



Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: COMPREENSÕES SOBRE A  
COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS**

Lusiane Miranda Palma

Natal

2023

Lusiane Miranda Palma

**MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A  
COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS**

Dissertação elaborada sob orientação da Prof.<sup>a</sup>.  
Dra. Cândida Maria Bezerra Dantas e apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Mestre em Psicologia.

Natal

2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e  
Artes - CCHLA

Palma, Lusiane Miranda.

Mulheres e medicalização social: compreensões sobre a  
colonização de corpos negros / Lusiane Miranda Palma. - 2023.  
114f.: il.

Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e  
Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2023.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cândida Maria Bezerra Dantas.

1. Mulheres Negras. 2. Mulheres Quilombolas. 3. Saúde Mental.  
4. Medicalização da Vida. 5. Medicalização Social. I. Dantas,  
Cândida Maria Bezerra. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.9-055.2

Elaborado por Ana Luísa Lincka de Sousa - CRB-15/748

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Candida Dantas e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Natal-RN, 20 de abril de 2023,

**BANCA EXAMINADORA**

**Dra. CATIA PARANHOS MARTINS, UFGD**

Examinadora Externa à Instituição

**MARIA DA GRAÇA SILVEIRA GOMES DA COSTA, UFRN**

Examinadora Interna

**Dra. CANDIDA MARIA BEZERRA DANTAS, UFRN**

Presidente

*Às minhas ancestrais, e as que estão por vir.*

## **Agradecimentos**

Quando eu era criança não gostava muito do meu nome e por várias vezes reclamei a minha mãe, ela, que escolheu meu nome, saía na defesa alegando que era bonito e pedindo para que eu imaginasse uma sala com a placa na porta escrito “Doutora Lusiane” e seguia: – Viu como é lindo?

Eu estou longe de me tornar Doutora, se isso um dia for acontecer, mas não era ao título acadêmico em si que minha mãe se referia, ela entendia muito pouco sobre titulações acadêmicas. Era sobre um status que o estudo poderia me oferecer, capaz de acalmar até as queixas de um nome julgado como feio. Não tenho uma sala com meu nome, segui caminhos profissionais que me ofereceram muitos territórios, quintais, sombras de árvores, estradas... e poucas salas confortáveis, mas tem sido nessas ocupações profissionais que me encontro, embora por vezes nesses lugares seja chamada de doutora, não me identifico dessa forma. Mas saber que a minha mãe sempre acreditou no meu potencial e no poder da educação como um caminho de realização e transformação social foi essencial no processo de conclusão do mestrado, porque foi ali que me foi permitido sonhar, mesmo não fazendo ideia do que era uma universidade, mesmo não conhecendo ninguém, até então, que tivesse frequentado uma. Quando estava muito difícil concentrar na escrita e acreditar que seria capaz, lembrava disso, dessa fé que me fez ser a primeira pessoa da casa a ingressar no ensino superior. Hoje, agradeço por quem sempre acreditou em mim quando estava muito difícil eu mesma acreditar.

Agradeço a cada uma das mulheres da comunidade de São Tomé que dedicaram horas da sua vida para partilhar suas histórias de vida comigo, nessa confiança que eu nem sabia se era digna de merecer. Agradeço a cada Agente Comunitário de Saúde que comprou esse projeto comigo e trabalhou na captação das participantes com muito empenho. E agradeço a quem abriu

as portas desse campo e da sua casa, minha amiga Renatha, que é amiga e inspiração em desbravar territórios desafiadores mostrando ao mundo, apesar de todas as dores que esse percurso gera, que o lugar da mulher preta é onde ela quiser.

Partilho essa conquista com meus amigos de todas as *lives*, Lucas, Alê e Nanda, que me trouxeram alegrias e possibilidades de vida em uma tela, quando tudo era medo e desespero seguimos no compromisso de nos mantermos em contato. À Luciana e Carla amigas firmes que demonstram amor a partir do cuidado, paciência e alegria e à Arthur que me emprestou sua família e rede de afetos quando eu não tinha nada em Natal. Agradeço às mulheres da minha família por serem rocha e sustentação: Marlene, minha mãe, Wania, Adriana e Iza.

Grata aos que em sua passagem pela terra marcaram minha vida: Ao meu pai por ter sido o maior exemplo de trabalho e dedicação que conheci e que possibilitou lá atrás as condições necessárias para que eu chegasse até aqui; à Dinda, afeto imenso que perdi nesse tempo pandêmico terrível; à Tió, que antes de partir me fez vivenciar de maneira mais intensa o conceito de pesquisadora encarnada, quando me deslocou no meio do mestrado à função de cuidadora; à todos os tios, tias, avós e amigos que se tornaram saudades nos últimos anos.

Esse caminho vem sendo percorrido há muitos anos, e muita gente, que não caberia se fosse citar, faz parte dela, deixo aqui meu agradecimento a beleza dos bons encontros e a força na luta que me moldou como esse ser de fronteira, sempre em muitos trânsitos, agradeço às forças superiores que me protegem e guiam nesse processo.

Por fim agradeço à Cândida por ter sido mais do que professora quando o mundo exigiu rearranjos e perseverança, cuja paciência foi essencial para que pudéssemos seguir, apesar de toda adversidade que os anos de pandemia nos impuseram. À Maria, pelos ensinamentos de vida e afeto que foram alimentos necessários, e a Rafa, amigo que o ingresso no mestrado ofertou e que sobreviveu aos percalços da distância e isolamento social. Em seus nomes agradeço a todos os professores, inclusive os convidados, e estudantes da base Modos de

Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade, pela troca e aprendizado ofertado.

## Sumário

|                                                                                                |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Agradecimentos .....                                                                           | vi   |
| Sumário.....                                                                                   | ix   |
| Lista de siglas e abreviações.....                                                             | xi   |
| Resumo .....                                                                                   | xiii |
| Abstract.....                                                                                  | xiv  |
| Apresentação .....                                                                             | 16   |
| 1. Saúde mental e mulheres negras.....                                                         | 21   |
| 1.1. O cenário da Saúde Mental no Brasil .....                                                 | 21   |
| 1.2. Saúde Mental, Raça e Gênero .....                                                         | 25   |
| 1.3. O sistema moderno-colonial de gênero e o impacto na saúde mental de mulheres negras ..... | 26   |
| 2. Medicalização social e as mulheres .....                                                    | 30   |
| 2.1. A Mulher Negra e as Ciências Médicas.....                                                 | 30   |
| 2.2 Medicalização social .....                                                                 | 32   |
| 3. Caminhos da pesquisa .....                                                                  | 35   |
| 3.1. Cenário da pesquisa .....                                                                 | 38   |
| 3.2. Aspectos metodológicos .....                                                              | 40   |
| 3.3. Desenho metodológico.....                                                                 | 42   |
| 3.4. Considerações éticas .....                                                                | 42   |
| 3.5. Metodologia de análise de dados .....                                                     | 43   |
| 4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....                                                                  | 44   |
| 4.1. Caracterização das Participantes.....                                                     | 44   |
| 4.2 Determinantes Associados a Prescrição .....                                                | 50   |
| 4.2.2. O ato de cuidar .....                                                                   | 57   |
| 4.2.3. Sintomas e Atenção à Saúde .....                                                        | 61   |

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3. Efeitos do uso de medicamentos .....                       | 71  |
| 4.3.1. Aspectos Individuais .....                               | 71  |
| 4.3.2. Aspectos familiares e coletivos .....                    | 75  |
| 4.4. Estratégias de resistência .....                           | 79  |
| 4.4.1. A Rede invisível tecida por mulheres .....               | 80  |
| 4.4.2. Ancestralidade e futuros possíveis .....                 | 83  |
| 5. Considerações finais .....                                   | 89  |
| 6. Referências .....                                            | 93  |
| Apêndices .....                                                 | 101 |
| Apêndice A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 101 |
| Apêndice B- Termo de autorização para gravação de voz .....     | 104 |
| Apêndice C- Termo de Confidencialidade .....                    | 106 |
| Apêndice D- Carta de Anuência .....                             | 107 |
| Apêndice E- Roteiro de Entrevista Semiestruturado .....         | 109 |

## Lista de siglas e abreviações

|          |                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| UFRN     | Universidade Federal do Rio Grande do Norte                                         |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                                              |
| SNGPC    | Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados                           |
| ANVISA   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                                            |
| CID10    | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| PNAD     | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios                                         |
| COVID-19 | <i>Corona Virus Disease</i> (Doença do coronavírus)                                 |
| CPI      | Comissão Parlamentar de Inquérito                                                   |
| CFF      | Conselho Federal de Farmácia                                                        |
| CAPS     | Centro de Atenção Psicossocial                                                      |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família                                                         |
| RAPS     | Rede de Atenção Psicossocial                                                        |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                                      |
| CIT      | Comissão Intergestora Tripartite                                                    |
| PNAB     | Política Nacional de Atenção Básica                                                 |
| AB       | Atenção Básica                                                                      |
| ACS      | Agentes Comunitários de Saúde                                                       |
| DSM      | Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais                            |

|          |                                                                                  |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| TMC      | Transtorno Mental Comum                                                          |
| PMAQ-AB  | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica                  |
| NASF     | Núcleo Ampliado de Saúde da Família                                              |
| eSF      | equipe de Saúde da Família                                                       |
| CONAQ    | Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais<br>Quilombolas |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                  |
| CEP/UFRN | Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte        |
| RCLE     | Registro de Consentimento Livre e Esclarecido                                    |
| UBS      | Unidade Básica de Saúde                                                          |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                                     |
| BZD      | Benzodiazepínicos                                                                |
| GAM      | Gestão Autônoma da Medicação                                                     |

## **Resumo**

O crescente aumento no consumo de psicotrópicos no Brasil revela um fenômeno que atinge diversas camadas da população, mas se faz mais acentuadamente presente entre as mulheres com Transtornos Mentais Comuns, quadros intrinsicamente associados as condições de vida, como sobrecarga doméstica e vulnerabilidade social, condições que se apresentam em maior percentual na população negra do Brasil. Esse trabalho se propõe investigar as histórias de vida e as experiências de mulheres negras de uma comunidade quilombola do sertão da Bahia que fazem ou fizeram uso de psicotrópicos. Sob a perspectiva dos feminismos negros e anticoloniais, a partir de uma pesquisa de método qualitativo que utiliza as narrativas das mulheres com o intuito de pesquisar a partir da voz de quem vivência essa experiência. As análises foram realizadas a partir dos eixos: Determinantes associados à prescrição, efeitos do uso de medicamentos e estratégias de resistência. Os resultados apontam as condições de vida, sobrecarga de trabalho, feridas coloniais e violências domésticas como motivadores associado a prescrição, entre os efeitos do uso de medicamentos estão melhoria na qualidade do sono, redução dos sintomas de ansiedade, mas também apatia, falta de motivação e amnésia. A coletividade, solidariedade entre as mulheres e os saberes ancestrais, como uso de ervas se apresentam como estratégias de resistência. Concluimos que a medicalização se apresenta como máscara para as iniquidades enfrentadas por mulheres quilombolas em contextos rurais e nos traz a necessidade de repensarmos políticas públicas de cuidado para as mulheres que considerem as singularidades e territorialidades.

Palavras Chaves: Mulheres negras; mulheres quilombolas; saúde mental; medicalização da vida; medicalização social.

## **Abstract**

The increasing use of psychotropic drugs in Brazil reveals a phenomenon that affects various layers of the population but is more pronounced among women with Common Mental Disorders, conditions intrinsically associated with living conditions such as domestic overload and social vulnerability, issues that are present in higher percentages among the Black population in Brazil. This study aims to investigate the life stories and experiences of Black women from a quilombo community in the backlands of Bahia who use or have used psychotropic drugs. This research was done from the perspective of Black and anti-colonial feminism, using a qualitative method that uses women's narratives to research from the voice of those who live this experience. The analyses were carried out based on the axes: determinants associated with prescriptions, effects of medication use, and resistance strategies. The results indicate living conditions, work overload, colonial wounds, and domestic violence as motivators associated with prescriptions. Among the effects of medication use are improved sleep quality, but also apathy, lack of motivation, and amnesia. Collectivity, solidarity among women, and ancestral knowledge, such as the use of herbs, are presented as resistance strategies. We conclude that medicalization presents itself as a mask for the inequities faced by quilombola women in rural contexts and brings us the need to rethink public care policies for women that consider their singularities and territorialities.

**Keywords:** Black women; quilombola women; mental health; medicalization of life; social medicalization.

*A voz de minha bisavó  
ecoou criança  
nos porões do navio.  
Ecoou lamentos  
de uma infância perdida.*

*A voz de minha avó  
ecoou obediência  
aos brancos-donos de tudo.*

*A voz de minha mãe  
ecoou baixinho revolta  
no fundo das cozinhas alheias  
debaixo das trouxas  
roupagens sujas dos brancos  
pelo caminho empoeirado  
rumo à favela*

*A minha voz ainda  
ecoa versos perplexos  
com rimas de sangue  
e fome.*

*A voz de minha filha  
recolhe todas as nossas vozes  
recolhe em si  
as vozes mudas caladas  
engasgadas nas gargantas.*

*A voz de minha filha  
recolhe em si  
a fala e o ato.  
O ontem – o hoje – o agora.  
Na voz de minha filha  
se fará ouvir a ressonância  
O eco da vida-liberdade.*

**(Conceição Evaristo)**

## **Apresentação**

Em 2020 ingressei no mestrado de Psicologia da UFRN com a proposta de estudar o fenômeno da Medicalização Social na vida das mulheres racializadas em contextos rurais. De lá para cá, a vivência da Pandemia me afastou das primeiras possibilidades de campo pensadas, no entanto, reforçou a importância de problematizar o crescente consumo de medicamentos psiquiátricos entre mulheres, especialmente entre as negras e pobres. Essa inquietação brotou e cresceu ao longo de aproximadamente oito anos em que estive como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), antes do ingresso nesse Programa, a partir da observação da crescente busca por atendimento psicológico e, mais ainda, a naturalização do consumo de ansiolíticos e antidepressivos entre mulheres em todas as faixas etárias, moradoras de comunidades urbanas e rurais, sobretudo das mulheres mais pobres que no Brasil, não por coincidência, têm cor.

A minha trajetória profissional no SUS iniciou aproximadamente em 2010 a partir das experiências com estágios curriculares e vivenciais, transitei nesse período entre a Saúde da Família e Saúde Mental, sendo bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde da Família por um ano. Após formada fui avaliadora do programa de melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica-PMAQ-AB, onde tive a oportunidade de conhecer muitas equipes de Saúde da Família pelos interiores de Bahia e Sergipe, entre 2012 e 2014. Em 2015 ingressei na residência em Saúde da Família em Juazeiro-BA, seguindo minha trajetória como psicóloga no SUS pelo sertão de Pernambuco por mais três anos após a residência. Essa experiência pela aridez do interior do nordeste, com enormes dificuldades nas condições de trabalho como profissional de saúde pública, me apresentou cenários diversos de sofrimento, mas também de criação e possibilidades. E foi nesse contexto que a preocupação com a vida e sofrimento das mulheres, desde as adolescentes às senhoras de idade, e a consequente medicalização vivida

por elas de forma quase generalizada, fez brotar as ideias que se firmariam nos questionamentos desse trabalho.

Dados divulgados em 2011 já mostravam um preocupante consumo de psicofármacos. Segundo boletim epidemiológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 44% do total de medicamentos receitados no país era associado aos CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) que indicam transtornos mentais e comportamentais. Sendo, ainda, o tratamento terapêutico da depressão o responsável pelos maiores consumos de medicamentos do Brasil (8,4%). Dados do próprio SNGPC, solicitados pelo Fórum Sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, revelam que o Clonazepam, um benzodiazepínico comumente prescrito para transtornos de ansiedade e de humor, teve seu consumo anual aumentado no período de 2007 a 2013, chegando a um aumento de 200%. É importante ressaltar que o Brasil é o maior produtor de clonazepam do mundo.

Algumas pesquisas vêm mostrando como o aumento do consumo de psicofármacos se dá principalmente entre as mulheres. Em uma pesquisa realizada em 2017 com 203 usuários de uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Caicó, no Rio Grande do Norte, observou-se uma maior prevalência de consumo de psicofármacos entre mulheres negras e com baixa escolaridade, ultrapassando em 4 vezes o número de homens (José Sandro Medeiros *et al* 2018). Em uma pesquisa de 2019, realizada em um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul, foram abordados aleatoriamente pacientes maiores de 18 anos que estavam na fila da farmácia da única Unidade Básica do município com prescrição de benzodiazepínicos, das 62 pessoas que participaram da pesquisa 61% eram mulheres (Marisa Mosfiak *et al*, 2020).

Considerando que a população negra equivale a mais de 50% da população brasileira (PNAD, 2005) e que fatores como a vulnerabilidade social estão relacionados ao risco de sofrimentos psíquicos, podemos afirmar que ainda existem muitos poucos dados sobre a real

condição de saúde mental da população negra brasileira, sobretudo da mulher negra. Isso ocorre apesar de inúmeras campanhas realizadas nos últimos anos sobre os efeitos do racismo na Saúde Mental, e da revelação de outros dados associados a saúde mental, como pesquisas sobre o suicídio que mostraram, por exemplo, que em 2016 os jovens negros tinham 45% mais chances de cometerem o ato do que jovens brancos (Brasil, 2018)

O cenário de desesperança, medo e crescimento da mortalidade vivido no país entre 2020 e 2022 com a pandemia de COVID-19, que registou até o presente momento, abril de 2023, 698.047 mortes, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde no Painel Coronavírus, atingiu todo território nacional. O relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da COVID-19 no Brasil aponta a possibilidade de crimes durante a gestão da pandemia, entre eles o de corrupção, infração de medida sanitária preventiva e omissão de notificação de doença, dentre muitos outros que indicam uma gestão criminoso que prolongou o sofrimento causado pela pandemia e tornou o país um dos mais atingidos do mundo. Este relatório também aponta que mais do que uma pandemia, houve uma sindemia, ou seja, a desigualdade social agiu como comorbidade, já que o perfil dos mortos e infectados não foram eventuais, variaram conforme condições socioeconômicas e isso tornou parcelas específicas da população mais vulneráveis do que outros. Neste sentido, a circulação do vírus não é homogênea, varia de acordo com as condições sociais e ambientais, o que em situações adversas fazem com que a doença atinja desproporcionalmente comunidades vulneráveis e grupos étnicos ou raciais marginalizados, como as populações indígenas e negras (BRASIL, 2021). Diante desse cenário, é fato que os quadros de sofrimento mental também indicariam um aumento e, conseqüentemente, um maior consumo de psicofármacos.

Segundo informações do Conselho Federal de Farmácia (CFF), no período de janeiro a julho de 2020, houve um aumento de 14% nas vendas de antidepressivos e estabilizadores do humor, e 13% nas vendas de anticonvulsivos em comparação ao mesmo período do ano

anterior (<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6428>). Diante desse cenário, todas as questões apresentadas anteriormente se intensificam, assim como aumenta também a dificuldade em pensar estratégias de intervenção e de pesquisa, o que reforça a importância da resistência ao estado de morte e negação.

Perante o que foi exposto, ressalto que há nesta dissertação um interesse que vai além dos números sobre a medicalização das mulheres. Interessa investigar o que adormece nas mulheres quando elas fazem uso dos ansiolíticos. Qual a natureza do sofrimento que esses medicamentos propõem sanar? Que gritos eles podem calar? Trazendo os debates sobre a medicalização e o cuidado em Saúde Mental, essa pesquisa visa, a partir das lentes teóricas dos feminismos negros e anticoloniais, pesquisar com as mulheres negras como as suas histórias se relacionam com os processos de medicalização e as tentativas de controle dos seus corpos e subjetividades. Considerando a medicalização da vida um fenômeno amplo que visa transformar questões da vida cotidiana em demandas médicas, tomamos nesse trabalho a medicamentação como um dos aspectos determinantes desse fenômeno.

Entendendo que o termo Medicalização recebeu vários sentidos ao longo dos anos, e que até mesmo a partir da sociologia compreendemos uma polissemia do termo, distinguimos medicamentação de medicalização compreendendo que o primeiro está inserido no segundo, mas referindo especificamente ao uso de medicamentos em situações, que em outros períodos, não eram considerados assuntos médicos (Brasil, 2019). Ou seja, aqui partimos de uma experiência objetiva da medicalização da vida que é a medicamentação, como critério para abordar as experiências vividas nesse fenômeno.

A utilização de medicamentos psiquiátricos por mulheres negras pode estar relacionada à necessidade provocada por sofrimentos que têm suas origens em contextos sociais marcados pela misoginia, o racismo, vulnerabilidade socioeconômica, dentre outras. Tais contextos

atualizam os processos de colonização dos corpos de mulheres negras, individualizando problemas coletivos e silenciando respostas frente a situações de opressão.

Assim, temos como objetivo geral: investigar as trajetórias de vida e as experiências de mulheres negras de uma comunidade quilombola do sertão da Bahia que fazem uso de psicofármacos. E, como objetivos específicos: a) Identificar os determinantes associados a prescrição de medicamentos psiquiátricos às mulheres negras; b) Analisar os efeitos da medicalização das mulheres nas esferas domésticas e comunitárias; c) Investigar estratégias de resistência e formas alternativas de cuidado em saúde mental pelas mulheres negras.

Metodologicamente trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, em que foram convidadas a participar mulheres negras, maiores de 18 anos, residentes na comunidade quilombola de São Tomé no município de Campo Formoso no estado da Bahia, e que fazem, ou fizeram, uso de psicofármacos.

Para a construção da dissertação, abordamos no primeiro capítulo uma revisão sobre saúde mental de mulheres negras, a partir de uma discussão sobre as políticas de saúde mental em uma perspectiva racial e de gênero, seguida de uma contextualização conceitual sobre a mulher negra, a partir dos feminismos negros e decoloniais, e um panorama histórico sobre o papel das mulheres negras no desenvolvimento da medicina moderna. No segundo capítulo, trabalhamos os conceitos de Medicalização Social e de Colonização dos Corpos e a relação atribuída a ambos. No terceiro capítulo abordaremos o percurso metodológico, a orientação epistemológica e o desenho de pesquisa, como número de participantes e detalhamento do trajeto. No quarto, apresentamos a análise das entrevistas qualitativas e, por fim, as considerações e reflexões sobre os resultados alcançados.

## **1. Saúde mental e mulheres negras**

Este capítulo tem a proposta de abordar as políticas de cuidado em saúde mental e a relação que vem se estabelecendo no cuidado de mulheres negras, em especial as mulheres de comunidades tradicionais, como as comunidades quilombolas. Além disso, abordamos alguns conceitos e das lentes teóricas sobre raça e gênero que orientam a presente pesquisa.

### **1.1. O cenário da Saúde Mental no Brasil**

A história recente das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por lutas, conquistas e, mais recentemente, também por retrocessos. Com inspiração no modelo de Reforma Psiquiátrica ocorrido na Itália, a Luta Antimanicomial, que originou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, defende a liberdade como direito de todas as pessoas e ferramenta essencial de cuidado, denunciando que a ausência de liberdade funciona como instrumento de adoecimento. Ela tem como referência as experiências de Franco Basaglia que gerou a Lei 180, na Itália (lei Basaglia) (Pita, 2011).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil origina-se seguindo uma tendência de discussão e questionamentos em defesa de direitos que o Brasil e a América Latina viviam nos anos 1970, imersos em um contexto político de abusos das ditaduras militares, e segue os rumos da própria Reforma Sanitária Brasileira, embalados no movimento de redemocratização do Brasil, que mais adiante daria origem ao SUS.

Nesse tempo, o cenário da Saúde Mental no Brasil tinha como principal característica as formas de tratamento de caráter asilar, que eclodiu na década de 1970 com a construção de muitos manicômios privados com financiamento público, na chamada “indústria da loucura” em plena ditadura militar. É nesse período que ganha corpo o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” congregando

trabalhadores, usuários e familiares. A crescente união com os movimentos sociais e uma série de encontros, nas décadas de 1980 e 1990, ajudaram a tornar realidade a aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, seguida por uma série de portarias e leis que serviriam como arcabouço normativo para um novo modelo de cuidado em saúde mental, mais comunitário e menos asilar, especialmente com a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS (Pita, 2011).

Paralelo à criação dos CAPS, a Atenção Básica no Brasil avançou ganhando outros contornos a partir dos anos 1990 e, mais adiante, adquirindo o status de ordenadora do cuidado. O modelo que conhecemos hoje teve seu início com o Programa de Agentes Comunitários (1991), seguido do Programa de Saúde da Família (1994) e, posteriormente, Estratégia de Saúde da Família – ESF (2011) que concebe o cuidado como territorializado, integral e preventivo. No âmbito da saúde mental, os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira encontram-se em consonância com o modelo de cuidado da ESF, com os elementos de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de possibilitar um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, considerando o protagonismo do sujeito, suas relações e redes. (Daniele Silveira & Ana Luiza Vieira, 2009). Também em 2011, o Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. No âmbito do SUS, a RAPS têm entre os seus objetivos gerais:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Brasil, 2011)

Embora tenhamos um sistema de saúde universal e público, o desafio de efetivar as ações em todo o território nacional sempre foi muito grande, considerando o difícil acesso de muitas localidades em que as condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde)

dificultam a oferta qualificada dos serviços (Magda Dimenstein *et al*, 2013). A partir de 2015, essas dificuldades se acentuaram em diversas esferas das políticas públicas, com destaque especial para as políticas de saúde. Como exemplo, a saúde mental na esfera federal passou a ser gerida por um personagem contrário ao movimento da Reforma Psiquiátrica, com a nomeação em 14 de dezembro de 2015, do psiquiatra Valencius Wurch para o cargo de coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Valencius possui um histórico antirreforma, tendo sido diretor da Casa de Saúde Doutor Eiras na Baixada Fluminense estado do Rio de Janeiro, então o maior manicômio particular do país. Essa nomeação gerou protestos em todo Brasil e seria o prenúncio do retrocesso que sucedeu na Saúde Mental (Daniel Brunet, 2015).

Aliado ao momento político da época, após o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff aumentaram os ataques à saúde pública. Um dos terríveis legados do governo Temer é a Emenda Constitucional n. 95, promulgada em 15/12/2016 que determina o congelamento dos investimentos públicos em Saúde e Educação por 20 anos. Ainda em 2016, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.482 que inclui as comunidades terapêuticas, em sua maioria instituições religiosas e de caráter asilar, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passando a ter financiamento público. Nessa toada, a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, estipula novas diretrizes de funcionamento da RAPS, incluindo o hospital psiquiátrico na rede, além de restaurar o hospital-dia, comumente anexo a um hospital psiquiátrico (Brasil, 2017). Essas mudanças são citadas aqui por ilustrarem o momento nebuloso em que estamos vivendo, e que configuram na prática uma contrarreforma psiquiátrica, trazendo o modelo manicomial como dispositivo de cuidado e enfraquecendo os serviços de base comunitária. Em 2017, a Portaria nº 3.992 (Brasil, 2017) modifica a forma de financiamento e passa a autorizar que os gestores locais aloquem as verbas como acharem mais

convenientes, podendo preferir destinar os recursos para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, por exemplo.

É nesse período também que é sancionada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017). Na nova PNAB, o modelo de ESF deixa de ser prioritário e a palavra “democrática” é suprimida do texto para se referir as práticas de cuidado e de gestão. Ela também altera o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe, que eram 4 na política anterior e ficou sem delimitação na atual, além de recomendar que os/as ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, apesar de não definir parâmetros objetivos para isso. (Cruz *et al.*, 2020). A PNAB nos apresenta um cenário de uma Atenção Básica funcionando de forma mais próxima do modelo ambulatorial praticado antes de 2011, praticamente sem ACSs e sem a lógica do matriciamento, dificultando a possibilidade de um cuidado continuado e territorializado, o que tende a incidir na integralidade do cuidado na RAPS.

O cenário atual torna-se então ainda mais preocupante quando pensamos no tipo de oferta de cuidado que pode estar sendo ofertado à população negra do país, em especial as mulheres que são maioria do público atendido pelos serviços. Entendendo que quando racializamos esse debate, também estamos fazendo um debate de classes, reconhecendo que falamos da população mais pobre e, conseqüentemente, mais dependente dos serviços públicos de atenção à saúde.

## 1.2. Saúde Mental, Raça e Gênero

Em uma das suas primeiras publicações, Fanon (2008) define racismo como o alicerce do sistema hierárquico que divide a humanidade, em que brancos são considerados humanos universais e negros não-humanos universais. E é nesse sistema que é forjada a sociabilidade brasileira, tendo o racismo como base estruturante e estrutural (Rachel Passos, 2020).

Além disso, temos um Estado gestor de políticas públicas que tem por finalidade promover reparação, mas em paralelo age como mantenedor da estrutura racista a partir de políticas de morte (Achile Mbembe, 2018), como no exemplo da violência contra o povo preto periférico promovida pela polícia. Na Saúde não é muito diferente e, embora tenhamos desenhos de políticas públicas para populações específicas muito bem construídos, as bases que mantêm as estruturas racistas, misóginas e de classe ainda são perceptíveis.

Neste contexto, a luta antimanicomial em sua construção esteve aliada aos movimentos sociais que se posicionam de forma antirracista. Declarando o combate ao racismo como uma pauta antimanicomial por meio de manifestações de combate ao genocídio e criminalização da juventude negra. David e Vicentim (2020) trazem os marcos históricos do Encontro de Bauru (1987) e Bauru 30 anos (2017) para reiterar a proximidade da Luta Antimanicomial brasileira com a Luta Antirracista, ao reconhecer os aspectos históricos de segregação, violência, aniquilação e, consequente, patologização e aprisionamentos do povo negro ao longo dos séculos no Brasil, que após mais de trezentos anos de escravidão, sofreu com o racismo científico e as políticas de branqueamento.

No entanto, a necessidade de pensar as relações de raça, gênero e classe vai além de pensar a própria formação social brasileira, é preciso refletir sobre apagamentos que o racismo estrutural provocou na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira quando excluiu dos seus anais, por exemplo, a influência de Frantz Fanon para as ideias de Basaglia e desproveu a

Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil de um debate étnico-racial e sobre os efeitos do colonialismo, inclusive sobre as subjetividades (Rachel Passos, 2018).

Em um curso promovido pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro sobre Saúde Mental e Direitos Humanos, Deivison Faustino (2021) apresenta Fanon como o centro do que chamamos de reforma psiquiátrica. Fanon como um autor de encruzilhada, como define Faustino, não nega os saberes produzidos na Europa, mas avalia as suas possibilidades e os seus limites à luta anticolonial, a partir do crivo histórico e das singularidades que o capital impõe nas colônias. Um ponto importante atrelado a isso é a posição crítica frente à biologização dos fenômenos psíquicos e o questionamento sobre a definição de loucura e das formas de cuidado. Um contraponto à designação convencional do saber médico que contribui para a manutenção do colonialismo através de conhecimentos científicos e técnicos. (Deivison Faustino, 2021).

### **1.3. O sistema moderno-colonial de gênero e o impacto na saúde mental de mulheres negras**

A interseccionalidade raça/cor, classe e gênero têm estado no centro das opressões. Dessa forma, a luta antimanicomial ao assumir o compromisso com a transformação precisa compor as lutas com um olhar interseccional para uma mudança de práticas em saúde, a partir de uma transformação na perspectiva epistemológica, que ainda hoje é centrada em um modelo europeu que invisibiliza as técnicas e práticas dos povos de cor (Emiliano David & Maria Cristina Vicentim, 2020).

Assim, a perspectiva da interseccionalidade é fundamental para o debate em Saúde Mental porque não o fazer é invisibilizar sofrimentos relacionados as especificidades que as condições de ser mulher, ser negra, ser LGBTQIA+ podem impor à saúde mental das pessoas.

Em um estudo que objetivou levantar sintomas, diagnósticos e condições sociais de homens e mulheres atendidos nos serviços de Saúde Mental do Distrito Federal, Valeska Zanelo

e René Marc Silva (2012) apresentam análises do DSM (Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) revelando a invisibilidade da categoria gênero enquanto fator determinante e condicionante do adoecimento psíquico. Considerando que em relação à etiologia das doenças mentais, as especificidades dos corpos e as diferenças que os papéis sociais engendrados causam nos sujeitos, aponta-se a necessidade de desenvolver critérios e diagnósticos diferentes para homens e mulheres com base nos padrões de comportamentos culturalmente associados aos gêneros. A ausência de critérios específicos pode levar a um excesso de diagnósticos de certas síndromes em mulheres e ao subdiagnóstico em homens, assim como o contrário também pode acontecer a depender da descrição do sintoma apresentado. Nessa pesquisa, Zanelo e Silva (2012) apresentam a prevalência de sintomas associados a TMC (Transtorno Mental Comum), o que a literatura aponta como situações de sofrimento mental nas mulheres, enquanto os homens atendidos apresentam sintomas associados a quadros psicóticos, como alucinações auditivas, além da dependência por álcool. Esse último, as autoras chamam atenção por serem vistos nos serviços como um problema de dependência química, enquanto o próprio serviço estaria gerando dependências químicas de ilícitos, a partir das prescrições em demasia de ansiolíticos a mulheres que são atendidas, o que não é visto por eles como um problema de saúde.

Seguindo o caminho da interseccionalidade, partimos por uma escolha epistemológica que distingue mulheres negras e demais mulheres de cor a partir das imposições colonialista sobre essas mulheres.

Maria Lugones se inspirou nos movimentos feministas negros dos Estados Unidos, de mulheres indígenas e de cor do chamado terceiro mundo e na análise do padrão global de poder de Quijano (2005), compreendendo o sistema que vivemos como “sistema moderno-colonial de gênero”. A esse pensamento é atribuído o termo feminismo decolonial, partindo das reflexões do giro decolonial e dos feminismos críticos, e trazendo uma nova perspectiva que

considera modernidade, colonialidade e geopolítica, para análise das relações entre raça, sexo, sexualidade, classe e geopolítica. (Ochy Curiel, 2020)

Uma noção essencial para compreendermos o termo “colonialidade” é que ele vai além do que entendemos como colonialismo, por não estar preso ao marco histórico temporal, ou seja, a relação instituída entre colonizadores e escravizados no período colonial. A colonialidade se refere às formas de dominação cultural que ainda perduram atualmente (Susana de Castro, 2020). Dessa forma, ao falarmos de colonialidade podemos compreender toda transformação que um território e seu povo vivem em decorrência das explorações europeias iniciadas no século XV, tais como a língua, a religião e os modos de produção.

É dessa forma que as relações de gênero também são atravessadas pela colonialidade e é nesse ponto que as intersecções entre raça e gênero também irão ocorrer. Maria Lugones (2020) afirma que historicamente a lógica categorial seleciona o padrão dominante como referência. Assim, a categoria mulher existe em contraponto a categoria homem, sendo essas constituídas por referências brancas, cis gênero e burguesas. Logo, se pensamos na categoria negro, ela também existirá em contraponto ao homem branco, assim negro (referindo-se a raça) na verdade define o homem (padrão) negro.

A intersecção entre gênero e raça, então, apresenta o vazio que esconde a mulher negra, já que ela não é apresentada nem referente ao gênero e nem à raça. Tentar generalizá-la na categoria mulheres esconde toda a brutalidade, abuso e desumanização que a colonialidade de gênero impõe a essas mulheres. Entendendo assim que não é possível, no contexto da colonialidade, pensarmos em relações de gênero sem a compreensão dos processos de racialização e como eles são definidores das relações de poder estabelecidas (Maria Lugones, 2020)

É sob essa égide que se dá a formação social do Brasil, a partir do apagamento de memórias dos povos originários, em suas diversas etnias e distribuição territorial própria que

em nada condiz com as fronteiras estabelecidas após o genocídio desses povos. As marcas, os fenótipos e a cor da pele negra e indígena são discriminados por representarem seres espirituais, ontológicos e culturais, considerados inferiores, primitivos, corpóreos e não racionais, como o branco (Susana de Castro, 2020).

Pensar na situação da mulher negra requer, portanto, atenção a esses aspectos que envolvem a história, o território e as relações de dominação. Segundo Lélia Gonzalez (2020), no processo de construção da nação brasileira, o povo negro sofre com o desenvolvimento desigual do país, ou do chamado modelo de modernização conservadora e excludente, que cria uma população às margens e dependente das formas produtivas anteriores em contraponto ao processo de acumulação hegemônico das grandes empresas monopolistas, passando a ser nessa população que incide mais fortemente, por exemplo, o desemprego e o subemprego. Dessa forma, todo avanço produtivo que incluiu a mulher no mercado de trabalho, a partir de meados do século passado, não pode ser generalizado para pensarmos a situação da mulher negra no Brasil, excluída desde sempre dos processos de modernização conservadora.

Mais do que os marcadores ambientais e econômicos que fazem a população negra ocuparem as periferias com os piores índices de desenvolvimento do país, quando comparados às populações brancas, o colonialismo tem seus efeitos subjetivos. Segundo Fátima Lima (2019):

...o trauma ou ferida colonial ultrapassa as marcas físicas, é um processo de subjetivação complexo que tem na raça, enquanto ficção materializada no corpo e na violência das práticas racistas que caracterizaram os países que se constituíram sob a égide do sistema colonial, o *locus* privilegiado de produção dos sofrimentos, entre estes o que podemos chamar de sofrimento psíquico e/ou subjetivo. (p.70-71)

Sobre as marcas desse sofrimento psíquico que perpassa gerações e se entrelaça com as condições sociais das vidas das mulheres negras e quilombolas que vamos tentar compreender o processo de medicalização enfrentado por esse público.

## 2. Medicalização social e as mulheres

Objetivamos nesse capítulo abordar a relação estabelecida entre a medicina moderna e as mulheres negras, estreitando a relação entre cuidado em saúde mental e medicalização social, apresentando conceitos e perspectivas que orientam os objetivos desse trabalho, e buscam trazer respostas às inquietações e provocar novos questionamentos.

### 2.1. A Mulher Negra e as Ciências Médicas

A saúde da mulher tem sido alvo frequente de estudos, no entanto, observando a própria história do desenvolvimento das ciências biomédicas podemos perceber uma demarcação bem definida da figura do homem branco como pesquisador e da mulher, muitas vezes negra, como objeto de pesquisa. Um exemplo importante é o do médico James Marion Sims<sup>1</sup> (1813-1883) considerado o “pai da ginecologia moderna” que realizava seus experimentos cirúrgicos em mulheres negras escravizadas, sem utilização de anestesia, sob alegação de que pessoas negras eram mais resistentes a dores (Goés, 2018). Este exemplo nos dá pistas de que tais estudos não estavam sendo desenvolvidos em busca de melhorias na qualidade de vida dessas mulheres, ao contrário disso, elas tinham seus corpos submetidos a todo tipo de violência em prol de um desenvolvimento científico.

O discurso da neutralidade que a academia branca mantém nega o fato de que a produção de conhecimento científico vem de um lugar específico, ocupado por pessoas brancas. Tal discurso reconhece esse lugar como neutro, o assume como universal e objetivo, quando na verdade, ao contrário disso, trata de um lugar dominante, um lugar de poder (Kilomba, 2020).

---

<sup>1</sup> Em 2018 a estátua que homenageava o médico foi retirada do Central Park em Nova York após diversas manifestações contra as homenagens à personagens da história escravista estadunidense, sinalizando uma leve esperança de transformação.

Essa lógica atribui à racionalidade branca o status de ciência, ainda que seja construída sobre uma prática de opressão, sendo fruto de inúmeros processos interligados que constituem a chamada modernidade.

A construção dessa racionalidade técnica-científica e epistemológica que é tomada como produção de conhecimento neutro, objetivo, universal e positivo, adota o elemento da outridade, aceitando como racional o homem branco, por um lado, e as pessoas negras como próximos da natureza, e, portanto, suscetíveis à dominação (Curiel, 2020). Neste caminho, destacamos o conceito de colonialidade de gênero, cunhado por Maria Lugones (2019) para pensarmos as relações que atravessam as questões referentes à medicalização dos corpos de mulheres negras e quilombolas. O poder para Quijano (2005) está na dominação, exploração e conflito em quatro âmbitos básicos: sexo, trabalho, autoridade coletiva, subjetividade/intersubjetividade e seus produtos. A dominação nesses eixos se dá de tal forma que a colonialidade do poder atravessa inteiramente os processos de organização e disputa da vida, tendo toda forma de controle desses âmbitos existindo em conexão com a colonialidade (Maria Lugones, 2020).

Ao usar o termo colonialidade, minha intenção é nomear não somente uma classificação de povos em termos de colonialidade de poder e de gênero, mas também o processo de redução ativa das pessoas, a desumanização que as torna aptas para a classificação, o processo de sujeitificação e a investida de tornar o/a colonizado/a menos que seres humanos. (Maria Lugones, 2014, p. 935)

A partir da crítica ao sistema onde o local do saber validado está atrelado a um pensamento branco, europeu e masculino, e que atribui funções de gênero em um processo de colonização dos corpos radicalizados e tomados como não humanos, não sendo portadores de conhecimento, que esse trabalho se propõe a escutar as mulheres em suas histórias de vida. relação entre a colonialidade de gênero (Lugones, 2020) e a colonialidade do saber (Aníbal

Quijano, 2005) é uma aposta preciosa para compreendermos os processos relacionados a medicalização dos corpos de mulheres negras.

## **2.2 Medicalização social**

Historicamente, a noção de normalidade é um tema controverso no campo da saúde mental, estando associado ao que é desejável ou indesejável à sociedade, sendo que a interpretação do comportamento humano e do estado mental não são sujeitas a neutralidade. A criação de entidades nosológicas que se associam ao comportamento de uma parcela grande da população podem gerar diagnósticos psicopatológicos exagerados e medicalizações inapropriadas. (Paulo Dalgalarrrondo, 2019)

O projeto de medicalização dos corpos emerge a partir do século XIX com a consolidação de um novo momento da existência da prática médica, agora enquanto saber científico que surge junto com a formação da sociedade capitalista (Elizabeth Vieira, 2002).

O termo medicalização passou a ser usado em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, quando a indústria farmacêutica vivia um grande crescimento e as terapêuticas medicamentosas passaram a vigorar mais intensamente. Já o termo medicalização social surge pela primeira vez nos anos 1970, quando o sociólogo Irving Kenneth Zola traz à tona o controle social exercido como saber - poder - da medicina. Na contemporaneidade, a epidemia das drogas psiquiátricas revela também a aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica como fator relevante do fenômeno de medicalização. (Paulo Amarante & Fernando Freitas, 2017)

A chamada era moderna da Psiquiatria tem seu marco nos anos 1950 quando um antipsicótico, o ampictil, passa a ser introduzido, marcando o início de uma era psicofarmacológica no tratamento à saúde mental nos Estados Unidos. Outro aspecto de fundamental importância para compreender o tema hoje é a expansão do Manual Diagnóstico

e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), cuja primeira publicação foi em 1952, e que vem regendo as compreensões acerca da saúde mental na sociedade através de uma fronteira criada entre o que é “normal” e o que não é (Robert Whitaker, 2017). A cada edição, atualmente ele está na 5ª, o DSM aumenta o número de transtornos citados, a medida em que carece de espaços para interpretações que considerem aspectos culturais e regionais.

Voltando a questão dos corpos femininos, Elizabeth Vieira (2002) nos apresenta como a naturalização dos corpos femininos acontece a partir da condição biológica ligada a reprodução no século XIX, em um momento que a biologia passa a impor regras que devem reger a sociedade. Neste contexto, o corpo feminino se torna objeto do saber médico, a quem vai caber cuidar das questões de controle demográfico, por exemplo, como questões ligadas à obstetrícia. É dessa forma que a “natureza feminina” e sua fisiologia passam a gerar interesses, especulações e tentativas de padronizações. O processo de medicalização do parto e da anticoncepção são exemplos práticos que vivenciamos desse controle. Esse são marcos importante que nos faz pensar como as questões ligadas as mulheres passam a ser tratadas como algo a ser controlado pelo saber médico, não em suas razões em si, mas com a finalidade de estabelecer o que for ideal para o outro, para a sociedade, para o trabalho, dentre outras.

Essa ideia de uma natureza enigmática que o corpo das mulheres despertou na ciência dominada por homens, a partir de manifestações corpóreas incompreendidas por eles, gerou inúmeras investigações, e poderíamos ousar citar a própria criação da teoria psicanalítica como parte desse processo que passa a dar nomes e categorizar fenômenos a partir de um olhar externo do outro.

Saindo do século XIX para os dias atuais, seguimos socialmente com o pacto do saber-poder médico em uma estrutura que amplia esse controle para outras esferas da vida, além da reprodução. O modelo capitalista patriarcal produz suas práticas colonizadoras de dominação e regulação dos corpos femininos a partir do saber-fazer médico (Sávio Gomes et al., 2018).

Em um regate dos conceitos, Rafaela Zorzanelli et al (2014) mostra a abrangência que o termo “medicalização” alcança e como ele vem percorrendo, ao longo dos últimos séculos, algumas áreas do saber. As controvérsias inerentes a conceitualização do termo revelam a importância da discussão do conceito, compreendendo sua utilização como instrumental teórico nos campos da saúde coletiva, da antropologia médica, e outras áreas das ciências humanas e sociais. Alguns sentidos atribuídos ao termo vão desde a compreensão de um dispositivo central do nascimento da biopolítica para Foucault às dificuldades para descrever as experiências pelo corpo humano, sem que perpassem por uma ótica médica. A variedade da utilização desse termo revela o quão esse processo é variável, a depender do público ao qual está associado. Indicando que alguns comportamentos estarão mais sujeitos a medicalização do que outros, suscetíveis as diferenciações de classe e gênero e influência de fatores externos como, por exemplo, o da indústria farmacêutica e da mídia.

O percurso entre os diferentes autores e os debates em torno do conceito de medicalização nos permitiu evidenciar sentidos diferentes e não necessariamente autoexcludentes, dentre os quais se destacam: a) práticas massivas de intervenção sobre o espaço público; b) transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; 3) controle social e imperialismo médico; 4) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica. Percorrer os diferentes usos que o termo adquire nos permite, a princípio, advogar pela transitividade do conceito de medicalização – isto é, sempre que se mencione tal ideia, é necessário indicar as particularidades do objeto sociomédico de que se está tratando. A necessidade de definir de qual sentido adotado diminuiria a imprecisão de base no uso do termo, já que ele pode se referir a momentos históricos diversos e a sentidos diferentes. (Rafaela Zorzanelli et al, 2014)

Neste trabalho visamos atentar o olhar para a histórias das mulheres e os efeitos que a medicamentação, como um dos instrumentos da medicalização, opera em suas vidas, a partir de ideias simplistas e de soluções descontextualizadas da realidade social e cultural em que elas estão inseridas. A propagação da ideia de que para todas as dores há um remédio e uma terapêutica a ser aplicada, evidenciando a invasão do discurso médico nos aspectos gerais da vida, como as emoções. Esse uso expansivo dos medicamentos existe a partir do saber-poder

da medicina, que colocou o discurso médico como inviolável e supremo no cuidado dos corpos, facilitado pela expansão da indústria farmacêutica. (Flávia Lemos *et al*, 2020)

Pensando na relação de outridade que o colonialismo impõe a pessoas negras, entendemos como o racismo pode ser associado aos processos de patologização. Ou como nos afirma Grada Kilomba (2020) no racismo os corpos negros são tidos como impróprios e são legitimadas estruturas violentas de exclusão racial, sendo o sujeito negro aquilo a que o sujeito branco não quer ser relacionado.

Esse trabalho visa compreender como a colonização dos corpos se relaciona com a medicalização da vida entre as mulheres negras, diante dos apagamentos e opressões vividas por essa população.

### **3. Caminhos da pesquisa**

“caminho se conhece andando, então vez em quando é bom se perder”

Chico César

A proposta dessa pesquisa começou a nascer alguns anos atrás quando tive meu primeiro contato com a Atenção Básica. Depois da graduação em Psicologia, em 2012, coletei dados para o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e ouvia, sobretudo, em Unidades de Saúde localizadas em comunidades rurais, que os benzodiazepínicos dispensados nas farmácias das unidades saiam como água. A minha relação com a Atenção Básica se manteve nos anos que sucederam, mas ocupando outros espaços profissionais e geográficos. Fui residente em Saúde da Família na cidade de Juazeiro-Ba, e depois atuei no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Santa Maria da Boa Vista, cidade do sertão pernambucano. Durante esse período, o fenômeno da medicalização ia se tornando cada vez mais presente na minha atuação profissional, gerando inúmeros questionamentos e

incômodos sem resposta, gerando a certeza de que esse fenômeno merecia ser estudado a partir dessa perspectiva, analisando as principais atingidas em contextos de grande vulnerabilidade, onde as alternativas se mostram muito limitadas.

Ao ingressar no mestrado, em 2020, a ideia inicial era realizar o campo da pesquisa em comunidade quilombolas do Rio Grande do Norte. No entanto, as medidas sanitárias de restrições devido a pandemia de Covid-19, tornou cada vez mais inviável a entrada no campo, o que nos fez repensar as estratégias e possibilidade de campo algumas vezes ao longo desses anos, até chegar na possibilidade de um campo virtual a partir de duas etapas: uma com um questionário estruturado, a ser divulgado amplamente por meios digitais, seguida de outra etapa, também virtual, com entrevistas semiestruturadas através de videochamadas.

Após essas definições iniciei conversas com algumas trabalhadoras da saúde para solicitar apoio na divulgação dos questionários a fim de obter um melhor alcance do público-alvo: mulheres negras, maiores de idade e que tivessem alguma experiência com o uso de medicamentos psiquiátricos.

Em um desses diálogos sobre a pesquisa com uma amiga que atua como médica em uma comunidade quilombola do sertão da Bahia, a conversa se estendeu em uma longa partilha sobre as dificuldades, e ela contou um pouco sobre sua relação com a temática, sintetizado com a seguinte frase solta em algum momento da conversa “eu medico a pobreza”. Profissional contratada através do programa do governo federal Mais Médicos, ela é uma mulher negra, também oriunda do interior da Bahia, e que passou a viver na comunidade para poder atuar, por conta da distância da localidade até a sede do município. E foi a partir desse diálogo que a pesquisa foi ganhando um redesenho com a possibilidade que ia surgindo de realizar o campo a partir da interlocução da médica com a comunidade em que atuava. Neste caminho, abandonei a proposta das entrevistas virtuais, por ela considerar que a maioria das mulheres elegíveis teriam dificuldades de acesso à internet, e com a flexibilização das medidas sanitárias e o

avanço da vacinação, a possibilidade de realizar o campo presencialmente foi se tornando uma realidade. Subtraí o questionário prévio e parti para a fase das entrevistas semiestruturadas com mulheres da comunidade quilombola de São Tomé, convidadas por trabalhadoras da equipe de Saúde da Família a partir da interlocução feita pela médica.

Em abril de 2022, obedecendo as devidas orientações sanitárias vigentes na ocasião, e já usufruindo de 3 doses da vacina contra COVID-19, viajei até a cidade de Senhor do Bonfim-BA e de lá segui até a comunidade de São Tomé, em um total de aproximadamente 11 horas de viagem a partir de Salvador, onde me encontrava.

Meu primeiro contato com a equipe foi bem descontraído e possibilitou que eu pudesse explicar melhor a proposta da pesquisa para as Agentes Comunitárias de Saúde, Técnica de Enfermagem e Auxiliar de Serviços Gerais que estavam presentes. Neste momento, elas já indicaram algumas possíveis participantes, me contaram sobre a comunidade, o que elas compreendiam da situação referente a temática da pesquisa, e até se candidataram a participar se identificando como elegíveis. Depois de algumas horas de conversa na copa, me dirigi até o saguão da recepção que tem uma espécie de jardim de inverno com bancos de cimento. Eis que nesse momento, para minha grande surpresa, eu percebo que já havia estado ali alguns anos antes.

Em todo o momento que a articulação estava sendo feito com o município através da ponte estabelecida entre médica da eSF e Secretaria Municipal de Saúde, eu acreditei que nunca havia estado ali, e sim na comunidade quilombola vizinha chamada Lajes dos Negros, onde tive a oportunidade de participar de um projeto da universidade em que fiz residência, visitando algumas vezes.

O *insight* de que já havia estado naquela unidade de saúde em São Tomé veio com um copinho de chá que havia recebido das funcionárias na mão. A memória automática foi de que havia estado em uma conversa sobre uma horta de fitoterápicos que um médico cubano que

chegara na época estava implementando com a equipe, era o início do Programa Mais Médicos e a comunidade estava vivendo uma nova fase na saúde, com médicos morando na comunidade e atuando todos os dias da semana, coisa que não era comum em comunidades rurais no sertão nordestino antes do programa. Comecei a perguntar as pessoas mais antigas da equipe sobre essa memória e elas me confirmaram que esse projeto existiu, me falaram sobre o médico, mas não ficou claro se a execução do projeto foi bem-sucedida.

Essa lembrança foi de fundamental importância para a realização da pesquisa, como reencontro de um sentido que talvez tivesse sido perdido nos dois anos de isolamento social, em decorrência da pandemia de COVID-19. Um reencontro com a minha própria história profissional e as razões que me fizeram ingressar no mestrado em 2020.

### **3.1. Cenário da pesquisa**

No Brasil, o Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, data que celebra o Dia da Consciência Negra em alusão a morte do líder quilombola Zumbi dos Palmares, regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Brasil, 2003). É reconhecido como remanescente de quilombos os grupos étnicos-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetórias históricas próprias e com relações territoriais. É nesse contexto que a comunidade de São Tomé, localizada no município do sertão baiano de Campo Formoso é reconhecido em 2006 como remanescente de quilombo. Remanescente de quilombo é um conceito político-jurídico que tenta dar conta de abranger uma realidade extremamente complexa e diversa, que incide na valorização de nossa memória e no reconhecimento da dívida histórica e presente que o Estado brasileiro tem com a população negra. (Fundação Palmares).

Pela primeira vez em 2022 a população quilombola foi recenseada como grupo étnico populacional. E no primeiro balanço o estado da Bahia conta com a maior população quilombola do país, segundo informações divulgadas pelo CONAQ (Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas). São Tomé é uma dessas comunidades quilombolas da Bahia, vizinha de outras grandes regiões quilombolas como Lajes dos Negros, se desenvolveu no semiárido baiano a partir de culturas da região, como o sisal e criação de caprinos, como muitas outras comunidades do sertão nordestino.

Campo Formoso é um município do norte baiano de vasta extensão territorial, de clima semiárido e com população estimada em 71754 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2023). A comunidade de São Tomé está localizada há aproximadamente 80 km da sede do município, em um ponto quase equidistante entre Campo Formoso e os municípios de Umburanas e Ourolândia, conta com um fluxo entre esses municípios, e é comum ouvir das pessoas que elas buscam serviços em alguns desses municípios. São Tomé tem um cenário típico sertanejo, com estradas de barro e ruas de paralelepípedos, praças descampadas e casas de telhas vermelhas, parece uma pequena cidade independente, e isso talvez se justifique pela origem da comunidade. A distância até a sede do município onera muito a viagem e reforça o isolamento da comunidade, o transporte não é municipalizado e tem um custo muito alto para os moradores, a viagem de carro até Campo Formoso dura em torno de duas horas.

A comunidade conta com uma equipe de Saúde da Família, mas também oferece atendimentos de fisioterapia, além da equipe mínima e recebe ocasionalmente profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família- NASF, a exemplo dos profissionais de psicologia. Existe uma ambulância para atendimento das urgências, que são removidos para os hospitais da região, lembrando que Campo Formoso está na microrregião de Senhor do Bonfim, centro-norte baiano e integra a região interestadual do Vale do São Francisco. O serviço de Saúde mental de referência é o Centro de Atenção Psicossocial que fica na sede de Campo Formoso.

A comunidade também conta com serviços de educação, como a Escola Estadual Quilombola, mas não foram observados equipamentos da Assistência Social como CRAS e CREAS.

É nessa localidade que o campo se concretiza, a partir dos contatos prévios realizado com as trabalhadoras da equipe de saúde e com anuência da secretaria municipal de saúde.

### **3.2. Aspectos metodológicos**

Partindo de uma perspectiva não hegemônica que alicerça esse trabalho na sua compreensão sobre raça e gênero, a produção de dados proposta pretende respeitar esses aspectos, ou como afirma Ochy Curiel (2014), a reflexividade da visão descolonial que não está apenas na autodefinição da produção de conhecimento, ela propõe uma mudança de postura na construção do conhecimento que deve considerar a geopolítica, a “raça”, a classe, a sexualidade, o capital social, entre outros posicionamentos.

Dessa forma, uma discussão que envolva gênero, ciência e tecnologia demanda pensar sobre o conhecimento científico como não-neutro em termos de valores, questionar a objetividade científica como estritamente racional, assim como seu próprio status de verdade na construção do conhecimento (Cabral, 2006).

Além disso, partimos de uma proposta de construção de conhecimento entre fronteiras, onde o lugar da pesquisadora já nasce de um processo de imbricação com o tema, por ser profissional de saúde, mas, sobretudo, por ser mulher, negra e periférica. Tomo emprestada aqui a expressão “pesquisadora-encarnada”, utilizada por Suely Messeder (2020), que trata da perspectiva decolonial de pesquisar e construir um conhecimento que busca a corporeidade de sujeitas da pesquisa e da pesquisadora, incluindo os saberes das sujeitas e as trocas com os saberes localizados, além da geopolítica e descolonização do conhecimento. Para a autora,

somos sempre uma subjetividade corpórea produzindo conhecimento e a escrita encarnada é o momento de encontro entre as sujeitas marcadas por suas raças, classes e atos performativos de gênero, regionalidade e nacionalidade. Assim, a pesquisadora encarnada deve considerar não somente as regras do fazer científico, mas também as insurgir, possibilitando novos posicionamentos em novos horizontes e reencontrar a inventividade.

A perspectiva epistemológica da decolonialidade carrega marcas da interdisciplinaridade e da pluralidade (Silva et al, 2021). Essas marcas nos autoriza a pensarmos em estratégias metodológicas que sejam coerentes com os objetivos da pesquisa. Desta forma, a utilização da pesquisa narrativa nos apresenta a possibilidade de criarmos histórias, diferentes das perpetuadas pelo colonialismo que silencia saberes em favor do fortalecimento de conhecimentos eurocêtricos.

Assim, defendemos a construção de narrativas que valorizem as vivências e saberes das sujeitas (Silva et al, 2021). A utilização de narrativas tem como objetivo trazer a voz e sentido que as experiências subjetivas, coletivas e políticas de mulheres negras como protagonistas de suas histórias. Trazendo a memória da experiência vivida, mas também configurando a construção social da realidade, considerando a subjetividade como construção social gerada intersubjetivamente através do discurso. O que durante o ato de pesquisar coloca a própria subjetividade da pesquisadora em interação com a das sujeitas de pesquisa no processo de compreensão dessa realidade (Bondía, 2002).

A proposta de trabalhar com narrativas de mulheres negras transcende a expectativa de conhecer histórias pessoais, compreendendo que os relatos individuais dessas mulheres carregam histórias ancestrais e coletivas. Encarar as lembranças para Cecília Soares e Gracia Jorge (2021) é uma prática de libertação ao encontrar os registros dolorosos sobre a família e o cotidiano, comumente definidos pela opressão e exclusão social. Esse exercício de lembrar e relembra busca reconhecer as experiências femininas negras de uma coletividade, tendo então,

uma função que é política, mas também pedagógica, ao remontar o passado através dos fragmentos da memória.

### **3.3. Desenho metodológico**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se utiliza de roteiro semiestruturado criado com base nos objetivos específicos da pesquisa, mas considerando, sobretudo, a narrativa da entrevistada como soberana, deixando-a livre para falar sobre o que considerasse relevante. Foram realizadas 8 entrevistas, sendo 7 delas no espaço da Unidade de Saúde da Família e 1 na casa da participante. Todas as entrevistadas foram convidadas previamente por indicação das trabalhadoras da equipe, a partir do momento que a proposta da pesquisa foi apresentada. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

### **3.4. Considerações éticas**

Sobre os aspectos éticos referentes à pesquisa, foram seguidos padrões formais orientados pelo programa, como a submissão ao Comitê de Ética, apresentando a proposta da pesquisa com justificativa, objetivos e resultados esperados e assumindo compromissos de respeito à dignidade humana e proteção às participantes da pesquisa. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada no CEP/UFRN, parecer número 5.315.591, e com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 55779021.4.0000.5537.

Os critérios de inclusão dizem respeito ao público de interesse da pesquisa, ou seja, mulheres maiores de 18 anos, que se auto identificam como negras (pretas ou pardas), que habitam na comunidade quilombola de São Tomé, no município de Campo Formoso-Bahia e fazem ou fizeram uso de algum psicofármaco de forma prescrita ou não e que estejam de acordo com os termos da pesquisa mediante assinatura do RCLE (Registro de Consentimento Livre e

Esclarecido) e da assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Voz e Imagem. Foi garantido a preservação da identidade das participantes durante todo processo de escrita do trabalho. Cópias dos documentos, RCLE e termo de autorização foram entregues as participantes, mas antes das entrevistas ambos os documentos foram lidos em voz alta para que dúvidas fossem sanadas antes da gravação. Além disso, senti a necessidade de ressaltar as participantes que se tratava de uma pesquisa e não de atendimento psicológico. Senti essa preocupação pelo fato das entrevistadas estarem indo até a UBS atendendo um chamado de funcionárias da equipe, um outro fator que reforçou essa preocupação foi a informação de que o psicólogo que estava indo periodicamente à unidade, passaria a não mais atender ali.

### **3.5. Metodologia de análise de dados**

O estudo das narrativas possibilita captar tensões próprias do campo que ligam os relatos biográficos a fatos vivenciados, indo além das informações, oferecendo espaço para que se revele a experiência, isso nos possibilita ter acesso não só a pessoa entrevistada, como também ao próprio contexto. (Camila Muylaert *et al*, 2014)

Para análise dos dados as entrevistas foram transcritas e tiveram seus conteúdos analisados, priorizando valorizar essa experiência e os sentidos produzidos por elas, de acordo com os objetivos da pesquisa, a partir das seguintes dimensões norteadoras: motivações associadas à prescrição; efeitos associados a utilização dos medicamentos e estratégias de resistências.

## **4. RESULTADO E DISCUSSÃO**

Este capítulo é destinado a apresentar as discussões realizadas a partir da análise das entrevistas. Para isso, ele foi organizado em subtópicos que visam apresentar as participantes e em seguida os eixos temáticos das análises.

Os eixos visam organizar os principais temas apresentados ao longo das entrevistas para sua análise, sendo o Eixo I- Determinantes Associados à Prescrição que está dividido nos seguintes tópicos: a) “Nossos passos vêm de longe”, nossas dores também, b) O ato de cuidar e c) Sintomas e atenção à saúde; o Eixo II- Efeitos do uso de medicamentos que está dividido em a) Aspectos individuais e b) Aspectos familiares e coletivos; Eixo III- Estratégias de Resistência divide-se em: a) A rede invisível tecida por mulheres, b) Ancestralidade e Futuros Possíveis.

### **4.1. Caracterização das Participantes**

Participaram da pesquisa 8 mulheres que foram convidadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde e indicadas pela equipe. Ao ser colocado esse tema para equipe, automaticamente elas foram lembrando de mulheres que identificavam como usuárias desses medicamentos e que poderiam contribuir com a pesquisa, ao passo que durante as entrevistas algumas nos contaram que já não faziam mais uso dos medicamentos, fato que trouxe novos elementos de análise a partir das narrativas desse processo. Todas as entrevistadas receberam prescrição de medicamentos psicotrópicos em pelo menos um momento na vida, mas no momento da entrevista 4 delas afirmavam não fazer mais uso contínuo dos medicamentos.

A proposta da pesquisa foi feita à equipe da Unidade Básica de Saúde pela primeira vez através da médica da UBS, com quem eu já vinha tecendo diálogos e construindo possibilidades para pesquisa, através de áudios no grupo de mensagens da equipe. Ao chegar na comunidade de São Tomé fui ao turno da tarde para me apresentar a equipe em um momento mais tranquilo do expediente. Enquanto a médica realizava os atendimentos no consultório, pude explicar a outras integrantes da equipe a proposta que me levava até ali. E na copa, sentada à mesa e tomando café fui conhecendo as mulheres trabalhadoras da UBS da Comunidade Quilombola de São Tomé que foram me contando histórias suas e da comunidade, nesse momento duas delas já se candidataram a participar da pesquisa dando prévias dos relatos de suas vidas, costumes e hábitos.

Organizamos como seriam essas entrevistas, horários, ordem e local, elas ofereceram uma sala da unidade para que a privacidade fosse garantida nos encontros. Voltei nos dias seguintes para a Unidade nos dois turnos, apenas uma das entrevistadas, que chamaremos pelo pseudônimo de Maria, informou que não tinha disponibilidade de ir até a UBS, mas que poderia me receber em sua casa, como foi feito.

No período das entrevistas, as participantes tinham entre 32 e 62 anos de idade. Todas se autodeclararam negras ou pardas, inclusive mulheres com fenótipos que podem ser mais associados ao de pessoas brancas, o que supõe que essa autodeclaração seja fruto de um processo de autorreconhecimento e identificação com um processo histórico da comunidade que teve seu território reconhecido como remanescente de Quilombo em 2006.

Para identificação das participantes serão utilizados pseudônimos que foram inspirados em personagens diversas, algumas da literatura, outros da história, da cultura e de espaços políticos e sociais em que estive ao longo da vida, são elas:

### **Maria**

Maria é uma mulher negra de 44 anos, casada e mãe de três filhos, moradora da comunidade quilombola de São Tomé e religiosa da igreja Congregação Cristã do Brasil. Única participante que me recebeu em casa para entrevista, ela trabalha como faxineira e cuidadora de idosos, estudou até a 3ª série do fundamental e considera que não tem “uma mente aberta para o estudo” em suas palavras. Maria mora apenas com o marido, seus filhos possuem 23, 25 e 26 anos respectivamente, apenas o mais velho que é casado vive em São Tomé, os dois filhos mais novos vivem em São Paulo com familiares dela. A filha de 23 anos mora em São Paulo há algum tempo, já o filho de 25 anos foi há poucos meses, levado pelo tio para procurar emprego, o que deixou Maria agradecida, já que quando estava em São Tomé ele a preocupava por uso frequente de álcool e de comportamentos de risco.

Maria alega sofrer de uma ansiedade crônica que diz ter herdado da família e faz uso de benzodiazepínicos e quetiapina, relatando dependência medicamentosa. Embora tenha a prescrição dos medicamentos, acaba usando da forma que compreende ser a correta, ou quando sente necessidade ou como consegue diante de algumas dificuldades de acesso aos medicamentos.

## **Carmen**

Carmen é uma mulher negra que também tem ascendência indígena, relata ser evangélica da igreja Congregação Cristã do Brasil desde os 8 anos de idade. Carmen concluiu o ensino médio e cursou o técnico de enfermagem, função que exerce atualmente compondo a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da comunidade. É casada, tem 3 filhos, mas só o caçula de 14 anos mora com ela e o esposo. Relata fazer uso de ansiolíticos, mas nunca passou por psiquiatra, sendo receitada pela médica da UBS, por apresentar ansiedade, relatos de crises de pânico e dificuldade para dormir. Relata que esses sintomas começaram durante a

gestação do filho mais novo, quando ela desenvolveu alguns problemas de saúde e, conseqüentemente, agravou sua gravidez.

Carmem relata que todas as suas gestações foram complicadas, mas a última foi pior e nesse momento ela começou a ter medo de desenvolver uma doença maligna. Ouvir do médico que não poderia mais gerar filhos, e o receio de não poder criar os filhos que já tinha formaram o cenário de medo com o qual ela passou a conviver a partir dali.

### **Ana**

Ana é uma mulher que se autodeclara negra de 48 anos de idade, moradora da comunidade quilombola de São Tomé, frequentadora da igreja Congregação Cristã do Brasil. Ela estudou até a segunda série primária e atualmente trabalha como auxiliar de serviços gerais na Unidade Básica de Saúde de sua comunidade, porém se reconhece profissionalmente como lavradora, por ter exercido a função na maior parte da vida, e ainda trabalhar na roça quando tem uma folga no emprego. Ela é casada e tem dois filhos que já são adultos e vivem em outro município da Bahia. Ana começou a utilizar psicofármacos aos 25 anos, afirma que chegou a ser dependente, mas que não quer utilizar mais.

### **Letícia**

Letícia é uma mulher jovem de 33 anos de cor parda. Natural de São Paulo, ela mudou para São Tomé há 11 anos por causa do marido, com quem está casada há 12 e tem 3 filhos. Ela nos conta que o marido quis voltar para sua terra natal porque havia uma promessa de emprego em órgão público. A mudança para um local tão diferente modificou muito a rotina, as relações e a vida de Letícia de um modo geral. Ela deixou o emprego em uma fábrica e

passou a exercer apenas as funções domésticas em sua casa e a plantar na roça, longe dos seus familiares e vivendo em uma comunidade rural do sertão baiano. Letícia chegou a retornar os estudos em São Tomé, passou a cursar Pedagogia, mas no momento o curso está trancado. Após a mudança ela conta que passou a se sentir ansiosa e ficar muito nervosa, foi quando passou a usar ansiolíticos receitados pela médica da Unidade de Saúde da Família da comunidade, entre trocas, pausas e retornos, atualmente ela não faz uso de nenhum medicamento psiquiátrico desde 2019.

### **Célia**

Célia é uma senhora de 52 anos, moradora da comunidade de São Tomé e evangélica. Casou-se muito jovem com um rapaz que vinha de São Paulo e havia deixado a família lá. Por seu esposo ter feito vasectomia, Célia não pode ter filhos e essa dor a acompanhou por muitos anos. Ela conta que estudou só até a 4ª série primária porque seu pai era boia-fria e mudou para uma fazenda à trabalho quando ela estava tomando gosto pelos estudos, com a mudança não pode mais estudar. Fruto de uma criação muito rígida, com pouco diálogo e muita pobreza, ela conta que começou a cuidar dos familiares desde muito cedo e isso ocupou grande parte da sua vida, pois desde quando se casou passou a cuidar da sogra e de outros familiares do seu marido. É lavradora, já trabalhou nas roças recebendo diária, mas atualmente tem plantado apenas no seu quintal. Célia é casada, não tem filhos e vive com seu esposo, ela tem fibromialgia e problemas relacionado à hipófise, faz uso constante de remédios para dores e de clonazepam, mas está tentando fazer o desmame do medicamento.

## **Carolina**

Carolina é uma mulher negra que me recebeu com muita simpatia, tem 43 anos, frequenta a igreja Congregação Cristã do Brasil, mas não se identifica como evangélica, diz que só gosta de frequentar a igreja. Ela é lavradora e está estudando a 4ª série do primário. Atualmente convive com a suspeita de um câncer de mama, o que tem a deixado muito aflita. Ela vive com o companheiro, com quem ressalta não ser casada formalmente, e com o filho de 25 anos que está se separando da esposa, a filha de 26 anos é sua vizinha. A suspeita do câncer está impedindo de fazer as coisas que costumava realizar no seu dia a dia e isso a entristece, mas seus filhos têm dado muito apoio nesse momento. Ela é filha adotiva e perdeu a mãe a pouco tempo. Na ocasião, o fato de ter sido adotada voltou à tona trazido por um irmão de forma muito negativa, o que a fez chorar por muitos dias, perdendo a motivação até para trabalhar. Carolina fez uso de alguns medicamentos psiquiátricos receitados pelos médicos ao longo de sua vida, ela não lembra quais, mas começou em um período que tinha alucinações auditivas. Atualmente não faz uso de medicamentos dessa natureza que retirou por conta própria.

## **Lena**

Lena é uma mulher ativa, com muito assunto, precisei ligar o gravador assim que ela entrou na sala, pois automaticamente começou a conversar sobre muitas coisas ao mesmo tempo, falando das razões que acreditavam estar na raiz de seu sofrimento, enquanto mulher, negra e quilombola que convive com as dificuldades antes mesmo de nascer. Ela tem 57 anos, é católica, estudou até a 8ª série do fundamental, mas constantemente se matricula na escola. Embora venha apresentando dificuldades para permanecer nos estudos, ela deseja concluir o nível médio para poder cursar uma faculdade. É profissional de limpeza da Unidade Básica de

Saúde de São Tomé, mas atualmente está afastada do cargo por razões de saúde, após desenvolver um problema de pele. Ela morou em São Paulo por 15 anos e trabalhou para prefeitura varrendo as ruas de lá. Em seu discurso se mostra muito articulada politicamente e uma organizadora de eventos esportivos em sua comunidade, seu retorno para São Tomé depois de muitos anos na capital paulista se deu por razões familiares.

### **Elza**

Elza é uma senhora de 62 anos, avó açúcarada como se define, já começa a entrevista falando dos netos e de como o preconceito atravessa a vida de um deles por ter a pele mais escura que os demais, apesar de viver em uma comunidade quilombola. Ela se identifica como parda e conta que estudou até o 9º ano porque na época dela não havia a possibilidade de continuar os estudos além disso na comunidade. Elza é aposentada, atuou como auxiliar administrativo da secretaria do colégio por muitos anos, e conta orgulhosa que passou no concurso público apesar do pouco estudo que tinha. É católica e está divorciada do marido com quem viveu junto por 40 anos, teve três filhos, mas um faleceu, os outros dois moram próximo a ela, que mora atualmente apenas com um neto de 14 anos. Conta que fez uso de clonazepam por 19 anos experimentando trocas e acréscimos de outros medicamentos durante esse período.

## **4.2 Determinantes Associados a Prescrição**

Esse eixo tem como proposta analisar as principais razões que as mulheres entrevistadas identificam como percussoras do processo de medicalização que elas enfrentam ou enfrentaram. Compreendendo determinantes aqui como todo os fatores que indiquem os caminhos desse processo.

O conceito de determinantes expressa como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais se relacionam com suas condições de saúde, sendo muito utilizado para discorrer sobre o processo saúde-doença-cuidado (Mauricio da Costa Neto & Magda Dimenstein, 2017). Podendo ser analisados em dimensões macro e micropolíticas, como condições de vida, suporte psicossocial e modos de subjetivação (Cândida Dantas et al, 2018).

#### 4.2.1. “Nossos passos vêm de longe” – Nossas dores também

A insígnia do movimento feminista negro “Nossos passos vem de longe” aqui é lembrada para intitular este tópico que se propõe a discutir as histórias de vida das participantes, caminhos longos trazidos pelas entrevistas que algumas vezes perpassam gerações. Os relatos ouvidos trazem personagens reais com histórias de resistência, que compõem a própria história de resistência da comunidade de São Tomé, como comunidade quilombola. A partir das histórias elas nos contam como chegaram a condição de usuária de psicofármacos, apresentando os determinantes associados a prescrição.

Iniciamos com um recorte da entrevista de Maria, ao ser perguntada sobre o que ela indicaria como possível causador da ansiedade que afirma ter, Maria relata o seguinte:

Não sei se foi através, assim, de ver o sofrimento da minha mãe. A gente pequena. Tanto filho assim. De ver a minha mãe trabalhando pra gente sobreviver, seis filhos. Às vezes eu via minha mãe ficar com fome pra dar comida pra gente, então aquilo ali tudo pra gente, a gente vai guardando aquilo ali, que não são lembranças boas, aí quando chega assim o futuro, aí como que descarrega tudo? Não sei, não sei. Mas é mal de família, não sou eu só que sou assim. Minha vó, minha vó são tão ansiosa, ela tá lá em Campo Formoso, minha avó é tão ansiosa, que ela tem uma alergia, que a alergia dela volta logo na hora, fica toda empolada. (transcrição da entrevista de Maria)

A associação entre pobreza e a dureza das vidas das mães e avós que elas presenciaram na infância e o sofrimento psíquico apareceu repetidas vezes nos relatos das entrevistadas. Quando Lélia Gonzalez traz em *A mulher negra: Uma abordagem político-econômica* (2020) um apanhado histórico desde a escravização no Brasil, ela contextualiza que as condições de

vida imposta às mulheres negras tem no racismo uma construção ideológica compreendida em diversos processos de discriminação, onde a mulher negra é disposta como objeto de tripla discriminação, que além dos estereótipos cunhados pelo racismo e pelo sexismo, enfrenta a falta de perspectiva quanto a novas possibilidades. A negação dessas possibilidades, marcadas por um enrijecimento dos papéis sociais é perceptível nas falas das entrevistadas. Lena aponta esse ciclo de repetições como causador de um sofrimento congênito:

É?! Então, porque que eu acho que assim de nascença... É porque a partir do nascimento já foi muito difícil para nossas mães, porque dez filhos, minha mãe teve 11, e só uma estudou... Tudo bem! E só uma estudou pra ser alguém, e aí as outras ficaram na roça pra poder 5 horas da manhã tá na roça trabalhando e depois aí ficaram velhas como eu. Não casei, mas tive três filhos de pais diferentes (risos). Aí, enfim, mas a gente sofre muito com a vida, as pessoas, porque a gente não tem um estudo. É não tem estudo, a gente é ignorante, a gente engravida porque só aquele filho da puta que não -desculpa- não teve a responsabilidade de criar... (transcrição da entrevista de Lena)

Dessa forma, como trazida por Lena, a ferida colonial (Grada Kilomba, 2020) se mostra presente como amarras seculares que impedem, ou dificultam muito as mobilidades sociais, e a consequência disso é o sofrimento que ela relata. “De repente, o passado vem a coincidir com o presente, e o presente é vivenciado como se o sujeito negro estivesse naquele passado agonizante...” (Grada Kilomba, 2020, p. 30).

No contexto atual, verificamos a carência ou ineficácia das políticas públicas para as mulheres negras, especialmente em áreas rurais, evidenciando a pobreza como produtora de sofrimento mental. Essa carência é demonstrada também na não garantia de direitos fundamentais como a educação. Célia traz em sua fala que além das dificuldades impostas pelas condições de trabalho do seu pai e a dificuldade de acesso aos serviços na comunidade quilombola, os estigmas enfrentados pela condição de gênero também corroboraram para que lhe fosse negado o direito de frequentar uma escola. Compreendendo a educação como elemento essencial para transformação das condições de vida, entende-se que essa negação

reforça a condição de pobreza por limitar as possibilidades de produção de renda, colocando os ofícios que comumente são ensinados em casa, como os serviços domésticos e o trabalho na roça, como únicas possibilidades de trabalho.

... quando a gente tá estudando, está pegando o gosto, meu pai era boia fria e assumiu pra outra fazenda. Ele assumiu pra outra fazenda então não teve como estudar. Era muito filho, então nós não tivemos como estudar pra fazer uma formatura ou faculdade, nós não teve essa chance. Tinha vontade, mas também tinha o regime dos pais daquele tempo “não vai estudar para escrever cartinha pra rapaz...” Era meio complicado, mas a gente ficava com aquele, aquela vontade, mas não podia e tinha questão também de dizer que era pobre e não botava um filho na escola porque não podia comprar um chinelo. Era aquela situação difícil que nasci, crescendo na vontade, quando eu fui aprender eu já estava com 18 anos, mas aí foi o tempo que eu fui tomar conta de sogro, de sogra e do cunhado. (transcrição da entrevista de Célia)

As marcas de uma infância restrita, revelam a adultização que essas mulheres viveram, tendo o direito à infância substituído pelo trabalho e por responsabilidades familiares. Letícia nos conta que sempre trabalhou, desde muito nova fazia serviços domésticos para comprar objetos de necessidade íntima, por exemplo. Mas destaca um momento importante em que fora obrigada a assumir as responsabilidades pelos irmãos mais novos quando ainda era uma adolescente.

...é no passado também tive muitas dificuldades, já passei por muitas coisas quando era criança. Quando meu pai faleceu tinha 14 anos, minha mãe abandonou os meus irmãos, eu tive que cuidar deles sozinha. Então, muitas coisas, talvez, não sei... Na época eu tinha 16, o mais novo, ela levou só um, o mais novo acho que na época ele tinha 9 anos mais ou menos, e o Elias tinha entre 11, 10, 11 anos. (transcrição da entrevista de Letícia)

Um detalhe sutil, mas importante é que ela ao perder o pai, afirma que a sua mãe abandonou os seus irmãos. Letícia não se inclui nesse abandono materno, o que reforça a ideia de adultização ao qual as mulheres são forçadas desde muito nova, afinal não se abandona o que já não amparava, a partida da mãe, nesse caso, não a afeta enquanto ausência de acolhimento, mas pelo deslocamento de função, pois é ela quem passa assumir o papel de cuidado dos irmãos menores.

As “muitas coisas” na fala de Letícia, explanam algo comum entre as entrevistadas: a sequência de acontecimentos que as acometeram desde a infância e que fazem não conseguir precisar o momento da vida em que surgiu a necessidade do uso de psicofármacos.

Lena também nos traz as dificuldades enfrentadas na maternidade solo como causas dos seus sintomas. Pois além de enfrentar as dificuldades em busca de trabalho para poder se manter seus filhos, ela ainda enfrentava as humilhações que envolviam o abandono parental sofrido por seus filhos, que além da ausência de recursos financeiros, também eram privados do afeto paterno.

Aí o que que acontece, eu começava a chorar sem mais e nem menos. Eu digo: meu Deus senhor eu que tenho que criar senhor, porque eu não vou no juiz pra dar 10 reais numa, um homem que nega o amor por um filho, vai negar dar uma pensão. Aí e eu digo que eu não quero uma pensão que eu vá triplicar meu tempo como eu fazia por conta de uma miséria de 50 reais, de 10 reais, porque eles vão lá, manda o amigo gerente lá bater que só recebe aquilo e aí, que eu via muitos casos eu nem vou, porque se o juiz disser assim: o pai do seu filho vai dar 100 reais, eu rasgo o dinheiro no meio e fico presa. porque eu enfio na garganta abaixo, porque eu não aguento. (transcrição da entrevista de Lena)

As feridas do passado sempre encontram um jeito de voltar e isso marca intensamente a vida da mulher negra. Como uma ferida sem cura. Quando Carolina perdeu sua mãe, o direito de viver o luto foi atravessado pela humilhação sofrida ao encontrar o seu irmão. Ele a deslegitimou como filha por ela ter sido adotada. Ao contar sobre o episódio, Carolina revela como foi encontrada, como se de algum modo isso validasse o fato do irmão a ter comparado a um objeto descartável.

Logo que minha mãe morreu fiquei bem ruim, porque teve um irmão que na família da gente tem de tudo aí meu chamou de copo descartável porque a minha mãe que me criou, não era a minha mãe, ela me criou porque minha mãe me jogou numa calçada, a minha mãe que teve, aí ela disse que ia me criar porque era eu que ia cuidar dela. Realmente eu cuidei. Aí quando minha mãe morreu eu fui lá pegar o aparelho da pressão para medir minha pressão, aí ele... eu disse assim oh Deus me dá força pra amanhã eu abrir essa porta pra eu tá aqui eu sentir o calor da minha mãe, e aí ele olhou pra mim e disse "você não, eu vou levar a chave que você é apenas um copo descartável" Aí foi

nisso aí que já prejudicou minha mente e aí voltou tudo de novo (transcrição da entrevista de Carolina)

Ao contar sobre sua adoção, Carolina revela que a sua mãe realizou o ato para que ela cuidasse dela, o que de fato fez. Quando é chamada de “copo descartável” pelo irmão, Carolina é objetificada como seus ancestrais escravizados que perdiam a função ao envelhecerem. No caso dela, sem a mãe para cuidar perdeu o lugar nessa família que era exclusivamente usual, como revela a fala de seu irmão. Embora para Carolina ela estivesse cuidando da sua mãe, o desfecho dessa história nos remete ao que diz Lélia Gonzalez (2020, p.160) quando fala que as mulheres negras iniciam como força de trabalho ainda na infância. Um estudo casuístico sobre trabalho doméstico análogo a escravidão (Adriana Wyzykowski & Thaís Ribeiro, 2022) apontou que a relação de exploração é dissimulada por um sentimento de pertencimento à família que atua legitimando a supressão dos direitos sustentadas por um sentimento de gratidão ou de dívida para com uma família que, na maioria das vezes, a acolheu ainda na infância em uma pseudo-adoção.

Esse não lugar, não pertencimento e desamparo afetivo encontrado por Carolina no seu momento de luto foi sinalizado como a razão da sua medicalização.

A esse patriarcado no qual as mulheres negras estão submetidas, algumas considerações foram feitas sobre as relações conjugais mais diretamente, como a Letícia que se mudou por seu marido, como Maria que cita o comportamento rude do seu marido. No caso de Célia, como podemos observar em sua fala, ela diz que teve um casamento sem apoio da mãe, ainda muito jovem, e que sofreu com os vícios e hábitos que desaprovava do marido, mas fala justificando nunca ter sido agredida fisicamente, e por uma compreensão que estava destinada a sofrer desde o seu nascimento por conta do sofrimento de sua mãe, reforçando uma narrativa que, ainda que indiretamente, foi muito comum entre as entrevistadas.

De ter me casado pensando que é uma, a gente pensa uma coisa de ter saído de casa sem a permissão da mãe, né? E meu pai já tinha falecido. Sem a permissão da mãe e para mim eu tinha me entrosado com a pessoa errada né. Que ele era muito viciado, era muito namorador, mas ele nunca me agrediu. Nunca me agrediu, ele era mais velho do que eu 19 anos. Ele nunca me agrediu em nada, mas só o abandono de me deixar sozinha e ele passava semanas e semanas só no baralho, que nem banho tomava. Aí foi uma das causas mais ainda, eu já tinha problema desde a minha meninice e na minha mocidade. Porque eu nunca tive meninice nem mocidade, toda vida fui adulta. Fui doida, porque quando Mainha teve eu, foi sozinha, tadinha, ela passou 3 meses em cima de uma cama com eu na barriga, doentinha e me teve sozinha. Então desde meu nascimento que eu já vim preparada pra sofrer, mas eu sou uma pessoa alegre, graças a Deus, eu me sinto alegre, hoje eu me sinto alegre. Eu conto para você o que eu passei e superei. E superei, tem horas que vem a tristeza, mas na hora vem a vontade de lutar, entendeu? (transcrição da entrevista de Célia)

Já Elza que viveu uma separação após 40 anos de casamento em um momento cercado por perdas, como a do seu filho que morreu em um acidente. As feridas desse relacionamento sofrido, que incluiu agressões e traições, ainda aparecem quando ela narra as razões do seu processo de adoecimento e medicamentação. Mas com o alento de quem conseguiu sustentar a posição de que já não poderia permanecer nessa relação.

Eu acho que isso tudo aconteceu com todas essas perdas, foi muita, né? Gente, uma separação de quarenta anos tem raiz profunda. Você sofre muito. Mas a gente acaba dizendo: eu tenho que fazer porque se você ficar perdendo, perdendo e a pessoa aprontando, aprontando, não tem um casamento bom, né? Não é um casamento. Eu já não sentia o casamento, porque eu achava, eu sempre dizia as meninas, eu tava morando com um homem, depois de tudo que ele fez, um dia era inquilino, meu primo, meu sobrinho, meu pai, seja o que for menos um marido. Eu não quero viver um casamento assim, prefiro só. Ai tô sozinha. (transcrição da entrevista de Elza)

Já no caso de Maria, que também traz queixas ligadas ao comportamento agressivo do seu marido, ela reforça que não há agressões físicas no relacionamento, mas expressa o desejo da separação que não consegue concretizar como uma das causas do seu sofrimento psíquico.

É, mas lidar com meu marido não é fácil, ele é uma pessoa muito, vamos dizer assim, muito rebelde, muito ignorante, usa muitos palavrões, assim, que às vezes é melhor um tapa do que certos palavrão, né? Que fala com a gente, então eu acho que também o meu, o meu, o meu problema acho que mais é isso e eu por dó, não tomar uma decisão eu tenho pena de dizer “saia de casa ou eu vou sair” porque tem vez que viver com ele era melhor viver sozinha, porque por nada ele causa tempestade maior do mundo. Você sabe, não é? Que às vezes a gente veve, não que ele bata, maltrata não, deixa passar fome não, só em termos de palavras só em termos de palavra, mas é difícil. (transcrição da entrevista de Maria)

Embora as entrevistadas não utilizem o termo violência psicológica, elas citam e exemplificam episódios, não só na forma de ação do agressor, mas também do que isso gera ao falarem do desencadear dessa situação e das emoções que sentem ao vivenciarem isso.

No Brasil, o art. 7º da Lei Maria da Penha, Lei 11.340, sancionada em 07 de agosto de 2006 compreende violência psicológica como uma das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo ela considerada 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, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Lei 11.340 de 2006).

Trata-se de um marco legal importante por trazer um aspecto de concretude a uma violência naturalizada e, por vezes, difícil de tipificar, como nos exemplos trazido pelas entrevistadas, onde elas descrevem o que sofre, os efeitos disso, mas não nomeia como violência, embora comparem com a violência física.

Entre as principais consequências da violência doméstica enfrentadas pelas mulheres estão o trauma, o desamor e a insensibilidade, o que provavelmente diminui os índices de qualidade de vida e inserção social. (Denire Fonseca *et al*, 2012)

#### 4.2.2. O ato de cuidar

O ato de cuidar surgiu recorrentemente em todas as falas das entrevistadas, não como queixa direta, embora em alguns casos essa condição estivesse associada mais intimamente as razões que as levaram para o uso de psicofármacos. O cuidado como uma prática social está

baseado na divisão sexual do trabalho, atendendo as necessidades humanas concretas, emocionais e psicológicas (Mariana Mazzini Marcondes, 2014). Essa divisão sexual do trabalho produz uma configuração estrutural onde homens estão associados a produção e a ocupação da esfera pública, enquanto à mulher é destinado a reprodução e o espaço privado, em um desenho que pressupõe princípios hierárquicos qualificando as funções associadas ao papel masculino como de ordem cultural e as mulheres como da ordem da natureza. (Maria Betânia Ávila & Verônica Ferreira, 2014)

Entre as 8 entrevistadas apenas uma não é mãe, mas todas citaram a prática do cuidado com frequência ao longo das suas narrativas. Além do cuidado nas relações domésticas, as entrevistadas que trabalham fora de casa também têm o cuidar relacionado com suas ocupações profissionais, como no caso de Carmem que é Técnica de Enfermagem, Ana e Lena que trabalham como Auxiliar de Serviços Gerais, Maria faz serviços de faxineira, além de cuidar de um casal de idosos. Embora a divisão sexual do trabalho nos sinalize a divisão entre o privado e o público para mulheres e homens respectivamente, no Brasil a escravidão fez com que o papel de zelar e organizar a casa grande, fosse realizado por mulheres negras, e as brancas cabia o estabelecimento da ordem e do bom funcionamento. Por consequência, desse período colonial a situação atual da mulher negra segue como fruto dessas raízes históricas, pautada na domesticação dessas mulheres, onde sua principal função era a do cuidado do lar das senhoras. (Bergman Pereira, 2011)

A baixa remuneração e desvalorização desses serviços está diretamente ligada a herança de quase três séculos de escravização no país, mantendo entre suas características a subordinação das mulheres negras que o executam. (Profírio, 2017)

Meu sogro morreu e aí veio a perca da minha mãe, foi um sofrimento para mim, aí uma depressão me pegou depois da perca da minha mãe, que eu gostava muito da minha mãe. Era rígida, verdade, eu gostava da minha mãe. Mas eu tomava conta da minha sogra e não podia tomar conta da minha mãe. Fui julgada pelos meus irmãos, né? E

pelas minhas irmãs, e passei um tempo presa, 6 meses presa dentro dessa guerra toda. Mas depois de tomar conta da sogra, da minha cunhada que mora ali com um filho. Entreguei agora, esse ano vai fazer um ano ainda, mas não foi fácil para mim chegar até aqui. (transcrição da entrevista de Célia)

Célia que não pode ter filhos por seu marido ter realizado uma vasectomia antes de conhecê-la fora incumbida, desde o início do seu casamento, do cuidado com os familiares do seu esposo, ao ponto de não ter cuidado da sua própria mãe e se sentir culpada por isso. O cuidado nesses relatos, como de Célia, não aparece como opcional e sim como uma atribuição compulsória, inerente a condição de gênero que ocupa. Ao casar não é dada escolha a Célia além de cuidar dos familiares de seu marido, tendo a avaliação desse ato como “bom cuidado” ao qual ninguém poderá julgar como descaso como sua única recompensa.

Minha sogra, oito anos de cama e eu cuidava. Ninguém nunca chegou pra ver ela com mau cheiro ou com ferida, que eu tinha cuidado. Eu era criança, mas com cabeça de adulto, mas graças a Deus tô bem. (transcrição da entrevista de Célia)

As dificuldades de viver em uma comunidade quilombola aparecem nos relatos de dificuldade de acesso aos direitos fundamentais, como educação e saúde, principalmente nos que se refere a demandas de atendimentos e procedimentos especializados. No entanto, embora afete toda a comunidade, são as mulheres que enfrentam essas dificuldades de frente, sejam no seu próprio cuidado, muitas vezes negligenciados, seja buscando acesso para os cuidados dos outros. Elza nos contou sobre sua experiência com o clonazepam, ao ser perguntada quando começou a fazer uso desse benzodiazepínico, respondeu da seguinte forma:

Comecei... a minha mãe ela ficou doente e naquela época, aqui não tinha ressonância magnética, levei ela até Salvador. E lá, eu não lembro bem o nome científico da doença, só lembro que o médico disse que era uma coisa degenerativa. Isso aconteceu, ela paralisou o corpo, depois ela perdeu a fala e ela ficou dependente. No começo ela escrevia o que ela precisava, só que depois a mão dela paralisou também, aí eu tinha que ficar olhando o rosto, percebendo o que ela queria, né? E dia e noite eu cuidava, porque eu venho de uma família que eu sou filha única, assim mulher. Eu tenho 5 irmãos, então, lá para cuidar dela era eu sozinha. Meus irmãos cuidava, no cuidado assim, da necessidade financeira e eu cuidava dia e noite. E você sabe, a gente quando

é filha a gente se entrega completamente não é isso? E eu passei noites e noites sem dormir, porque eu tinha que virar ela de 5 em 5 minutos. Tinha que dar numa colherzinha na boca, porque ela não tinha aquele tato, né? Eu tinha que colocar a água bem pertinho aqui da garganta, do esôfago, né? Pra ela tomar. E era de colherzinha, toda hora um pouquinho, toda hora um pouquinho. Ela não se alimentava bem... (transcrição da entrevista de Elza)

A esse cuidado familiar é demandado esforço físico de quem cuida a exaustão, a medida em que o quadro do familiar se agrava, a dependência também vai se tornando maior e, consequentemente, o trabalha. E nesse caso, diferente dos homens que contribuíam para o cuidado financeiramente, sem renunciar a seus empregos habituais com carga horária definida, por exemplo. Elza ao cuidar da mãe com doença degenerativa renuncia a sua própria vida, sem direito a lazer, com pouco descanso e até mesmo ao seu próprio cuidado, dedicando cada instante ao cuidado do outro.

Morava, eu tenho que fazer aquela comida assim pastosa ou líquida, colocar na colherzinha toda hora um pouquinho. Então eu ocupei toda a minha vida por mais de 2 anos pra ela. E passei a não dormir muito, então quando eu conversei com meu neurologista, ele deu o diagnóstico, veio porque eu não dormia, falta de sono. Que contribuiu, né? a luta também, aquela luta diária. Aí ele me receitou o clonazepam. E porque eu fiz uso contínuo, porque quando minha mãe faleceu ela deixou meu pai com 96 anos e meu pai teve uma trombose. Aí foi uma luta seguida também. (transcrição da entrevista de Elza)

Nos ofícios relacionados ao cuidado, temos as mais baixas remunerações profissionais, e uma constante que é o trabalho doméstico, espaço de notável percepção para a diferenciação que as mulheres, principalmente negras, estão submetidas, marcadas pela subordinação e inferiorização, além da dupla jornada que toda trabalhadora enfrenta (Lélia Gonzalez, 2020). Embora entre as mulheres de São Tomé entrevistadas não seja percebido uma diferença hierárquica entre mulheres brancas e negras ocupando papéis de “patroas” e empregadas, particularidade que se justifica por se tratar de uma comunidade quilombola, as mulheres seguem ocupando o papel do cuidado, dos espaços públicos aos vizinhos idosos, como no caso de Maria que se reconhece profissionalmente como faxineira e cuidadora de um casal de idosos

que vivem vizinhos a ela. Ao ser perguntada pela razão que a levou a deixar de frequentar o psicólogo que atendia na Unidade Básica de Saúde, ela traz a sua ocupação como motivo:

... não sobrou mais um tempinho para mim, tirar para mim, ir pro psicólogo, por causa do casal, por causa que senhorinha tem Alzheimer, aí quando é de manhã eu já passo diretamente para lá. Ai, às vezes, dia de terça eu limpo lá o posto de gasolina onde meu filho trabalha, de lá já saio doida para vir para cá para ver como ela está aprontando. (transcrição da entrevista de Maria)

A informalidade que o trabalho doméstico enfrenta fica evidenciado nessa fala de Maria, a precariedade a faz dispor de todo seu tempo para o trabalho, abdicando, inclusive do seu direito à saúde, que é negado pela subalternidade que está sujeita. Voltemos a falar da ferida colonial e de como esse tipo de narrativa, da mulher que entende que não pode ter acesso sequer a um momento de cuidado, ainda está presente como um retrato atualizado das mucamas que cuidavam dos lares, alguns poucos séculos atrás, em jornadas duplas de trabalho, e que reforçam e internalizam a noção de “inferioridade” que as colocam sempre em serviços domésticos ou outros de baixa-remuneração. (Lélia Gonzalez, 2022)

#### 4.2.3. *Sintomas e Atenção à Saúde*

Quando a sintomatologia que estavam associadas à prescrição, as respostas em sua maioria giraram em torno da insônia e outros sintomas associados à depressão e ansiedade. Algumas entrevistadas citaram alucinações ou terminologias populares como “queda de nervos”. Em alguns casos os sintomas surgiram com outras condições de saúde, como doenças autoimunes e doenças crônicas.

Porque... Eu só tinha 25 anos que eu ainda fui pra Salvador, eu botei na minha mente que eu tinha um tumor na minha cabeça. Porque eu sentia como que era uma coisa quente aqui, sabe, no meio da cabeça? Mas foi junto a queda de nervo que eu cheguei até a desmaiar, entendeu? Quando tinha vezes que eu tava assim e eu desmaiava do nada. Aí foi quando o médico descobriu que era, está além da queda de nervo, não é? Eu estava, acho que o foi no início do meu casamento, uns 3 anos depois eu acordo assim não sei nem te explicar, e eu morava só em uma fazenda. Então meu marido bebia, ele gostava de festas. Tinha dia que ele saia passava 2, 3 dias fora de casa nas festas, e eu era assim, muito, nunca fui de falar, sabe? De brigar não, ficava sempre só guardando aquilo pra mim, porque nem minha própria família, eu não conversava, já assim no caso deles não ficar com raiva dele, entendeu? Enquanto eu fosse... Eu achava assim que eu lidando com essa situação, só ia ser melhor pra mim, só que foi difícil porque me prejudicou, né? Aí ficou um tempo que eu fui até na cidade, eu passei 2 dias lá, e um cunhado meu foi que percebeu. Ele olhou assim e ele disse para a minha sogra “Dona

Lurdes, vou te fazer uma pergunta: você já percebeu a situação da Ana? ... Pois tu toma uma providencia que ela não tá aquela pessoa que é não.” (transcrição da entrevista de Ana)

No caso de Ana, a apatia observada pelo cunhado foi um ponto importante para que a família passasse a olhar mais atentamente, a partir da identificação de um quadro depressivo, ao que ela estava sentindo desde que foi morar sozinha na roça, a partir do casamento, e tomassem providências para ajuda-la a partir do sofrimento que detectaram. O quadro depressivo surge como um pedido de socorro à sua família frente ao abandono e violência que vinha enfrentando no seu casamento e que não era vista.

Você vê, mas se eu for para atravessar uma viela né ou muito carro junto assim, eu também ainda sinto que não estou curada. Eu sinto que eu começo a ficar sem respirar, são os apertado e muita gente olha, eu ainda sinto. Olha o que aconteceu. Depois de tudo isso, eu tenho um sobrinho que a gente mora no mesmo quintal, sobrinho-filho. Ele foi fazer uma cirurgia de apendicite, e acabou complicando o quadro. Ele foi pra Juazeiro, veio a falecer com 16 anos. Aí eu fiquei mal, disse que vai voltar tudo de novo. Mas não, me senti mal, mas não voltou. Aí quando foi dia 27 agora de março eu tive uma amnésia global transitória, não sabia nem que existia essa doença. Num dia de sábado no dia 27 de março eu fui na feira comprei uma carne e tava normal. Aí eu passei assim na casa do meu filho que fica bem pertinho da minha casa eu falei "filho eu vou voltar para lhe trazer o dinheiro do credamigo" Ele falou "tudo bem". Só que eu não retornei, aí ele foi buscar na minha casa no sábado. Quando ele chegou ele disse que eu estava sentada numa mesa e tava com um olhar diferente pra ele e disse "quem é você?" Meu filho e eu não reconhecemos. Ele falou que conversou comigo e depois eu não lembro nada desse dia. Ele foi atrás da esposa dele, a Sandra, minha nora. Quando ela chegou ela disse que eu perguntei que dia é hoje? Ela disse "Sábado, dona Elza. Hoje é sábado, a senhora foi na feira" aí conversava comigo e eu repeti várias vezes só que dia é hoje? e aí comecei a falar comprei uma carne de sol. (transcrição da entrevista de Elza)

Elza relata que após esse episódio ela procurou um neurologista que solicitou exames, mas que o Acidente Vascular Cerebral, que seria uma suspeita diagnóstica, foi descartado e constataram estresse, nesse mesmo período segundo o seu relato ela perdeu 60% do cabelo, o que reiterou o quadro de estresse. O medo e o pânico também foram queixas frequentes. Carmem ao responder sobre os motivos que levaram a prescrição do clonazepam revela:

Porque eu tinha, não, eu tenho ainda, né? Crises de ansiedade, tinha aquela é... pânico do medo? Eu sentia medo assim... tinha medo de estar num local só, eu tinha medo de tipo se alguém chegasse e falasse comigo assim do nada, eu não visse a pessoa de momento e chegasse e falasse comigo, já me assustava, ficava com o resto do dia com o corpo tremendo. Ficava aquele suspense assim em mim. Tinha dificuldade para dormir e essas coisas assim. (transcrição da entrevista de Carmem)

O medo de locais públicos, aglomeração, questões ligadas à segurança pública também surgiram nos relatos de Letícia ao contar dos seus episódios depressivos, que incluíam pensamentos suicidas. Quando relata como chega ao medicamento, fica evidente que foi a única oferta que encontrou na localidade, mas que embora amenizasse suas angústias, não resolviam seus problemas

É eu ficava muito nervosa, inquieta, assim eu não tinha paciência com nada, nada, nada, e na época eu passei muitos momentos difíceis na minha casa, e eu não me sentia assim... nada A única vontade que eu tinha era de morrer, aí conversei muito com o que eu tinha com a médica, conversei muito com ela, ela me orientava que na época não tinha psicólogo aqui e também não tinha condições de pagar na época, assim. Aí foi assim que comecei a tomar a medicação, dá uma melhoradinha, mas depois volta de novo, e assim por diante, até hoje graças a Deus a vontade de me matar eu não tenho mais, mas assim é hoje em dia eu me sinto com medo de tudo, de tudo (...) Assim, como eu passei no psicólogo, eu sei que é coisa da minha cabeça, mas é uma coisa incontrollável, tenho medo de sair, de ficar em lugar fechado, são coisas básicas assim. Tipo reportagem, eu evito ao máximo de assistir porque aquilo tira o meu sossego, tirar a minha paz, eu sinto que atrapalha minha vida, muitas coisas. (transcrição da entrevista de Letícia)

Maria trouxe um componente diferente, a possibilidade de hereditariedade nos seus sintomas ao citar a insônia do pai. Considerando que o sofrimento que ela enfrenta está associado à condição de ser mulher negra e quilombola, ao propormos uma linha temporal e andarmos para trás em direção aos seus ancestrais, provavelmente encontraremos sofrimento maior a cada geração que regredimos. O que não descarta a possibilidade de que haja fatores genéticos associados, mas também não se pode reduzir a isso.

Meu pai tem insônia há mais de 50 anos, acho que é mal de família porque a família quase toda tem esse problema de insônia, então eu fui buscar ajuda ao psiquiatra. Lá ele falou que eu tenho uma ansiedade crônica desde pequena, aí uso medicamento para a ansiedade e o clonazepam pra dormir, porém nenhum desses remédios, só durmo

primeiro sono, se eu dormi até 1, 2h foi até aí o meu sono, daí eu não durmo mais. E, porém essa ansiedade se agravou mais nessa pandemia, que eu tenho um filho de 24 anos, ele saía de casa, encontrava esses amiguinhos a gente tinha medo de encontrar e a doença lá, que ele era doente, então a minha situação se agravou mais por causa disso, porque eu ficava desesperada, preocupada com ele porque ele saía. Não tinha hora de voltar não me dizia onde estava e às vezes chegava bêbado demais aí era motivo de meu esposo brigar, nós brigar, teve muitas brigas, muito xingamento dentro de casa por causa dele. Porque eu como mãe vou defender o meu filho e aí isso agravou mais ainda a minha situação, e também o dia que encontraram ele caído, que quando trouxeram ele desmaiado no carro, eu achava que ele estava morto ... (transcrição da entrevista de Maria)

Ao ser questionada sobre alguma explicação do médico que a receitou, Célia nos revela a pouca sensibilidade do profissional ao justificar a razão disso:

O primeiro era clínico geral, cirurgião, ele falou assim seu problema é armazenamento de seus problemas, é armazenamento de problema, o saco encheu e estourou e você vai sofrer muito (...) Eu falei assim "ó doutor não jogue sal no corte" você vai sofrer muito? Mas é assim mesmo. (transcrição da entrevista de Célia)

Em alguns casos é muito difícil separar os sintomas das causas nos relatos das histórias de vida das entrevistadas. O relato de Elza ao contextualizar o uso do ansiolítico que é ligado aos afetos e perdas que vem enfrentando na sua família.

Em junho, julho, o meu filho se separou da minha nora e tinha uma netinha, Stephanie. Ela tinha 8 meses e a mãe que foi embora, levou a netinha. Para mim foi uma dor horrível, você tem uma criança em casa ela é alegria, é o amor. E vó, eu costumo me chamar, eu sou uma avó açucarada. Eu digo as meninas, eu me apego muito aos netos. Aí quando ela levou a menina e eu guardei aquela fraldinha, aquele pacote que era a única coisa que eu ia toda hora sentir o cheiro. Aquele pacotinho para poder aliviar mais o sofrimento. Eu digo que foi muita coisa assim perto, né? Coisas perto, aí não tinha mais como eu sair do clonazepam. Porque eu tentava deixar, mas eu não conseguia. Porque eu senti que eu estava depressiva e como as pessoas descobriram a minha depressão, a minha sobrinha, ela percebeu por que eu não queria assim, eu não tinha vontade de tomar banho, eu comecei a perder peso, eu fui para 45kg. E eu não tinha alegria assim que até hoje eu não uso acessórios de nada, até fiquei boa. Eu não me sinto curada, mas me sinto bem melhor, mas eu ainda não consigo usar o acessório, nada, não gosto. Perdi o prazer na vida, eu não tinha prazer nenhum. Eu vestia roupa que estava em cima do guarda-roupa, a mesma. Sempre as mesmas, lavava sempre as mesmas. Nunca olhei roupa porque eu não gostava. Tão difícil a pessoa entender o que é depressão. A minha casa ela tinha 17 metros para chegar na praça, eu ia só até a metade mesmo que eu precisasse dar um recado alguém, mas eu não conseguia ir. Retornava. E

eu não entendia bem o que estava acontecendo comigo, muito estranho. Passei a não gostar de nada que eu gostava de fazer, fazia crochê, e até eu não consigo mais fazer, não gosto. Não tenho desejo de fazer crochê de nada. Cada vez mais eu ia tomando o clonazepam. Tinha vez que eu não tomava, eu não conseguia dormir. Aí olha só tanta coisa junto e veio a separação, meu marido, 40 anos de casado. Eu descobri que ele tinha um filho e já tinha 5 anos até o filho, né? (transcrição da entrevista de Elza)

Os relatos de histórias de vidas tão complexas nos traz a preocupação com relação a oferta de cuidado que é oferecida para as mulheres que estão sofrimento psíquico nas comunidades tradicionais e rurais, como São Tomé que só conta com o serviço da Unidade Básica de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, consolidada no Brasil a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2012, é um avanço no que se refere ao acesso aos serviços que já vinham cainhando desde o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ampliando o acesso à saúde nas localidades mais remotas do país com grande capilaridade. Em São Tomé, assim como muitas outras comunidades rurais do país, esse é um dos poucos equipamentos de serviços de saúde presentes na comunidade. Para ampliar e qualificar os atendimentos foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em 2008, a partir da Portaria GM/MS 154, com a PNAB de 2017. O NASF passou a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família. No entanto, a principal mudança ocorreu com a Portaria nº 2.979 que instituiu o Previne Brasil reorientando o financiamento da Atenção Básica e revogando medidas normativas, como aquelas que definiam os parâmetros e custos do NASF. Na prática o Previne Brasil deixou nas mãos da gestão municipal as categorias que poderiam contratar, desvinculando os núcleos das equipes de saúde da família as quais eles davam o suporte, ou seja, a partir de 2019 o NASF foi praticamente extinto (Mariana Santana *et al*, 2022). Em São Tomé encontramos além da equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal, uma fisioterapeuta que estava lotada na UBS realizando atendimentos de reabilitação. Mas o

Psicólogo que era vinculado ao NASF e ia algumas vezes ao mês acabava de ser desvinculado, e algumas entrevistadas utilizavam dos serviços desse profissional na UBS e receberam a notícia de que ele não retornaria mais poucos instantes antes da entrevista.

Aí eu estava passando nesse psicólogo porque era muita coisa acontecendo, e aí minha mãe, minha mãe morreu de repente. Eu fiquei, tipo assim, que eu tava vendo ela, né? Aí eu cheguei aqui para as meninas e pedi ajuda. Aí ele disse que tava esse psicólogo que gostei dele também. Aí ele conversava bastante comigo e ele disse que não ia passar remédio para mim porque eu ia vencer. Aí ele disse que eu já estava bem boa e ele não veio mais. Aí a semana passada assim que eu descobri que eu poderia estar com câncer, eu não estava dormindo aí eu vim aqui na Renata. Ela passou um remédio para mim dormir, só que quando eu cheguei em casa eu botei na mente que eu não ia tomar o remédio e estou dormindo sem remédio. Aí, mas está lá, de reserva, que pode precisar, né? Mas até agora mesmo eu estou dormindo natural (...) Não, aí depois que eu parei de tomar remédio que veio outra equipe foi que atendeu até lá no colégio municipal dos quilombolas lá sabe aí foi aí que eu falei pro psicólogo que eu tinha para de tomar remédio. Aí ele disse que eu fiz bem, só que se eu não conseguisse dormir era pra eu voltar a tomar menos doses, mas aí eu não tomei foi de jeito nenhum (...) Me encaminharam pro CAPS só que eu não cheguei a ir, porque também eu não tinha dinheiro, dizia que tinha que ter um acompanhante, aí as coisas eram tão difíceis. (transcrição da entrevista de Carolina)

Essa sequência de falas de Carolina nos chama atenção para os efeitos da última modificação sofridas pela legislação que rege a Atenção Básica, em especial o NASF, mas também para a dificuldade que os municípios têm em manter profissionais na Atenção Básica com uma rotatividade baixa para que o acompanhamento possa atender melhor as necessidades dos pacientes. Ao ser atendida pelo CAPS itinerante, Carolina é encaminhada para ficar fazendo acompanhamento no CAPS que fica em Campo Formoso, mas não consegue ir por não ter o dinheiro do transporte que tem um custo muito alto para os moradores de São Tomé, principalmente nesse caso, em que é exigido a presença de acompanhante, o que duplica a despesa. Carolina frequentava a fisioterapia na própria Unidade Básica, único serviço que ainda estava funcionando lá para além da equipe mínima, mas fora obrigada a parar porque mais uma

vez esbarrou nas limitações do serviço que, quando possível, é sanada através dos esforços das atendentes:

Tô fazendo, só que já acabou porque tá cheio, aí a gente tem que deixar a vaguinha pros outros, né? Mas quando eu tô bem atacada, ela sempre deixa uma vaguinha. As meninas daqui são super boas comigo. (transcrição da entrevista de Carolina)

A ausência de uma equipe multiprofissional aproxima a equipe de saúde da família do modelo biomédico, ao qual no início de sua criação era justamente o que queria se opor. E no caso de comunidade de difícil acesso, como São Tomé, onde mesmo as pacientes com indicação para procurar o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que fica na sede do município, a mais de 80 quilômetros de distância, dificulta ou mesmo impede o acesso.

Me sentia só, aí botei na cabeça também a questão do filho, né? Que eu não tive, então foi mais de entrar a depressão. Mas aí, como o psiquiatra me viu falou assim "A senhora sente isso?" "Doutor deixa eu lhe dizer a verdade eu tenho depressão de querer correr, sumir e não ver ninguém" ele disse assim "a senhora é boa, a senhora é fácil de ser curada porque quem tem não me diz, então a senhora abre o verbo" Digo "eu abro o verbo" Fui logo chorando, chorou eu, chorou ele, chorou minha irmã. No CAPS ele me acompanhou 5 anos no caps. (...) Eles me tiraram do caps em 2015. Foi, me deram alta porque eu tava faltando, porque eu tinha que tomar de conta da minha sogra. Isso, e o pior que o dinheiro era pouco pra toda hora, toda semana que eu fosse para passagem. Eu não tinha como dormir lá porque a minha sogra na cama. Eles diziam, mas tudo isso é dificuldade, eu dizia, mas não é dificuldade, eu não vou deixar uma pessoa com 80 anos na cama pra vim, eu prefiro ficar eu doente do que ela para depois, pois você sabe porque o povo hoje não olha a necessidade, o povo hoje olha se está sujo, se está cheirando mal. Então tudo aquilo era uma preocupação pra mim, entendeu? E depois da fibromialgia que eu não pude pegar mais peso entreguei a minha cunhada pro filho dela como ela tem aposentadoria dá para ele tomar conta. É acamada, ela fica deitada, mas quando saiu da minha posse era bem fortinha bonitinha, não é que nem hoje. Fui lá ontem, ah meu deus! Está muito magrinha. (transcrição da entrevista de Célia)

A síndrome da fibromialgia é caracterizada pela dor crônica e está associada a outros muitos sintomas, como fadiga, disfunções da tireoide e problemas psicológicos, como ansiedade perturbações do sono. Esses sintomas e a condição crônica dessa síndrome geram impactos no cotidiano dos pacientes e provocam prejuízos à qualidade de vida de pessoa e está comumente associada à depressão, o que costuma diminuir ainda mais a qualidade de

vida das pacientes, provocando exacerbação dos sintomas e prejudicando as possibilidades de enfrentamento. A origem indeterminada e a incerteza da cura, geram também sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. (Joana Berber et al, 2005)

Algumas entrevistadas têm seus sintomas associados a condições físicas e consequentes alterações hormonais ou mesmo preocupação que o quadro gera, como Carolina que investiga a possibilidade de um câncer, com prognóstico preocupante, e vive as tensões que a situação gera. Outros casos são o de Célia que sente fortes dores por conta da fibromialgia e Carmem que sofre há muitos anos com problemas hormonais e uterinos.

Os relatos de Carmem revelam que além das emoções geradas pelo adoecimento, a busca por diagnóstico, que consiste em enfrentar a rede de assistência à saúde com deslocamentos de centenas de quilômetros até a capital, intercalando, quando possível, com serviços particulares, e ainda lidando com falhas técnicas cometidas por profissionais, mobilizam sensações de desesperança e funcionam como disparadores de sofrimento.

Não é raro que mulheres acometidas pelo câncer desenvolvam quadros depressivos, com sintomas como insônia, irritabilidade e isolamento social, por consequência do adoecimento, mas também do próprio tratamento, que podem ter efeitos em vários aspectos da vida das mulheres (INCA, 2014).

Uma lesão muito grande criou um monte de miomasinhos e meu útero começou a crescer. Eu comecei, fui encaminhada para Salvador com suspeita de CA. E aí fiz tratamento lá no hospital das clínicas, depois fui para uma clínica particular, depois fiz a histerectomia. Fiz histerectomia parcial, aí já tirou o meu outro ovário. Aí continuei fazendo tratamento em Salvador a cada 6 meses eu tinha que estar fazendo biopsia do colo do útero, porque eu tava com uma lesão, cada dia que passava crescia mais e aí, sabe, que tudo isso daí foi abalando meu psicológico (...) eu me sentia muito pra baixo, assim, eu achava que eu não ia melhorar desse problema. E aí eu ficava sem dormir, eu chorava muito, entendeu? Meu esposo tentava me acalmar, mas é uma coisa que não depende dos outros, depende da gente, né? Ter aquele controle e aí assim mesmo a gente sendo evangélico, entendeu? O povo acha assim, que por ser evangélico a gente não tem problema psicológico, tem sim. E aí foi quando eu fiz a minha histerectomia, depois tive que continuar fazendo o tratamento em Salvador por conta do colo do útero, né? Depois fiz cirurgia pra retirar o colo do útero, foi uma cirurgia muito complicada, fiquei com

gazes dentro, né? Da cirurgia. Depois eu passei por mais ou menos 60 dias morrendo e o médico não descobria por que mesmo com ressonância eles não descobriam, por que já completou 100 dias foi que aquelas gases foram expulsa do meu organismo. (transcrição da entrevista de Carmen)

As entrevistadas Ana, Letícia e Maria trouxeram a pandemia de COVID19 como fator ansiogênico que agravou o quadro em que elas se encontravam. A preocupação com os familiares e o medo da morte constante passou a fazer parte da rotina de pessoas que já tinham um histórico associado a depressão e ansiedade ampliando os medos que as acompanhavam. As precárias condições de vida tornaram as populações mais pobres as mais afetadas pela pandemia, refletem as estatísticas globais, e embora campanhas tenham sido desenvolvidas por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre a promoção da saúde mental no período pandêmico, existem especificidades dos diversos grupos sociais e modos de vida que não são considerados quando o tema é tratado de forma massiva. Considerar a pandemia como fenômeno universal e “natural” nos coloca na armadilha de reforçar os padrões de psicopatologização, ao desconsiderar as particularidades e especificidades dos impactos subjetivos para cada população vive o fenômeno. (Magda Dimenstein, *et al* 2020)

Sobre a pandemia? Teve, porque, como no início da pandemia (o que é a mente de gente) eu achava que a pandemia não ia chegar aqui, e eu botei na mente, minha família que mora, porque eu tenho familiares que moram em Goiânia, tenho irmãs, tenho sobrinhos. Meus filhos todos já estavam lá onde eles trabalham, sempre que é entrando em ambientes onde tem gente, sabe? Movimenta muito, e eu botei na mente que eles iam pegar e eu não ia mais ver eles, porque pra mim eles iam morrer, que na minha mente assim, sabe? Aí eu fiquei com aquilo, eu fiquei muito, porque assim, eles todos, meus 2 filhos, as famílias toda, eles tiveram COVID, mas Deus foi tanto na minha vida que eles vieram a ter COVID no final da pandemia, bem no finalzinho. Porque acho que se eles pegam COVID no início quem tinha morrido era eu, porque quando eu ficava assim com aquela angustia, assim por dentro, assim, qualquer ligação que ele ligavam, quando eu via que era eles pra mim já era uma notícia de um outro que aconteceu. A mente do mesmo jeito, eu fiquei, tinha vezes que eu nem me alimentava direito, e foi essa situação. Foi tanto que eles não pararam de trabalhar, porque os serviços deles eram essenciais, foram afastados, as vezes eles ficavam, teve um mesmo que ficou 30 dias porque combinou a quantidade de funcionários, aí eles mandavam uns pra casa depois mandava outros pra não mandar tudo. E aí eu fiquei mal, pense que eu fiquei com aquela

situação? Até que Deus foi, que eu fui pedindo a Deus pra tirar. Aí foram surgindo os casos mais próximos, né? Até quando chegou aqui, ainda foi assim, porque aquela situação foi horrível pra gente...Pra gente não, pra eu aprender a conviver com a COVID, porque eu achava que todos que pegava morreriam, quando eu via. Foi tanto que eu não ligava mais televisão assim, eu não assistia mais jornal, eu não assistia... um dia mesmo minha mãe chegou aí tava eu com isso: “mulher tire isso da cabeça, tu não liga mais um rádio, tu não liga mais uma televisão, por que não é assim não, mulher, não é todos que pegam que morre não” mas eu achava que era, até crise de choro eu tinha, você sabe, dava aquela angústia tão ruim, que me dava aquela crise de choro. Aí eu ficava que não ia mais ver meus filhos, porque não pode mais ver. O que mais eu botei na cabeça foi isso, que nem pela última vez a gente não vê mais que é dentro do caixão, aí eu fiquei com isso na mente. Mas aí graças a Deus quando eles vieram pegar a COVID eu já estava, porque foi nessa época aí que eu passei na psicóloga, eu não suportava mais, aí eu fui nela, que eu tava muito, ansiedade, né? Aquela coisa, mas Deus me abençoou que eu me controlei, mas ainda foi esquisito quando eles pegaram, porque eu só soube da notícia, até minha netinha com 2 anos ela pegou. (transcrição da entrevista de Ana)

Ana ilustra bem os processos de subjetivação e sofrimento psíquico gerados no período pandêmico. Da negação, ou esperança de que aquilo não afetaria sua comunidade, ao medo que está associado à noção de risco biológico e a exposição que as condições de vida dos seus filhos, trabalhadores de cidade maiores, o submeteram. Para além do campo da saúde, navegamos por um abismo racial que não nos deixa esquecer que podemos até remar pelas mesmas águas, mas o racismo distribui desigualmente os recursos necessários para velejarmos (Paula Gonzaga & Viviane Cunha, 2020) A associação entre navegação e pandemia foi uma constante nesse período, mas numa sociedade forjada a partir das grandes navegações, a memória ancestral nos faz ter consciência de que sempre estivemos navegando, e às vezes até na mesma embarcação, mas jamais nas mesmas condições de viagem. A consequência disso, para além da sindemia, é o efeito gerado no sofrimento psíquico que a situação prolongada de risco submeteu as pessoas negras, indígenas e demais grupos subalternizados, inclusive no acesso aos serviços.

Os sintomas apresentados pelas entrevistadas se relacionam aos TMC, confirmando o que a literatura nos indicou, eles estão diretamente ligados aos determinantes sociais associados

as condições de vida das mulheres de São Tomé entrevistadas e normalmente são identificados a partir do desânimo e da baixa produtividade.

### **4.3. Efeitos do uso de medicamentos**

As entrevistadas vivem fases distintas do uso de medicamentos, isso permitiu que alguns efeitos fossem analisados, no entanto a reincidência é um evento comum entre elas, categorizamos os efeitos em aspectos individuais e aspectos familiares e coletivos, embora eles estejam imbricados em muitos casos.

#### *4.3.1. Aspectos Individuais*

Ao relatarem sobre o uso dos medicamentos e efeitos, a dependência surge como, sobretudo, um desejo de não ser. Um desejo, que também é uma preocupação, expresso por elas de não se tornarem dependentes ou usuárias crônicas dos psicotrópicos. Há muito é sabido sobre a dependência que esses medicamentos podem gerar, em especial os benzodiazepínicos, especial aqui por serem os mais frequentes entre as participantes. O Caderno da Atenção Básica 34 que versa sobre saúde mental, traz a popularidade dos benzodiazepínicos no Brasil e a preocupação com a dependência e o risco de tais medicamentos agirem como instrumento de medicalização social, por serem facilmente associados a prescrições de sintomas sem causa orgânica, ou seja, oriundos de problemas sociais e familiares. Segundo o caderno, o uso contínuo provoca fenômenos de tolerância que geram a necessidade de um aumento gradativo das doses para manutenção de efeitos terapêuticos e dependência, com recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando há suspensão abrupta do uso, além dos efeitos associados a déficits cognitivos que podem se instalar ao longo do uso. Por essa razão, a prescrição deve ser cautelosa

e a redução da dose observada após o período da prescrição, caso a interrupção abrupta gere sintomas de abstinência (Brasil, 2013).

É o clonazepam me deixava mais lesa um pouquinho né assim meio aérea, na verdade. A amitriptilina não, eu me sinto normal. A fluoxetina me sinto normal, não sinto vontade de chorar porque antes por qualquer coisa eu sentia vontade de chorar, por tudo eu tinha vontade de chorar, por tudo. E aí hoje em dia não, hoje em dia eu vivo tranquila, tanto que na área que eu trabalho, né? As vezes antes quando acontecia alguma coisa assim de algum paciente aquilo me emocionava muito sabe. Hoje em dia eu trabalho normal, como qualquer outro paciente entendeu? Eu me sinto assim, eu me sinto normal, as crises de ansiedade e de medo diminuíram bastante depois da fluoxetina. Às vezes eu fico uma semana sem tomar, as vezes digo não quero ser dependente de remédio, mas aí quando eu fico tipo uma semana sem tomar, aí eu já começo... já tem aquelas crises de medo, eu não sei por que vem aquele pânico assim. É tanto que eu já tive até arritmia, se não usar por conta dessas crises de ansiedade, o médico disse que era por conta das crises de ansiedade. Eu sentia palpitação forte (...) Fluoxetina foi dos melhores remédios até agora que eu tomei. Agora eu não posso ficar é sem ele, sabe? Eu consigo ficar até 15 dias sem tomar a fluoxetina, mas mais do que isso eu não consigo, já fico... já perco o sono, já fico com insônia. (transcrição da entrevista de Carmen)

O próprio CID tem uma categoria F13 denominada – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticas- com 10 subcategorias que vão da intoxicação aguda, F13.0 ao transtorno mental e comportamental devido ao uso de sedativos e hipnóticos não especificados, F13.9. No entanto, nos relatos a preocupação das mulheres se manifesta muito mais pela própria experiência pessoal com o uso dos medicamentos, ou por testemunharem a experiência de outras mulheres, do que a partir das informações sobre os medicamentos, embora essas informações sejam comuns. Essa falha que há na orientação ou educação em saúde, é percebida, inclusive, no modo como a utilização ocorre. Há pouca informação das pacientes sobre a diferença dos medicamentos, por quanto tempo elas devem tomar, além dos seus efeitos colaterais. A desinformação é tão comum que cheguei a testemunhar uma pequena confusão feita por uma das entrevistadas que estava tomando duas vezes a mesma substância, porque não havia entendido que se tratava do mesmo medicamento pelo fato da apresentação e dosagem serem diferentes.

O psiquiatra passou para mim lítio, aí ele mandou botar 4-5 gotinhas e aí eu botava 6. Aí eu dormia que só, uma beleza! Só que no outro dia amanhecia assim como que estava lesada, sabe? Aí, foi aí que eu vi que o meu corpo não era o corpo que eu conhecia antes, porque eu sou uma pessoa disposta. Corajosa pra trabalhar e tudo. (...) Ficava com o corpo pesado, aí aonde eu chegava eu cochilava, aí foi aí que eu vi que não dava mais e aí eu tirei por eu mesma. Eu disse - eu vou conseguir - aí um dia veio de novo, aí eu fui e falei pro psicólogo, passei, tem tempo isso que foi logo, no que não usei esse remédio, aí ele olhou para mim e disse que eu estava de parabéns que eu fizesse isso agora só que se eu não conseguisse dormir botasse menos gotas e aí eu fui e tirei, não tomei mais. (...) Quando a gente tomava o remédio no outro dia você não tem ação pra nada. Na verdade, até para marido, você deixa o lar. Ainda bem que nessa parte meu esposo me entendia, mas para fazer qualquer coisa tinha que amanhecer o dia pra lavar prato, fazer comida. (...) Assim meu marido, quando eu... só teve uma mudança porque quando eu parei de tomar meu remédio, quando ele chegava em casa, porque ele passa o dia no serviço, a janta já tava pronta e aí quando eu tomava o remédio tinha vezes que quando ele chegava era que eu ia fazer. Ainda bem que ele é uma pessoa muito paciente. Mas aí foi assim e quando eu larguei de tomar de vez pronto, voltou minha rotina normal com minha coragem. (transcrição da entrevista de Carolina)

Assim como percebemos falhas em relação as instruções sobre a natureza dos medicamentos, a gestão deles também é uma demanda que se apresenta para serviços como o da Atenção Básica. Carolina toma uma dosagem maior do que a receitada por avaliar que seria a melhor opção, quando o resultado não ocorre da maneira esperada ela começa a reduzir, o que nesse caso foi bem avaliado por ela, que relata, além do receio da dependência, o incomodo gerado pelo efeito da sedação que a deixava apática, desmotivada para o trabalho e para o desejo sexual.

Citando Fanon (1952/2020) “viver não é somente comer e beber ou, pelo menos, é comer de beber depois de muitas outras coisas” (p.262). Diante do sofrimento enfrentado por Carolina com a perda da mãe, as humilhações vividas e um possível câncer, ouvi-la dizer que precisou parar com a medicação para que lhe voltasse a rotina e a “coragem” como descreve, nos traz de volta a discussão sobre os silenciamentos que podem ser efeitos sociais desses medicamentos, mas que, como nos deixa muito evidenciado em suas falas, não era o que Carolina precisava nesse momento de dor. Embora Carolina apresentasse um quadro que

certamente qualquer médico trataria de maneira medicamentosa, o remédio que ela procurava estava longe de ser algo que a tirasse a coragem, sentimento muito valioso para dar conta do que estava enfrentando nesse momento e no porvir diante da suspeita diagnóstica do câncer. Diante de uma ameaça a vida, uma antecipação do fim dela, ela rejeita a indisposição, da falta do desejo sexual e disposição para o trabalho, foi algo que ela rejeitou.

O que eu senti com clonazepam, eu senti assim... Um esquecimento que não é normal sempre que eu falava com as pessoas, as pessoas sempre diziam assim "ah, eu também estou assim" "Não, isso todo mundo tá assim" Só que o tá assim meu eu sabia que não era normal. Por exemplo, eu colocava uma coisa na geladeira que não era de geladeira. Eu coloquei até uma blusa na geladeira e eu fiquei procurando essa blusa por mais ou menos 6 dias (...) então tava acontecendo coisa anormal. A minha netinha que a mãe trabalha, esse ano ela voltou a trabalhar e deixa a netinha comigo, de três anos. Levei minha netinha pro mercado e lá eu deixei. Se eu morasse numa cidade grande eu tinha perdido, eu nunca lembrei que tinha deixado essa menina lá. Mais tarde a Flávia chegou, minha sobrinha, e disse assim "Tia, a senhora deixou Janaina lá no mercado". Aí quando ela vai me dizer é que meu cérebro diz "Ah foi?" mas se dependesse pra eu lembrar acho que ia demorar. É tanto que eu digo ainda bem que eu moro numa comunidade pequena, mas se fosse numa cidade eu tinha perdido minha neta. Então eu fui percebendo que tava fazendo coisa anormal (...) aí as pessoas falam é a idade. Sempre tem alguém pra querer lhe confundir, "é a idade, é a idade, é a idade, você tá com 60 anos é a idade" Eu comecei a entender que tinha algo errado, muito errado (...) e tudo isso eu estava associando ao clonazepam. Quando eu falei com o médico ele afirmou que o clonazepam, na realidade, que acontece isso. Com muito tempo de uso, ele provoca esses efeitos. Você começa a esquecer tudo na sua vida, se eu não deixasse agora daqui mais um tempo eu acho, veja as coisas que estava acontecendo, eu acho que podia até pôr fogo na casa (...) e não lembro, então eu tava sempre dizendo comigo, este medicamento não está me fazendo bem. Isso não é normal. Foram muitas coisas que não me vêm agora no momento. (transcrição da entrevista de Elza)

Embora o relato de Elza em situação clínica possa remeter a outras possibilidades de diagnósticos, como quadros neurodegenerativos associados a idade, o comprometimento da memória é um dos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, inclusive com código- CID F136- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos - síndrome amnésica. Estudos revelam o comprometimento cognitivo que o uso prolongado de benzodiazepínicos podem provocar, e que por serem mais utilizados por idosos, também estão

associados a quadros neurodegenerativos (Andressa Alves et al, 2022). A associação entre amnésia e o uso prolongado de benzodiazepínicos não são fenômenos recentes, muito pelo contrário, são fatos divulgados, mas não debatidos. E, nesse caso, a consequência é um sofrimento duplo para a entrevistada que além de lidar com a angústia gerada pelos sofrimentos relatados, encara o descrédito das pessoas que a respondem como sendo algo da idade, quando ela tem outra percepção. Em *Anatomia de uma Epidemia*, Whitaker (2017) apresenta dados de pesquisas que mostram que a utilização de BZD a longo prazo, além de gerar déficits cognitivos, quadruplicam os sintomas depressivos. No entanto, o resultado a curto prazo que esses medicamentos propiciam parecem ter levado há uma subtração dos riscos, o que torna a fala de Elza sobre os efeitos da medicação que percebe em seu corpo, um desabafo solitário e incompreendido.

#### *4.3.2. Aspectos familiares e coletivos*

Na relação entre família e o uso dos medicamentos, um relato comum foi sobre a preocupação dos familiares com o uso dos medicamentos, em especial com o receio da dependência. Além disso, algo que pareceu subentendido diz respeito ao estigma que ser usuária de psicotrópicos carrega.

Assim meu esposo que às vezes fala assim "Carmem, tu vais se tornar dependente, tu já está se tornando dependente desses remédios e tal, tenta se afastar um pouco fica uns dias sem tomar pro teu organismo ir se acostumando e tal" Aí eu consigo ficar uma semana, 15 dias sem tomar, mas depois eu começo com a insônia. Aí quando eu tenho insônia principalmente à noite eu fico impaciente e aí sinto muita vontade de comer, de levantar e toda hora tá comendo alguma coisa. (transcrição da entrevista de Carmem)

Novamente a preocupação da dependência não vem acompanhada de instruções que orientem melhor a usuária para uma gestão que vise a prevenção da dependência, a partir de um uso mais bem orientado. Na tentativa de atender os anseios do esposo, com pausas aleatórias

no medicamento, Carmem presencia o retorno dos seus sintomas e, conseqüentemente, volta a utilizar os psicotrópicos.

É, tanto que meus irmãos reclamam, ficam falando que qualquer dia desses eu vou amanhecer morta por causa desses remédios que eu tomo demais, fica só brigando. Meus irmãos que fala, meus filhos... Eu falo “no dia que eu amanhecer morta já sabe, foi o remédio, tomei demais” (...) Às vezes eu tomo, o meu tio mesmo de São Paulo, ele tem ansiedade e ele deixou uma caixa aqui pra mim, e eu tomei dois comprimidos desse, não vou mentir pra você, tomei 2 desse, uma banda desse, e umas gotas desse daqui e não consegui dormir, parece que eu fiquei foi pior. Nossa, foi uma sensação horrível, da noite toda você tá acordada, sentindo aquela coisa, aquela ansiedade de você querer levantar e sair andando sem olhar pra frente e nem pra trás, sair. (transcrição da entrevista de Maria)

Maria traz outro elemento além da preocupação familiar com a dependência, porque ao mesmo tempo que existe essa preocupação, existe uma partilha de vivências da condição de usuária de psicotrópicos, revelando a generalização desse fenômeno.

Com relação aos aspectos comunitários envolvendo os efeitos do uso de medicamentos, quase sempre elas demonstraram uma preocupação em manter essa vivência no campo privado, afirmando que não compartilham da situação com a vizinhança. No entanto, Carolina traz que, mesmo sem estar partilhando dessa situação, as vizinhas percebem as alterações provocadas pelo uso dos medicamentos.

Assim, mudou porque assim eu sou conversadeira demais. Eu gosto de conversar, eu posso chorar, doutora, como for, mas quando eu saio de casa eu dou risada, eu converso que se você vê assim você diz “aquela ali não passou por nada”. Aí, ela só dizia assim, eu tinha uma vizinha muito conversadeira ", olha “Carolina, estou achando uma mudança em tu” eu disse “é o que, menina?” "esses dias tu está muito parada, eu não vejo tu cantando" e eu gosto de cantar meus hinos do meu jeitinho. Eu disse “é porque a gente abusa ser alegre direto”, mas também nunca falei para eles que eu tomava remédio, eu não falava, sabe? Porque eu tinha medo de eles dizer que eu era doida. Porque antigamente antes de eu entender assim, passar num psicólogo, eu achava que só passava quem era doido. Por isso eu não falava. Mas meus filhos sabiam, minhas filhas, né? Tudo sabia, só não os vizinhos. (Transcrição da entrevista de Carolina)

Manter o assunto sobre o uso dos medicamentos e do sofrimento mental vivido na esfera privada e familiar se apresenta, na fala de Carolina, como uma tentativa de se resguardar diante dos estigmas associados aos transtornos mentais, o que compreendemos por vivermos em uma sociedade forjada em aspectos higienistas e manicomializante, em um ordenamento hierárquico de gradação entre a razão e a loucura. (Foucault, 1978).

Por exemplo ó, como te falei. Toda mulher ela é vaidosa, né? Eu não consigo mais assim, as pessoas nem estão mais me convidando. Se uma pessoa me convida para um casamento, num adianta me convidar porque eu não vou. Porque eu não quero pôr um vestido, não sei se isso é normal. Não quero baixar o cabelo, não quero usar um brinco, eu não quero usar nada. Eu não gosto mais dessas coisas, então arrumou um cabelo... Ainda bem que meu cabelo é... não tá penteado não, viu? Só amassado. Pentear o cabelo pra mim... que antes é... eu era vaidosa, antes eu ficava no espelho. É uma coisa que eu faço porque tenho que fazer, mas eu não gosto de arrumar o cabelo. Eu não gosto de pôr um acessório, eu não gosto de pôr um vestido. Eu não gosto de tá mais perto de ninguém, eu não gosto de festa. (...) Dia das Mães mesmo ela me convidou pro evento, num fui. Eu tenho que depois mentir pra ela, porque não fui. Então porque que eu não quero ir, porque eu não gosto, vai dar trabalho me arrumar. E isso não é de nós mulheres, não. Eu era vaidosa. Então não sei se tem a ver com o medicamento, eu não sei explicar. Se isso tem a ver. (transcrição da entrevista de Elza)

Em algumas falas observamos que há uma dificuldade em distinguir o que seriam sintomas do TMC apresentado pela participante e dos efeitos dos medicamentos utilizados para tratar do mesmo. Essa dificuldade apareceu em algumas entrevistas, mas apareceu explícita na entrevista de Elza, o que põe em dúvida a eficácia dos psicotrópicos, ou se a prescrição foi feita de forma adequada.

Eu sei que muitas coisas que eu gostava, eu passei a não gostar, eu não sei se é depressão ou se é dos remédios. (transcrição da entrevista de Elza)

A falta de disposição, a apatia e o descuido inabitual com a aparência poderiam estar associado a um quadro depressivo, mas assim como outras entrevistadas Elza associou, possivelmente, esse quadro aos efeitos dos psicotrópicos que utiliza. Esse desânimo é percebido

pelas pessoas com quem tem uma vivência comunitária, pela negação aos convites que lhe é feito e o isolamento que essa situação lhe submete.

Eu citei muito crochê, eu tinha um desejo de fazer crochê tão grande na minha vida que eu nem cobrava do povo. Porque aquilo ali pra mim me fazia bem, eu fazia crochê, roupinha, tudo. Hoje eu não consigo uma barra de um pano de prato, eu começo, mas eu não finalizo. Eu compro a linha pra fazer alguma coisa, eu vou começando, tá lá, tanta linha, e eu vou sentar olhando aquelas linhas e agulha lá e porque eu não consigo fazer. Porque o crochê é uma coisa que lhe dá prazer, é tão prazeroso. Você pode olhar o crescimento, como é que ele tá, você mesmo acha ele belo, bonito. Eu não vejo isso, então não tenho entusiasmo de fazer, pra mim fazer aquilo é um trabalho horroroso. É um trabalho horrível. Então isso tem a ver com o medicamento? Tem a ver com o quadro depressivo? Eu nunca conversei com a pessoa, você entende? Então eu sou um ser, por isso que eu digo assim, que bom você me convidar pra eu ir porque eu preciso falar pra ela, não sei se ela entende. Ou falar pra mim mesma, porque que eu estou tão estranha, as coisas que eu gostava eu não gosto. O jeito que eu faço para mentir, pra poder não ir em evento. Dá vontade até... eu fico até pensando, se tivesse um remédio pra enfaixar meu braço aqui que eu tinha desculpa pro povo "ah ela não foi". Tem isso, por isso que eu quando quebrei meu braço, eu disse "será que não foi um castigo?" Não, mas Deus não vai castigar. Até meu pensamento vem pra poder não ir pros lugares. (Transcrição da entrevista de Elza)

Nesse outro trecho da entrevista, Elza fala como recusar a tantos convites a incomoda, a ponto dela desejar um problema físico para ter um argumento aceitável socialmente para suas recusas. No entanto, no mesmo trecho ela fala da falta que sente de um espaço onde possa conversar sobre o que sente, partilhar com outras pessoas sobre a experiência do que está vivendo. É preocupante observarmos que uma comunidade tradicional, afastada do centro da cidade, com uma população em torno de 2 mil pessoas, não disponha de espaços de sociabilização acolhedores o suficiente para estas mulheres. Mesmo contando com a equipe de Saúde da Família e com espaços religiosos, estes não parecem significar espaços de confiança para a troca de experiências e a produção de cuidado entre as mulheres da comunidade.

#### 4.4. Estratégias de resistência

A principal estratégia de resistência apresentada pelas entrevistadas foi parar de utilizar os medicamentos, embora nem sempre isso funcione bem para elas ou apresente o melhor resultado, mas diante dos efeitos que os medicamentos causam e as preocupações com a condição de cronicidade que o uso frequente possa causar, foi a estratégia possível para elas. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma prática que surgiu oficialmente no Canadá com o objetivo de possibilitar a reflexão sobre o uso de medicamentos em prol de promover uma maior qualidade de vida, a partir da possibilidade das pessoas negociarem ativamente os medicamentos e as formas de tratamento que lhe façam bem. (Guia GAM, 2012)

Eu só sei que eu preferi não usar mais essas drogas. São drogas que eu não quero. Optei por não querer mais na minha vida. (...) É um que entra e um que sai, aí que eu fico... eu melhorei do que sai, mas eu não senti melhora com o que entrou. Ele tá me dando dor de cabeça e fraqueza. Aí eu decidi fazer o quê? Tomar metade, é 10mg, metade, eu tomava 5. Eu passei a tomar metade, aí tava tomando metade. Mesmo assim eu tinha dor de cabeça, menos, mas eu tinha. Aí eu digo, sabe de uma coisa escondida eu não vou tomar. Eu não tomei e a cabeça não doeu. Eu digo se doer eu volto. Aí no outro dia eu não tomei dormi, minha cabeça não doeu. Aí sabe de uma coisa eu não vou tomar, e já tem 8 ou 10 dias que eu não tomo, eu tô ótima. Só não disse a meus filhos por que eles vão ficar insistindo "A senhora vai ao médico pra quê? Se o médico receitou porque sabe que a senhora tem que tomar" entendo, mas se eu conheço meu corpo. (...) Eu conheço o meu corpo, então eu sei que não tava me fazendo bem. Então eu vou insistir no que não está me fazendo bem? Se eu estou bem sem tomar para que eu vou tomar outra droga que não está. Mas eu estou em teste, eu mesmo tô me sentindo em teste. Se eu tô me sentindo bem não estou tomando agora se eu me sentir mal eu vou lá, que eu tenho direito ainda. Estou no meu direito de ir lá, fazer uma consulta pra voltar novamente... (transcrição da entrevista de Elza)

A fala de Elza traz um manifesto em prol de sua singularidade, defendendo a sua experiência e o poder de sua autopercepção sobre o seu corpo e sua tentativa de mantê-lo sob o seu controle. A maneira particular que ela encontrou de utilizar os medicamentos buscando o seu bem-estar, no entanto, fazer isso de forma solitária, sem negociações e partilhas coletivas ou individuais, não o caracteriza como GAM e, de fato, pode ser um problema à medida que

ela não tira as dúvidas que têm sobre os sintomas e efeitos, e nem tem a oferta de alternativas que possam ajudá-la a experienciar esse manejo.

#### *4.4.1. A Rede invisível tecida por mulheres*

Esse subtítulo refere-se a rede não institucionalizada pelas mulheres a partir do momento que utilizam o cuidado, introjetado como natural, elas garantem a manutenção da própria vida na comunidade, invisível, porque embora as mulheres citem outras mulheres como o seu apoio, ou mesmo o coletivo de mulheres idosas que atua na comunidade, não há uma leitura desse movimento, como um movimento de mulheres.

O manejo do mal-estar, seja provocado por crises de ansiedade e depressão, ou por efeitos dos medicamentos, encontra lugar em uma outra estratégia que é o encontro. Nesse momento a comunidade apareceu em quase todas as entrevistas como refúgio, sair e conversar com uma vizinha ou familiar é algo comum que as mulheres entrevistadas dizem fazer em busca de se sentirem melhor.

Até o dia de hoje na verdade quando eu estou muito nervosa assim naquelas crises de ansiedade eu saio, eu vou caminhar, vou na casa de alguém e aí eu meloro. (Transcrição da entrevista de Carmen)

Aí eu não boto uma panela no fogo, né? Eu faço nada, eu fico só dentro de casa. Aí tem vez que eu, a Ana (nome fictício), aquela que trabalha aqui na limpeza, não sei se ela é minha mãe ou minha irmã ela é uma pessoa muito boa. É eu vou para lá e é assim tão bom. (Transcrição da entrevista de Carolina)

A escuta das vizinhas ainda que não seja sobre o assunto em si, funciona como um dispositivo de cuidado importante tomada por essas mulheres. Carolina relata uma experiência coletiva maior, ter voltado pra escola, além de possibilitar um aprendizado que lhe é muito rico nesse processo, por ajudá-la a escrever sobre suas aflições, trouxe para ela também um senso de coletividade que ajuda a enfrentar as crises.

Me ajudou a professora, me ajudou a professora Paula e meus coleguinhas também estão me dando a maior alegria, se você ver no dia que eu não vou eles já, a gente tem um grupo, aí eles já mandam a mensagem procurando. Semana passada mesmo faltei 2 dias que eu viajei, aí eles já preocupados, procurando se eu ia desistir, que não era pra eu desistir, que um vinha me buscar em casa, então eu me sinto feliz, né? E só peço a Deus pra Deus me dá força preu vencer. (transcrição da entrevista de Carolina)

A preocupação dos colegas e a oportunidade de fazer algo junto com pessoas que estão acompanhando o seu desenvolvimento tem efeitos perceptíveis no relato de Carolina, percebidos, principalmente pela forma carinhosa e sorridente como ela fala sobre a professora, que também se tornou uma confidente nesse processo, e sobre os colegas.

Minha tia dizia assim "ó, minha fia, tem que largar esse remédio, vamos fazer chá, tem muito chá bom." Fazia chá e o povo dizia que maçã com alface era bom, eu fazia e teve um dia que eu botei a alface, a maçã e a uva, aí eu não sei se foi porque eu botei na mente e não é que eu dormi só uma beleza. Foi, eu dormi que só uma beleza. Aí eu peguei disse pra minha menina " uva faz a gente dormir" aí ela deu uma risadinha e disse "e é mainha?" "oxe minha fia fiz um suco aqui e dormi a noite todinha". Pois que bom, pois continue fazendo, só que aí eu não fiz mais, eu durmo porque também é assim, quando eu não vou pra escola, quando é umas 7:30 h eu já vou dormir, aí veja bem é muito cedo né? (transcrição da entrevista de Carolina)

As experiências de cuidado que elas trouxeram em quase todos os casos envolviam outras mulheres, como uma teia invisível que naturalizamos a medida que compreendemos o cuidado com função natural das mulheres. Mesmo as estratégias ancestrais, como o cuidado a partir das ervas que elas conhecem na comunidade, são passados através das mulheres, como relata Carolina.

Quando perguntadas sobre se havia alguma opção de lazer na comunidade, algumas entrevistadas citaram o “Conviver” como uma alternativa para as idosas, mas apenas Elza o identificou como um espaço de cuidado para o sofrimento mental. Este espaço pertence e é organizado pelas mulheres da Associação dos Quilombolas.

Tem o Conviver para senhoras a partir de 60 e 55 anos, as pessoas já pode fazer a matrícula e a moça que trabalha com... É assim... Sempre tem a reunião delas, das senhoras, eles fazem a reunião, é um bolinho... ela pega cultura do lugar, dança... é exercícios para assim... o pessoal, como é que chama aquele pessoal que ensina? Personal. (...) Ela busca de outras comunidades, eles veem, as pessoas vêm fazer física, né? Pro povo. Ela é muito criativa sobre dança (...) ela faz parte, eu faço parte de um grupo das Marias Quilombolas, também muito bom, Marias quilombolas. (...) É uma associação das Marias quilombolas daqui. (...) Aí ela aprende muitas danças, né? Tem uma engraçada que diz "primeiro o fubá subiu" aí o pessoal vai descendo e subindo, né? Aquilo já ajuda as senhoras, né? O movimento, resgatar cantiga antiga e sempre se reúne. Só que quando eu... a pandemia, tem dois anos e foi bem na pandemia aí estava parado aí eu vou fazer a minha matrícula agora que a pandemia, graças a deus, não acabou, mas possivelmente as pessoas aqui todas já tomaram a vacina, ela já voltou, mas só que quando ela voltou ela me convidou 3 vezes e eu não fui. Pois estava inventando coisa pra não ir, mas eu já fui uma vez e sei que é bom. (Transcrição da entrevista de Elza)

Elza detalha como as tradições da comunidade, como a cultura popular, são utilizadas para levar atividade física para as senhoras a partir da dança. A limitação da idade que destina o grupo para o público idoso foi colocada como barreira de acesso para as entrevistadas mais jovens. Outra grande barreira de acesso foi a pandemia, já que elas ficaram dois anos paralisadas, como muita coisa no país.

Não, não tem lazer não. Aqui só mesmo, como te falei, o Conviver das senhoras. (...) Isso, cuidado, cultura... tem dança, exercícios. As pessoas fazem festinhas entre elas, brincam de roda. Faz aquele amigo secreto, tem bingo que eu no dia que eu fui achei muito bonito. Que é um bingo de palavras, eu sou chegada a um bingo. Ela bota um telão com as palavras, né... sentimentos, mais sentimentos as palavras... Aí dá um papel assim com seis aí você vai preencher com amor, carinho... (transcrição da entrevista de Elza)

Elza relata que a sua desmotivação impede de frequentar mais vezes, por precisa de ajuda para conseguir dar o passo inicial para ir até o espaço, mas que estando lá gosta da experiência e relata com afeição as brincadeiras que são executadas no Centro. Esse espaço, a partir dos relatos, tanto das frequentadoras, como das entrevistadas que não tem idade para compor o coletivo, se apresenta como um espaço de fortalecimento e cuidado entre mulheres,

iniciativa que tem sua importância a medida que propicia o encontro das mulheres para momentos sobre si, seja no seu lazer, ou no aprendizado a partir das oficinas de artesanado.

#### *4.4.2. Ancestralidade e futuros possíveis*

Ao perguntar as entrevistadas se elas conheciam ou faziam uso de outras possibilidades de cuidado, ou o que faziam para se sentir melhor diante do quadro de sofrimento que elas indicavam, as respostas traziam poucas possibilidades, algumas até demonstravam conhecer outras possibilidades de terapêuticas, mas nunca haviam experimentado. Mas quando perguntadas sobre o que fazer para se sentir melhor, embora elas sempre citassem a dificuldade em opções de lazer, houveram respostas um pouco mais diversas, ainda que de maneira muito limitada, o que revela uma grande dificuldade em incluir práticas de autocuidado em suas rotinas.

Carolina, que teve seu pseudônimo inspirado na autora Carolina de Jesus, nos conta que escreve para se sentir melhor, embora muitas vezes as palavras sejam de sofrimento.

Assim, foi a parte de uns 2 meses, por aí assim, eu lembro muito bem. É que eu não sei muito ler, mas eu tenho um costume não sei se é certo, eu estava anotando minhas coisinhas no caderno. Assim do jeito que eu sei escrever, que eu não sei escrever muito não, sabe? É pouquinho, mas aí eu escrevo do meu jeito. Aí do jeito que eu escrevo, no meu jeito, eu sei ler. Aí como agora eu estou estudando ainda, está melhorando mais minha letra, eu escrevo assim sobre a minha vida, sabe? Tipo assim, se hoje eu tô feliz, se acontecer alguma coisa que eu fiquei triste, aí eu vou lá e anoto, se eu choro... chorar, eu choro bastante. Ultimamente é o que eu mais faço da vida é chorar. É assim, doutora, que eu faço. Assim, eu me sinto que eu estou deixando algo ali, que meus filhos, se eu chegar a faltar, meus filhos ver o que eu passava. Penso isso. Tipo assim, se eu passar um dia muito bem, tranquila, e eu lá escrevendo, eu me sinto melhor. Agora se é um dia que eu estou muito triste, aí quanto mais eu escrevo, como o que eu estou fazendo mal para os meus filhos, aí eu vou lá e apago, aí depois volto lá escrevo outra frase, e é assim. (transcrição da entrevista de Carolina)

Ela nos conta que está frequentando a escola e isso tem feito bem a ela, pela oportunidade de aprendizado, mas também pelos encontros que são propiciados com outras

mulheres que servem de apoio para ela. Um aspecto interessante dessa experiência de Carolina é o fato dela utilizar o aprendizado, como instrumento de expressão, quando aprende a escrever, Carolina adquire a escrita como linguagem para expressão de sua subjetividade.

É bom, olha é uma terapia pra gente, que a gente tá aprendendo aos poucos, né? Porque eu só... só sabia mesmo assinar meu nome e ler um pouquinho, agora já estou mais um certo... tem que ter mais, se eu pegar aqui ó com meu jeitinho leio tudinho e é isso que eu vou fazer em casa, voltar a ler pra eu entender mais ainda. (transcrição da entrevista de Carolina)

Ainda aproveitando a fala de Carolina, para trazer o afeto como elemento de cuidado em saúde mental, algo muito presente nas falas, especialmente das entrevistadas que são avós, a fala mais carinhosa com mudança no tom e expressão de sorriso era perceptível ao falarem dos netos. Mas destaco o trecho de Carolina porque ela traz a reflexão de um sentimento de renovação importante ao falar do neto:

E gosto de sair com meu neto, né? Ele me diverte muito, ele tem 5 anos, mas ele veio com uma mente de adulto que às vezes eu tô triste e ele começa a conversar comigo e a brincar, é o que eu mais gosto também. (transcrição da entrevista de Carolina)

A interpretação de que o neto tem uma “mente de adulto” por julgar a capacidade de percepção que ele possa ter dos seus momentos de tristeza, mostra que ela compreende como sabedoria o afeto que recebe do neto e o cuidado que isso representa a ela, e que muito provavelmente não opera por esse campo da racionalidade como Carolina julga. A tristeza da avó e a resposta positiva que ela oferta às investidas do neto, torna a situação um espaço de desenvolvimento para a criança e de cuidado para avó, e ilustra a importância do convívio entre gerações.

As ervas, a partir do uso dos chás, foi uma alternativa frequente ao cuidado apresentado pelas entrevistadas. Lembrando que tive a oportunidade de tomar chá com as trabalhadoras da UBS no meu primeiro encontro com elas, o que ajudou a resgatar a memória de que já havia estado ali quando me foi apresentado a proposta de uma horta fitoterápica para a comunidade,

utilizando os espaços da Unidade como alternativa de cuidado sugerida pelo médico da época. O chá está presente na rotina dessas mulheres, algumas vezes desde o plantio das ervas até o ritual de compartilhar com uma vizinha, ofertando um momento de relaxamento no dia dessas mulheres.

Elza nos mostra as estratégias que utiliza em busca de bem-estar, reduzindo danos a partir da orientação médica de evitar alguns alimentos como o café e substituindo por chás.

Esses dias mesmo que não tô tomando, eu descobri que é ótimo, você... tirei o café, eu tomo o café só pela manhã. Mas a tarde eu não tô tomando café, porque o médico falou que o café era melhor diminuir. Então eu fiz assim, eu tomo de manhã e à tarde eu não tomo. Eu tomo chá de camomila e o chá da folha do maracujá. Eu tenho um jardim, eu molho as plantas quando eu sinto que estou muito estressada. Meu estresse é tão grande que está, que meu ouvido fica assim um barulho. Já ouviu o barulho de cigarra? Tiiiiiim. Grilo. Parece uns grilos, tiiiiiim. Isso na minha cabeça, aquele grilo abusando, aquela zoadada no juízo. Aí eu passo, vou molhar as plantas... Eu acho que eu melhorei muito. Não tomando café, tomando chá (...) Deixa eu ver o que me ajuda mais quando eu tô assim... chá, caminhada, molhar as plantas, é... Eu procuro não ficar em casa só, sempre procuro fazer alguma coisa. Ocupar meu cérebro com alguma coisa. (Elza)

Dedicar um momento a algo sem compromissos enrijecidos, como o cuidado com as ervas que utiliza para o chá, representa um momento de autocuidado para Elza, uma válvula de escape para os momentos de maior estresse, como ela nos conta, além do efeito propiciado pelo uso do chá. Outro elemento que ela traz são as tentativas de escapar do ostracismo pela falta de lazer, a partir de visitas e caminhadas. Com relação a isso, Carmem ressalta que a falta de opções de lazer voltadas para as mulheres adultas na comunidade é um problema que afeta a todas. Todas as entrevistadas citaram o balneário, localizado no município vizinho, como possibilidade de lazer, ao mesmo tempo que afirmaram não frequentarem. Elas reconhecem esse local como um destino de lazer e diversão de maneira geral, mas não se identificam com essa opção por conta da aglomeração, ou tipo de música, dentre outras motivações.

Eu creio que é assim, é eu não vou falar só por mim, sabe? Eu vou falar pro mundo todo, pela comunidade, porque que eu acho assim, que precisaria desenvolver um

projeto, sabe? Aqui para a comunidade, para cuidar principalmente das mulheres. Aqui nesse lugar, sabe? Ter roda de conversa, ter aconselhamento, essas coisas. Eu acho que seria uma distração, sabe? Porque aqui, assim, as mulheres trabalham muito nas roças, a vida é corrida, é crianças para cuidar, é aquela coisa toda, não tem um momento só para elas. No meu caso é não, eu estou falando num todo, não só por mim, sabe? Mas eu acho que se tivesse um projeto pra estar tendo uma roda de conversa, assim os finais de semanas, essas coisas assim. (transcrição da entrevista de Carmem)

Carmem dá pistas para alternativas de cuidado que a própria ESF poderia desenvolver, embora ela não cite dessa forma, eu acredito que seria uma opção, compreendendo o caráter holístico que a Estratégia de Saúde da Família tem na essência de sua criação. A ideia de promover rodas de conversas é muito utilizada em algumas experiências exitosas na Atenção Básica, sobretudo com grupos específicos, como gestantes ou pacientes de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. A ideia que ela apresenta de um espaço dessa natureza, pode ser uma alternativa de cuidado para as mulheres com o propósito de atuar na promoção e prevenção em saúde mental para esse público. Considerando que a fitoterapia é uma das práticas integrativas e complementar reconhecida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde- PNPIC (BRASIL, 2015), fomentar essa utilização de forma partilhada e orientada poderia unir as mulheres em uma prática que já é habitual delas para promoção do bem-estar, a partir do reconhecimento e da valorização de um conhecimento tradicional da comunidade.

Nesse outro trecho da entrevista Carmem também cita os chás como alternativa de cuidado encontrada:

Eu saio. Eu saio, vou na casa de um vizinho, entendeu? Ligo o celular e vou ouvir hino da igreja. Assim, mas o melhor é quando eu saio, vou na casa de alguém ou até ir no mercado para pesquisar, olhando o preço das coisas, olhando as novidades que chegou até aquilo dali me distrai.

L- Tem alguma coisa que você tome, como chá?

C- Tomo. eu tomo chá de erva doce com camomila, que eu me sinto muito bem, né? Eu tomo chá da folha do... agora me passou... aquela folhinha gostosa que a gente usa até pra comida também.

L- Manjerição? Hortelã?

C- Não, folha de louro. Sim eu tomo chá. Gosto muito. Tomo chá do orégano também, me sinto bem a noite.

L- E você aprende ou aprendeu sobre os chás com quem?

C- Na verdade quando eu era criança, né? Como minha mãe fazia muito chá pra gente, né? Ela já falava das folhas, das ervas. É tanto que a gente não, ela não dava café pra gente quando era criança pra gente não ficar rudo, então só dava chá.

L- Não ficar o quê?

C- Rudo, ficar... ter dificuldade para aprender as coisas. Aí ela disse que a gente ficava rudo.

L- Não conhecia essa palavra.

C- Aí ela dava mais chá. "Ah vocês vão ficar rudo, vai ficar burro" entendeu?

L- Se tomasse café.

C- Se tomasse café, que disse que afetava a mente. Deixava a gente lerdo na verdade. Aí a gente foi mais criada com chás e essas coisas assim. E hoje em dia eu pesquiso muito no YouTube sobre chás. (Transcrição da entrevista de Carmem)

Carmem foi uma das mulheres que me apresentaram a UBS no meu primeiro encontro e me ofereceu chá, eu aproveitei e perguntei se ela utilizava como estratégia de cuidado. O chá na fala de Carmem aparece como tecnologia ancestral aprendida com a mãe e que hoje ela atualiza através das redes sociais na internet, o que é muito significativo. Embora as redes sociais não se mostrem como locais mais seguros para busca de informação pela excessiva abrangência, a ampliação que a internet viveu nos últimos tempos, principalmente com a popularização dos *smartphones*, democratizou o acesso e possibilitou que pessoas em locais remotos pudessem estar compartilhando conhecimento.

...Assim, sinto falta assim, entendeu? Que não seja em farra coisas assim, porque lá tem farra, porque não é só pra gente, lá tem tudo isso, tem som, tem zoada, mas assim uma coisa que não seja assim muita bebida eu sinto.

L- Que tipo de coisa?

Assim, tipo assim, a gente, mulheres, fazer um grupo uma coisa que anime, que a gente brinque, dê risada, tenha tipo uma dinâmica, coisas assim...

(Transcrição da entrevista de Ana)

Ana que também trabalha na UBS nos mostra como as colegas a motivam a sair combinando programas em conjunto nas poucas opções de lazer como o balneário e o circo, quando está na comunidade, mas ela não se identifica com esse tipo de programação. Ana também utiliza chás e sucos de frutas para se sentir melhor, além de buscar apoio nas conversas

com as vizinhas. Isso, assim como o relato de Elza sobre olhar os preços nos mercados, novamente nos revela como as opções de lazer podem estar afetando negativamente a busca por bem-estar dessas mulheres. Nesses processos de construção de opções de lazer, de produções de vida na comunidade, vejo Lena empolgada com a organização dos times de futebol e partilhando as dificuldades em conseguir conduzir os times por conta da falta de apoio. Entre as participantes, Lena se mostrou a mais ativa nesse processo de produzir algo para modificar esse cenário de falta de oportunidades que elas vivem. No entanto, interessante observar que embora ela traga isso como algo que te faz bem, os maiores beneficiários dos seus esforços são os rapazes da comunidade que jogam futebol. Essas narrativas mostram que há muitas pistas das possibilidades do que as mulheres podem fazer em busca de estratégias de resistência para o enfrentamento do sofrimento que relatam, mas falta se perceberem como dignas de esforços, ou mesmo dignas de algum alento, já que o máximo que elas conseguem se ofertar é ir à igreja.

Quilombo, que em sua origem banto, está associado a acampamentos de guerreiros na floresta, espaço sagrado de atuação do guerreiro em alguns sistemas africanos, e que no Brasil teve sua origem da mesma forma associada a territorialidade (Beatriz Nascimento, 2021). Na pesquisa histórica de Beatriz, que nos mostra uma defesa do sentido e do resgate da expressão quilombola, temos o território marcado como fundamental para compreensão, e é na relação com esses territórios que essas comunidades vêm sobrevivendo ao longo dos anos, e aqui nos mostram como é possível acessá-las para fins de cuidado, quando mencionam o cuidado com as plantas, o roçado, e consumo das ervas para sanarem dores e insônias. Ao falar da produção resistente à colonização das organizações quilombolas, Antônio Bispo (2015) afirma que a melhor forma de guardar os produtos das expressões produtivas do quilombo é distribuindo entre a vizinhança, reintegrando-o a mesma energia orgânica que o produziu. Esse sentido de coletividade aparece com um elo a ser resgatada a partir das falas das entrevistadas, quando

elas mesmo sugerem espaços de partilhas, o ato de resistência descrito pelo Antônio Bispo aqui se manifesta como necessidade de reencontro com a própria identidade para a sobrevivência.

## **5. Considerações finais**

Volto nesse momento aos objetivos dessa pesquisa para compreender se eles foram atendidos. Trago isso, porque tenho a sensação de que as histórias que me foram partilhadas foram conduzindo esse trabalho para caminhos um pouco inesperados, inclusive o da emoção e da identificação, sejam pelas memórias que me trouxeram ao interesse desse tema a partir da vivência enquanto psicóloga da Atenção Básica, seja pela identificação por ser mulher negra que viveu a experiência de atuar como cuidadora de maneira intensa no período pandêmico. Observo o quanto as histórias de cada participante são repletas de percalços que as trouxeram a condição de experienciar serem usuárias de ansiolíticos e antidepressivos, e que nenhuma pílula será capaz de sanar anos de sofrimento e feridas ancestrais, inclusive das que se encontram em uso crônico, eles podem ser essenciais nesse momento, mas não lhe bastam para sarar as dores. A medicalização como observada nesses contextos, visam aplacar sofrimentos, mas refletem um mecanismo de preservação dos processos colonizadores a medida que individualizam problemas sociais e históricos e não refletem e nem propõem medidas que visem atuar nas causas do sofrimento.

A disposição que as mulheres participantes tiveram em partilhar e a crença de que isso poderia trazer melhoras revelam o quanto a fala é uma demanda e nos faz questionar o papel dessa clínica que medicamentaliza mais do que escuta. A partir desse ponto trago observações e reflexões para pensarmos na importância da Atenção Básica nesse contexto e nos questionarmos sobre a atuação em territórios tradicionais, como as comunidades quilombolas.

Existem grandes discussões na saúde coletiva sobre a Atenção Básica no Brasil e o grande combo de políticas que ela precisa atender, como exemplo as que aqui estão diretamente imbricadas com esse tema, como a Política de Saúde da População Negra e a Política de Saúde das Populações do Campo, das Águas e das Florestas. Esse ponto não é uma crítica ao desenho dessas políticas, muito pelo contrário, mas uma defesa de que tenham uma execução mais viabilizada de forma que ao entrarmos em uma UBS, localizada em uma comunidade quilombola no meio do sertão nordestino, não nos deparemos com a mesma estrutura, tanto física quanto com relação aos protocolos de trabalho, que se assemelham a qualquer outra UBS do país, em uma total desconexão com os conceitos de integralidade e territorialidade, ao qual o SUS se propõe. Nesse sentido, se torna uma questão ética e política reivindicarmos não somente a reconstrução da ESF, após 6 longos anos de desmonte que vivemos entre 2017 e 2022, mas reivindicar melhores condições para atuação das eSF, sobretudo que tenham em sua construção planejamentos singulares que considerem as características e necessidades de sua população, para que possamos vivenciar um trabalho de promoção da saúde de fato, integral e intersetorial, que inclua equipamentos sociais, como as escolas e serviços assistência social, além de coletivos das organizações sociais da comunidade. E não somente uma equipe que leve atendimentos médicos como pequenos ambulatórios capilarizados, servindo como distribuidoras da indústria farmacêutica. Digo isso reconhecendo o desafio quase utópico, especialmente após os últimos anos de negacionismo e crise sanitária, mas compreendendo que não há outra forma para que os próprios princípios do SUS e objetivos da AB sejam cumpridos, principalmente por reconhecer a potência que é ter um espaço destinado à saúde dentro da comunidade, com trabalhadoras que vivem na comunidade e são capazes de construir vínculos com as moradoras, a exemplo do que aqui se mostrou a partir de como o convite realizado pelas ACSs foi rapidamente atendido pelas moradoras da comunidade para participarem da pesquisa.

Outro aspecto é sobre a importância de politizarmos a atenção à saúde e para isso a lente da medicalização é muito pertinente, embora muito difusa. Esse último no sentido de ser um conceito amplo, identificado, mas por vezes banalizado e aceito como fato. A não interpretação disso como um fenômeno presente em sua prática, ou a falta de condições para que percebam outras estratégias a serem desenvolvidas, torna a medicalização um fato intransponível na atenção à saúde. Um dos anseios que tinha ao propor essa pesquisa era levar esse debate para quem realiza o cuidado, e espero que essa possibilidade venha, ainda que no sentido micro, a partir da devolutiva que deve ser feita em breve à comunidade de São Tomé.

Uma outra consideração, e aqui muito mais ao momento vivido fora do campo da pesquisa, é sobre a “cultura zolpi” e os diagnósticos de internet que vimos expandir como um dos principais conteúdos produzidos na internet, principalmente em redes de vídeos como o *tiktok*, que levam a banalização, e até mesmo uma certa glamourização do uso de psicotrópicos nas redes sociais. Acompanhar esse movimento de forma não intencional durante o período do mestrado, intensificou a preocupação sobre a temática gerando novos questionamentos sobre aceitação social de um processo generalizado de psicopatologização que reforça a importância de ampliarmos esse debate com as usuárias e com as profissionais de saúde.

Por fim, destaco a importância das narrativas durante esse trabalho como potência em uma proposta de fomentar estratégias de resistência. As narrativas foram diversas e algumas participantes ganharam protagonismos em eixos específicos por explanarem com riqueza suas vivências na descrição das causas ou dos efeitos, ou das estratégias de resistência. Por vezes me emocionei ouvindo e lendo as entrevistas, que poderiam ser analisadas em outros aspectos que aqui não couberam, tamanha a riqueza do material fornecido, como uma potência escondida na aridez do lugar onde o consenso é não esperar que as coisas brotem. Por vezes me lembrei de Carolina de Jesus e Conceição Evaristo ao ouvir as histórias dessas mulheres e acompanhar o entusiasmo que elas tinham em contar, inclusive colocando sempre a partilha com amigas, e até

mesmo a escrita, como estratégia de cuidado, reforçando a importância do que seria uma metodologia de pesquisa, mas se revelou uma possível metodologia de cuidado junto com a rede de proteção que elas tecem em seu dia a dia.

## 6. Referências

- Alves, A.M., Santana M.P., Gama, ICS, Parduci N.V., Larroque, M.M., Luchesi, B.M. (2022) Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade*. Recuperado de [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3033](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3033)
- Amarante, P. & Freitas, F. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Américo, T. (2021). Reportagem: Venda de Antidepressivo cresce 17% durante pandemia no Brasil.
- Berber, J. de S. S., Kupek, E., & Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 45(2), p. 47–54. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>
- Bondía, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28.
- Brasil. Senado Federal (2021) Comissão Parlamentar de Inquérito. Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia da Covid-19. Recuperado de [https://download.uol.com.br/files/2021/10/3063533630\\_relatorio\\_final\\_cpi\\_covid.pdf](https://download.uol.com.br/files/2021/10/3063533630_relatorio_final_cpi_covid.pdf)
- Brunet, D. (2015) Indicação do novo coordenador nacional de saúde mental gera protestos. Blog Emergência. *O Globo*. Recuperado de <http://blogs.oglobo.globo.com/blog-emergencia/post/indicacao-do-novo-coordenador-nacional-saude-mental-gera-protestos.html>
- Cabral, C. G. (2006) Pelas telas, pela janela: o conhecimento dialogicamente situado. *Cadernos Pagu* 27, 63-97. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000200005>

- Castro, S. (2020). Condescendência: estratégia pater-colonial de poder. In. Holanda, H.B. (Org.). *Pensamento feminista hoje perspectivas decoloniais* (pp. 141-152). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. (Texto originalmente publicado em 2018).
- Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017, Ministério da Saúde (2017) Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)
- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas- <http://conaq.org.br/>
- Costa, C. G., Dimenstein, M., & Leite, J. (2015). Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24(1), 13-27.
- Costa, K. S., Barros, M. B. D. A., Francisco, P. M. S. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., & Carandina, L. (2011). Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 649-658.
- Costa, M. C. da, & Dimenstein, M. (2017). Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. *Trends in Psychology*, 25(4), p. 1653–1664. Recuperado de <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-09Pt>
- Curiel, O. (2020). Construindo Metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In. Holanda, H.B. (Org.). *Pensamento feminista hoje perspectivas decoloniais* (pp. 121-138). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. (Texto originalmente publicado em 2014)
- Dantas, C. M. B., Dimenstein, M., Leite, J. F., Torquato, J., & Macedo, J. P. (2018). A PESQUISA EM CONTEXTOS RURAIS: DESAFIOS ÉTICOS E METODOLÓGICOS PARA A PSICOLOGIA. *Psicologia & Sociedade*, 30. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30165477>

- David, E. C. & Vicentin, M. C. G. (2020) Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate* [online]. 44 (3) 264-277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>.
- Dimenstein, M., Belarmino, V. H., Martins, M. E., Dantas, C., Macedo, J. P. S., Leite, J. F., & Alves Filho, A. (2020). Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 12(1), 205-229.
- Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., & Londero, M. F. P. (2020). Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 40. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817>
- Evaristo, C. (2020) Poemas da recordação e outros movimentos. Rio de Janeiro. Editora Malê.
- Fanon, F. (2020) Alienação e liberdade: Escritos psiquiátricos. São Paulo. Ubu Editora.
- Fanon, F. (2008) Peles negras, máscaras brancas. Salvador: Editora Edufba.
- Faustino, D.M. (2020) Frantz Fanon e a mental brasileira diante do racismo. In: Magno, P. C. & Passos, R. G. (2020) Direitos Humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado de <http://cejur.rj.def.br/uploads/arquivos/f69bf38dcc31430e90ae368657f66a6f.pdf>
- Fonseca, D. H. da, Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24 24(2), p. 307–314. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>
- Foucault, M. (1978) História da loucura. São Paulo, Editora Perspectiva.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). Medicalização em psiquiatria. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Gomes, S. M. *et al.* (2018) O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde e Sociedade*. 27 (4) p. 1120-1133. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180393>

Gonzalez, L. (2020). Mulher negra. In: Rios, F. e Lima, M. (Org.) *Por um feminismo afro-latino-americano*, 94-111. Rio de Janeiro: Zahar.

INCA (2014) Sofrimento psíquico do paciente oncológico: O que há de específico? *Cadernos de Psicologia - 2*. Rio de Janeiro.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (2003) *Retrato das Desigualdades Gênero e Raça*  
<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf>

Kilomba, G. (2019) *Memórias da plantação, episódios de racismo cotidiano*. Tradução Jess Oliveira. Editora Cobogó, Rio de Janeiro.

Koerich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(1), 106-110.

Lei Federal nº 11.340 (2006, 7 de agosto). 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; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília.

Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001/ Ministério da Saúde (2001)  
Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

- Lemos, F. C. S., Galindo, D. C. G., Rodrigues, R. V., & Sampaio, A. M. (2020). Práticas de medicalização: problematizações conceituais a partir de Michel Foucault. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(2), 232-244.
- Lira, S. A. C. de, Lima, S. J. G. de, & de Carvalho, S. M. N. S. (2014). Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de APS*, 17(2).
- Lugones, M. (2019). Rumo a um feminismo decolonial. In. Holanda, H.B. (Org.). *Pensamento feminista conceitos fundamentais* (pp. 357-377). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. (Texto originalmente publicado em 2010)
- Lugones, M. (2020). Colonialidade e gênero. In. Holanda, H.B. (Org.). *Pensamento feminista hoje perspectivas decoloniais* (pp. 52-83). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. (Texto originalmente publicado em 2008)
- Mbembe, A. (2018) *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições.
- Medeiros Filho, J. J. S. D. A., Azevedo, D. M. D., Pinto, T. R., & Silva, G. W. D. S. (2018). Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*, 1-12.
- Messeder, S. A. (2020). A pesquisadora encarnada: uma trajetória decolonial na construção do saber científico blasfêmico. In. Holanda, H.B. (Org.). *Pensamento feminista hoje perspectivas decoloniais* (pp. 52-83). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Ministério da Saúde (2011). Consulta Pública nº 3. Brasília: CNS.
- Ministério da Saúde (2013). Norma operacional Nº 001/2013. Brasília: CNS.
- Ministério da Saúde (2019). Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias, Brasília: DAF.
- Ministério da Saúde, Universidade de Brasília (2018). Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012-2016. Brasília.

- Mosfiak, M., Stolf Brzozowski, F., & Cichota, L. C. (2020). Análise do consumo de benzodiazepínicos em um município do norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista De Saúde Coletiva Da UEFS*, 10(1), 49–57. Recuperado de <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v10i1.5214>
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(Rev. esc. enferm. USP, 2014 48(spe2)), 184–189. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>
- Painel Coronavírus (2023). Recuperado de: <https://covid.saude.gov.br/>
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10–23.
- Passos, R.G. (2020) Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Em Pauta*, 45 (18). Recuperado de <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47219>
- Pereira, B. P. (2011). De escravas a empregadas domésticas - A dimensão social e o "lugar" das mulheres negras no pós- abolição. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. Recuperado de [https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548855459\\_28763afe8053c532a64f120bfac7129c.pdf](https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548855459_28763afe8053c532a64f120bfac7129c.pdf)
- Pitta, AMF. (2011) Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. Recuperado de <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/um-balanco-da-reforma-psiquiatrica-brasileira-instituicoes-atores-e-politicas/8532?id=8532>
- Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016/Ministério da Saúde (2016). Recuperado de: [https://www.in.gov.br/materia/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014](https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014).
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011/ Ministério da Saúde (2011) Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017/ Ministério da Saúde (2017) Altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas (pp. 117-142). Buenos Aires: CLACSO.

Rodriguez del B., L., Cyr, C., Benisty, L., Richard, P. (2013) Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. *Ciência Saúde Coletiva* Recuperado em <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gestao-autonoma-da-medicacao-gam-novas-perspectivas-sobre-bemestar-qualidade-de-vida-e-medicacao-psiquiatrica/13173?id=13173&id=13173>

Santos, A.B. dos. (2015) Colonização, Quilombos modos e significados. Brasília, INCT.

Silva, R.A, Moura, R.P.S., & Santos, A.C.H., (2021). Narrativas (des)construídas como tarefa política da pesquisa participativa decolonial. *Revista De Psicologia*, 12(2), p. 147-160. Recuperado de <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.12.2.2021.11>

Silva, V. H. F. D., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285.

Silveira, D. P. D., & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 139-148.

- Soares, Cecília Conceição Moreira, & Jorge, Grácia Lorena da Silva. (2021). A memória afro diaspórica feminina como metodologia para pesquisa em educação. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 78-94. Recuperado de <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9269>
- Vieira, E. M. (2002) A medicalização do corpo feminino. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Whitaker, R. (2017). Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Wyzykowski, A. B. V & Ribeiro, T. L (2022). A (in)visibilidade do trabalho doméstico análogo ao de escravo: um estudo casuístico da trabalhadora doméstica resgatada em Elísio Medrado/BA, em 2017. *Laborare*, 2022 5(9), p.230-252. Recuperado de <https://revistalaborare.org>
- Zanello, V., & Silva, R. M. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista bioética*, 20 (2), 267-279.
- Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(Ciênc. saúde coletiva, 2014 19(6)), 1859–1868. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

## Apêndices

### Apêndice A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

##### Folha de informações às participantes

##### 1 – Convite

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa **MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS**. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler ou escutar cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

##### 2 – O que é o projeto?

Esta pesquisa pretende investigar o fenômeno da Medicalização Social e suas implicações sobre a vida e corpos de mulheres negras a partir da experiência com o uso de medicamentos psiquiátricos. O motivo que nos leva a fazer este estudo é ampliar o escopo das pesquisas em Psicologia relacionadas à processos de cuidado em saúde mental em populações específicas, e assim: Identificar os determinantes associados a prescrição de medicamentos psiquiátricos às mulheres negras; analisar os efeitos da medicalização das mulheres nas esferas domésticas e comunitárias; investigar estratégias de resistência e formas alternativas de cuidado em saúde mental pelas mulheres negras.

##### 3 – Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não desta pesquisa. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um registro de consentimento. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento e sem dar justificativas.

##### 4 – O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

Caso você decida participar a pesquisa será realizada de forma presencial e contará com a seguinte etapa:

a) Entrevista individual semiestruturada que ocorrerá de forma presencial garantindo os cuidados necessários de preservação da vida durante o período de pandemia por COVID-19. Essa etapa deverá ser gravada para melhor análise das informações colhidas.

##### 5 – O que é exigido de mim nesse estudo?

Ter mais de 18 anos de idade, se reconhecer como mulher negra, cis ou trans, e o desejo de participar.

##### 6– Quais são os riscos ao participar do estudo?

Visto que entrevistas podem causar desconforto, haverá um risco mínimo na participação desta pesquisa. Ainda assim, caso surjam complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, garantimos o direito à assistência gratuita, a ser prestado ou articulado pela pesquisadora. Será feito o download dos dados coletados para o computador pessoal do pesquisador que permanecerão armazenados por cinco anos, segundo o art. 28 da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre a ética na pesquisa com seres humanos.

#### **7 – Quais são os possíveis benefícios de participar?**

Tem-se como benefício às/aos participantes da pesquisa a ampliação do diálogo sobre prevenção e cuidados em saúde mental entre mulheres negras.

#### **8 – O que acontece quando o estudo termina?**

A pesquisadora fará uma apresentação de dados, reflexões e apontamentos sobre o tema pesquisado para a comunidade científica. Além disso, o estudo possibilita avanço do conhecimento científico sobre o fenômeno investigado.

#### **9 – Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?**

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um nome fictício de forma aleatória.

#### **10 – Contato para informações adicionais**

Se você precisar de informações adicionais sobre a participação na pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Lusiane Miranda Palma  
Tel: (71) 988047139 - Whatsapp/ Telegram  
E-mail: lusiane.palma.022@ufrn.edu.br

\*\*\*

Obrigado por ler estas informações. Se desejar participar deste estudo, basta assinar ao final do formulário. Uma vez que você concorde com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) será assegurado a entrega de uma cópia do RCLE com a assinatura da pesquisadora responsável, você deverá guardar uma cópia destes documentos para o seu próprio registro.

#### **Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)**

Nome da participante:

---

1 – Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo **MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS** e que tive a oportunidade de fazer perguntas e tirar dúvidas com o pesquisador.

2 – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.

3 – Diante das explicações afirmo que estou suficientemente informada a respeito da pesquisa que será realizada e concordo de livre e espontânea vontade em participar.

Ao assinar, você concorda em participar da pesquisa nos termos deste RCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

( ) Declaro que concordo em participar da pesquisa

---

**Assinatura da Participante**

**Declaração da pesquisadora responsável**

Como pesquisadora responsável pelo estudo: **MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS** declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados as participantes desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que a inobservância do compromisso ora assumido infringe as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 2021.

---

**Assinatura da pesquisadora responsável**

## Apêndice B- Termo de autorização para gravação de voz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS (FOTOS E/OU VÍDEOS)

#### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS**, que tem como pesquisadora responsável (Lusiane Miranda Palma). Esta pesquisa pretende investigar as trajetórias de vida e as experiências de mulheres negras que fazem uso de medicamentos psiquiátricos. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a observação do crescente aumento do consumo de psicofármacos, sobretudo entre as mulheres, e a compreensão da medicalização da vida como um fenômeno social amplo e a medicamentação um dos seus principais aspectos. Gostaríamos de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletadas serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção da imagem, distorção da voz, entre outros).
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos.

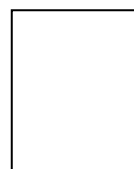
Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

As fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão: Utilizadas apenas para análise do conteúdo para produção da dissertação, não sendo prevista publicação de nenhuma imagem ou áudio utilizada durante essa pesquisa. São previstas para isso a gravação de entrevistas a serem realizadas por plataformas digitais, em uma estimativa de 40 a 60 minutos, e gravações de áudio, com essa mesma estimativa de tempo, para as entrevistas presenciais.

#### Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos)

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu, \_\_\_\_\_ autorizo o uso de:

- ( ) Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)  
( ) minha voz  
( ) minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz



Impressão  
datiloscópica  
do participante

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

## **Apêndice C- Termo de Confidencialidade**

### **TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Mediante este termo eu, Lusiane Miranda Palma e minha orientadora, Cândida Maria Bezerra Dantas, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados, os quais serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Natal, 09 de Novembro de 2021.

**Lusiane Miranda Palma**

**CPF 022639955-95**

**Candida Maria Bezerra Dantas**

**OBS<sup>1</sup>.:** caso o(a) orientador(a) seja o(a) pesquisador(a) responsável, não é necessário repetir o campo para o nome e para a assinatura. Igualmente vale se o(a) orientando(a) for o(a) pesquisador(a). Os orientandos apenas podem ser pesquisadores responsáveis em caso de pós-graduação.

**OBS<sup>2</sup>.:** todos, orientador(a), coorientador(a), orientando(a)(s), membros de equipe de pesquisa devem estar incluídos na Plataforma Brasil. Para isso, é necessário que possuam cadastro na Plataforma Brasil.

## Apêndice D- Carta de Anuência

### CARTA DE ANUÊNCIA

#### Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada: **Mulheres e medicalização social: Compreensões sobre a colonização de corpos negros**, a ser realizada na Comunidade Quilombola de São Tomé, município de Campo Formoso-BA, pela pesquisadora **Lusiane Miranda Palma**, mestranda do Programa de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que utilizará a metodologia de pesquisa qualitativa com aplicação de entrevistas semiestruturadas com as mulheres que fazem uso de psicofármacos mediante assinatura de registro de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa tem como objetivo principal de investigar as trajetórias de vida e as experiências de mulheres negras que fazem uso de medicamentos psiquiátricos, necessitando, portanto, da concordância e autorização institucional para a realização da(s) etapa(s) de seleção e contato com as participantes.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resolução 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Destacamos que de acordo com a Resolução 580/2018 no Art. 5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa NÃO IRÃO INTERFERIR na rotina dos serviços de assistência à saúde bem como nas atividades profissionais dos trabalhadores.

---

Assinatura do pesquisador

NOME COMPLETO DO PESQUISADOR E CPF

**Consentimento**

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar a realização da mesma nesta Instituição que represento. USF São Tomé, município de Campo Formoso-BA.

Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização das etapas supracitadas.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas das Resolução nº 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Campo Formoso, (data).

---

**Assinatura do responsável pela instituição**  
**Nome completo do responsável pela Instituição**  
**Carimbo responsável da Instituição\***  
**CNPJ da instituição**

\* Na inexistência do carimbo, inserir o CPF do responsável.

**Apêndice E- Roteiro de Entrevista Semiestruturado****MULHERES E MEDICALIZAÇÃO SOCIAL, COMPREENSÕES SOBRE A  
COLONIZAÇÃO DE CORPOS NEGROS****Roteiro para entrevista semiestruturada**

1. NOME \_\_\_\_\_

2. Telefone \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Onde você mora? \_\_\_\_\_

5. Raça/Cor: \_\_\_\_\_

- Preta
- Parda
- Indígena Etnia
- Branca
- Amarela

6. Possui religião \_\_\_\_\_

7. Você estudou? Até quando?

8. Profissão/Ocupação:

9. Você está?

- Solteira
- Casada
- União Estável
- Outra

10. Têm filhos? Quantos?

**11. Com quem você mora?**

- Companheiro/Companheira
- Filhos
- Pais
- Irmãos
- Amigas(os)
- Sozinha
- Animais de estimação

**IDENTIFICAR OS DETERMINANTES ASSOCIADOS A PRESCRIÇÃO DE  
MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS ÀS MULHERES NEGRAS**

**12. Faz, ou já fez, uso de algum medicamento psiquiátrico?**

- Sim
- Não

**13. Caso sim, há/ por quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**14. Que tipo de medicamento você utiliza?**

\_\_\_\_\_

- Ansiolíticos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Não sei informar

**15. Esse medicamento foi receitado pelo médico(a)?**

**16. De que maneira você o utiliza?**

- Conforme prescrito/orientado
- Conforme você avalia a necessidade

**17. A prescrição foi feita em:**

- Serviço Particular
- Serviço Público (SUS)
- Outros

**18.** Esse medicamento foi receitado pela primeira vez por qual médico?

- Médico clínico geral
- Médico de Família (Estratégia Saúde da Família)
- Psiquiatra
- Neurologista
- Ginecologista
- Endocrinologista
- Outro

**19.** O que estava sentindo quando o médico prescreveu esse medicamento? (Quais eram suas principais queixas?)

**20.** você acha que isso (que você sentia) era causado por qual motivo?

**21.** O médico que fez a prescrição informou algum diagnóstico/ Disse o que você tinha?

- Sim, qual? \_\_\_\_\_
- não

**22.** Você faz algum tipo de acompanhamento médico em saúde mental?

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
- Clínico Psiquiatra
- Outro Qual \_\_\_\_\_

**23.** Faz algum outro acompanhamento em saúde mental?

- Psicoterapia
- Grupo terapêutico
- PICS- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (exemplo: Reiki; Massoterapia, auriculoterapia, acupuntura, terapia de florais, aromaterapia, bioenergética, dentre outras)

**ANALISAR OS EFEITOS DA MEDICALIZAÇÃO DAS MULHERES NAS ESFERAS  
DOMÉSTICAS E COMUNITÁRIAS**

24. Você pode me dizer como se sente quando utiliza o medicamento?
25. Já sentiu algum mal-estar com a utilização desse medicamento?
26. Tem algo que você fazia antes de utilizar esse medicamento e que não tem feito mais?
27. Existe algo que você consegue fazer quanto utiliza os medicamentos e que não conseguia antes?
28. Você sente alguma mudança na relação com a sua família? Eles comentam sobre isso?
29. E sua relação com a comunidade (com os vizinhos)? Mudou alguma coisa?
30. E nas suas atividades do dia a dia, você sentiu alguma alteração?

**INVESTIGAR ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA E FORMAS ALTERNATIVAS DE  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PELAS MULHERES NEGRAS.**

31. Você conhece alguma outra forma de cuidado?
32. Existe algo que você consegue fazer para se sentir melhor, além do medicamento? O quê?
33. Na comunidade existe alguma oferta de cuidado?
34. O que tem de lazer ou atividade aqui na comunidade?

