras batalhas contra algumas patologias, de maneira que todo o processo que envolve o adoecimento, desde a negatização das palavras que nomeiam as doenças até a depreciação das suas formas de tratamento são observadas como punição.

A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todas prefiram somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde, cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão de outro país. (SONTAG, 1978, p. 10).

Posto sob uma ótica binária na qual estamos todos/as inseridos, novamente podemos indagar: as mulheres estão em uma posição mais distante ou mais próxima da clandestinidade? Ao longo das nossas vidas, passamos mais tempo como cidadãs do próprio país ou perdidas como emigrantes? Além disso, se há um universo de medicalização imposto, quais são as representações químicas utilizadas para a efetivação dessa lógica? Quais são, nesse sentido, os remédios destinados às mulheres?

Veremos as razões que colocam em evidência que as benzodiazepinas têm direções precisas às subjetividades e vivências das mulheres, especialmente refletiremos a partir das narrativas das mulheres dos campos, das florestas e das águas. De acordo com o que demonstra Denise Martin *et al.* (2012, p. 895) “os medicamentos psicotrópicos permitem enfrentar a realidade” e mais do que isso, “em face da imutabilidade de alguns problemas, o medicamento contribuiria tanto do ponto de vista de sua ação farmacológica quanto simbólica, para um cotidiano menos insuportável”.

Já que a ciência não descobriu uma fórmula para combater os sintomas do machismo, das mais variadas formas de violências contra as mulheres, enquanto as indústrias não investem na procura da cura para os efeitos causados pelo sexismo e pela divisão sexual do trabalho, tampouco se fala das dosagens necessárias para interromper o cerceamento de direitos e as opressões às mulheres negras primordialmente, as medicações benzodiazepínicas parecem funcionar como uma espécie de antídoto para enfrentar essas demandas.

Ainda assim, Sônia Maluf e Carmen Tornquist (2010) questionam até que ponto a medicalização - efetivada por meio de usos indiscriminados de medicamentos benzodiazepínicos - das subjetividades atravessadas por esses marcadores sociais não ocasionam a perda da capacidade de independência de vida das mulheres:

até que ponto indicariam novos regimes de subjetivação, sobretudo no sentido de assujeitamento a um conjunto de normas e valores sociais, estéticos e existenciais que passam a constituir esses sujeitos? (MALUF; TORNQUIST, 2010, p. 22).

Considerando a construção da historicidade patriarcal dos adoecimentos nas mulheres, os aspectos de raça-classe, a divisão sexual do trabalho e as violências físicas, sexuais e simbólicas como agentes de adoecimentos, nos interessar pensar na relação entre as medicações benzodiazepínicas e as mulheres, tendo em vista a predominância desse público no uso desses medicamentos. Segundo Lúcia Carvalho e Magda Dimenstein (2004, p. 122):

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública que atinge grandes dimensões. A literatura nacional e internacional é unânime em afirmar a posição de destaque das mulheres m relação a esses medicamentos, os quais estão entre as substâncias psicoativas mais consumidas do mundo.

3.2.1 Benzodiazepinas

Figura 1 - Tônico para a saúde da mulher



Fonte: www.propagandashistoricas.com.br

“Ela seria adorável...si não fosse doentia”, assim se apresenta o anúncio publicitário do tônico da saúde da mulher prescrito na década de 1940 (Figura 1). A propaganda serviu como questão de prova no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) de 2018¹¹ para indicar a persistência da ideia da existência de uma natureza e fragilidade feminina. A partir do consumo desse remédio, todas as mulheres poderiam alcançar a saúde perfeita, traduzida basicamente na capacidade de se tornar “adorável aos olhos masculinos”. A suposição de existência de uma natureza feminina coloca novamente as condições de saúde das mulheres em uma perspectiva absolutamente concreta e simplista, tão minimizadas em suas complexidades que são reduzidas ao consumo de um tônico como maneira de atingir tudo que as mulheres precisam: “beleza” e “encanto”, capazes de as tornarem adoráveis. Assim são construídas as alternativas de medicações “para as mulheres”.

O que isso tem em comum com as benzodiazepinas são os modos como essas composições químicas feitas para as mulheres foram se reatualizando e em várias oportunidades idealizadas sob uma lógica que entende o organismo e o funcionamento dos corpos das mulheres como “delicados”. De antemão, partimos do pressuposto que as medicações calmantes/tranquilizantes sejam atualmente encaradas por parte da comunidade médica e consumidas por muitas mulheres como substâncias capazes de propiciar o alcance do que se compreende como “saúde da mulher”. Portanto, para sustentar essa investigação, é necessário entender melhor o funcionamento dessas substâncias.

As medicações benzodiazepínicas têm como principal atribuição a ação direta no sistema nervoso central e a função de potente desacelerador emocional. Criadas na década de sessenta do século XX em substituição aos barbitúricos, classe de medicamentos conhecidos pelos efeitos colaterais e graus de dependência graves, essas medicações surgem com a promessa de inovação no campo dos psicotrópicos por ter fácil absorção e menos efeitos colaterais. Pertencentes à classe farmacêutica dos ansiolíticos, têm entre as substâncias mais conhecidas popularmente medicações como Valium (Diazepam), Lorax (Lorazepam), Lexotan (Bromazepam) e Rivotril (Clonazepam). Em sua primeira versão, na década de 1960, foi fabricado como “Valium” nos EUA e, mais tarde, essa medicação se popularizou como “Diazepam”.

¹¹ Disponível em:

http://download.inep.gov.br/educacao_basica/enem/provas/2018/1DIA_01_AZUL_BAIXA.pdf.

Acesso em: 07 nov. 2018.

A indicação geral é que as benzodiazepinas sejam utilizadas por períodos que não ultrapassem uma média de quatro meses de consumo, com possibilidades de renovação ou não da receita, de acordo com o quadro de saúde de cada pessoa. A utilização dos ansiolíticos por tempos e dosagens superiores ao indicado, além da dependência, pode causar resistência no organismo às substâncias presentes no remédio e abstinência após a suspensão do uso, em especial se a medicação for suspensa de maneira brusca, sem uma descontinuação gradativa.

Na bula do Diazepam¹², medicação mais popular entre essa classe de medicamentos, está expresso que o uso de benzodiazepínicos e similares pode levar ao desenvolvimento de dependência física ou psíquica. O risco de dependência aumenta com a dose e duração do tratamento. É maior também nos pacientes predispostos, com história de abuso de drogas ou álcool. No sentido de minimizar o risco de dependência, os benzodiazepínicos só devem ser prescritos após cuidadosa avaliação quanto à indicação e devem ser administrados por período o mais curto possível.

A continuação do tratamento, quando necessária, deve ser acompanhada bem de perto. A duração prolongada do tratamento só se justifica após avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios. Essas medicações são indicadas principalmente para quadros de ansiedade ou com associações diretas a esses casos e também prescritas em casos de convulsão, epilepsia e/ou dores extremas e não devem ser ingeridas em períodos de gestação e amamentação. Posto isso, observaremos como, desde o princípio da comercialização e da popularização desses medicamentos, alguns indícios sobre os seus funcionamentos já eram transmitidos.

Figura 2 - Solteira e Psiconeurótica – Valium/Diazepam

¹² Disponível em: www.bulas.med.br/p/bulas/4854/valium.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

A idealização das medicações como substâncias mágicas converge com a narrativa desse período. Esse discurso, que se reciclou, estabelece que as mulheres afastadas do destino habitualmente ofertado precisam de um remédio que ajude a lidar com a inadequação que isso pode representar, ou precisam suspender suas atividades por um tempo e se revigorar para que continuem cumprindo com excelência as suas funções.

Há uma internalização de valores estereotipados da figura feminina moderna como uma heroína, necessitando de gozar de tranquilidade e bom sono para atuar bem nos papéis diários. Essa imagem foi amplamente explorada em propagandas da indústria farmacêutica quanto ao uso de BDZ e ainda hoje

[illegible]

persiste no imaginário médico e popular. (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013, p. 1136).

Se por um lado, verificamos a referência a um padrão de feminilidade que aponta para os resultados das representações das mulheres “donas-de-casa”, “mulheres do lar”, “mães de família”, papéis que já pudemos notar que são experienciados de maneiras diferentes entre as mulheres, por outro lado, temos o investimento econômico em contenções químicas para problemas sociais que não são tratados em sua complexidade e ainda são transformados em objetos de consumo e lucro. Para Renata Guarido (2007, p. 159):

A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala dos medicamentos e crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX.

Os sofrimentos existenciais das mulheres, suas condições de subjetividade e saúde física e emocional são interseccionadas por raça, classe, território e cultura. É necessário considerar a multiplicidade dos aspectos de vulnerabilidade das populações em relação aos agravos e condições de saúde, tendo em vista as desigualdades nos índices de morbimortalidade e as possibilidades de acesso em se tratando em específico das mulheres negras. Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (2012, p. 210) demonstram que:

as desigualdades sociais e seus efeitos na saúde são percebidos e a tríade preconceito racial, condições de vida e saúde aparece como reflexo do racismo. Ele afeta o bem-estar das mulheres negras e acarreta sérios efeitos para a saúde da mente e do corpo.

Acrescenta-se ainda que “em um país com marcas profundas de desigualdades sociais como o Brasil, as articulações do racismo com as relações desiguais de gênero e socioeconômicas impactam no acesso a utilização dos bens e serviços de saúde” (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p. 275). Para as mulheres negras, essa combinação se desdobra de maneira ainda mais problemática nos processos de saúde e adoecimentos e, acima de tudo, se torna mais dificultosa no ponto de vista do acesso aos serviços que deem conta dessas condições. Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (2012, p. 275) reforçam

que “essas barreiras, muitas vezes geradas pelo racismo institucionalizado, impedem ou dificultam a utilização e o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde”.

A fragilização nos acessos e nas manutenções dos vínculos em saúde, abrem brechas para mais processos de medicalização indiscriminadas, uma vez que, o consumo dos remédios e consequentemente os usos prolongados e/ou abusos, marcam tentativas de uma saída imediata e eficaz para a resolução dos conflitos. Sobre a resolução, podemos refletir e questionar, considerando que estamos tratando de remédios tranquilizantes, que acalmam e desempenham a função de fazer adormecer, quais questões resolvem, ou melhor, quais questões descansam, calam ou amenizam as medicações benzodiazepínicas.

3.3 Máquina de louco: você pra mim é lucro

Baiana System canta nos versos de ‘Lucro (Descomprimindo)’:

Tire as construções da minha praia, não consigo respirar, as meninas de mini saia, não conseguem respirar, especulação imobiliária, e o petróleo em alto mar, subiu o prédio eu ouço vaia, eu faço figa pra essa vida tão sofrida terminar bem sucedida (...)lucro, máquina de louco, você pra mim é lucro, máquina de louco¹³.

Um canto de denúncia para expressar os desenhos do capitalismo nas cidades e suas repercussões nas vidas das pessoas, pela via do mercado imobiliário, das construções excessivas de imóveis nos territórios, da falta de ar pra respirar nos espaços e do desejo de cantar que a vida se torne mais tranquila, apesar de todos esses elementos.

A máquina de produzir loucos advém do ritmo acelerado dos sistemas de produção em nome do lucro, segundo os manifestos de Baiana System. A banda também indaga na mesma canção: “me diga você, me diga, o que é que sara a tua ferida”, questionando assim o que é que cura ou alivia as lesões causadas nas sociedades de consumo. Ocupando não somente os espaços físicos, mas os espaços de possibilidades para a subjetivação e cada vez mais escassas as estruturações de espaços físicos e simbólicos para os cuidados das demandas psicossociais, não somente a indústria imobiliária, como tantos outros equipamentos do sistema econômico em que vivemos, e aqui particularmente a indústria farmacêutica, trata de se apropriar e empregar os esforços necessários para lucrar com os sintomas sociais e psíquicos causados por elas mesmas.

¹³ Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/baianasystem/lucro-descomprimindo/>. Acesso em: 14 ago. 2020

Vale ressaltar que a indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa e desenvolvimento (AKKARI, 2016 apud BRASIL, 2019). Assim, se faz mais do que necessário compreender o funcionamento dessas indústrias no que compete às medicações psicotrópicas - calmantes e tranquilizantes -, bem como conhecer os dados e conjunturas sobre esses remédios no país, conscientes de que são poucas e inconsistentes as informações que temos disponíveis para essa reflexão.

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade divulgou em 2015 o documento “Nota Técnica - O Consumo de Psicofármacos no Brasil – Dados o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014)”. Entre as principais informações se destacam a indicação do Clonazepam, como o 13º medicamento - entre todas as classes de medicamentos farmacêuticos disponíveis para vendas - com o maior número de vendas no País em 2012, gerando uma movimentação de 113 milhões de reais. Em 2013, o Brasil aparece como o maior fabricante dessa mesma substância, antecedendo a Itália e a Suíça. Em termos de regiões do país, até 2014, o Sudeste representava o território com maior consumo dessa medicação, logo após vieram as regiões Sul e Nordeste. Os dados mostram que, proporcionalmente, entre capital e interior, não há uma predominância das capitais como representantes principais dos consumos de Clonazepam (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015).

Já em 2018, os brasileiros e brasileiras compraram mais de 56,6 milhões caixas de medicamentos ansiolíticos (MELLIS, 2019). Os números são do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados obtidos através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dizem respeito apenas aos medicamentos receitados para insônia e ansiedade que foram vendidos em farmácias privadas, ou seja, não incluem medicações fornecidas nas farmácias populares e nos serviços públicos de saúde. Alguns dados são apresentados a respeito dos números de vendas de medicamentos como Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam e Diazepam entre os anos de 2011 a 2018 e apontam 2015 como o ano de pico de consumo nesse período, com o registro de 76,2 milhões de caixas de ansiolíticos vendidas.

Nesse número, 37,9 milhões são de Clonazepam, medicação popularmente conhecida como Rivotril. Não há uma discriminação de gênero nos dados apresentados na matéria, apenas referência a um estudo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria em 2007, que aponta o as mulheres com um uso de 27% entre a população usuária dessas medicações.

A informação mais recente que foi encontrada a respeito da frequência de usos de benzodiazepinas no país consta em importante documento lançado em 2019 pelo Comitê

Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos através da publicação do “Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: Recomendações e Estratégias”. Nele, o Brasil se destaca como o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás apenas dos EUA e da Índia, e até o ano de 2019 aparece como o sexto maior produtor dessas substâncias (BRASIL, 2019). Fora isso, é comum encontrar contestação e crítica sobre a divulgação desses dados:

Ademais, a fragilidade do sistema de dados referentes à dispensação desse grupo de medicamentos implica na necessidade de maior protagonismo da Anvisa em tornar os dados transparentes e fiscalizar de forma ativa a produção, comercialização, dispensação e uso dessas substâncias em todos os serviços. (BRASIL, 2019, p. 15).

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade debate em suas pautas o quanto a fiscalização e divulgação das vendas e dispensação das substâncias psicotrópicas são insuficientes, confirmando a carência de pesquisas oficiais que demonstrem os panoramas de vendas e consumos dessas medicações. Aponta também que é de extrema importância que esses dados sejam conhecidos, e não termos conhecimento acerca desse fenômeno sugere o estímulo e conservação de práticas medicalizantes perversas.

O Fórum é um movimento social atual e combativo para elucidação dos processos de medicalização no País. Entre suas pautas, as principais manifestações têm sido a respeito dos processos de medicalização na educação, sobretudo de crianças com supostos transtornos de Transtorno do Déficit de Atenção de Hiperatividade (TDAH) e dislexia, e a massiva prescrição de “Ritalina”, “Concerta” e outros psicoestimulantes. Atinge crianças e jovens desmedidamente e é um cenário deveras problemático e imprescindível que seja refletido.

Em contrapartida, as discussões críticas sobre as dinâmicas de medicalização às mulheres apresentam fissuras e fendas que parecem urgentes que sejam debatidas. Ao apontar a necessidade de fazê-lo, não penso que quantificar em números seja o modo que legitimará esse fenômeno com a seriedade da compreensão que ele exige, muito embora considere esses dados relevantes para fundamentar e reivindicar as violências estruturantes que têm causado os usos e abusos de remédios tranquilizantes por mulheres. Nesse sentido, acredito no convite para nos debruçarmos cada dia mais nos estudos das relações entre benzodiazepinas e mulheres.

Quando escolhi escrever a respeito dessa questão no campo rural, não o fiz respaldada estritamente na quantificação em números de casos e medicamentos que se apresentam, mas sim apoiada nas interferências psíquicas, afetivas e sociais que essas vivências notadamente

expressam. Se faltam dados sobre os espaços urbanos, que em tese são mais próximos às realidades de consumo de substâncias químicas em geral, o que dizer da população rural, que carrega consigo uma concepção estereotipada, sustentada no imaginário social como espaços tranquilos e cercados pela natureza, com pessoas que resolvem seus problemas livres da dependência dos tranquilizantes -medicação considerada típica da vida corrida dos grandes centros urbanos.

A esse respeito, Daron (2010) lembra que o campo e a floresta não são lugares bucólicos ou de natureza em estado puro, são lugares construídos socialmente e com historicidade. Por isso, com o compromisso de desconstruir e problematizar esses estereótipos e alicerçada na valorização das narrativas das mulheres rurais, o fio condutor proposto aqui é contrário ao considerado hegemônico ao pensar os avanços médico-farmacêuticos simbolizados pelos remédios a partir das vivências dos territórios rurais e não meramente dos territórios urbanos.

3.4 Medicalização, territórios rurais e mulheres

Para Silva, Dimenstein e Leite (2013, p. 268):

As características dos espaços rurais hoje vão além de uma mera associação com a ideia de atraso, isolamento e oposição aos espaços urbanos. Nosso imaginário é povoado de tais representações, o que escamoteia a diversidade sociocultural de que são dotadas as zonas rurais de nosso país.

Apesar disso, permanece nos espaços rurais um histórico marcado por situações de vulnerabilidades nos campos econômicos, de educação e saúde. As pessoas que vivem nesses territórios encontram ainda muitas dificuldades de inserção efetiva ao sistema público, universal e integral em saúde. Dada as especificidades das localidades, entre as quais se destacam as distâncias e as dificuldades de acesso, o afastamento entre as moradias, a temporalidade presente em cada espaço, “os habitantes das zonas rurais têm sofrido com a ausência das políticas de saúde em seu cotidiano, especialmente se considerarmos a atenção primária e saúde mental” (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013, p. 269).

Esse é também um aspecto que pode contribuir para o limitado número de informações e materiais a respeito dos processos de medicalização nos territórios rurais. Rozemberg (1994), em pesquisa realizada com lavradores em relações de usos de psicotrópicos nas localidades rurais da região serrana do Espírito Santo, já apontava para a carência de estudos sobre a temática. No período, enfatizou que “não são muitos os estudos no

Brasil sobre a frequência e natureza das queixas de saúde popularmente compreendidas na categoria ‘problemas de nervos’ e chama atenção especialmente para “a escassez de estudos trazendo dados sobre a questão do ‘nervoso’ em populações rurais, e ainda, a inexistência de dados sistemáticos sobre a frequência do consumo de drogas psicotrópicas nessas populações” (ROZEMBERG, 1994, p. 300).

Apesar do entendimento de que foram poucas as mudanças significativas em relação à disposição de dados sobre a temática nos últimos anos, é possível notar similaridades nos modos de relação com as medicações nos contextos rurais. O estudo aponta que entre o público pesquisado, 88% dos casos referem usos de medicações psicotrópicas como modos de lidar com os problemas de nervos, de maneira que a amostra é composta por 59% de mulheres.

Como fatores desencadeadores para os problemas referidos, o trabalho - em sobrecarga na maioria dos casos - aparece como marcador principal, apresentado como uma “impossibilidade de dar conta do trabalho excessivo” (ROZEMBERG, 1994, p. 302). Além disso, as formas de acesso as receitas e medicações apresentam peculiaridades:

Quanto a forma de obtenção de receitas, a inexistência de psiquiatras e neurologistas no município gerou a seguinte situação: o indivíduo vai ao especialista em outro município e obtém a receita de um psicotrópico. Daí por diante passa a renovar esta receita com os médicos que atendem nas comunidades, nos postos de saúde e sindicatos rurais. (ROZEMBERG, 1994, p. 304).

Em estudo mais atual, Juliana Viana e Lia Hasenclever (2018) estabelecem que na zona rural onde realizaram pesquisa, no primeiro momento as medicações são prescritas pelo médico da unidade básica de saúde local e a continuidade é feita com a renovação das receitas sem a necessidade de retorno às consultas. O estudo feito a partir da observação do consumo de ansiolíticos em localidade rural demonstra uma deficiência dos serviços de saúde oferecidos à população, supervalorização dos diagnósticos e de uma terapêutica farmacológica. Indica também a falta de implicação médica nos usos prolongados desses medicamentos, demonstrando que esse fenômeno não parece ser compreendido como um problema de saúde pública.

As autoras colocam que a supervalorização dos calmantes como maneira de neutralizar os problemas que se apresentam no contexto rural tem relação com a expansão do capitalismo, que interfere e desponta em novas divisões de trabalho e divisões dos espaços geográficos. As indústrias farmacêuticas, por sua vez, em suas expansões alcançam os

ambientes rurais, até mesmo porque os serviços de saúde são compostos por profissionais que sofrem interferências diretas como público-alvo do campo farmacêutico (VIANA; HASENCLEVER, 2018).

Na pesquisa de Juliana Viana e Lia Hasenclever (2018), que contou com 12 pessoas, entre as quais apenas 1 era do sexo masculino, todas apresentaram algum nível de dependência física ou emocional aos remédios, apontando um tempo médio de uso de 5 anos e um tempo máximo de 12 anos. Depressão, estresse e ansiedade foram as causas principais apontadas para o consumo das medicações, apenas o homem entrevistado justificou o uso de ansiolítico motivado por insônia. Clonazepam é a medicação de predominância entre as pessoas dessa comunidade, que ainda segundo as pesquisadoras, parece ter pouca ou nenhuma opção não farmacológica na oferta de cuidados disponíveis, o que confirma a teoria da ocorrência de processos acentuados de abusos de tranquilizantes em territórios rurais, nos quais as mulheres aparecem como protagonistas nos consumos.

É notória a ausência de registros desse fenômeno no Nordeste e mais precisamente na Bahia. Lúcia de Fátima Carvalho e Magda Dimenstein (2003, 2004); Maurício Cirilo da Costa Neto e Magda Dimenstein (2017) trazem discussões a respeito dos conteúdos aqui destacados: mulheres, zonas rurais, saúde mental, condições de trabalho e serviços de saúde no nordeste brasileiro. Eles confirmam em seus estudos que se aproximam da investigação sobre as relações de usos/abusos de medicações por parte das mulheres, o uso de medicações psicotrópicas como procedimento incorporado pelos profissionais de saúde e pelas mulheres do campo, das florestas e águas, marcando que isso acontece precisamente por conta dos determinantes sociais e as iniquidades em saúde que marcam as vidas nos campos.

As populações rurais sofrem historicamente efeitos do modelo socioeconômico pautado no latifúndio e exploração do trabalhador. Esse modelo está associado à produção de situações de vulnerabilidade psicossocial e ambiental que impactam negativamente na saúde mental. No meio rural há, portanto, certos condicionantes que são decisivos no processo saúde-doença e que devem ser considerados na produção da atenção. (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017, p. 1653).

Não é possível dar conta das questões de saúde mental, confiscadas constantemente pelas medicações sem compreender os territórios como centralidade para saúde-doença no ambiente rural.

Compreende-se o processo saúde-doença-cuidado das populações e indivíduos em sua multideterminação, inserido em contexto sociocultural,

influenciado por uma complexa interação entre elementos que variam desde níveis micro até níveis macro. Nessa perspectiva, a categoria território emerge como noção basilar para pensar o cuidado psicossocial. (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017, p. 1657).

Desse modo, os usos de medicamento aparecem como produto da carência da territorialização dos cuidados. Os usos irracionais de remédios podem ser pensados como frutos de sementes plantadas sem os substratos necessários para florescerem modos de vida e saúde tratados a partir dessa conjuntura. Dispor dos substratos básicos significa lançar mão de práticas de cuidados psicossociais, com a ampliação do conceito de saúde, incluindo a consideração do chão que cada pessoa que vive nesses territórios pisa, as condições climáticas e de saneamento básico, as sobrecargas e invisibilidade dos trabalhos, os costumes particulares à cada espaço.

No caso das mulheres, não há como desconsiderar esses aspectos em consonância com o machismo estrutural enraizado e às situações de violência que advém dessa construção, dos usos e dos abusos de álcool, componente químico facilitador e autorizador das violências cometidas pelos homens nesses espaços, das lonjuras das casas em relações aos serviços de segurança pública e as dificuldades da incorporação e dos reconhecimentos das situações de abuso como esses. Nesse sentido, Lucia Carvalho e Magda Dimenstein (2004, p. 127-128) atestam que:

O medicamento ansiolítico pode ser considerado um mecanismo ideológico, na medida em que oculta os aspectos sociais do processo saúde/doença dessas mulheres, o que torna seu uso justificado, perpetuado e concebido como natural, além de servir aos interesses econômicos da sociedade capitalista.

4 MULHERES RURAIS: ENTRE A LUTA E O SONO

“Então eu canto alto agudo uma melodia sincopada e estridente – é a minha própria dor, eu que carrego o mundo e há falta de felicidade. Felicidade? Nunca vi palavra mais doida, inventada pelas nordestinas que andam por aí aos montes”. (Clarice Lispector – A Hora da Estrela).

4.1 Percursos entre as flores

Um dos meus primeiros encontros com as mulheres nos territórios rurais foi marcado por um episódio muito significativo na minha trajetória profissional nesse campo. Até esse período, não havia atentado para a escuta das relações com as medicações tranquilizantes com profundidade. Certa vez, em uma escola-creche de um povoado localizado na região da Chapada Diamantina/BA, Margarida¹⁴, professora desse espaço, onde foram realizados os atendimentos¹⁵, narrou um pouco da sua história em nossa conversa como colegas, “não da mesma área”, ela me disse, mas enquanto “alguém que também cuida de outras mulheres”.

Margarida me conta do que tem sentido há um tempo e tem a deixado intrigada. Acredita que nós, profissionais que viemos da capital e supostamente temos uma formação mais estruturada talvez possamos responder a sua questão:

Tem tempo que eu sinto essa depressão e essa tristeza, nem mesmo sei de onde veio, a gente cuida de tanta gente, se preocupa com aluno, com filho, com casa, com marido e a gente nada. Não sinto vontade de comer e nem de tomar banho direito. Queria saber se é normal não sentir vontade de fazer nada e dormir o dia todo aos domingos, único dia que posso. Não sei se deveria procurar um clínico geral, queria saber se isso é normal. Queria saber se não existe um remédio que a gente possa tomar para isso passar.

O que Margarida está declarando se sobrepõe as explicações que poderiam vir pela via intelectualidade urbana ou de uma suposta formação mais estruturada, porque já está dito por ela, que discrimina todos os elementos responsáveis para que ela se sinta triste, desmotivada e descuidada. Ela sabe dos cuidados que oferta a todos e ressalta que não tem tempo para realizar isso para si, tampouco recebe dos outros esses cuidados. O que Margarida parece procurar é apenas uma autorização científica, vinda da capital, para validar o sofrimento causado pelo fardo que ela já sabe que carrega. Vejamos, ela não comunica insônia, agitação

¹⁴ Recebem nomes fictícios de flores todas as mulheres aqui citadas visando a preservação da identidade, do sigilo e da integridade. É também esse o modo de homenagear e expressar o histórico de lutas dos movimentos sociais, das resistências e das potências das mulheres dos campos, das florestas e das águas representada pelas Margaridas em suas Marchas.

¹⁵ Explico melhor a este respeito logo em seguida, na seção “Percursos nos Campos”.

ou ansiedade, não reivindica dormir, isso ela já faz no único tempo que tem livre. Ela deseja alguma medicação, qualquer que seja, que passe o sentimento de descontentamento que sente.

Por vezes, provoca estranhamento que experiências de opressão que se tornaram corriqueiras entre as mulheres causem insatisfação, parece um problema de saúde - mental - sentir cansaço ou tristeza por um percurso de vida sobrecarregado do ponto de vista do trabalho e dos afetos, algo que deveríamos receber com naturalidade. Por esta razão, muitas vezes não se identificam de onde vêm os sentimentos causados pelas sobrecargas físico-emocionais, enfrentamos bloqueios para expressar as causas dos problemas e para nomeá-los, de forma que chegamos a acreditar que há de existir um remédio para curar.

Em “A Hora da Estrela”, Macábea, nordestina do “sertão de Alagoas, lá onde o diabo perdera as botas” (LISPECTOR, 1998, p. 35) foi morar no Rio de Janeiro, sozinha no mundo, sem pai e mãe, sem Deus, sem anjo da guarda, sem nada - assim ela se dizia. Não tinha quem a cuidasse e não sabia o que era isso. Macábea gostava de ver o tempo passar e gostava também do vazio, de não pensar em nada. Sentia-se bem assim, porque não precisava pensar na fome, na morte dos pais, nem que era “moça virgem e sem marido”.

Macábea achava que era bom viver, fazia questão de sentir-se alegre porque pensava que ser feliz era uma obrigação, não sabia como, pois não tinha as referências para isso, mas cumpria mesmo assim, visto que “mesmo tristeza também era coisa de rico, era para quem podia, para quem não tinha o que fazer. Tristeza era luxo” (LISPECTOR, 1998, p. 65). Não sabia como ser feliz e não se permitia a tristeza. Sentia, portanto, uma dor desconhecida, sem saber de que, nem por quê. Não sabia explicar o que sentia, apenas tentava eliminar com remédio. Uma amiga lhe perguntou certa vez:

- Por que é que você me pede tanta aspirina? Não estou reclamando, embora isso custe dinheiro.
- É para eu não me doer.
- Como é que é? Hein? Você se dói?
- Eu me dôo o tempo todo.
- Aonde?
- Dentro, não sei explicar. (LISPECTOR, 1998, p. 66).

Margarida e Macábea procuram por um remédio para acalmar um incômodo não situado, que não se sabe ao certo de onde vem. Aspirina ou qualquer outro remédio que elimine a dor, desde que pare, desde que controle. Qualquer remédio parece servir como antídoto para as dores de uma vida, sobretudo se representam produtos legitimamente médico-científicos. A valorização da ciência e atribuição de progresso aos recursos vindos dos centros

urbanos, explicita o distanciamento entre o estimado saber científico urbano industrial masculino, considerado superior em relação aos saberes e práticas populares e tradicionais, que existem para além dos avanços ditos científicos.

Contudo, os saberes das mulheres dos campos, das florestas e das águas sobre as próprias condições de vida, saúde e adoecimentos, os saberes sobre si e sobre os outros, os saberes que sustentam as construções dos fazeres nas terras, nas casas e nos comércios são conhecimentos que não só se aproximam da ciência, mas são partes estruturantes dela, não considerar essa perspectiva certamente é um equívoco cultivado no imaginário social que precisamos refletir e desconstruir:

As mulheres do campo, da floresta e das águas têm sua vida fortemente marcada pelas características dos lugares onde vivem. Estas mulheres têm um jeito próprio de cuidar da vida e da saúde, que se expressa nas práticas populares de cuidado que desenvolvem articuladas com a luta por uma saúde pública e universal, que repercute no modo de viver no campo, na floresta e nas águas. Refletir sobre a situação de saúde dessas mulheres é um desafio, pois os dados oficiais da saúde não são desagregados pelo local de moradia ou espaços de trabalho. A saúde dessas mulheres está diretamente relacionada às condições de vida e trabalho, que têm produzido riscos, adoecimentos e agravos à sua saúde, seja pela contaminação por agrotóxicos e outros agentes químicos, seja pela frequente exposição ao sol sem proteção, assim como os acidentes de trabalho, suas longas jornadas de trabalho, seja no campo, no extrativismo, na pesca, na mariscagem, como no ambiente doméstico, configurando a dupla/tripla jornada. (BRASIL, 2015, p. 7-8).

Sendo assim, só é possível falarmos das singularidades e das sutilezas nas condições psíquicas, físicas e materiais das mulheres do campo, das florestas e das águas a partir da pluralidade de olhares, considerando as ações instituídas no campo individual e no coletivo, suas práticas inseridas nos movimentos sociais e fora deles, as posições de tensionamentos e questionamentos do Estado, as reivindicações por remédios que tratem dos efeitos que experimentam esses corpos políticos inseridos no campo. As mulheres das zonas rurais experimentam uma maneira de trabalho que particularizam ainda mais suas condições de vida, em que pese o caráter de complementariedade e/ou auxílio atribuído às tarefas. Ao mesmo tempo em que é desvalorizado, na prática, o trabalho das mulheres é caracterizado pelas suas diversas funções, cuidam da casa, dos filhos e das terras, seja na lavoura, na criação de animais ou na capinação, trabalham na cidade, dão aulas na escola, cuidam das casas e dos filhos dos patrões. Apesar da tripla (ou quádrupla, quádrupla...) jornada, o trabalho é tido como uma ajuda no meio rural, sem valor para os que estão ao redor e com baixa

remuneração, tendo em vista que os serviços dos homens trabalhadores rurais é que são os considerados legítimos. Delma Pessanha Neves e Leonilde Servolo de Medeiros (2013, p. 20) declaram que:

Não abandonando as atividades domésticas, mas acrescentando mais trabalho para produzir e comercializar alguns dos produtos agrícolas, agroindustriais ou artesanais, além de, em diversos casos aqui considerados, atuarem como militantes políticas, elas, por consequência, fundamentam a luta por construção de autonomia e mobilidade na ampliação da jornada ou intensificação das atividades produtivas.

Assim, pude observar no período em que estive presente em alguns territórios, os desdobramentos entre o político e privado, e ouvi as narrativas que contam sobre as lutas e o sono, sobre trajetórias que versam a respeito de experiências de vida potentes e também constituídas a partir de fardos, violências e incômodos. É importante explicitar que não se anula a perda de vontade de realizar atividades básicas como comer e tomar banho enquanto traços que podem constituir sintomas de quadros depressivos, não há a intenção de confundir diagnósticos, mas de promover uma reflexão a respeito das motivações e desejos dos usos de medicações calmantes. Já que são situações referidas como sofrimentos e consternação porque encontramos contextos marcados por mulheres sonolentas e esmorecidas? Refletiremos a esse respeito, contando sobre os percursos que levaram aos encontros com as histórias e narrativas que fundamentam essa dissertação.

4.2 Percursos nos campos

4.2.1 Inserção nos campos

Exercer a Psicologia Social e realizar o trabalho com atendimentos voltados às mulheres era um desejo que cultivei desde a formação em Psicologia. Com a formação pautada nos estudos de gênero, sexualidades, vulnerabilidades e uso/abuso de drogas como principais temáticas de investigação e prática de estágio/atuação, em menos de um ano de formada, em 2017, fui convidada a trabalhar na Secretaria de Políticas para as Mulheres da Bahia (SPM/BA). Como descrito anteriormente, esse trabalho referia-se à execução de atendimentos nas Unidades Móveis de Atendimento às mulheres do campo, das florestas e das águas que se encontravam em situações de violências, projeto implantado e mantido por essa Secretaria.

As Unidades Móveis, fruto das reivindicações da Marcha das Margaridas ocorrida em 2011, foram instaladas no País em 2013, de modo que 54 Unidades foram distribuídas ao logo

da implantação desse serviço. Em março de 2014, as Unidades Móveis foram instaladas na Bahia, como resultado da parceria entre Governo Federal e Governo da Bahia, por meio do programa “Mulher Viver sem Violência”. As Unidades Móveis integravam as ações do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que prevê, através da articulação entre os governos Federais, Estaduais e Municipais, o planejamento de ações de enfrentamento em todo o território nacional.

Os Municípios que assinam o Pacto se comprometem com o cumprimento dos eixos estruturantes dessa Política, os quais se destacam: garantia e aplicação da Lei Maria da Penha, ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência, garantia de segurança cidadã e acesso à justiça, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres, garantia de autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação dos seus direitos. Sendo assim, os municípios que adotam essas medidas, devem estendê-las aos distritos e territórios rurais pertencentes às localidades. Essas foram as primeiras e principais informações que recebi ao me incorporar enquanto psicóloga desse serviço, ainda na ocasião da capacitação que todas as profissionais que participam das equipes participam. A partir desse entendimento, passamos a conhecer as ações efetivas nos campos de atuação.

Em primeiro lugar, importa situar os espaços físicos nos quais essas ações acontecem. As Unidades Móveis são ônibus adaptados e equipados com salas de atendimentos e oferecem serviços de acolhimento, apoio psicológico, atendimento jurídico e social às mulheres por meio de uma equipe multidisciplinar composta majoritariamente por mulheres: psicóloga, advogada, assistente social, acolhedora e mobilizadora¹⁶ capacitadas para a escuta das demandas das mulheres em situações de vulnerabilidades e violências.

Os dispositivos móveis circulavam - a equipe se deslocava para os territórios também nesse veículo - pelas áreas mais remotas e afastadas dos centros urbanos, possibilitando os acessos das mulheres que vivem nessas regiões aos serviços da rede de atendimento às mulheres em situações de violências, com a prestação de orientações ofertadas de maneira assertiva e humanizada.

Em se tratando desse serviço no Estado da Bahia, do qual fiz parte como psicóloga no ano de 2017/2018, duas unidades móveis estavam disponíveis para atender aos 417 municípios que integram o Estado. De 2014 a 2018, mais de 1.300 mulheres foram atendidas

¹⁶ O trabalho realizado por essa profissional consiste nas visitas prévias às localidades que as Unidades Móveis de Atendimento se deslocarão para mobilizar e conhecer os serviços e políticas de atendimentos locais, as lideranças, os modos de acesso, as características e particularidades de cada território.

e outras 14.300 beneficiadas. Contando ainda com 1.919 agentes capacitados, 64 territórios de identidade visitados, 160 municípios e 384 comunidades. Em 2018, foram visitados 25 municípios de 13 territórios de identidade: Abaíra, Araci, Andaraí, Bonito, Cachoeira, Candeias, Canavieiras, Capela do Alto Alegre, Capim Grosso, Castro Alves, Cruz das Almas, Feira de Santana, Ibotirama, Jacobina, Laje, Luiz Eduardo Magalhães, Mucugê, Nazaré das Farinhas, Riachão do Jacuípe, Santo Amaro, Santa Maria da Vitória, Serra Preta, Serrinha, Teolândia e Valença (BAHIA, 2020).

Ainda na capacitação, aprendendo sobre o funcionamento do dispositivo de trabalho, ficou explicitado que as ações consistiam em três etapas principais: oficina com a rede de atendimento local que dos espaços visitados, ações nas comunidades e os encaminhamentos dos casos para os equipamentos da rede regional, conforme cada demanda. Uma das principais diretrizes que envolvem esse trabalho diz respeito ao caráter de responsabilização nos processos de enfrentamento às demandas das mulheres rurais que recebem os serviços. Isso significa dizer que dispositivos de saúde, assistência social, segurança pública e justiça são conjuntamente convidados às oficinas e encaminhamentos realizados nas localidades percorridas pelas Unidades Móveis de Atendimento.

Desse modo, as oficinas consistiam basicamente na apresentação dos atores envolvidos nos processos de atendimentos, antes de acontecerem, para explicar do que se tratavam as ações, desde a sua origem/história até a descrição dos serviços ofertados. Além disso, um dos principais compromissos dizia respeito ao momento de diálogo que acontecia entre Estado, município e localidades rurais, a fim de convidar todas e todos profissionais dos serviços acima citados a refletirem sobre as questões das violências contra as mulheres, suas situações de saúde e doença e pensar o quanto as nossas práticas podem funcionar como elementos facilitadores ou agravantes nesses cenários.

Para tanto, seguíamos as Normas Técnicas do Centros de Referência de Atendimentos às Mulheres (CRAM) em situação de violência, que orienta sobre a necessidade de atendimentos psicossociais e jurídicos, além de atividades preventivas, qualificação dos profissionais e articulação das redes de atendimento. Fazíamos isso - psicóloga, advogada, assistente social e acolhedora - destacando os pilares que sustentam tanto os encontros com as equipes, tanto os encontros com as mulheres que encontramos nos atendimentos (BRASIL, 2006b). São eles a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a) com seus tipos de violências e suas

aplicabilidades, a Lei do Feminicídio (BRASIL, 2015), os ciclos das violências¹⁷ e suas formas de identificação e proteção, a importância do sigilo e do compromisso ético no tratamento desses casos, entre outras informações.

Nesses encontros também trocávamos informações sobre a disponibilidade e as possibilidades concretas que as Redes de Atendimento tinham para lidar com essas questões e avaliávamos se existiam e quais seriam os serviços que poderiam se juntar nas ações realizadas nos territórios, além de definir representantes para encaminhamentos/acompanhamentos das situações que por ventura surgissem. Somado a isso, como representantes do dispositivo no Estado, também apresentamos a rede de apoio Estadual. No ano de atuação, a Bahia contava com 15 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), sendo duas na capital do Estado, 31 CRAMs, além das Casas Abrigo.

Os critérios para a escolha dos locais que iríamos variavam desde localidades rurais que apresentavam altos índices de violências contra as mulheres, até municípios que solicitavam ao Estado que o serviço fosse até as suas zonas rurais. Definidas as localidades pela Secretária de Políticas para as Mulheres, viajamos com um cronograma definido (os tempos de viagem dependiam da quantidade de locais que seriam atendidos) situando locais e horários em que se realizavam as oficinas, os atendimentos e as reuniões de encaminhamentos após as visitas. Mais uma vez, todos esses deslocamentos eram feitos nas Unidades Móveis, antes de irmos aos distritos, comunidades rurais ou quilombos, os motoristas faziam o trajeto pra se certificar sobre os acessos a esses locais, também ficava definido onde se estacionaria a Unidade, priorizando um espaço em que fosse possível um acesso para o maior número de mulheres da região, assim como a garantia da proteção e integração de todas as participantes.

Assim sendo, todas as vezes que chegávamos a uma região, realizávamos a familiarização com o local, acomodando a Unidade de Atendimento, dispondo de cadeiras na frente do serviço, nos apresentando, dialogando com as mulheres que se aproximavam, bem como com os profissionais e/ou pessoas interessadas em debater a questão, com os cuidados necessários e possíveis em cada ocasião. Assim, realizávamos o que chamamos de “Rodas de Conversa” nos lugares escolhidos e possíveis para que acontecessem com o máximo de segurança e confiança. Em frente a creche ou a Unidade Básica de Saúde, na quadra de esportes ou próximo a casa de um/a Agente Comunitário de Saúde, ou qualquer outro lugar

¹⁷ Classificação dada para o ciclo que comumente se repete em situações de violência doméstica e familiar. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html> Acesso em: 22 set. 2020.

indicado pelas pessoas da localidade como espaços de acessos mais fáceis e mais confortáveis para as mulheres.

Organizadas em círculos, com cadeiras colocadas próximas ao dispositivo móvel, iniciamos as “Rodas de Conversa” com a apresentação da equipe, de acordo com a dinâmica do local, as mulheres também se apresentavam e, dava-se início aos diálogos e trocas de experiências e informações. Temas como os Ciclos da Violência e Lei Maria da Penha, assim como a apresentação dos modos de proteção/acolhimento e a oportunização de um espaço de abertura para diálogos e exposição do que pensavam as mulheres sobre os temas e o que esperavam do serviço ali ofertado.

Esses momentos propiciaram trocas e aprendizados valiosos sobre direitos e saúdes entre mulheres, causavam efeitos em diferentes níveis, em todas nós mulheres ali presentes, de modo que foi possível notar sensações de conforto na possibilidade de apoio por outras mulheres da própria comunidade e/ou por serviços que demonstram algum interesse pelas histórias apresentadas. Há também um processo de identificação e reconhecimento nos exemplos que são citados ao tratar dos temas. Além disso, esse efeito se estende a Rede de Atendimento que dará continuidade a muitas dessas ações, quando entramos em contato com uma equipe comprometida e interessada.

Os panfletos e materiais informativos sobre os temas tratados, lista de serviços, centros de referência e contatos que levamos às localidades e distribuímos entre as mulheres, adolescentes, profissionais de saúde e lideranças eram importantes instrumentos elucidativos e possíveis materiais de apoio para garantir alguma continuidade no contato após as passagens dos serviços pelas localidades.

Depois disso, informamos sobre o tempo e sobre os atendimentos que seriam disponibilizamos. Todas as mulheres que após a realização dessa reunião, desejassem qualquer um dos atendimentos – psicossocial e/ou jurídico –, passavam por uma triagem com a acolhedora – geralmente uma assistente social –, visto que as “Rodas de Conversa” suscitavam alguns sentimentos e dúvidas, além de ser importante fazer um primeiro contato e encaminhar de acordo com o pedido de cada uma.

Desse modo, a acolhedora faz o encaminhamento para as profissionais, de acordo com cada especificidade. Os atendimentos se diferenciam, às vezes o acolhimento é o suficiente para tirar dúvidas e trocar informações, ou porque o caso apresentado não se aplica às demandas que a Unidade pode atender. Em outros momentos, existem casos que se aplicam a todas as especialidades oferecidas no dispositivo, muitos casos se encerram e são resolvidos no dia da ação, outros precisam ser acompanhados por uma rede específica e local, ou

encaminhados para serviços que só o Estado pode dar conta, a exemplo de casos urgentes de violência, que as mulheres necessitam e desejam ir para casas-abrigo.

Os atendimentos psicossociais consistem na oferta de escuta psicológica às mulheres, acolhimentos das demandas expressas e preenchimento de fichas de cadastrais com dados sócio-demográficos e fichas de atendimento constando o histórico de questões básicas da vida e das violências (quando fosse o caso e era na maioria dos casos atendidos) das mulheres. Além disso, os atendimentos eram compartilhados com a assistente social para que as demandas referentes a assistência, auxílio e direitos fossem tratadas. Nos atendimentos também construíamos com as mulheres que estivessem em situação de violência doméstica e familiar as possibilidades de cuidados, proteção e denúncia, articuladas com o serviço jurídico. O tempo de cada um desses encontros dependia e se moldava também de acordo com a dinâmica e particularidade de território e da pessoa atendida e do tempo disponível em cada localidade visitada.

Encerradas as atividades na região, realizava-se novamente uma reunião com os órgãos municipais para referenciar e discutir sobre as situações de cada localidade. Isso acontecia se esse município dispusesse de uma rede mínima para isso e se esses territórios forem próximos e vinculados a algum município. Importa lembrar que esse é o modo de operação desse dispositivo no Estado da Bahia, composto por 417 municípios e aqui estou me referindo a um período específico de cinco meses de viagens em atendimentos.

As informações descritivas sobre o serviço são fundamentais para elucidar do que se trata o percurso, mas são insuficientes para exprimir a minha inserção nesse campo a partir da experiência subjetiva nos encontros nesses ambientes. Inicialmente, importa demarcar o meu lugar/corpo enquanto mulher, branca, urbana, de classe média inserido nesses espaços. Em relação a formação profissional também reafirmo o quanto foram significantes os desafios e as transformações que estive em contato, tendo em vista uma formação ainda muito voltada para Psicologia Clínica e com traços positivistas e elitistas.

As viagens realizadas, cada canto que pude conhecer, as locomoções e os mais diferentes formatos de encontros e atendimentos me fizeram desmistificar e desromantizar muitas crenças pessoais e profissionais. Pude aprender, a partir desses encontros, que a minha subjetividade e o meu corpo são territorializados e racializados por marcadores brancos e urbanos e com visões intrinsecamente ligadas a esses elementos. Racializar e compreender meu corpo branco enquanto raça nos territórios em que estive inserida é desfazer a concepção desse corpo enquanto um corpo neutro, que não promove muitas repercussões porque historicamente foi considerado o corpo universal e neutro.

Além disso, passado o tempo de experiência nesse trabalho, pude notar a minha implicação enquanto sujeita de pesquisa e que esses fatores são elementos estruturantes e também frutos nessa dissertação.

4.2.2 Os campos

O período de viagens que será retratado nessa pesquisa diz respeito aos meses de abril até setembro do ano de 2017, tendo em vista que esses cinco meses foram os meses que ocorreram mais viagens consecutivas no serviço no tempo em que estive enquanto profissional. Depois disso, outras viagens aconteceram de maneiras pontuais, tendo em vista a fragilidade no fomento das Políticas Públicas que foram se desenvolvendo nesse período no país, especialmente em se tratando de políticas para mulheres. Apesar disso, o serviço continua realizando atividades no estado da Bahia, enquanto infelizmente foi instinto em vários outros estados.

Desse modo, durante esse momento - abril a setembro - em datas espaçadas nos meses, 09 municípios e 28 localidades rurais foram visitadas. Dentre esses territórios, vinte e seis atendimentos constam registrados formalmente nos diários de campo¹⁸. Isto porque, nem todos os atendimentos realizados puderam ser registrados nos diários, por razões que variam entre as limitações dos tempos de trabalho até a preservação do sigilo dos casos muito graves e/ou com demandas muito específicas, em especial casos de violências que correm na Justiça e passaram por encaminhamentos jurídicos na Unidade Móvel de Atendimento. Os casos atendidos conjuntamente - psicóloga e assistente social - que tiveram demandas ligadas a especificidades da assistência social também não constarão aqui. Nesse sentido, apenas os atendimentos registrados em diário constam nesse estudo.

Dezesseis mulheres entre as vinte e seis escutadas estavam em situação de violência vigente, no período de ocorrência do atendimento e/ou em período próximo a passagem da Unidade Móvel no território.

4.3 Percursos metodológicos

4.3.1 Diários dos campos

Escrever sobre o percurso metodológico nessa pesquisa é, sobretudo um processo de reencontro com a experiência. Nas primeiras viagens e nos primeiros atendimentos que fiz

¹⁸ Na seção “Percursos Metodológicos” a utilização dos diários de campo é explicitada com maiores detalhes.

tive a convicção que precisava registrar as escutas, as impressões sensoriais e visuais para nunca perdê-las de vista, antes mesmo da pesquisa ser um objetivo concreto. Desse modo, desde o início desse trabalho, o preenchimento do diário de campo como registro pessoal foi adotado como conduta, considerando também que os atendimentos tinham caráter extraordinário, envolviam situações de violências e o preenchimento de fichas e relatórios psicossociais a respeito desses quadros, além dos tempos de espera das mulheres que desejavam o serviço e outras interferências.

Anotava, quando chegava nos territórios, após as rodas de conversas, caso tivesse tempo, as impressões, as sensações, os horários, a particularidade de cada dia. A partir de uma dinâmica particular e diversificada, realizava os registros dos atendimentos como procedimento habitual em Psicologia, mas também de maneira característica nos diários de campo, após as consultas, quando possível. Ou no caminho de retorno, nas unidades móveis, no caminho para a próxima localidade, no caminho de volta para casa.

Isso porque, os encontros com as mulheres que viviam em relações com algumas medicações já se apresentava como uma questão e o registro nos diários se relacionava com a possibilidade de estudo e busca de particularidades e ligações que explicassem a dinâmica de entrada e consumo dessas medicações nesses espaços, além de ser um modo de inscrever e memoriar essas questões para a discussão com outros profissionais e para a pesquisa que se realizaria mais a frente. Essa estratégia possibilitou encontrar alguns pontos de fissura a respeito dos processos e fazer associações que não eram possíveis nos atendimentos em razão de alguns obstáculos próprios ao ritmo do trabalho no dispositivo.

Como já foi mencionado, os atendimentos realizados exigiam o preenchimento de uma ficha de atendimento densa. Essas são ferramentas fundamentais para recolher, quantificar e avaliar informações para denúncias, para o combate às violências contra as mulheres e para o fomento de ações e políticas em saúde, mas ao responder as questões que constam nesses formulários, as mulheres entravam em contato e reviviam muitas experiências. É uma ocasião em que as memórias estão vívidas e muitas situações são rememoradas.

Por isso, o propósito maior nesse momento era oferecer um ambiente que possibilitasse algum conforto, que promovesse algum deslocamento e fortalecimento nas falas das mulheres e as afastassem das culpas; no ato, naquele único momento de escuta. As anotações para, além disso, não eram a prioridade nessa ocasião. Posteriormente, o fazia. A estrutura desses registros não seguia um roteiro específico, de maneira que as falas mais marcantes e que indicavam mais relevância para as mulheres assistidas eram anotadas.

Em alguns momentos, palavras-chave ou enunciados que denotavam condições de saúde-doença eram anotadas no ato para que não fossem esquecidas. Todas as assistidas que entravam no ônibus e desejavam orientação e acolhimento assinavam as fichas, autorizando seus atendimentos, além disso, foram informadas sobre os registros pessoais e comunicavam sobre as suas permissões. Todas as histórias contadas nesse trabalho não serão colocadas de maneira que exponha ou desrespeite as narrativas das mulheres que estive em contato, assim como as análises e interpretações dos fragmentos clínicos aqui presentes são impressões de inteira responsabilidade e ética profissional.

Dessa forma, é fundamental delimitar as singularidades que particularizam cada tempo, cada história, cada mulher e cada relato de vida em articulação com os serviços e profissionais de saúde em determinado território para possibilitar a aproximação com a vivacidade dessas experiências. Por esta razão, os diários de campo foram escolhidos como percurso metodológico para o registro e análise das vivências decorrentes dos atendimentos psicossociais realizados nas Unidades Móveis de Atendimento às Mulheres do Campo e da Floresta, com o propósito de recuperar e ressignificar as memórias, aqui tomadas como importantes de ferramentas tecnologia na prática investigativa em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2013).

O trabalho realizado por Rita de Cássia Oliveira (2014) na comunidade rural-quilombola de Matinha dos Pretos – Feira de Santana/ BA evidencia o uso dos diários de campo como um instrumento metodológico apropriado para pesquisas realizadas em territórios rurais. O diário de campo configura-se como um dispositivo de registro das temporalidades cotidianas vivenciadas na pesquisa, ao potencializar a compreensão dos movimentos da/na pesquisa e das diversas culturas (OLIVEIRA, 2014). Segundo Rita Oliveira (2014, p. 72):

Foi no século XIX que este dispositivo passou a ser utilizado por determinadas ciências/pesquisadores, principalmente por este ser um século fecundo para o surgimento de novas ciências. Entretanto, sua utilização nos séculos XX e XXI foi/é feita nos diversos campos e aspectos de pesquisa que perpassam pela Psicologia, Serviço Social, História, Antropologia, Sociologia, Educação entre outras.

Embora ainda pouco utilizado em relação a outras modalidades de pesquisa qualitativa em Psicologia, a escolha pelo uso dos registros dos diários de campo como ferramenta metodológica foi percebida como a maneira mais assertiva de registrar os significados e sentidos que as mulheres atribuem as vivências estruturas pelos aspectos de raça-classe-

território e atravessadas por usos indiscriminados de calmantes, tendo em vista que esse tipo de registro tem entre as suas vantagens “a possibilidade de investigação de processos afetivos, cognitivos e sociais em detalhe e no decorrer do tempo” (ZACCARELLI; GODOY, 2010, p. 550).

Por isso, essa é a parte da pesquisa em que se trata da perspectiva da transformação enquanto pesquisadora, antes mesmo de ser efetivamente. As transformações que ocorreram entre atendimentos, escutas, encontros e as reflexões resultantes desse processo foram motor para que essa pesquisa fosse realizada, da perspectiva de transformação enquanto pesquisadora, antes mesmo de ser efetivamente. Zanella (2013, p.61):

indica a imersão em que pesquisador se encharca dos discursos/água do contexto investigado, em que permite se deixar levar pelas correntezas para compreender suas forças e movimentos, para depois emergir, molhado, transformado.

Essa metodologia pretende então um processo de imersão nas palavras que versam sobre as experiências das mulheres. Por isso, novamente, a escolha pela análise das anotações dos diários de campo. Aline Veloso (2015, p. 41) enfatiza que:

a ênfase metodológica está no processo e não no fenômeno; de um lado, para entender subjetividade como totalidade histórico-social, de outro para incorporar no processo de pesquisa a relação pesquisador/pesquisado, em lugar de escamoteá-la atrás do princípio da neutralidade científica.

4.3.2 Tipos da pesquisa

Ao demarcar que a centralidade da pesquisa está nas experiências sociais das mulheres a respeito dos seus modos de vida e saúde, enfatizo que o propósito maior se refere a possibilidades de reflexões sobre os desdobramentos das relações mulheres, territórios e medicações benzodiazepínicas, em consonância com dispositivos de saúde. Sônia Maluf e Carmen Tornquist (2010, p. 40) referem:

por experiências sociais estamos designando a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daquelas que são justamente o ‘público-alvo’ das políticas e da atuação dos profissionais e agentes de saúde.

Desse modo, sendo uma pesquisa cunho qualitativo com a utilização da análise dos registros de diários de campos produzidos no período de inserção nos territórios rurais, esse

percurso metodológico inspira-se também na pesquisa-ação participante e tem como referencial teórico basilar a perspectiva da Psicologia Social crítica e a epistemologia feminista.

A escolha pela pesquisa qualitativa é justificada porque esta responde a questões muito particulares, consideradas nesse estudo como imprescindíveis justamente porque pretende situar uma Psicologia Social crítica com inspiração na modalidade de pesquisa-ação participante nas reflexões aqui propostas. Entre algumas das suas definições, a pesquisa qualitativa:

Se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 22).

Oliveira (2014, p. 72) demonstra que:

Ao buscar vizinhanças e aproximações com o uso do diário de campo por alguns/mas pesquisadores/as, encontramos discussões que foram relevantes para entendermos as possibilidades que se estabeleceram/estabelecem entre o diário como lugar de registros das observações e as pesquisas de abordagem qualitativa.

Além disso, estou de acordo com o que postula Donna Haraway (1995) ao colocar que é indispensável de como feministas nos apropriamos das nossas explicações de mundo e escrevermos a partir das nossas perspectivas. Desse modo, não estaremos submetidas às produções e aos discursos masculinos que descrevem sobre as nossas práticas pessoais e profissionais. Por isso, esse estudo pretende se afastar das bases literárias e epistemológicas que estejam fundadas na neutralidade, no sexismo e no androcentrismo para pensar em outros modos de leitura dos fenômenos.

Para Carla Garcia (2018, p. 10), “a investigação feminista pode ser entendida como um guia para ação política mais do que como um fim em si mesmo: uma forma de ação e de compromisso com a modificação das estruturas sociais”. Incorporar uma epistemologia feminista quer dizer colocar-se em posição de questionamento, apontamento e mobilização profissional. É pensar em um tipo de saber científico de/para mulheres desvinculado da ideia de uma ciência hegemonicamente masculina, branca e eurocentrada. Ainda de acordo com Carla Garcia (2018, p. 25), “a epistemologia feminista contemporânea compartilha o senso

crescente de que o sistema cartesiano é fundamentalmente inadequado, uma visão de mundo obsoleta e auto ilusória, necessitando urgentemente de reconstrução e revisão”.

Importa aqui considerar a ciência em favor e construída para/com as mulheres e não em oposição a elas. O que está sendo refletido é que a alternativa aos processos de práticas biologizantes, centradas no corpo físico/biológico, não situadas no tempo/espaço, não racializadas e não territorializadas é justamente a incorporação da epistemologia feminista na concepção dos corpos e das subjetividades.

Uma Psicologia feminista indica que as mulheres não são atravessadas ou recortadas por questões de gênero, raça, classe e territorialidade, essas são questões fundantes e estruturantes as suas existências. Esse deve ser ponto de partida para refletir sobre qualquer condução em saúde mental das mulheres, e não a partir de conhecimentos centrados e estruturados a partir do corpo e da psique do homem.

A intenção da construção de um percurso metodológico embasado na Psicologia Social crítica e com uma perspectiva feminista diz da tentativa de uma posição epistemológica contrária a abordagem positiva que acompanhou a Psicologia (inclusive a Psicologia Social, que é campo de conhecimento que a pesquisa em questão se integra) como ciência durante muito tempo. Nathalí Grillo (2018, p. 33-34) aponta que a Psicologia Social, iniciada na década de 50, apresentava alguns entraves e limitações próprias à sua época e resultavam em visões restritas e universalizantes das pessoas, “não conseguindo abranger a complexidade das variáveis inerentes à condição de ser humano em seus distintos contextos sócio histórico culturais”.

Assim, respaldada em abordagem positivista, a Psicologia durante muito tempo foi executada como uma prática que exigia neutralidade e dentro de uma perspectiva restritiva científica: somente através dela – a ciência – é que se poderia alcançar os fatos. A Psicologia Social crítica, colocada por autoras como Silvia Lane e Wanderley Codo (1989), buscava a reconstrução de um conhecimento que atenda à realidade social e ao cotidiano de cada indivíduo e que permita uma intervenção efetiva na rede de relações sociais que define cada indivíduo.

Nesse sentido, passa a construir discursos e práticas que entendem as realidades como construções sócio-históricas e que não podem ser entendidas fora dessa perspectiva. A reflexão dos conhecimentos afastados das suas determinações sociais, raciais e históricas significa postular e assumir um compromisso com o conhecimento universal, masculino, branco e uma ciência feita por/ para essa única categoria de gente, deixando “a mercê” todas categorias de pessoas e relações sociais que não se aproximem disso. Sendo assim, situar o

percurso que se pretende metodologicamente nesta pesquisa é afastar-se desse tipo de ciência e, por esta razão, compreende-se a “pesquisa-ação como sendo por excelência a práxis científica” (LANE; CODO, 1989, p. 18) por ser esta:

uma prática social onde o pesquisador e pesquisado se apresentam enquanto subjetividades que se materializam nas relações desenvolvidas, e onde os papéis se confundem e se alteram, ambos objetos de análises e, portanto, descritos empiricamente. Esta relação – objeto de análise – é captada em seu movimento, o que implica, necessariamente, pesquisa-ação. (LANE; CODO, 1989, p. 18).

Dessa maneira, a pesquisa-ação participante é uma importante ferramenta de pesquisa em Psicologia Social porque, entre outras coisas, entende que fazem parte do mesmo processo e estão integradas sujeitos de pesquisa e pesquisadores. Para Aline Veloso (2015, p. 44):

A escolha de inspirar-se da na pesquisa-ação-participante, também encontra suas motivações no fato de ser um modelo de produção de conhecimento que possibilita a criação de instrumentos distintos e diversos no que se refere ao ato de pesquisar. Acolhe uma diversidade de propostas, permitindo espaço para o processo criativo no fazer pesquisa. O que não significa descaso metodológico.

As interações com as mulheres como determinantes principais para trilhar o percurso metodológico, assim como a possibilidade construção de ajustar e remodular a pesquisa de acordo com as necessidades e os desenhos que vai tomando a escrita são fundamentais nesse processo.

4.3.3 Memórias, experiências e narrativas

Esse campo tem inspiração no Relatório da Comissão Camponesa da Verdade (CCV) que busca, a partir da perspectiva das memórias, “reunir trajetórias de camponeses e camponesas”, apontando que a reconstrução destas “é fundamental, primeiro, para quebrar a invisibilidade política produzida sobre esses atores sociais” (BRASIL, 2014, p. 19).

Os relatos presentes nos registros de campo são considerados enquanto memórias, uma vez que são reconstituídos quando narrados nessa dissertação. As memórias das histórias narradas são tomados como documentos fundamentais nessa pesquisa, tendo em vista que:

permite valorizar a experiência camponesa e considerar as relações constituídas no saber popular enquanto fluxo contínuo de modificação das formas de conceber o conhecimento. Formas que superem distorções

preconceituosas que afetam não apenas grupos subalternos, mas a própria narrativa institucional do exercício do poder. (BRASIL, 2014, p. 23).

As narrativas das mulheres sobre as suas vidas são as principais fontes de saber, contudo, as memórias não são compreendidas como resgate, porque são essas memórias recentes e vivas. São também ressignificadas a medida em que as reescrevo, tomam novos sentidos a partir disso. Não se trata de uma descrição literal e neutralizada em seus sentidos, também não se pretende interpretar e atribuir conceitos e significações sobre as falas, mas de realizar o exercício de escuta o quanto mais for possível. “É necessário a apropriação de outra noção de memória, a qual é baseada no diálogo com o outro; um exercício de ‘ouvir vozes’ já emudecidas; vozes que revelam segredos, e das quais portamos infinitas heranças” (BRASIL, 2014, p. 24).

Ao utilizar alguns relatos contidos em diário, o faço com o desejo de apresentá-los em seus sentidos e significados, e ao contá-los, é possível que sejam colocados em outras perspectivas, para mim e para as outras/os, “portanto, evocar a memória está na arte de narrar. Reconstruir memórias não é fazer um resgate do passado puro e simples, ou ainda fazer uma descrição desse passado, mas narrar para fazer emergir esperanças” (BRASIL, 2014, p. 25).

Não necessariamente dados forjados em estudos quantitativos e/ou com grandes amostras e um extenso número de dados, tampouco a realização de entrevistas e preenchimento de mais formulários ou o uso de gravadores garantem a legitimidade ou cientificidade à pesquisa. Todas essas são procedimentos de pesquisas são indiscutivelmente importantes, entretanto, é também significativo documentar e oficializar outros modos de pesquisa e torná-los oficiais.

Como se fazer valer da memória camponesa para justificar o acesso à justiça, quando sabemos que a realidade de violência, repressão, retaliação, perseguição e massacres sofridos por homens e mulheres no campo não está devidamente registrada nos documentos oficiais? (BRASIL, 2014, p. 25).

O exercício da observação das experiências a partir do olhar atento para as memórias, analisando o presente a partir dos traços e resquícios do passado, pode sustentar uma provocação para desconstruir e/ou alterar algumas realidades impostas historicamente. Conforme foi mencionado, encontrei dificuldades em escutar as mulheres em perspectivas que desvinculasse suas vivências de uma concepção medicalizante. Em muitas ocasiões, os diálogos foram obstaculizados pelo aspecto das medicações calmantes e tranquilizantes, seja

pela via do apelo às medicações ou por situações de dependência química ou emocional com os remédios.

No período registrado - abril a setembro de 2017 - 26 registros constam em diário de campo, 16 desses registros apontam situações de violência que estavam em vigência no período dos atendimentos. Importa relembrar que o objetivo central desse trabalho era o registro, enfrentamento e o cuidado às mulheres em situações de violências físicas, psíquicas, sexuais, morais e patrimoniais. 15 das mulheres entre os 26 registros têm alguma relação com medicações benzodiazepínicas, relações de usos e abusos ou fizeram solicitações dessas substâncias, buscando mudanças na dosagem, desde o pedido de acréscimo até a diminuição no volume de medicamentos.

Destacarei 6 desses registros para contar sobre as experiências de vida e saúde das mulheres e as relações com os remédios. Não foi possível certificar a predominância de quais substâncias eram utilizadas, muito embora fosse comum escutar a menção do “Rivotril” como a medicação mais popular entre as mulheres. Também importa registrar que não se trata de esmiuçar e interpretar as narrativas aqui presentes; se trata de apresentá-las como produtos delas mesmas. Aqui, se considera a importância das falas, narrativas e experiências das mulheres como matéria prima, sem precisar que sejam validados com qualquer saber masculino médico científico. Destaca-se também como referência nesse percurso o que postulam Sônia Maluf e Carmen Tornquist (2010, p. 41):

As falas, relatos e narrativas das mulheres sobre sua experiência de aflição, sofrimento e adoecimento, e sobre seus itinerários e estratégias de cura, alívio, etc., em geral, articulam-se com outras dimensões da experiência e da existência e enunciam mais do que interpretações do vivido no campo e no adoecimento mental e da cura. Além de veicularem visões de mundo, valores e concepções de corpo, pessoa, família, etc., também a situação da pesquisa e a oportunidade de contar, narrar suas experiências são apropriadas por elas como um momento de autorreflexão e de autoconstrução.

Articulada com essa compreensão, a partir da escuta das experiências foi possível verificar alguns elementos que se apresentam como fatores que fomentam e substanciam as relações com as medicações. Esses condicionantes estão discriminados da seguinte maneira: condições de saúde-doença, violências, serviços e profissionais de saúde e trabalho. São esses elementos que se destacam nas narrativas das mulheres e serão utilizados como recurso para investigar e refletir sobre processos de medicalização nos espaços rurais.

5 PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES

5.1 As flores

Sete histórias compõe essa pesquisa. O modo de apresentar as interlocutoras como flores, como já mencionado, é uma maneira de saudar e rememorar as que vieram antes, as que estão por vir. É um modo de fazer referência às lutas e às terras, às possibilidades de semente, às possibilidades de florir, mas contar essas histórias é sobretudo um convite para encontro de quem lê com as vivências e os ensinamentos contidos em cada uma dessas trajetórias. É uma maneira de convocar a revisitarmos as nossas concepções a respeito dos territórios rurais, dos serviços de saúde, do Estado e das violências estruturais que marcam as vidas dessas mulheres. Todos os relatos apresentam trajetórias marcadas por relações com medicações benzodiazepínicas.

É necessário que esse trajeto seja feito com muito respeito por cada fala aqui presente, entendendo que as vivências compartilhadas foram contadas dentro do que foi possível para cada uma e que os conteúdos acessados imprimem episódios de violências/opressões que exigiram muita confiança para que fossem ditos. Os recortes das experiências são apresentados com a compreensão de que essas narrativas não se encerram e não resumem às medicações, mas são maneiras de ilustrar os modos de vida e saúde contidos em cada uma dessas memórias.

5.1.1 Rosa

Rosa foi uma das primeiras mulheres que estive em contato em atendimento psicossocial. Em um dos primeiros destinos que havíamos viajado, encontrei com Rosa em uma segunda-feira em “Mapele”, região pertencente ao município de Simões Filho/BA. Tem 50 anos, é negra e tem dois filhos. Assim como muitas mulheres da região, teve como fonte de renda durante muitos anos, a venda de folhas e ervas colhidas no território e vendidas na feira de São Joaquim, em Salvador, 27 km distante do município em questão. Embora Rosa já tenha realizado essa atividade e tenha orgulho dela, depois de muitos esforços, conseguiu realizar o sonho de abrir o próprio negócio, um bar, que passou a ser sua principal fonte de renda e motivo de orgulho, segundo ela conta.

Acontece que após realizar esse sonho e por um tempo conseguir pagar as contas, passou a sofrer algumas perseguições da comunidade e, em consequência, da polícia. O seu bar foi interditado algumas vezes e, em uma dessas ocasiões, ela foi levada pelos policiais

sem ter feito nada para isso. Esse fato que é lembrado com muita tristeza por ela. Para a comunidade e para a polícia, o espaço era mal frequentado e não deveria mais funcionar. Rosa conta que sofre preconceito entre as pessoas da comunidade, ela diz: “passei a vida escutando do ex-marido que jamais conseguiria ter as coisas por conta própria” e quando se separou fez questão de não levar nada consigo, construiria a própria casa com o dinheiro do seu trabalho.

Porém, com o fechamento do bar que aconteceu após tantos conflitos, estava com sua “casa inacabada”, pois precisou parar a construção por falta de recursos, está morando “de favor” na casa da irmã e se sentia “como um lixo” desde então. Ela coloca o quanto o ofício havia lhe dado sentido para a vida, parou de beber, o que fazia muito e de tomar os remédios que utilizava quando “vivía para o marido”, mas depois desse episódio, que ela entende como uma perseguição, “não tem forças para mais nada” voltou com o álcool e toma remédios para dormir de maneira indiscriminada; não sabe precisar o nome das medicações que utiliza, varia entre algumas, dependendo do dinheiro tiver para comprar ou qual estiver disponível no posto de saúde. Rosa destaca que não utiliza os serviços de saúde local porque tem vergonha e se sente marginalizada depois dos episódios ocorridos no bar.

A compra dos medicamentos acontece em uma farmácia do município de Simões Filho. Ela não detalha há quanto tempo e por quem são prescritas as medicações, mas deixa claro que gostaria de parar com o uso quando tiver sua “paz e o trabalho de volta”, que ela reforça que foram arrancados dela.

5.1.2 Violeta

Residente da localidade de Panelas, município de Catu/BA, ainda que tenha optado pela consulta de maneira espontânea, ao chegar para o atendimento Violeta demonstra muita sonolência e dificuldade para falar e para abrir os olhos. Depois de algum tempo calada, se apresenta como “alguém que sofreu violência durante toda uma vida e ainda sofre”.

É casada, tem setenta e sete anos e quinze filhos. Viveu a vida para eles e para o marido, este que, segundo ela conta, “nunca deu um abraço, me agradeceu batendo”. Além disso, suportou tanta coisa para que os filhos não vivenciassem as situações de abandono e sofrimento que ela sofreu durante a infância, mas as experiências de renúncias, somadas aos históricos de agressões físicas e verbais durante os anos de casamento resultaram em um quadro de “depressão e pânico, por isso só vivo dopada”.

Há mais de quinze anos vive dopada, é o que diz Dona Violeta. Diz também que o único sonho que teve na vida foi ter uma boneca na infância, mas não teve. Apesar disso, se

orgulha, pois, foi ela quem pôde dar bonecas a algumas filhas, com o dinheiro que recebia “ajudando o marido na lida, na roça, fazendo tudo que é tipo de trabalho, pra trabalho nunca fui mole”. Ela diz que era pouco dinheiro para muito trabalho, mas não faltou nada para os filhos. São as filhas que conseguem o remédio, que ela não menciona o nome, mas diz não ter a possibilidade de ficar longe, nem mesmo durante o dia. “Eu tomo dia e noite, é só sentir o nervoso que tomo”.

5.1.3 Lírio

Após dez anos de convivência, Lírio sofreu uma tentativa de feminicídio por parte do ex-marido, com quem conviveu por dez anos e lhe desferiu cerca de doze facadas, por “ciúme, porque bebe demais e não queria me deixar viver”. O fato havia acontecido em um sábado de festas na praça do distrito de Igara, região do Centro Norte Baiano há cerca de dois meses antes do atendimento psicossocial realizado nesse território.

Durante esses dois meses, Lírio permaneceu hospitalizada e há poucos dias tinha retornado para casa. Ainda havia um clima de tensão nela e nas mulheres da localidade, visto que o agressor permanecia morando no mesmo lugar e parte da comunidade tratava com naturalidade, outra parte tratava com medo e desconhecimento em relação a como agir diante do ocorrido. Ela não prestou queixa e na ocasião, o agressor fugiu e não houve flagrante com chegada tardia da polícia na localidade.

O caso de Lírio já era do conhecimento do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da região, mas tratado com muitos entraves, visto que os profissionais da assistência, eram também moradores e fazem parte do convívio das partes envolvidas, emitindo nos atendimentos opiniões e julgamentos que extrapolam a questão da violência sofrida e reforçam a situação de vulnerabilidade e sofrimento da mulher agredida. Por esta razão, Lírio procurou o serviço da equipe na ocasião da nossa chegada e apresentou muitas críticas e desconfiança em relação aos serviços de assistência psicossocial. Em conversa a esse respeito, uma técnica do CRAS local me relatou que não havia muito que fazer em assistência no caso de Lírio, já que a mulher já tinha passado por outros episódios de violência e se reconciliou com o marido, mas que o remédio que ela precisava não estava faltando e não seria negado.

Além de buscar um lugar onde pudesse falar sobre sua vivência sem a crítica de pessoas ligadas ao seu agressor, que segunda ela “só fazem julgar e apontar o dedo, mesmo que a pessoa morra”, conta que viu na Unidade de Atendimento uma forma de tentar reajustar as medicações que estava tomando desde que recebeu alta no hospital, tendo em vista que

durante o período em que esteve internada “não pregou o olho um só dia” e agora também não consegue dormir. Tem medo, não consegue apagar da memória o que aconteceu com ela. Por conta dos golpes que sofreu, ela perdeu o movimento dos braços, sente dificuldades para respirar e se sente “completamente aérea” por conta das medicações calmantes que toma para tentar se tranquilizar, mas ainda assim não dorme. Embora tenha percebido essas sensações no seu corpo deseja uma medicação que possibilite que ela durma, porque não consegue fazer isso durante os últimos meses e coloca: “não aguento mais o cansaço”.

O pedido que faz para equipe é de uma medicação que não a deixe tão desligada como a que ela estava tomando, poderia ser mais forte, ou de outra marca, desde que conseguisse dormir, mas que ela pudesse interagir socialmente. Ela solicita alguma coisa que permita que ela durma e descanse para “apagar da memória” o que aconteceu.

5.1.4 Girassol

O discurso de Girassol aponta para sofrimentos gerados pelo que ela chama de “resguardos quebrados”. Ela diz que as três vezes em que esteve grávida foram períodos traumáticos e violentos, envolvendo agressões e um histórico de traições por parte do marido. “Chorava os resguardos inteiros”, ela conta. O ápice nesse cenário foi a descoberta do envolvimento do marido com a irmã, que se perdura até os dias atuais.

Depois disso nunca mais foi a mesma, mas perdoou o marido, a irmã não, embora diga mais de uma vez que “o fardo é sempre mais pesado para a mulher”. Mesmo tendo perdoado o marido, comenta que “a vida toda ajudei ele com tudo, na labuta com ele, na lida com ele e não recebi nada em troca”.

Não sente felicidade e acredita que se tornou uma mulher medrosa, “morre de medo de sair na rua e algo acontecer”. Além disso, vive sentindo tonturas e friagens no corpo. Ela diz que esses efeitos decorrem do uso do remédio que toma para dormir “há muitos e muitos anos”. Girassol é moradora de Mandacaru, região pertencente ao município de Juazeiro/BA, que conta com Serviços de Saúde e uma Rede de Enfretamento às Violências contra as Mulheres mais consistentes e efetivas.

A cidade conta com um Diretório e um Conselho de Mulheres, uma DEAM, Ronda Maria da Penha, Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e CRAS. Todos esses órgãos se colocaram com comprometidos às demandas em saúde e proteção dos direitos das pessoas das zonas rurais pertencentes a esse município.

No caso de Girassol, que já é assistida pelo CAPS do município de Juazeiro, não demanda pelo atendimento de nenhum desses serviços, ela diz que sente falta apenas de “falar um pouco” e demarca que por falta de recursos financeiros não pode comprar o remédio que toma para dormir e que não está mais conseguindo na Farmácia Popular, por isso, deseja saber se temos como conseguir a medicação pra ela.

5.1.5 Jasmim

Depois de uma roda de conversa com cerca de 52 mulheres, Jasmim solicitou atendimento na Unidade Móvel. Algumas mulheres já haviam mencionado sobre usos e pedidos de medicações no momento das trocas e das contações de histórias. “Rivotril” foi a substância que apareceu como de uso comum entre as mulheres que ali estavam conversando a respeito. No diário de campo desse dia consta a seguinte anotação: “muitos casos de abuso e pedidos de medicações calmantes sem prescrição e acompanhamento médico”.

Desde o primeiro momento do atendimento, Jasmim conta que faz uso de “Rivotril” há “mais de vinte anos”, “parando e voltando” ao longo desse tempo com o uso dos remédios, porque “tem problema de cabeça por conta de tanto sofrimento que já passei”. Vive em uma região chamada Tanquinho, teve o ofício de gari durante um bom tempo, além do que, “trabalhar a vida inteira em casa”, mas está “encostada” dessa função porque “não presta para fazer mais nada”.

Não deseja mais trabalhar porque se sente cansada e sente que precisa se cuidar, por isso, busca laudo psiquiátrico para continuar “encostada”, pois a validade do laudo que já tem vai acabar. O laudo concedido a Jasmim atesta incapacidade psiquiátrica e assim ela conseguiu se afastar da função e assim pretende se aposentar.

O adoecimento psíquico iniciou quando o marido a traiu com a irmã há muitos anos atrás e a deixou. Ela “deu a volta por cima” e seguiu a sua vida, porque segunda conta, nunca foi de desistir, conta também que esteve com outros homens “porque não estou morta”, mas que foi “julgada e caluniada” por isso na localidade em que vive. Diz que se sente sozinha e que “solidão adoce a pessoa, não tem saúde que aguente”. Ainda assim, casou-se novamente e o antigo companheiro morreu e “levou o resto de alegria que tinha”.

Jasmim declara que gostaria de ter mais momentos para trocas entre as pessoas do território: “era bom ter mais tempo pra conversar sobre essas coisas com o povo daqui” porque as vezes “com conversa uma entende a outra, até o pessoal do posto de saúde as vezes pode entender melhor nossa situação e ver uma direção sem apontar”.

Questionei a Jasmim o que ela sentia após tanto tempo de uso dessa medicação, ela diz que já teve fases em que rejeitou, quis parar, sentiu efeitos colaterais, mas que “a pessoa se acostuma a viver assim”, e também precisa continuar tomando “por conta dos problemas e porque sou encostada pelo INSS”.

5.1.6 Hortênsia

“Fala, cognição e raciocínio comprometidos” são as primeiras anotações que fiz no diário de campo desse dia. Assim como Jasmim, Hortênsia afirma no início do atendimento que toma remédios para dormir “há mais de vinte anos”. Diz que “assim como minha amiga disse na roda, eu vivo a base de remédios”. Fala que o remédio utilizado nos últimos anos é “Diazepam”, que renova as receitas passando em consulta médica sempre que vai na cidade, não faz atendimento, só renova com o médico que estiver disponível. Nunca encontrou dificuldade para fazê-lo, só tem dificuldade de ir à cidade, mas quando vai, trata de comprar uma quantidade que dure um tempo.

Ela traz na sua fala que perdeu o desejo sexual “faz é tempo”. Mulher negra, Hortênsia afirma que nunca teve amor e apoio familiar e que o companheiro já praticou violências físicas durante muito tempo, mas “hoje nem para isso serve”. Não serve para nada, ela diz, “só pra maltratar e beber, bebe e fica brabo”. Sua amiga que assim como ela toma remédios é hoje a sua companhia principal. Cuidou a vida inteira do marido, da casa e dos filhos, “mas nunca trabalhou”. O marido tenta proibir que ela saia na rua e que fale com as pessoas, porque a considera louca. Não quer que as pessoas a vejam dopada, e ela afirma que vive “assim mesmo”, dopada, mas sempre que pode sai, “ele querendo ou não, já deixei de viver coisa demais por ele, não me impede mais”.

Mesmo com bastante dificuldade para falar, por conta da sonolência visível, ela diz que necessita de um espaço para conversar, pois sente falta de ser ouvida, já é assistida pelo CREAS, mas demora de ir na cidade para acessar o serviço e “tirando a amiga que tem o mesmo problema”, os vizinhos e familiares concordam com o que o marido diz sobre ser louca e não conversam com ela. Ela sente que não tem com quem contar onde mora, e expressa que gostaria de atendimento psicossocial contínuo para ela e para a família, sem precisar se deslocar para a cidade.

5.1.7 Acácia

Natural de Recife-PE, Acácia conta sobre um histórico de traições em “todas as relações” que já teve, se responsabiliza e se culpa por todas elas. Ela diz “não tem ninguém” na comunidade, além do atual marido e dos filhos e busca uma rede de apoio porque freqüentemente sente vontade de “entrar em um quarto escuro e sumir”, porque não confia nas pessoas, sobretudo não confia nas mulheres da comunidade e tem receio do que as pessoas pensam dela e do marido.

Sofre violências físicas e psicológicas do pai dos seus filhos, com quem vive desde que deixou a terra natal para viver nessa relação. Comenta sobre a decepção que teve “com mais esse homem”, “se um dia me separar, não quero ficar com mais nenhum homem, não quero mais amar, não acredito mais no amor”. Não se separa porque “além de não querer ficar só, dependo. Não trabalho, mas ajudo com tudo em casa”.

Acácia coloca que “a pessoa acaba perdendo a saúde quando se dedica tudo menos pra você” e sente que os problemas de saúde que tem são fruto disso. Ela demonstra não confiar também nos serviços de saúde ofertados às mulheres, acha que não funcionam, que “nunca tem psicólogo, gente pra ouvir a gente”, e o que gostaria mesmo é “tomar um remédio e deixar de sentir tanta amargura”, mas destaca também o quanto é bom sentir-se cuidada e ouvida por profissionais e que nunca tinha passado por uma consulta como aquela. Fala também que “foi bom ter conversado com as mulheres na roda, tinha gente ali que achava que não prestava e às vezes a pessoa já passou pelas mesmas coisas a gente e até entende, pode ser uma boa amiga, ouvir. A gente precisa se ouvir mais, né?”

5.2 Condições de saúde-doença: violências, serviços e profissionais de saúde e trabalho

Ao apresentar as narrativas das mulheres em suas relações com as medicações, demarcamos, antes de tudo, que nenhum desses relatos são compreendidos em perspectivas de passividade ou vitimização das mulheres no que se refere às suas condições de vida, saúde e doença. Fica em evidência nas histórias que conhecemos que existem elementos determinantes para a ocorrência de usos abusivos desses remédios ansiolíticos. O que se verifica nos períodos de vivências nos campos e nos atendimentos foram convocações para a importância de espaços de cuidados e escutas nesses territórios.

O que se percebe ao analisar essas narrativas são incômodos, angústias e questionamentos que apontam para pedidos de práticas e serviços que atendam às demandas emergentes nesses territórios, com modos de vida e saúde muito específicos para as mulheres trabalhadoras rurais. Estamos diante de condições de saúde determinadas por questões

materiais de machismo, sexismo e disparidades nas ocupações dos espaços; temos acesso a marcas de sofrimentos psíquicos e físicos graves, que demonstram cenários de desgastes e fissuras, denunciados nesses relatos.

Isso expande a discussão antropológica feita em torno da questão dos nervos, em que, ao modelo fisicalista biomédico se contrapunha um modelo racionalizador moderno. O que estou denominando de uma *sociológica* da narrativa das mulheres pesquisadas é sua dimensão que vai além de concepções de corpo, pessoa e doença, abrangendo dimensões sociais e históricas de sua aflição e seu mal-estar. (MALUF; TORNQUIST, 2010, p. 44).

Os relatos das mulheres dão conta de existências que se sustentam, se movimentam e se relacionam apesar dos atravessamentos que envolvem e complexificam suas existências, demarcam corpos que adoecem por não terem trabalho, ou não terem remuneração e/ou reconhecimento e condições mínimas de descanso das funções que exerceram durante os períodos de vida, seja nas casas, nas terras, nas escolas e nas cidades; por receberem como retribuição doses diárias das mais variadas violências, julgamento e desamparo. Além disso, apontam para a uma insatisfação e para a escassez de olhares ampliados e cuidadosos para suas histórias e os seus modos de vida e saúde.

Gostaria de acrescentar registros que constam em diário de campo feitos a partir das minhas impressões em alguns territórios que exemplificam um panorama de crítica e insatisfação em relação aos serviços e as condutas que envolvem as mulheres nesses espaços:

26.04.2017 – Mapele/BA: Assistidas colocam na ‘Roda de Conversa’ que os serviços deveriam ir mais vezes até a localidade. Dizem que a ida esporádica não basta.

16.05.2017 – Panelas/BA: Pedidos de serviço de Ginecologista e Psicologia; elogios e agradecimentos à equipe; mulheres assistidas dizem que deveríamos ir mais vezes e com equipe ‘maior’.

22.05.2017 – Rio Preto/BA: Mulheres colocam sobre a falta de psicólogos e assistência social no local; colocam que espaços de escuta são necessidades urgentes.

29.08.2017 – Rodagem-Lapão/BA: Resistência com chegada da equipe no local.

Nesse sentido, parece compreensível conceber que as medicações aparecem como mecanismos de enfrentamento diante de algumas lacunas que aparecem. A fragilização nos acessos e nas manutenções dos vínculos em saúde, abrem margens para processos de uso de medicamentos tranquilizantes na tentativa de saídas mais eficazes para lidar os sofrimentos e incômodos gerados pelas mais variadas formas de violência.

É uma reivindicação das mulheres os espaços de escuta das suas demandas e experiências e da legitimação destas pelos profissionais e atores sociais envolvidos nessas tramas, que ao serem naturalizadas, acabam por reproduzindo outras situações de violências. Desse modo, “é estabelecido assim mais um aspecto da violência - a institucional -, que, ao silenciar vozes, impede que os projetos de vida, necessidades e cuidados de saúde sejam compartilhados” (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p. 163).

5.2.1 Violências

A Lei nº 11.340/2006 ou a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a) configura enquanto configura enquanto violência doméstica e familiar contra as mulheres ações ou omissões baseadas no gênero que causem morte, lesões, sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos e danos morais ou patrimoniais, no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente entre as pessoas, que podem ou não ter vínculo familiar e consanguíneo, ou no âmbito familiar, compreendido como o espaço que vivem indivíduos que são ou que se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa que expressem qualquer relação íntima de afeto.

São formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres: 1) violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; 2) violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; 3) violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; 4) violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; 5) violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Somadas a essas definições das violências estruturais, outras classificações definem as violências que acometem as mulheres do campo, das florestas e das águas e apresentam especificidades que moldam e particularizam os entendimentos das violências. Segundo Marta Cocco da Costa, Marta Julia Marques Lopes e Joannie dos Santos Fachinelli Soares (2015, p. 164):

A violência contra as mulheres rurais, na representação dos participantes e sob a ótica das relações homem-mulher, mostra a permanência e a manutenção do poder do homem. Isso revela que a violência contra as mulheres, nesse contexto, pauta-se na permanência das assimetrias de poder, em que a desigualdade e a exclusão para as mulheres são explicadas pelas diferenças físicas, sexuais e biológicas, justificando-se a natureza da sujeição feminina pela sua "funcionalidade" social. Tal constatação é reproduzida cultural e ideologicamente, e na "permanência inconsciente" das práticas profissionais. Nessa perspectiva, as representações de culturas de masculinidade e feminilidade dominantes quanto à instituição de poder e valor de troca para o trabalho, por exemplo, podem ser avaliadas nas repercussões da utilização desigual dos atributos de uns e de outros, como a utilização da força física enquanto ferramenta e exercício desse poder, sendo que na aceitação e na naturalização desse exercício assenta-se a perpetuação dos atos violentos.

As mulheres fazem movimentos de denúncia à naturalização das violências que são acometidas; entre elas mesmas, ao manifestarem a falta de apoio de umas com as outras ou ao apontarem o fato de precisarem se ouvir mais, colocando a mostra os julgamentos e a ausência de cuidado na ocorrência da tentativa de um feminicídio, ou nas violências morais e psicológicas colocadas, reivindicam os desrespeitos e a desvalorização dos seus trabalhos e dos preconceitos raciais e de gênero que sofrem na comunidade revelando a necessidade de legitimação inadiável dessas situações de violências por parte de atores sociais envolvidos nessas tramas.

É inevitável que para além da necessidade de legitimação, não apareçam questionamentos a respeito das denúncias a quadros de violências tão graves que vimos expostas aqui. Podemos perguntar por quais razões não constam os desdobramentos de prestações de queixas e denúncias desses casos e se elas acontecem. A resposta é que na maioria dos casos, por razões que variam desde a falta de confiança na lei como um elemento que vai de fato coibir e evitar que as violências permaneçam acontecendo até a dependência física e emocional, essas denúncias muitas vezes não ocorrem.

Embora seja um marco fundamental e principal ferramenta para nomear, classificar e tipificar condutas historicamente normalizadas como crime, na concretude, boa parte das

mulheres que denunciam continuam vivendo nos mesmos espaços que os agressores. Além disso, mesmo que as denúncias aconteçam e, em muitas ocasiões ocorrem, não se pode perder de vista que as lógicas que sustentam essas violências continuam em vigor. Parece relevante considerar alternativas de condutas que garantam que essas vivências sejam entendidas com sensibilidade, cuidado e respeito.

Mais uma vez, que as escutas entre os envolvidos no processo estejam afastadas de julgamentos que tenham como critério a quantidade de vezes que a mulher sofreu agressões e permaneceu ou retornou ao casamento, tampouco se ela é casada ou solteira para poder circular nos espaços e mais próximas de experiências que possibilitem o reconhecimento entre as mulheres de que as situações de vida e opressões que vivem são singulares, mas as bases estruturantes para que elas aconteçam e se perpetuem são as mesmas.

Varderléia Daron (2010, p. 1) coloca que:

Ao nos preocupamos com o desafio de conhecer, a partir de dados ou informação científico-tecnológica, a presença da violência contra a mulher no campo e na floresta, deparamo-nos com um grande silêncio. Não encontramos dados de pesquisa social, investigação epidemiológica ou produção científica com densidade analítica, evidência estatística ou de descrição na cultura relativos à violência perpetrada contra as mulheres que, em contrapartida não está ausente. Encontramos evidência de sua presença ao buscar dados informais, relatos de vida, confidências, biografias e documentários focais, denúncias e reivindicações feitas pelos movimentos de mulheres e organizações sociais populares do campo e da floresta. O silenciamento dos dados e da informação compartilha o silenciamento da dor sofrida em situações de abuso e violação de direitos pelas mulheres que vivem e trabalham nos campos e florestas do Brasil.

Na tentativa de colocar em evidência as violências relatadas pelas mulheres que estive em contato, não coloco em destaque os pormenores das violências físicas, psicológicas, sexuais ou de qualquer outra ordem porque todas elas são violências responsáveis pelas situações que as mulheres se encontram e devem ser tratadas como tal. O que parece indispensável evidenciar é o que Varderléia Daron (2010) nos convoca a pensar: a necessidade de derrubar as violências contra as mulheres, materializada pela invasão aos seus corpos e subjetividades. As marcas deixadas nos corpos das mulheres pelas violências executadas pelos homens (maridos, ex-maridos, vizinhos, policiais) precisam ser revertidas em vozes e em outras forças de vida.

Embora perceba que as mediações funcionem como um mecanismo de enfrentamento para essas violações é inegável o quanto tem silenciado/apagado um perverso terreno voltado para mulheres. Enquanto os homens bebem, ficam agressivos e violentam, ao longo de uma

vida, as mulheres utilizam ansiolíticos para silenciar gritos de dor, marcados no físico e na subjetividade. Vanderléia Daron (2010) chama atenção para a necessidade de constituir um conjunto de recursos e um caminho voltado a procura de dados e análises para estremecer as estruturas que sustentam esses silêncios.

É o caminho que se busca construir aqui a partir do enaltecimento da fala como maneira de cura, como canta Baiana System: “Fala é bandeira de cura quem fala confirma o poder da palavra”¹⁹. Falar sobre as violências, mais do que exaltar uma estrutura de opressões misógina, racista e patriarcal é uma maneira de desenraizar do privado o que é coletivo, é modo de colocar em perspectivas para encontrar unidades, são formas de dar sentidos, nomear, procurar lugares pra onde ir quando o corpo não consegue fazer isso e chamar atenção de quem está de fora e deveria estar por dentro da questão.

Margarida, uma das primeiras mulheres que encontrei na trajetória me chamou atenção para a dificuldade de identificar e dizer a origem e as razões pelas quais sofria na sua condição de vida. Acácia contou as repulsas que as violências que passou resultaram em uma impossibilidade de acreditar no amor novamente. Girassol e Violeta sabem sobre os fardos mais pesados para as mulheres em sobrecargas físicas e emocionais enfrentadas ao longo da vida de trabalho em casa, com marido, filhos, nas terras, nas escolas, nas cidades e recebendo, em contrapartida, doses diárias de violências. Rosa demonstra o racismo e a intolerância mesmo às mulheres não casadas que procuram estabelecer suas condições de trabalho e de relações com autonomia.

Betty Friedan (1971) chamou de “problema sem nome” em sua “Mística Feminina” as dificuldades de identificação e enfrentamento que algumas mulheres experimentaram diante das situações de violências que as acometiam. Um problema sem nome, um diagnóstico sem nome, um remédio sem nome, pode nos levar a uma leitura desses casos justificados a partir dos efeitos prejudiciais que a insatisfação que cuidar da casa, dos filhos e do marido causava às mulheres. A autora apontou que não mais seria possível ignorar as vozes das mulheres que queriam algo além e mais do que isso: marido, filhos e casa.

Ter todas essas coisas, que em tese deveriam trazer felicidade, era o ponto crucial para explicar as dificuldades de descrever os sentimentos e as sensações de vazio e apagamento que as mulheres sentiam. A questão é que ao colocar em suas linhas que muitas mulheres se sentiam adoecidas física e mentalmente porque as circunstâncias de vida que estavam disponíveis para elas não davam conta de suprir suas necessidades emocionais, Betty Friedan

¹⁹ Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/baianasystem/o-segundo-sol/>. Acesso em: 02 de fev. de 2020

(1971) está se referindo a um seleto grupo de mulheres brancas, casadas e de classe média alta, infelizes por terem suas vidas reduzidas a essas condições e não avançarem nas possibilidades de experiências para além das portas de suas casas. Apesar disso, o problema de compreender as dificuldades de expressão de alguns sentimentos a partir dessa leitura está situado no que apontou bell hooks (2015, p. 194):

Friedan conclui seu primeiro capítulo afirmando: “Não podemos continuar a ignorar essa voz íntima da mulher, que diz: quero algo mais que meu marido, meus filhos e minha casa”. A autora definiu esse “mais” como profissões, sem discutir quem seria chamado para cuidar dos filhos e manter a casa se mais mulheres como ela própria fossem libertadas do trabalho doméstico e tivessem o mesmo acesso a profissões que têm os homens brancos. Ela não falou das necessidades das mulheres sem homem, sem filhos, sem lar, ignorou a existência de todas as mulheres não brancas e das brancas pobres.

Nesse sentido, é imprescindível pensar que o problema tem nome, sobrenome, cor e endereço. É verdade que nos EUA ou no Brasil, o “problema sem nome” alcança as mulheres em diferentes formas e medidas, mas as razões pelas quais os problemas permanecem com dificuldade de nomeações e de enfrentamentos de modo algum podem ser refletidas fora das intersecções e dos espaços em que estas questões estão inseridas.

As dificuldades de lidar com as circunstâncias que estão inseridas ou manifestar o que e como se sentem parecem ter mais relação com essas condições socioculturais, de gênero, raça e território e os poucos espaços de elaboração ofertados do que com uma recusa a condição de “dona-de-casa” exclusivamente. Conceber a relevância que condições e espaços para que os nomes e sentidos encontrem direções têm, não é apenas considerar espaços de escuta, mas principalmente de construções de subjetividades desvinculadas de um pensamento hegemonicamente branco e reduzidas a explicações psíquicas baseadas nas vivências de modelos muito restritos de mulheres.

Sobre a descrença no amor e a ausência de confiança nos seus sentidos e também nas relações ocasionada por uma sucessão de opressões que são submetidas, acima de tudo as mulheres negras, bell hooks (2010) nos mostra as dificuldades que envolvem essa construção: “Falo de condições difíceis, não impossíveis. Mas precisamos reconhecer que a opressão e a exploração distorcem e impedem nossa capacidade de amar”. Essas são condições pilares para as condições de saúde e adoecimentos mentais e/ou psíquicos nas vidas das mulheres e serão melhores tratadas quando compreendidas como tal, nos diz também bell hooks (2010) que “a partir do momento que acreditamos, de preferência desde crianças, que nossa saúde emocional é importante, poderemos suprir outras necessidades”.

5.2.2 Serviços e profissionais de saúde

No período de experiência nos campos, poucos foram os contatos diretos com médicos, psiquiatras ou não. Isso porque, considerando o caráter itinerário do serviço prestado, nem sempre as regiões visitadas contavam com serviços de saúde fixos locais, ou ainda porque o dia de atendimento na Unidade Móvel não coincidia com o dia de atendimento do médico no território que na maioria dos casos não são acontecem diariamente. Essa dinâmica se amplia para outros profissionais de saúde que atuam nas regiões rurais.

Estive com alguns desses profissionais nas ocasiões de capacitação/oficinas com a rede de serviços municipais próximas às localidades rurais ou quando nos encontramos para encaminhamentos e discussões de casos, quando esses encontros eram possíveis, os técnicos de referência em saúde nem sempre eram profissionais que atuavam no território em questão, mas compunha a rede de proteção e saúde das mulheres. O incômodo com o cenário de medicalização que passou a se desenhar com o passar do tempo de atendimentos pôde ser notado e ampliado para as outras profissionais da equipe pertencente a unidade móvel e, nas oportunidades que tivemos, discutimos a esse respeito.

Como já foi mencionado, muitas localidades contam com Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF) e CRAS, outras não. A frequência de profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, dentistas, psicólogos/as, assistentes sociais e outro/as) varia muito e não raramente contam com equipes incompletas. Isso suscita ainda mais o questionamento sobre como essas medicações ocupam as zonas rurais, considerando que em muitas ocasiões observamos usos/abusos de medicações benzodiazepínicas em localidades que sequer tinham serviços de saúde.

Obviamente, as mulheres das zonas rurais têm acesso, se deslocam e trabalham nas zonas urbanas, frequentam espaços e serviços de saúde fora da região rural, bem como se utilizam de farmácias/farmácias populares e podem comprar ou conseguir essas medicações por outras vias, porém, essas são medicações que além de precisarem de prescrição médica/psiquiátrica, devem ser acompanhadas e utilizadas por períodos determinados.

Nesse sentido, com o passar do tempo, essa questão passou a se apresentar como uma lacuna e as indagações a respeito desses usos e dessas prescrições sem respostas aparentes. Contudo, na época do serviço realizado, não foi possível aprofundar as investigações como gostaria porque outras demandas precisavam ser cumpridas e esta não era a minha função profissional naquele momento. Além disso, nesse período também não cabia questionar as condutas médicas e de outros profissionais de saúde que ali estavam cumprindo seus trabalhos,

tampouco explorar sobre essa questão com as mulheres que precisavam falar e resolver outras necessidades naqueles momentos, sobretudo nos casos graves e vigentes de violência.

De todo modo, até onde se pôde investigar sobre essa questão, estive diante de uma conjuntura que apontava para uma perspectiva simplista e machista desses usos abusivos. Considerando os poucos encontros e diálogos com os médicos no período em que realizei o trabalho na zona rural e os debates realizados a esse respeito com outros profissionais, estive diante de discursos que iam desde o desconhecimento sobre a continuidade e abuso dessas medicações por parte de alguns até a naturalização do estado de dependência, sonolência e apagamento que muitas mulheres demonstravam ter.

Em alguns encontros com esses profissionais que prestam serviço diretamente nas regiões, os argumentos tendiam a justificar esses usos com respostas simplistas sobre a questão: “É assim mesmo, se tira é pior, ela já toma há muito tempo”; “É muito sofrimento e é melhor dormir do que ficar tão agitada e sofrendo”; “Renovo a receita sempre que venho aqui” são algumas das falas de profissionais registradas em diário de campo.

Importa lembrar que estamos nos referindo a mulheres em situações de violência - físicas, psíquicas, sexuais, morais e/ou patrimoniais - e assistidas pela rede de enfrentamento, e parto reafirmo o que era suposição no período dos atendimentos, que esses elementos podem ser negligenciados, silenciados ou apagados com medicações que produzem efeitos de sonolência e deixam, nos casos que pude acompanhar muitas mulheres caladas em suas condições de vida.

Essa condição impede ou prejudica que espaços para uma escuta terapêutica qualificada seja oferecidos para as mulheres e que elas possam utilizar disso para falar sobre o que vivem/sentem. Dizer isso não significa supor que as mulheres camponesas precisam necessariamente de um espaço de apoio terapêutico, ainda que em situações de violências, é uma escolha que pode ou não acontecer. Significa, antes de tudo, compreender que, supondo existirem casos de depressão, angústia, insônia e ansiedade, é preciso que espaços sejam criados para elaboração e resolução destas e que as condutas em saúde se apoiem nessa perspectiva.

Nas falas das mulheres, não observamos, no entanto, críticas diretas aos profissionais de saúde no que tange às condutas medicamentosas como prioritárias. Essa não parece ser a problemática central, na verdade, não parecer partir disso e explicar a questão exclusivamente a prescrição de benzodiazepinas como conduta única. Pudemos perceber que a busca por essas medicações por parte das mulheres existem para além das prescrições, mas temos um cenário comprovado de renovação de receitas sem o devido comprometido e responsabilização que

esse fenômeno precisa, além da aceitação de usos abusivos e suas repercussões como situações comuns.

Reforço que não é o propósito desse estudo exercer uma crítica vazia e desimplicada aos profissionais de saúde, desde os médicos até os profissionais de enfermagem e assistência psicossocial, e sim fomentar reflexões sobre as práticas de cuidado à saúde mental das mulheres, especialmente as mulheres do campo, das florestas e das águas. Nesse sentido, coloco em questão a minha inserção enquanto profissional de saúde nesses contextos e percebo além das limitações nas formações, as dificuldades de fazer valer uma prática em saúde do jeito que desejamos, na universalidade de acessos e na integralidade dos cuidados.

Nas articulações com as redes de atendimentos e no encontro com os agentes e realizadores das políticas, a ideia da construção de cuidados em saúde para as mulheres dentro desse formato é objetificado e perseverado por muitas/os, ainda que com limites concretos. No entanto, podemos notar no terreno de saúde mental das mulheres uma:

Confusão entre democratização e universalização do acesso à saúde e a distribuição massificada de medicamentos, o que implicaria em repensar o atendimento básico em saúde mental em relação à necessidade de uma política terapêutica (e psicoterapêutica) menos medicamentosa. (MALUF; TORNQUIST, 2010, p. 44).

Embora inicialmente tenha traçado um percurso histórico que aponta para condutas médicas problemáticas, utilizo esse caminho para avançar nessa questão e pensar na complexificação de uma lógica em saúde. Nos discursos que tivemos contato, vimos relatos das mulheres que dizem sobre o fato de não se sentirem ouvidas e acolhidas em suas demandas e experiências. A exemplo do que postula Rosa, que acredita que a hostilidade enfrentada na comunidade pode ser ampliada aos serviços de saúde, bem como o caso de Lírio, em que se ilustra que mesmo em situação tão grave de violência enfrenta julgamentos morais e é questionada em sua condição de sofrimento, ou mesmo Jasmim, que afirma que as vezes, tudo que é a pessoa precisa é de um espaço para ser ouvida.

É como se os profissionais envolvidos nessas tramas não escutassem com a sensibilidade e o respeito que essas vivências exprimem. Os profissionais de saúde, por sua vez, muitas vezes o fazem por naturalizarem a questão ou por não terem repertório para tratar dessas situações, tendo em vista os modelos mecânicos aprendidos nas formações para a oferta de cuidados e o machismo enraizado em nossas práticas pessoais e profissionais. Vemos também a reivindicação por espaços e equipes de saúde efetivas e ampliadas.

Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (2012, p. 275) referem que:

O acesso e a utilização dos serviços de saúde é um direito garantido pela Constituição brasileira e por tratados internacionais e, no entanto, em um país com marcas profundas de desigualdades sociais como o Brasil, as articulações do racismo com as relações desiguais de gênero e socioeconômicas impactam no acesso e na utilização dos bens e serviços de saúde.

Em se tratando dos serviços de saúde, destaca-se a atenção primária como o principal nível de atenção para os cuidados que se destacam como imprescindíveis aqui, por ser esse considerado a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) pela tentativa de oferecer cuidados em saúde não segmentados e considerar os aspectos psicossociais, históricos e territoriais no processo de saúde-doenças das populações. O PSF é o dispositivo responsável para que a implementação dessas condutas aconteça e tem como premissas principais a atuação nos territórios em trabalho direto com o cadastro e acompanhamento das pessoas em suas comunidades e casas, integrar e articular com as organizações regionais e a construção de espaços de cidadania. No entanto,

No cotidiano, tal proposta, muitas vezes, é desvirtuada quando o trabalho dos profissionais se pauta mais pela busca do exercício do controle moral sobre a vida dos usuários, dentro dos cânones da biomedicina, e menos pelo estabelecimento de projetos compartilhados de cuidados com caráter emancipatório. (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p. 161).

Um dos pontos que se investiga aqui é se há interesse que os cuidados em saúde às mulheres tenham caráter emancipatório. A outra questão é que se os cuidados devem ser construídos e ofertados na integralidade, ou seja, com a compreensão de que as ações em saúde devem estar articuladas com outras políticas e incluir todos os níveis de saúde – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – para assegurar o acesso e a qualidade de vida e saúde a todas as pessoas, podemos pensá-los como um propósito em saúde que coloca a aposta nos encontros. Porém, é preciso que esses encontros, entre entidades, serviços e profissionais de saúde e comunidade considerem raça não apenas como um atravessamento ou um recorte, ou como no caso de Rosa, que perdeu seu bar e seguiu perseguida e marginalizada, sem isso seja considerado enquanto estruturante na sua estruturação psíquica.

Ao buscar uma concepção em saúde de maneira ampliada, baseada no encontro, importa que ele aconteça a partir da prerrogativa entre os envolvidos - equipes, famílias e comunidades - da consideração de raça como estruturante nas condições de saúde físico-psíquica.

No entanto, ao focar a possibilidade de elaboração de cuidados inscrita no encontro, não é ressaltado que o contexto desse encontro, não é ressaltado que o contexto desse encontro está imerso em relações racializadas. Internalizadas nas nossas raízes sociais e negadas através do mito da democracia racial, as relações racializadas permanecem tratadas de maneira ambígua e, se não evidenciadas, impedirão a possibilidade do estabelecimento da equidade e, conseqüentemente, da integralidade nas práticas de saúde (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p. 162).

Outro ponto que se apresenta como um desafio aos serviços e profissionais de saúde e uma dimensão de difícil controle e monitoramento é o uso prolongado das medicações benzodiazepínicas, sintetizados nas narrativas de Violeta, Jasmim e Hortênsia com expressões de 15 anos de vida dopada, mais de 20 anos parando e voltando com usos uma vida a base de remédios. Rozemberg (1994, p. 307) mostra:

como tais medicamentos, após vários anos de uso se mostram incapazes de curar o problema, este último passa a ser entendido como doença ‘incurável, que deve ser entretanto controlada através da renovação indefinida das receitas.

As condições de saúde mental das mulheres nas zonas rurais nos convoca a pensar em “outros modos de compreensão que não sejam embasados no paradigma biomédico hegemônico” (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017, p. 407). Além do mais,

Levar essas vivências em consideração, fazer um esforço para compreender, ou ao menos ouvir, as explicações e interpretações dos sujeitos que são alvos dos programas governamentais, perceber os discursos e as experiências sociais como também produtores de verdade pode ser o começo de uma outra política pública, não apenas de saúde. (MALUF; TORNQUIST, 2010, p. 52).

5.2.3 Trabalho

O trabalho é um aspecto constitutivo da identidade das pessoas pertencentes às zonas rurais e os têm efeitos substanciais nas condições de vida e saúde das mulheres. Os atributos de trabalho são atributos de vida para as mulheres. As assimetrias são reais e percebidas e denunciadas nas narrativas das mulheres: Rosa expressa nitidamente esse cenário ao apontar sua trajetória de trabalho colhendo e vendendo folhas, o momento da separação que não levou nada de casa e conseguiu tudo novamente com os lucros das suas vendas e a construção do seu bar. Mostra também o racismo que é revelado quando esse estabelecimento, sua fonte de renda e realização, é marginalizado e fechado e recusa explicitamente explicações simplistas e

naturalizadas sobre as suas questões, demarcando que sabe o que resolverá os seus problemas restituirá sua paz: ter seu trabalho de volta.

Jasmim reivindica, pela via do diagnóstico psiquiátrico, que não tem mais condições de trabalhar, quer se aposentar porque compreende que dedicou muito do seu tempo de vida ao trabalho, não se sente mais disposta e apta para isso e exige esse direito ao INSS. Girassol confirma que o fardo é pesado para as mulheres e que não recebeu o que deveria por conta de todo o trabalho que já realizou.

Implicitamente se revela a lógica de servidão - ao marido e filhos, a comunidade, aos serviços - presente nas relações de trabalho nesses territórios. Essa concepção de servidão se amplia se refletirmos quem são as mulheres trabalhadoras rurais nordestinas. A que e a quem servem, qual a cor das suas peles e como são feitas as ligações com a natureza. Em se tratando de mulheres negras em sua maioria, e carregando as marcas dos territórios aos quais pertencem nos seus corpos, levamos em conta o que coloca bell hooks (1995):

O sexismo e o racismo, atuando juntos, perpetuam uma iconografia de perpetuação da representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a ideia de que ela está neste planeta principalmente para servir aos outros. Desde a escravidão até hoje, o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como o símbolo quintessencial de uma presença feminina “natural”, orgânica, mais próxima da natureza animalística e primitiva. (HOOKS, 1995, p. 468).

Nos casos das mulheres rurais, essa aproximação com a natureza é tomada de maneira ainda mais literal, como se os corpos das mulheres dos campos nascessem e vivessem em simbiose com os espaços da natureza e, portanto, com capacidades correspondentes, passíveis de tudo suportar ou facilmente se regenerar. Entretanto, notamos que essa ligação é frequentemente recusada, basta compreender o que está posto quando Hortênsia afirma que considera sua condição de saúde, sabe o que as pessoas pensam a seu respeito e que ainda que o marido tente proibi-la de sair e de se relacionar, ela o faz, “Ele querendo ou não”.

Carla Garcia (2018) aponta para os trabalhos femininos como experiências determinantes para analisar as construções subjetivas e objetivas das mulheres no mundo. Para ela, as ciências expressaram dificuldades para absorver a complexidades dos trabalhos das mulheres ao longo dos tempos, colocando:

A experiência de trabalho feminino partindo de categorias, conceitos, noções que ainda se apresentavam como neutras e que haviam sido elaboradas a partir da análise de experiências laborais estritamente masculinas. (GARCIA, 2018, p. 13).

Os desacordos com essa maneira de pensar mulheres e trabalhos em perspectiva masculina e restrita acontecem no período dos anos setenta, a partir das concepções e epistemologias feministas. É possível pensar na materialização dos trabalhos das mulheres como fundamentalmente conectados e estruturantes em suas vidas. Sendo assim, incorporar trabalho-gênero como “ferramenta de análise e não uma mera variável” (GARCIA, 2018, p. 14) é o caminho possível para compreender as implicações que esse eixo assinala com a provocação da análise dessas atividades, exercidas e entendidas como se não fossem trabalhos ou como se fossem menos trabalho.

Muitos são os nomes dados a essas atividades, “ajuda”, “parceria”, “dar uma força”, quase nunca são falados como trabalho, seja na nomeação concreta ou com a incorporação dos valores e sentidos que tem esses trabalhos. Carla Garcia (2018) chama atenção para essa dinâmica, ao denunciar que “durante séculos, estas tarefas foram nomeadas com palavras que não continham a totalidade de seu significado porque incorporaram sentidos que as desvalorizaram e desqualificaram.” (GARCIA, 2018, p. 21).

Dar nome para o que foi feito a vida toda e deu substância para todas as vidas envolvidas, falar sobre essas tarefas, perguntar e ouvir sobre essas experiências, sobre os cansaços. Ouvir e repetir, devolver os ditos, para que não sejam esquecidos, para que sejam entendidos como o que de fato são. Violeta enfatiza que além de cuidar da casa, do marido e de 15 filhos, não deixou de exercer tudo que é tipo de trabalho, mesmo falando desse enquanto ajuda, não deixou faltar nada, nem bonecas, para as filhas. Os filhos não passaram as necessidades que ela passou, mesmo sendo pouco dinheiro para muito que era o trabalho, como ela afirma. Ainda assim, nada material faltou, mesmo que tudo isso tem sido pelas suas mãos e seus esforços e não tenha sequer falado com tal pelas pessoas. Conforme demonstra Carla Garcia (2018, p. 27):

na falta de serviços sociais, muitas vezes as mulheres são as únicas responsáveis pelo cuidado das pessoas que vivem ao lado delas e realizam verdadeiros milagres econômicos e psicológicos para chegarem até o final do mês.

Para superar a atribuição de inferioridade dos trabalhos árduos e explorados que são o das mulheres, Silvia Federici (2019) pauta a defesa da remuneração do trabalho doméstico como pilar para uma revolução social, econômica e cultural. A princípio a ideia de remuneração para todo e qualquer trabalho doméstico pode causar a sensação que apenas dinheiro resolveria as problemáticas que englobam as explorações causadas por essa

construção, porém, devemos considerar que não é apenas de uma recompensa financeira pelo exercício da divisão sexual do trabalho do que se trata, basta retomarmos o quanto as relações de trabalho não entendidas como tal causam repercussões psíquicas nas vidas das mulheres.

Embora pareça óbvio afirmar, as subjetividades de todas as pessoas, não somente das mulheres, estão estruturadas a partir das forças dos trabalhos domésticos executados por elas, e é por esta razão que não é possível reduzir a questão do trabalho na vida das mulheres a partir das remunerações financeiras somente.

Sobre isso, Silvia Federici (2019) é categórica ao afirmar que essa perspectiva deve ser superada e que as dificuldades nesse sentido:

Provêm do fato de reduzirem os salários para o trabalho doméstico a uma coisa, a uma quantia de dinheiro, em vez de tratá-lo a partir de uma perspectiva política. A diferença entre esses dois pontos de vista é enorme. Entender o salário doméstico como uma coisa, e não como uma perspectiva, é separar o resultado final de nossa luta da luta propriamente dita e não compreender a importância disso para desmistificar e subverter o papel ao qual as mulheres têm sido confinadas na sociedade capitalista.” (FEDERICI, 2019, p. 40).

A autora problematiza “ao negar um salário ao trabalho doméstico e transformá-lo em um ato de amor” (FEDERICI, 2019, p. 44) os conflitos entre violência e amor são reafirmados nos processos de exploração às mulheres e mais uma vez, fica a mostra que as invenções desses atos como atos amor muitas vezes custam vidas. No entanto, com isso também reafirmamos a necessidade urgente e constante de definir, dizer e legitimar o nome das coisas, nesse caso, dizer que é trabalho o que é trabalho: “nós queremos chamar de trabalho o que é trabalho, para que, eventualmente, possamos redescobrir o que é amar.” (FEDERICI, 2019, p. 49).

A exploração dos trabalhos entendidos enquanto amor, dizem da dedicação dos cuidados das mulheres durante toda uma vida; cuidados não somente com tarefas domésticas braçais, mas a escuta, o apoio, perdão e tolerância. Não se trata, ao afirmar isso, que se busca a compreensão dos homens - maridos, filhos, patrões, vizinhos, profissionais de saúde - sobre esses trabalhos, mas da tomada de poder por quem é de direito, por mulheres e entre mulheres, coletivamente, como tem sido feito há décadas e erroneamente estaríamos conduzindo se acreditássemos que algo se deu e se dará na solidão dos quartos e cozinhas.

Apenas quando os homens compreenderem o nosso trabalho como trabalho – nosso amor enquanto trabalho – e, mais importante, nossa determinação

em rejeitar ambos, eles mudarão suas atitudes em relação a nós. (FEDERICI, 2019, p. 52).

Por fim, Carla Garcia (2018) alerta a respeito do arcabouço que explicam as violações, explorações e desvalorizações do componente mulher-trabalho:

Vimos como a desvalorização da vida – corporal, material – e suas necessidades está diretamente relacionada com a desvalorização da natureza e das mulheres: as mulheres têm menos valor porque estão mais ligadas à corporeidade e ao cuidado da vida até o final; mas também é certo que a vida e suas necessidades estão desvalorizadas porque pertencem ao âmbito das mulheres, estão baseadas nas capacidades humanas que são realizadas fundamentalmente por elas”. (GARCIA, 2018, p. 44).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por vivermos dentro de estruturas definidas pelo lucro, por relações de poder unilaterais, pela desumanização institucional, nossos sentimentos não estariam destinados a sobreviver. Mantidos por perto como apêndices inevitáveis ou agradáveis passatempos, esperava-se que os sentimentos se submetessem ao pensamento assim como era esperado das mulheres que se submetessem aos homens. Mas as mulheres sobreviveram. Como poetisas. E não existem novas dores. Já as sentimos antes. E escondemos esse fato no mesmo lugar onde temos escondido nosso poder. As dores emergem dos nossos sonhos, e são nossos sonhos que apontam o caminho para a liberdade. (Audre Lorde – A Poesia não é um luxo).

O investimento em políticas públicas de saúde para as mulheres, com equipes multidisciplinares que promovam a universalidade e a integralidade nos atendimentos, que superem as formações hegemônicas, machistas e violentas e priorizem a promoção de saúde nos territórios e a superação de raça e classe enquanto recortes e sejam incorporados enquanto estruturantes psíquicos é o caminho que acreditamos aproximar e tornar possíveis práticas que desmedicalizem as experiências das mulheres dos campos, das florestas e das águas.

No documento “Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: Recomendações e Estratégias” algumas alternativas de desmedicalização da vida são enfatizadas, dentre as quais destacarei neste estudo as medidas consideradas mais importantes para fomentar uma lógica de desmedicalização das vidas, que invariavelmente respingam rigorosamente em direção às mulheres (BRASIL, 2019).

São elas: promover a educação permanente em serviço sobre práticas desmedicalizantes, tema pouco debatido pelas equipes de saúde; incentivar ações integrais no cuidado, para além da medicação, que ajudem a desconstruir a cultura de direito à saúde vinculada à necessária prescrição de medicamentos; elaborar campanhas sobre os riscos do uso abusivo de Psicofármacos com dados baseados em evidência para o público em geral e para profissionais de saúde; promover articulação entre o SUS e os saberes e práticas tradicionais não institucionalizados, a partir do diálogo intercultural com as comunidades e seus territórios; formar profissionais de saúde para atuarem em contextos interculturais, bem como, planejar e acompanhar as ações que visem ao uso racional de medicamentos, articuladas com os sistemas tradicionais de saúde.

Entre todas as sugestões destacadas e com as quais estamos de acordo para a realização de um trajeto de desmedicalização da vida, uma delas aponta a problemática da medicalização das vidas mulheres como critério: incentivar pesquisas sobre a medicalização em mulheres, incluindo estudos sobre iatrogenia em casos de violência e contracepção.

Nesse sentido, concluímos que apenas enfatizar as disparidades e as opressões de gênero-raça-classe acumuladas nos mais diversos setores sociais, com destaque para o campo da saúde mental e para os serviços nos ambientes rurais não garante que as violências deixem de existir, tampouco garante mudanças as vidas das pessoas submetidas a essas práticas, contudo, denunciar, elaborar e fomentar estratégias que visem a superação ou a atenuação desses quadros é - e será enquanto for preciso - uma reivindicação.

Aline Veloso (2015) coloca a importância da aposta nos encontros com a/o profissional de Psicologia como uma possibilidade potente de produção de alegria e de crença em si, na medida em que a partir desses encontros, abre-se margem para que se possa desejar e vislumbrar outros lugares. É pela via do afeto que um caminho de autonomia e de construções de outros sentidos é possível. O vínculo, ainda que com limitações, pode ser tomado como produtor de cuidados e de saúde com responsabilidades afins para questões que são coletivas e que devemos estar comprometidas. O que fica como reflexão e convite aflorado e contínuo é a perspectiva da aposta nos encontros, nas confianças, nos vínculos e nas palavras das mulheres.

A concepção fundamental que se imprime neste estudo enquanto uma Psicologia Crítica e feminista é principalmente a superação da dependência do Estado como alternativa única de gestão das condições de vida, saúde e subjetividade de nós mulheres. Em oposição às noções de fraqueza e vulnerabilidade presentes equivocadamente em alguns discursos e concepções a respeito das narrativas e das experiências das mulheres, Audre Lorde (2019) nos ensina que as mulheres têm troncos fortes que de maneiras variadas e insistentes as instituições tentam diminuir ou apagar em transmissões. Isso porque, podemos pensar, não foram/estão silenciadas as mulheres, foram/estão enfrentando contínuas tentativas para não serem transmitidas.

No entanto, as transmissões das vidas das mulheres a partir dos enredos e formas que nos interessam e acreditamos, seguimos fazendo, e o fazemos a partir da poesia, da arte e do afeto como produtores de sentidos e bases nas construções dos cuidados:

Falo aqui da poesia como destilação reveladora da experiência, não do estéril jogo de palavras que, tão frequentemente e de modo distorcido, os patriarcas brancos chamam de *poesia* – a fim de disfarçar um desejo desesperado de imaginação sem discernimentos. (LORDE, 2019, p. 46).

As subjetividades e os seus modos de expressividade e ação podem estar - e assim o queremos - além do conhecimento concreto, masculino e branco. As relações estabelecidas entre e por mulheres não estão em alternativa ou oposição a dos homens, tampouco devem estar subordinadas a eles e à ciência que os serve, elas apenas são/estão, as mulheres produzem e mantêm, e fazem isso por outra ordem. Ainda sobre isso, Audre Lorde (2019, p. 46) aponta os caminhos:

Esse nosso lugar interior de possibilidades é escuro porque é antigo e oculto; sobreviveu e se fortaleceu com essa escuridão. Dentro desse local profundo, cada uma de nós mantém uma reserva incrível de criatividade e poder, de emoções e sentimentos que ainda não foram examinados e registrados. O lugar de poder da mulher dentro de cada uma de nós não é claro e nem superficial; é escuro, é antigo e é profundo.

“Ouçam as mulheres” é a convocação que temos feito, são as frases que temos lido e escutado em abordagens e organizações recentes nos movimentos sociais e feministas. Importa que essa ação seja começo, meio e fim das nossas teorias e práticas e que amplie nossas escutas e expanda nossos olhares para enxergar o que têm dito as mulheres.

Devemos, portanto, não perder de vista a importância das falas e dos valores delas por si só. Sem precisarem de validação pela palavra e/ou pelo saber branco masculino, tampouco que sejam encerradas nessa perspectiva. O valor das narrativas e vivências das mulheres são valores por si só, e são justamente quando podem ser sem interferências e contenções químicas. Se a construção do saber é poesia, não pode ser reducionista, tampouco rasa, o saber é mulher, é margem, é aliança e alicerçada com esse compromisso é que acreditamos que outras formas de amor, cuidados e tratamentos serão possíveis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Laura *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326/4660>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BAHIA. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Unidades móveis**. Salvador, 2020. Disponível em: <http://www.mulheres.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=37> Acesso em: 16 maio 2020.

BARRETO, Renilda. Corpo de mulher: a trajetória do desconhecido na Bahia do século XIX. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 34, p. 127-156, 2001. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/2662>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher[...] Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 33 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Norma técnica de uniformização: centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2006. 45 p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e->

publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia. Acesso em: 26 maio 2020.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque. (org.). **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 313-321.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interface e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, Belo Horizonte, v. 8, n. 15, p. 37-64, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v8n15/v8n15a03.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.

CARVALHO, Lucia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

COMISSÃO CAMPONESA DA VERDADE (CCV). **Relatório final**: violações de direitos no campo 1946 a 1988. Brasília: Comissão Camponesa da Verdade, 2014. 451 p. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Comiss%C3%A3o%20Camponesa%20da%20Verdade%20-%2009dez2014.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

COSTA NETO, Mauricio Cirilo da; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n4/v25n4a09.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 162-168, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0162.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

DARON, Vanderléia. **Um grito lilás**: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11376310-Um-grito-lilas-cartografia-da-violencia-as-mulheres-do-campo-e-da-floresta.html>. Acesso em: 25 set. 2020.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta; DUVAL, Henrique Carmona; BERGAMASCO; BOLFE, Ana Paula Fraga. Na trajetória dos assentamentos rurais: mulheres, organização e diversificação. In: NEVES, Delma Passanha; MEDEIROS, Leonilde Servolo. (orgs.). **Mulheres camponesas**: trabalho produtivo e engajamento políticos. Niterói: Alternativa, 2013. p. 195-216.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**. 2020. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/> Acesso em: 22 set. 2020.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil: dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014)**. Jun. 2015. 25 p. Disponível em: http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf Acesso em: 22 set. 2020.

FRIEDAN, Betty. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

GARCIA, Carla Cristina. **Mulheres, tempos e trabalhos**. São Paulo: Annablume, 2018.

GELEDES. Conheça a história de Margarida Alves, que inspira a Marcha das Margaridas. **Geledes**, [s.l.], ago. 2015. Seção Questões de Gênero. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/conheca-a-historia-de-margarida-alves-que-inspira-a-marcha-das-margaridas/> Acesso em: 22 set. 2020.

GRILLO, Nathalí Estevez. **Força pra subir, coragem na descida: um estudo sobre as resistências das meninas na Fundação CASA**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2020.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 07-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828> . Acesso em: 22 set. 2020.

HOOKS, Bell. Intelectuais negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 464-478, 1995. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/10/16465-50747-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 16, p. 193-210, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n16/0103-3352-rbcpol-16-00193.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

HOOKS, Bell. Vivendo de amor. Tradução: Maísa Mendonça. **Geledes**, [s.l.], mar. 2010. Seção Mulher Negra. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/vivendo-de-amor/>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ILLICH, Illich. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LANE, Sílvia; CODO, Wanderley. **Psicologia social: o homem em movimento**. 8. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, p. 500-503, 1983. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v17n6/07.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2019.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LORDE, Audre. **Irmã outsider**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755/28577>. Acesso em: 1 maio 2020.

MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARTIN, Denise *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 885-899, out./dez. 2012.

MARTINS, Ana Paula. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MCCLINTOCK, Anne. **Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial**. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

MELLIS, Fernando. Brasil consome 56,6 milhões de caixas de calmantes e soníferos. **R7**, São Paulo, jul. 2019. Seção Saúde. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/brasil-consome-566-milhoes-de-caixas-de-calmantes-e-soniferos-03072019>. Acesso em: 25 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 75-101.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

NEVES, Delma Pessanha; MEDEIROS, Leonilde Servolo de. **Mulheres camponesas: trabalho produtivo e engajamentos políticos** Niterói: Alternativa, 2013.

OLIVEIRA, Rita de Cássia. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 69-87, 2014. Disponível em:

<https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>. Acesso em: 25 set. 2020.

ROZEMBERG, Brani. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n4/10.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

SANCHEZ, Marcelo Hailer; GARCIA, Carla Cristina. As contrageografias da globalização: fronteiras, neoliberalismo e feminização da pobreza. In: GARCIA, Carla Cristina. (org). **Mulheres, tempos e trabalhos**. São Paulo: Annablume, 2018. p. 137-149.

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 267-285, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a08v10n19.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 1978.

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/26.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TABET, Livia Penna *et al.* Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n115/1187-1198/pt>. Acesso em: 10 jun. de 2020.

VELOSO, Aline Matheus. **Apesar que o vida loka também ama**: experiência afetiva dos adolescentes inseridos no tráfico de drogas. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

VIANA, Juliana de Souza; HASENCLEVER, Lia. Política de uso racional de medicamentos: o consumo de ansiolíticos na localidade rural de Marrecas, Campos dos Goytacazes – RJ. In: SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL, 17., 2018, Campos dos Goytacazes. **Anais [...]**. Campo dos Goytacazes: Universidade Cândido Mendes, 2018. p. 1-22. Disponível em: https://seminariodeintegracao.ucam-campos.br/wp-content/uploads/2018/12/Artigo_-Viana-e-Hasenclever-final-_1_.pdf. Acesso em: 17 maio 2020.

VIEIRA, Elizabeth. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZACCARELLI, Laura Menegon; GODOY, Arilda Schmidt. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **CADERNOS EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 550-563, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cebape/v8n3/a11v8n3.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2020.

ZANELLA, Andréa. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2013.