

“Cê tomou remédio hoje?”: processos medicalizantes e desmedicalizantes de mulheres em contextos rurais

Mariana Tais Paduki de Almeida

Gustavo Zambenedetti

RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir como os processos de medicalização e desmedicalização perpassam as experiências de mulheres com sofrimento psíquico residentes em contextos rurais. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, sob perspectiva da Análise Institucional, que teve como participantes nove mulheres com sofrimento psíquico, em uso de psicotrópicos, residentes em contextos rurais de um município da região sudeste do Paraná, Brasil. Para a produção de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, acesso a prontuário eletrônico e elaboração de diário de campo. Os resultados são apresentados e discutidos em duas linhas de análise. A primeira versa sobre os processos medicalizantes, abordando a descontextualização do sofrimento, a burocratização das relações e prescrições, o silenciamento e a despolitização dos problemas de saúde. A segunda versa sobre os processos desmedicalizantes, identificando movimentos disruptivos que interrogam os processos medicalizantes e abrem possibilidades para a ampliação dos recursos terapêuticos para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico; Medicalização; Mulheres; Ruralidade.

ABSTRACT

“Have you taken your medicine today?”: medicalizing and demedicalizing processes of women in rural contexts

The objective of this study is to discuss how the processes of medicalization and demedicalization permeate the experiences of women with psychological distress living in rural contexts. This is an intervention research, from the perspective of Institutional Analysis, involving nine women with psychological distress, using psychotropic drugs, living in rural areas of a municipality in the southeastern region of Paraná, Brazil. Data was collected through semi-structured interviews, access to electronic medical records, and the creation of a field diary. The results are presented and discussed in two lines of analysis. The first addresses medicalizing processes, discussing the decontextualization of distress, the bureaucratization of relationships and prescriptions, the silencing and depoliticization of health issues. The second addresses demedicalizing processes, identifying disruptive movements that question medicalizing processes and open up possibilities for expanding therapeutic resources to cope with psychological distress.

Keywords: Psychological Distress; Medicalization; Women; Rurality.

Sobre os Autores

M. T. P. A.
orcid.org/0000-0002-2645-3919
Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) – Irati, PR
mahhpaduki@hotmail.com

G. Z.
orcid.org/0000-0002-7372-9930
Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) – Irati, PR
gustavo@unicentro.br

Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



Este artigo faz um recorte analítico de uma pesquisa de mestrado (Almeida, 2024) que busca compreender as experiências de sofrimento psíquico de mulheres residentes em contextos rurais, colocando em análise os processos de medicalização e desmedicalização

Sob referencial basagliano, utiliza-se a noção de sujeito em sofrimento em relação ao contexto social em detrimento das noções de doença ou transtorno mental (Zambenedetti, 2019). Tal operação busca ressaltar a compreensão de que o sujeito não pode ter sua existência simplificada ou reduzida à doença, evidenciando que o sofrimento não resulta de uma condição exclusivamente biomédica, sendo modulada pelas relações sociais, as quais podem reduzir ou ampliar condições de sofrimento que se expressam num sujeito concreto.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de estudos que considerem como os marcadores sociais da diferença impactam na produção de sofrimento psíquico. Por marcadores sociais da diferença compreende-se as construções socialmente definidas para “delimitar, classificar, hierarquizar e padronizar” (Mello & Gonçalves, 2010, p. 2), como gênero, classe social, escolaridade e território. A noção de interseccionalidade surge como ferramenta analítica para a compreensão de como esses marcadores se articulam, podendo ampliar a desigualdade e os processos de exclusão (Mello & Gonçalves, 2010).

O vínculo entre saúde mental e gênero possui facetas que envolvem os processos de subjetivação, formação de sintomas, ato diagnóstico e descrição dos possíveis transtornos. Existem diferentes formas de vivenciar o sofrimento conforme o marcador gênero, sendo necessária a compreensão a partir das especificidades da cultura, papéis sociais e valores de gênero presentes na vida das mulheres (Zanello, 2019).

Nesse sentido, Alvarenga e Dias (2021) referem que as mulheres são as mais afetadas pelas amarras da medicalização. Porém, essa vulnerabilidade não é naturalmente relacionada ao gênero, mas uma desigualdade socialmente construída e sustentada, que faz com que as mulheres necessitem se dedicar mais do que os homens nas suas atividades a fim de obter resultados equivalentes, resultando em acúmulo de funções, dupla e tripla jornada de trabalho, esgotamento, pressões por padrões estéticos, entre outros.

Freitas e Amarante (2015) descrevem a medicalização como “processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (p. 14). Como desdobramento deste processo encontramos a medicamentação, que consiste

na centralidade do recurso medicamentoso e possibilidade de um uso exacerbado ou inadequado de medicamentos.

No que se refere à saúde mental de mulheres em contextos rurais, estudos indicam especificidades nas experiências com o sofrimento psíquico e formas de organização do cuidado (Costa et al., 2015; Nepomuceno, 2019; Dantas et al., 2020; Neto & Dimenstein, 2021). Dentre tais especificidades, está o uso de medicamentos, referido por Costa et al. (2015) como sendo um dos únicos recursos utilizados pelas mulheres no cuidado em saúde mental, silenciando a subjetividade e as construções sociais presentes nas expressões de sofrimento.

Diante disso, este estudo buscou compreender como os processos de medicalização/desmedicalização perpassam as experiências de sofrimento psíquico de mulheres em contextos rurais.

MÉTODO

A pesquisa possui abordagem qualitativa, constituindo-se como pesquisa-intervenção, sob perspectiva da Análise Institucional (AI) (Baremlitt, 1996; Rocha & Aguiar, 2003). Rocha e Aguiar (2003) afirmam esta modalidade de pesquisa como forma de intervir em ordem micropolítica, investigando a vida das coletividades. Este estudo tem a característica de ser realizado por uma “profissional-pesquisadora” (Lavergne, 2007), que propõe desenvolver a pesquisa no mesmo campo onde desenvolve atividades profissionais como psicóloga, lotada na atenção básica em saúde. Esta forma de pesquisa não promove benefícios apenas para a pesquisadora, mas, como citado por Zambenedetti (2019), há contribuições mútuas, como transformação da realidade e possibilidade de questionamento de aspectos cristalizados. A restituição, conceito referido pela AI e operada em diversos momentos da pesquisa, torna os participantes coprodutores das análises, em uma posição ativa e participante, com o objetivo de proporcionar um feedback e socializar a pesquisa (Lourau, 1993; Baremlitt, 1996).

As participantes foram 9 mulheres, com idades entre 27 e 55 anos, residentes em um município de pequeno porte da região sudeste do Paraná, descritas como “participante 1 a 9”, que foram indicadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das 3 Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em áreas rurais. Como critérios de inclusão, as participantes deveriam ter entre 18 e 59 anos, fazer uso de medicamentos psicotrópicos há pelo menos um ano e residir na localidade rural há pelo menos 5 anos.

Foram realizadas entrevistas, com utilização de um roteiro semiestruturado, com eixos sobre rotina, trabalho, relacionamentos com família e comunidade, contato e atendimentos do SUS, trajetória em saúde mental e uso de medicamentos. Foi dada a possibilidade às participantes de

escolherem o local para a realização da entrevista, sendo que 2 escolheram a residência e 7 a USF. As entrevistas foram realizadas entre agosto e novembro de 2023 e foram gravadas e transcritas. De forma complementar, houve a análise dos prontuários eletrônicos das participantes. No decorrer da pesquisa, ocorreu a elaboração de diário de campo a fim de possibilitar os registros da pesquisadora, aproximações e distanciamentos com as participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, nº 70732823.0.0000.8967, sob parecer nº 6.197.682, emitido em 24/07/2023, pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNICENTRO, campus Irati-PR. A partir da leitura das transcrições e registros no diário de pesquisa, foram produzidos analisadores, compreendidos como falas, situações, experiências ou outros elementos da realidade que forçam a análise a acontecer (Baremlitt, 1992; Lourau, 1993). Como referido anteriormente, neste artigo fazemos um recorte analítico de uma pesquisa mais ampla [referência suprimida para não identificar autores], colocando foco na análise acerca dos processos medicalizantes e desmedicalizantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira linha de análise aborda aspectos relacionados ao processo medicalizante e a segunda aos processos desmedicalizantes. É importante destacar que o processo de medicalização não é estático, compondo um diagrama de forças no qual um mesmo discurso ou ação pode ser considerado medicalizante e/ou desmedicalizante. Do mesmo modo, a utilização de psicofármacos pode estar a serviço de diversas finalidades, desde a promoção de uma melhor condição de saúde até o aumento do lucro da indústria farmacêutica. Escotado (1997) nos lembra que fármaco provém do vocábulo grego *pharmakon*, o qual pode designar tanto remédio quanto veneno, a depender da quantidade, qualidade e formas de uso. Deste modo, cabe interrogar a relação que é estabelecida com os medicamentos, considerando as experiências das pessoas envolvidas e os efeitos produzidos, de forma contextualizada.

PROCESSOS MEDICALIZANTES

Zorzaneli et al. (2014) evidenciam a existência de variações na compreensão do conceito de medicalização difundido na literatura científica nas últimas décadas. Entre os sentidos, Peter Conrad contribuiu para a compreensão da medicalização como um processo irregular, que varia conforme seu alvo, grupo social pertencente, atores e agências que participam do processo e vetores que concorrem para sua conformação. Destacam que o processo de medicalização não tem participação apenas da medicina,

mas também da indústria farmacêutica, da mídia, dos modos de relação social estabelecidos e dos próprios sujeitos que passam a demandar soluções rápidas e pontuais para seus problemas, constituindo processos de medicalização por escolha. Por esse motivo, a medicalização é compreendida como um processo histórico e social, constituído num diagrama de forças em que atuam diferentes atores, instituições e discursos.

Os relatos das participantes indicaram 3 movimentos estratégicos que compõem o processo medicalizante: a descontextualização, através da descrição do sofrimento sob linguagem médico-científica; a burocratização das relações e prescrições médicas; e o silenciamento de conflitos.

Um primeiro aspecto que destacamos nas experiências das participantes diz respeito ao modo como traziam suas experiências de vida baseadas na racionalidade e linguagem médica. A partir das falas sobre as experiências, percebemos um foco em um “diagnóstico” pois, quando questionadas sobre o porquê do uso de medicamentos psicotrópicos, não respondiam baseadas no que sentiam, conflitos ou dificuldades, mas em um suposto diagnóstico: “Foi devido à crise de ansiedade. [...] O médico me falou que era depressão e ansiedade, que eu tinha... (P.8)”.

Um diagnóstico corresponde à existência de um lugar na Classificação Internacional de Doenças (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), referindo-se a uma forma de categorização do sujeito. Amarante (1996) refere que a psiquiatria tradicionalmente se ocupa da doença, capturando os sujeitos pelo discurso médico-psiquiátrico, que oferta repertórios para nomear os sofrimentos e descrevê-los como sinais e sintomas, não ligando o sofrimento à sua causa ou condições de expressão.

Cabe destacar que, para inserir dados no prontuário eletrônico, é necessário adicionar uma comorbidade e CID, sendo que, entre as participantes, estes variaram entre: Z.76 referente à “Emissão de prescrição de repetição”, F.41.9: “Transtorno Ansioso não especificado”; F.41.1: “Ansiedade Generalizada”; F. 32: “Episódios Depressivos”; F. 41: “Transtornos Ansiosos”; 32.2: “Episódio Depressivo Grave sem sintomas psicóticos”; F.42: “Transtorno Obsessivo Compulsivo” e F. 20: “Esquizofrenia”, conforme pode ser observado nos prontuários consultados. Neste sentido, Caponi (2021) refere que a utilização de um conceito elástico para a designação de saúde mental, pode transformar problemas sociais e outros comuns ao cotidiano, como o sofrimento, em problemas médicos e de intervenção médica.

O papel do “paciente” não é neutro nesse cenário, que colabora buscando tal “diagnóstico” como forma de explicar seus sintomas, fornecendo seleções de informações consideradas “anormais”, quando comparadas ao “normal”

dentro da sua realidade, contexto e práticas sociais (Baroni et al., 2010).

Em relação aos contextos de vida das participantes nos contextos rurais, as entrevistas evidenciaram cotidianos perpassados pela divisão sexual do trabalho, que atribui aos homens o papel de provedores financeiros (por meio das atividades ligadas ao plantio, colheita, comercialização de produtos, gestão financeira e lida com maquinários e veículos) e às mulheres o papel de cuidadoras (dos filhos, dos pais, da casa, do marido), reforçando expectativas normativas de gênero (Pizzinato et al., 2016).

Entretanto, essa divisão não é estática, aspecto evidenciado pelas participantes que relatam serem convocadas a participar de atividades supostamente atribuídas ao gênero masculino, mas sem que os companheiros também contribuam em tarefas consideradas femininas: “o interior ainda tem bastante da questão do machismo. Que leva as mulheres a ter, por exemplo, um trabalho dobrado. Às vezes, eu trabalho fora da casa e eu trabalho dentro da casa também” (P.1). Outra participante, ainda, afirma: “parece que a gente [mulher] sempre tem mais coisa para fazer, cuidar da casa, dos filhos, sei lá né...” (P.3).

A sobrecarga e desigualdade de gênero também ficam expressas na passagem: “Que nem ontem (domingo), eles (marido e filho) saíram depois do almoço, foram no bar jogar sinuca. Eu fui na casa do pai, dá uma limpada na casa dele. Vim de lá quatro horas e fui lavar roupa... a rotina é essa. Só vai na igreja. (P.2).

Importante destacar que a percepção sobre sobrecarga de atividades e desigualdade nas atribuições entre homens e mulheres surge nos relatos sobre o cotidiano de vida, mas não aparece associada aos processos de sofrimento psíquico e uso de medicamentos, evidenciando como a medicalização atua a partir da descontextualização dos modos de vida. Alvarenga e Dias (2021) destacam que um dos usos de psicotrópicos está a serviço de fazer com que populações vulnerabilizadas, entre as quais situam-se mulheres periféricas com múltiplas jornadas de trabalho – possam suportar experiências que seriam intoleráveis de outra maneira.

O segundo movimento observado que converge para os processos medicalizantes relaciona-se com a burocratização das relações, expressa na hierarquização da relação médico-paciente e na dificuldade de diálogo e estabelecimento de um processo de escuta para além dos sinais e sintomas. A participante 4 descreve parte da sua experiência no itinerário de cuidados em saúde mental: “E quando eu iniciei o tratamento (...) tinha uns vinte e sete anos por aí, daí o meu piá, que tem quinze anos, já tinha um ano. Eu ficava muito nervosa, mas médico não falou por que o remédio. (P.4)”.

A falta de um diálogo claro, com informações em linguagem acessível pode auxiliar na ocorrência de confusões com relação aos objetivos do medicamento utilizado, como presente no discurso da participante 6: “Eles dizem que é um... um distúrbio! Que começou é.. tipo um distúrbio hormonal”, quando explica sobre o porquê iniciou o uso de antidepressivos, bem como procura por informações em fontes não científicas como na fala da participante 9:

De acordo com as minhas reflexões [...] Eu tinha transtorno bipolar [...] o livro do Padre (Nome do Padre). [...] explica sobre depressão, sobre é... transtorno bipolar. Daí dava umas duas folhas de leitura. Daí nesse caso, eu achei que era parecido comigo. (P.9).

Ressaltamos que os itinerários percorridos pelos sujeitos são variados e diversos e não necessariamente vinculados a fontes e comprovações científicas, como refere Silveira (2000) quando cita um exemplo de “[...] uma paciente que vai ao médico no mesmo dia ou logo antes e, às vezes, logo depois de ter ido a um benzedor ou médium espírita (p. 58)”. A busca é pela confirmação ou exclusão de causas orgânicas, prescrição de medicamentos, compreensão, intermediação com o sobrenatural. Tanto uma forma como outra atuam sobre representações preexistentes e formam novas representações.

O uso de medicamentos psicotrópicos pode ser aliado no tratamento de quadros que envolvem sofrimento psíquico, porém devem ser utilizados de maneira criteriosa e com reavaliações periódicas. Mas a análise dos prontuários demonstra uma predominância de registros de “Z.76” nos prontuários de algumas participantes, referente à “Emissão de prescrição de repetição”, assim como alguns relatos também indicam a existência de processos em que perduram as renovações de receitas, sem reavaliações. A participante 2 recebeu uma prescrição há 6 anos, quando passou por uma internação e, após isso apenas renovações, conforme seu relato “O meu é: diazepam, amitriptilina, depakene, e fluoxetina, desde que eu saí de lá do (nome do hospital psiquiátrico) é esses medicamentos”.

Observa-se que a centralidade do recurso medicamentoso e as renovações mecânicas de receitas passam a expressar um modelo biomédico e asilar que disputam lugar com a abordagem psicossocial. Segundo Costa-Rosa (2000), no modo asilar, há grande ênfase nas determinações orgânicas da doença e na expectativa de que o medicamento opere a mudança, com pouca implicação do sujeito no processo de cuidado. Já o modo psicossocial envolve formas diversas de cuidado e o posicionamento do sujeito como protagonista de seu tratamento e não como ser passivo ou alvo do tratamento.

Ouvir o sujeito, suas expectativas e necessidades pode melhorar a forma de cuidado, bem como adaptação da

política pública de saúde de acordo com a necessidade do sujeito, sua região e comunidade. O relato da participante 9 indica a falta desse diálogo, quando refere-se à sua passagem pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

O primeiro atendimento que eu fui é no CAPS, lá em (nome da cidade vizinha), no psiquiatra e daí ele receitou Fluoxetina e... num... não me ouviu direito... Já foi me dispensando. E daí eu perguntei por quanto tempo eu vou tomar, vou precisar tomar? E daí ele só falou assim: pra toda vida, sempre! E daí ficou nisso. (P.9)

Ressalta-se que o CAPS é um serviço que deveria ter como foco o modelo psicossocial que, como citado por Costa Rosa (2000), deve levar em consideração os aspectos psicossociais como determinantes da saúde mental dos sujeitos, em tensionamento ao modelo asilar, que tem ênfase nas considerações orgânicas e cuidado medicamentoso.

Sobre o processo de prescrições percebemos, por parte de algumas participantes, certa dificuldade para referir os medicamentos utilizados, nomes, tempo de uso, como no diálogo com a participante 7, quando a pesquisadora pergunta: "E medicamentos, você lembra o nome dos teus medicamentos?" vindo em seguida a resposta da participante: "Jamais!". Tal relato expressa uma relação burocratizada em relação ao uso do medicamento, no qual dissocia-se o pensamento (o que usa ou por que usa) em relação a ação (o uso do medicamento).

Guirado (1987), retomando o pensamento de Georges Lapassade, indica que a burocracia consiste em "uma forma de organização do poder em que há uma alienação da condição de decisão sobre o fazer cotidiano em favor de grupos que, embora em relação, não alinham seus interesses aos dos grupos ou indivíduos executores" (p. 35). Segundo a autora, ainda, a relação burocratizada costuma ter lugar entre sujeitos em posições desiguais para definir o que e como deve ser feito, tendo como efeito a produção de impotência e a sensação de que o sujeito não faz parte daquele processo.

Por outro lado, outras participantes aparentam ter mais clareza no seu processo de uso de medicamentos, sabendo informar nomes dos medicamentos, forma e tempo de uso:

Era alprazolam e risperidona e o... citalopram! Eu tomava esses três medicamentos naquela época. Eu permaneci por um tempo e aí ele foi retirando, ele retirou... o dr. Retirou risperidona que foi o primeiro que eu parei. E o alprazolam depois... eu fiquei só com o citalopram, que vinha tomando até uns dois meses atrás, né? Que daí foi trocado pelo Sertralina. Hoje eu tomo Sertralina só. (P.8)

Notamos duas formas de compreender o processo de uso de medicamentos entre as participantes e verificamos que se trata de duas mulheres com realidades diferentes, principalmente no que se refere ao acesso à escolarização: a participante 7 com ensino fundamental incompleto e a participante 8 com ensino superior completo. Segundo

Campos et al. (2021), o baixo nível de escolaridade pode ser fator de risco para problemas de saúde mental ou seu agravamento, afetando o acesso a melhores condições de trabalho e renda, assim como afetando o grau de autonomia e trocas sociais efetivadas pelo sujeito. Os relatos das participantes indicam que a baixa escolaridade pode ser fator de risco para os processos de medicalização, na medida em que os sujeitos podem se tornar mais vulneráveis e ter menos recursos para questionar suas prescrições.

O terceiro movimento que compõe o processo de medicalização diz respeito ao mascaramento e silenciamento de conflitos. Ocorre um processo de fratura entre o sujeito e sua história, condições de vida, passando a ser no corpo o local do problema, como expressa o relato da participante 3 contando sobre o início do uso de psicotrópicos aos 13 anos: "Na época, eu tinha insônia, medo... assim... saía e não queria voltar pra casa sabe? [...] Eu saía andar pra estrada, pro mato... daí comecei a tomar remédio naquela época, e uso até hoje".

Após finalizada a gravação, esta participante citou que o motivo de querer ficar fora de casa era devido aos abusos ocorridos por parte do padrasto. Em seu prontuário, o diagnóstico de F.33.8 que corresponde a "Transtorno depressivo recorrente", e seguidas e incontáveis ocorrências de Z.76.0 que corresponde a "Emissão de prescrição de repetição" (CID 10). As medicações com variações de combinações entre: Fluoxetina, Amitriptilina, Venlafaxina, Carbonato de Lítio, Haloperidol, Biperideno, Diazepam. No momento da entrevista a participante 3 estava há 25 anos fazendo uso de medicamentos controlados, com início após as situações de abuso por parte do padrasto, tendo sido aumentadas após internamento em leito psiquiátrico após tentativa de suicídio. Após tal internamento, ocorrido há 4 anos, houve apenas renovações de receita e, na época da entrevista, a participante estava fazendo uso da combinação de 4 tipos de medicamentos, totalizando 7 comprimidos ao dia.

Verifica-se uma expressão do processo medicalizante e medicamentozante quando a participante refere que os sinais relacionados a uma situação de abuso foram traduzidos como sintomas de uma desordem localizada no corpo. A resposta foi medicamentosa, silenciando os sinais do abuso quando, na verdade, o que ela precisava era de condições para denunciar o abuso, bem como proteção em relação ao abusador.

No relato de outra participante, o medicamento foi iniciado há mais de vinte anos, após um diagnóstico de "depressão" posterior ao nascimento do filho mais novo. Porém, o trecho evidencia outra tradução: a medicalização das dificuldades na vida pessoal aliadas ao nascimento do filho da participante:

Foi quando eu tive o (nome do filho mais novo). Acho que já era uma depressão que eu carregava fazia muito tempo já. Só que a gente queria ser forte, né? [...] Problemas né! Na casa, na vida, no casamento... muita dificuldade já passei nessa vida. (P.7)

Para outra participante, o uso do medicamento aparece como forma de lidar com a pressão social. Uma jovem que, na época, tinha cerca de 19 anos, recém-casada, estava sofrendo cobranças para ter um filho, inicia então o uso de medicamentos que a acompanha há mais de 27 anos: “Eu não podia engravidar, sabe? Eu ficava triste... (P.6)”

Essa fala expressa uma das expectativas normativas em torno das relações de gênero em contextos rurais, relacionada à função reprodutiva e ao reconhecimento social da maternidade (Pizzinato et al., 2016).

O medicamento e o contato com o médico acabam sendo considerados as principais formas de lidar com o sofrimento psíquico, ocorrendo uma supervalorização do uso. Consultas que não resultam em medicamentos por vezes, podem ser vistas como insuficientes, como referido pela participante 4: “[...] tive que voltar pra casa sem a consulta e sem remédio ainda, imagina! Né?”. A supervalorização do medicamento vai ao encontro das colocações de Freitas e Amarante (2015) sobre a descoberta dos psicofármacos como “pílulas milagrosas” (p.7), passando a representar uma solução para problemas antes considerados sem “cura”, como expresso na fala da participante 6: “[...] a bupropiona é pra tirar aquela dor que a gente tem do corpo e a venlafaxina, eles dizem o remédio da alegria (P.6)”.

Tal valorização do uso de medicamentos surge também por parte do meio social em que a mulher está inserida, a partir de fala de companheiros, familiares, passando a ser visto como fator central de sua vida e seus comportamentos, como cita Amarante (1996) quando refere que a história de vida do sujeito passa a ser a história da doença. No trecho abaixo, a participante refere que o fato de contrariar, discordar de algo em casa é motivo para que o marido pergunte se ela já tomou o medicamento, como uma forma de silenciamento e desqualificação, que surgem como expressões do processo medicalizante:

Qualquer coisa assim que... que eu contrarie, que eu digo assim: olha! Eu não gostei de uma coisa, já vem: ‘Cê tomou remédio hoje?’ [...] às vezes não é o remédio que vai te fazer bem. Você quer que a pessoa veja que você não tá bem, que você não concorda com aquilo (P.6).

A loucura e o desequilíbrio são historicamente associados como próprias da natureza feminina, tendo a medicalização o objetivo de assegurar as expectativas da sociedade (Vieira, 2002). O uso de medicamentos parece legitimar ou servir de atestado de loucura quando algo contraria as expectativas sociais, desqualificando e silenciando a participante. Questionamentos que poderiam ser vistos como parte da

vida e das relações sociais são relacionados com “sinais” ou “sintomas” ligados ao diagnóstico anteriormente recebido, evidenciando o papel do estigma relacionado à loucura, especialmente em relação às mulheres (Naffah Neto, 2009).

PROCESSOS DESMEDICALIZANTES

Os processos desmedicalizantes envolvem movimentos instituintes que vão contra práticas cristalizadas que tendem a naturalizar os diagnósticos, a descontextualização e silenciamento das formas de sofrimento e a prescrição de medicamentos. Enquanto o instituído designa um sentido de estabilização, ligado à percepção de que algo sempre foi de determinado modo, o instituinte remete ao novo, ao disruptivo, instaurando novos estados de forças. Ouvir o segmento de mulheres rurais pode ser entendido como uma forma de verificar e conhecer o saber que por elas foi e é construído, fortalecendo um movimento instituinte. Barembliitt (1996) cita que, com o surgimento do saber científico, o saber criado pelas comunidades acaba sendo considerado como ultrapassado, inadequado e pobre. A autoanálise possibilita que as comunidades façam o movimento de readquirir formas de compreender suas necessidades e desejos, bem como um vocabulário e meios de saber sobre sua própria vida.

Ressalta-se que, para pensar sobre processos desmedicalizantes para mulheres rurais, torna-se necessário um viés não colonizador, urbano centrado, que impõe regras, valores, normas e práticas culturais dominantes. Entende-se o rural como diverso e heterogêneo, questionando-se diversos instituídos, como aqueles que ligam o rural apenas ao atraso, falta e carência. Pastório (2020) refere-se ao rural como espaço geográfico e social de produção de vida, moradia, com interações que vão além das relações humanas, abrangendo o contato com a natureza, fauna, flora e recursos hídricos.

Além disso, compreende-se a definição de território a partir de uma polissemia de sentidos, permeada pela construção subjetiva e identidade pessoal (Haesbaert, 2011). Logo, as ruralidades se expressam “de formas diferentes em universos culturais, sociais e econômicos heterogêneos” (Carneiro, 1998, p. 53). Por conseguinte, indicamos dois movimentos estratégicos que compõem o processo de desmedicalização. O primeiro movimento foi operado na relação entre pesquisadora, participantes de pesquisa e o Sistema Único de Saúde. Como exemplo, retomamos o relato da participante 3 apresentado na linha de análise anterior, que iniciou o uso de psicotrópicos aos 13 anos de idade, após situações de abuso do padrasto, perdurando o uso de medicamentos até o momento da pesquisa, no qual a participante estava com 38 anos. Após a entrevista, a participante foi encaminhada ao serviço da Equipe

Multiprofissional Especializada em Saúde Mental (EMAESM) e, conforme relatos em diário de campo, gradativamente ocorreu a redução no uso das medicações pelo médico em resposta ao atendimento à usuária, reuniões de equipe e acompanhamento psicológico.

Após alguns meses destas intervenções, a participante encontrava-se em uso de Fluoxetina e Diazepam com possibilidade de retirada do Diazepam nos próximos seis meses. Em determinado momento a participante refere que “nem imaginava que era possível acordar de manhã e sentir disposição para levantar-se”. Em outro momento houve um relato no diário de campo que refletiu mudança relatada, na qual a participante vem até a pesquisadora contar que conseguiu um emprego meio período, o qual iria conciliar com os cuidados com os filhos, atividades domésticas e a faculdade à distância iniciada.

Percebemos que embora exercendo múltiplas tarefas a participante experimenta um movimento de ampliação das possibilidades, possíveis após a redução das medicações e elaboração de um novo projeto terapêutico singular (PTS). Ao proporcionar a escuta qualificada, foi possível desburocratizar as prescrições que vinha recebendo e redirecionar o seu tratamento.

Por se tratar de uma pesquisa-intervenção, há um borramento nos limites entre pesquisadora e profissional, não sendo a intenção separar tais âmbitos, mas sim colocar em análise os efeitos de interferência de um no outro, através da análise de implicação (Lourau, 1993). Nesse sentido, surge o questionamento do quanto outros usuários do sistema de saúde têm processos semelhantes e poderiam se beneficiar de reavaliações das formas de acompanhamento ou inclusão de dispositivos que possibilitassem ampliar os graus de autonomia em relação ao tratamento e uso de medicamentos, como proposto pelas metodologias que envolvem a gestão autônoma de medicamentos (GAM) (Onocko-Campos et al., 2013).

Pastório (2020) refere que as políticas públicas para o meio rural são de difícil acesso, especialmente em relação a parcela mais vulnerabilizada da população, em função de aspectos como distância e falta de profissionais. Porém, em meio às dificuldades alguns caminhos se fazem possíveis, como os explicitados a partir dos relatos das participantes sobre práticas que são ou podem ser ofertadas pelo SUS.

Barembliitt (1996), refere que as pessoas têm capacidade para localizar as questões que lhe causam sofrimento, bem como formas de cuidado. Neste sentido, a participante 1 cita atividades relacionadas à grupos terapêuticos: “Eu acho que seria legal, tipo um grupo... com as pessoas mais ou menos com o mesmo diagnóstico. [...] como por exemplo, do TOC mesmo né!” e atividades artísticas: “Pode ser tipo artes... como pintura... ou até dança, música” (P.1)

Na palavra “acho”, empregada nas falas de diferentes participantes é possível supor a posição adotada por elas de “não saber”, tendo em vista que na instituição saúde costuma-se atribuir aos profissionais o lugar de saber. Outra participante relata:

Olha, eu acho que [...] O atendimento psicólogo, a atividade física. Mas talvez que esses atendimentos pudessem ser mais... pra mais pessoas, né? [...] Acho que o número de profissionais não consegue suprir a necessidade do município inteiro, né? (P.8)

A participante 1 também aborda a importância de recursos psicossociais, como os atendimentos psicológicos, que possibilitam ao sujeito criar formas para lidar com seus problemas: “[...] mas eu acho que pra mim foi mais a parte psicológica, né? Que o... eu já fui, é... uma época. Deu pra eu perceber muita coisa que eu não percebia, deu pra eu aprender a lidar com várias coisas (P.1)”.

O segundo movimento que indica caminhos desmedicalizantes advém do conhecimento e das práticas exercidas pelas participantes em seus cotidianos de vida na direção da ampliação das possibilidades de ser e existir. Baroni et al. (2010) indagam sobre as formas dos sujeitos questionarem sobre seus diagnósticos, problematizando sua participação nos processos de identificação de sinais, sensações e recusando discursos e práticas que normalizam, buscando então novas formas de subjetividade, estilos de vida. O resultado possível é certa autonomia, com chances de desapego à identidade assujeitada.

Foram observados relatos que expressam atos revolucionários cotidianos que desestabilizam instituídos, como a tentativa de rompimento com a expressão cristalizada da desigualdade de gênero por parte da participante 1 quando ela refere:

E, como eu falei assim, do machismo... acho que as mulheres sofrem, principalmente as mulheres que tão assim... meio... que se libertando dessa coisa do machismo, dos costumes antigos assim né...porque pros home é difícil, eles fazem pressão pra não mudar [...] (P.1)

Sobre a participante 1, consta no diário de campo que ela justifica seu atraso devido a dificuldades para sair de casa em decorrência de “estresse e conflitos”, pois está começando a dirigir o carro da família após receber sua Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Relata que uma mulher dirigindo e marcando compromissos é algo difícil para seu pai “lidar”. Refere também que os homens da sua família têm a ideia de que a mulher tem “obrigação” de cuidar das tarefas domésticas, sendo consideradas insuficientes caso não atendam a essa expectativa. A participante por vezes tenta ir contra essa lógica cristalizada, disparando movimentos que podem ser também chamados de “jogos micropolíticos” e tem a possibilidade de tensionar a ordem instituída de que à mulher estão reservadas apenas as

atividades domésticas, e aos homens, as atividades que envolvem socialização.

A participante 1, ao possuir uma melhor condição econômica e a possibilidade de ter CNH, amplia sua autonomia e rompe com a ideia de que a dimensão espacial-geográfica seria determinante para constituir as áreas rurais como distantes. Segundo Haesbaert (2011), no contemporâneo, os espaços podem se tornar mais próximos ou distantes a depender do acesso a tecnologias, estradas, meios de transporte, que possibilitam uma compressão espaço-temporal. Entretanto, segundo o autor, estas condições ainda são desiguais, a partir dos diferentes marcadores sociais, devendo ser alvo de atenção das políticas públicas.

Para além disso, as participantes ainda trouxeram outros aspectos que emergem como estratégias de cuidado no contexto em que vivem, relacionadas a momentos de descanso, prática de atividade física, acesso à internet, ouvir música, contato com a natureza e religiosidade, as quais foram caracterizadas como movimentos desmedicalizantes. A participante 8 refere a importância dos momentos para descanso e fazer “outras coisas”: “Porque é preciso ter um tempo pra você descansar pra você fazer outra coisa, né? (P.8)”

Surgiram como resposta à pergunta sobre formas de cuidar da saúde mental diversas atividades que foram referidas como forma de lidar com o sofrimento psíquico, dias difíceis, estresse e cansaço. Diversas participantes referiram escutar música, como a participante 1: “[...] ouvir uma música e tentar assim, colocar a cabeça em outras coisas (P.1)”.

O acesso à internet é citado como forma de acessar conteúdos de interesse como leituras, músicas, filmes, vídeos, fazer e comunicar-se com amigos e receber apoio. Além disso, o acesso à internet também foi citado como forma de acesso à informação, conhecimento sobre os mais variados assuntos, inclusive sobre saúde mental, conforme relatado pela participante 1 “Eu às vezes tava numa crise, uma coisa assim... muito ansiosa, às vezes eu lia a respeito, eu escutava outras pessoas falando”.

Outras formas de cuidado em saúde mental referidos foram a arte, cozinhar, atividades manuais, como na fala da participante 6: “Bordado, crochê, sabe? Outra, né... uma terapia pra mim é fazer comida. (P.6)”. A atividade física e ter uma rotina foram citados como forma de auxiliar nos sintomas da ansiedade pela participante 8: “ter um horário pra levantar um, um certo horário pra mim ir dormir, (...) Tô fazendo caminhada na parte da tarde, que eu acho que são coisas assim, que me ajudam bastante na parte da ansiedade”.

A religião e a espiritualidade apareceram com frequência nos diálogos, sendo observado que todas as participantes referiram fazer parte de uma religião: “Eu costumo orar, sabe? Falar com Deus. Eu escuto louvor. Aí o louvor vai falando comigo! Aí eu choro através do louvor, né? E aí eu me sinto melhor [...] (P.4)”

A espiritualidade pode auxiliar no suporte em saúde mental, para as pessoas que entendem como algo importante em suas vidas, conforme também indicado no estudo de Silva et al. (2012). É importante considerar que a dimensão espiritual compõe os processos de subjetivação, com as dimensões físicas, sociais e emocionais. Porém, discursos conservadores podem incitar o preconceito em relação a sujeitos que não fazem parte de uma religião, ou que participam de religiões não tradicionais, como as de matriz africana, indígena e orientais, podendo repercutir em sofrimento psíquico. Além disso, embora em alguns casos funcione como suporte e apoio, em outros pode ser causador de sofrimento por estarem baseadas em preceitos tradicionais, como citam Costa et al. (2015) quando referem que algumas religiões podem reforçar lugares de submissão das mulheres.

Relatos em que as participantes referiam bem-estar estiveram relacionados ao contato com a natureza, traduzidas por meio de palavras ligadas ao silêncio, ar fresco, animais, plantas, terra, rios, cuidado com flores, noite estrelada, “cheiro de mato e chuva”, o nascer e o pôr do sol, andar de bicicleta e sentir o vento fresco. Em determinado momento, uma das participantes descreve por alguns minutos, detalhadamente sua observação do trabalho do pássaro “joão de barro” construindo sua casa, disputando territórios com outros pássaros, contando sua experiência como algo “terapêutico”: “Então isso pra mim é uma terapia, sabe? Você olhar o trabalhinho dele. (risos) [...] Parece que é uma terapia assim pra tua mente... sabe? (P.4)”

Outras participantes referiram o contato com a natureza como algo capaz de proporcionar relaxamento e melhora de estados deprimidos, como nesse trecho da entrevista das participantes 3: “Quando eu tava deprimida saí e... caminhar... sabe... olhar as árvores... ver as flores... a água, que eu gosto bastante. Ver o rio... sentar na beira de um rio... ficar lá, pensando... depois que eu voltava, já estava me sentindo melhor (P.3)”.

Estes aspectos designam algumas especificidades de mulheres residentes em contextos rurais na construção de estratégias de cuidado ligadas ao território e as ruralidades, marcados pela proximidade com os recursos naturais, animais, entre outros aspectos.

Durante a pesquisa-intervenção foi percebido que as participantes expressaram diversos conhecimentos sobre suas experiências, sendo que a pesquisa proporcionou

espaço para que pensassem, questionassem e produzissem respostas e movimentos de autoanálise e desnaturalização de situações vivenciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida das mulheres participantes da pesquisa, em algum momento, já foi marcada por processos medicalizantes, que são entendidos não apenas pelo uso de medicamentos, mas também no imaginário social relacionado à loucura, desequilíbrio ou com o objetivo de mascarar conflitos e problemas sociais.

Os resultados da pesquisa indicaram que os processos medicalizantes operam por meio de movimentos, caracterizados pela descontextualização, burocratização das relações e prescrições em saúde e pelo silenciamento dos conflitos. Na descontextualização, identificou-se que o sofrimento psíquico passa a ser descrito pelos sujeitos que sofrem por meio de um repertório médico-científico e não mais em decorrência dos acontecimentos que o motivaram ou estiveram presentes em seu surgimento e manutenção, invisibilizando tais questões. Em relação à burocratização das relações, identificou-se a automatização das prescrições de medicamentos, dissociadas de processos de reavaliação, assim como a hierarquização das relações entre médico-paciente, dificultando a transversalização dos processos de comunicação e compartilhamento de informações sobre o tratamento. E, em relação ao silenciamento, foram identificadas situações em que o medicamento tem a função de aliviar sintomas, ao mesmo tempo em que invisibiliza outros problemas, como conflitos e situações de violência. Também foi evidenciado o atravessamento de gênero e de outros marcadores, como escolaridade e renda, na medida em que reduzem a autonomia do sujeito e poder de exercer cidadania.

Por outro lado, também foi possível disparar e mapear movimentos desmedicalizantes. Foi apresentada uma possibilidade de movimento desmedicalizante por meio da pesquisa-intervenção e do trabalho da pesquisadora-trabalhadora. Também foi possível mapear recursos desmedicalizantes que as participantes consideram ser importantes em seus cotidianos, como a oferta de grupos e atendimentos com caráter psicossocial, assim como aspectos relacionados a recursos cotidianos, como ouvir música, praticar exercícios, relação com a religião, proximidade com recursos da natureza.

A nomeação de um movimento como medicalizante ou desmedicalizante não tem como objetivo rotular e encerrar tais discussões, mas sim proporcionar um exercício de análise, que interroga a serviço de que está aquele processo e quais efeitos produz. Espera-se que este estudo possa auxiliar na identificação e desnaturalização de processos

medicalizantes na relação com mulheres em contextos rurais, assim como possa inspirar processos desmedicalizantes, que levem à ampliação das possibilidades de existência.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

M.T.P.A. contribuiu para: conceitualização, investigação, metodologia e redação. G.Z. contribuiu para: conceitualização, metodologia, redação, revisão e supervisão.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. T. P. (2024). *Experiências de sofrimento psíquico de mulheres em contextos rurais* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário, Universidade Estadual do Centro-Oeste. <https://tede.unicentro.br/jspui/handle/jspui/2389>
- Alvarenga, R. & Dias, M. K. (2021). Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. *Revista Psicologia e Saúde*, 33(2), e235950. <http://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Barembliitt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – Teoria e Prática*. Editora Instituto Feliz Guattari.
- Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S. & Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia e Sociedade*, 22(1), 70-77. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>
- Campos, I. O., Cruz, D. M. C. Magalhães, Y. B. & Rodrigues, D. S. (2021). Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental. *Phisys: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), e310319. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312021310319>
- Caponi, S. (2021). O conceito de doença e reconfiguração dos transtornos mentais na infância. In E. C. Oliveira, L. S. Viégas, & H. S. Messeder Neto (Orgs.) *Desver o mundo, perturbar os sentidos: Caminhos na luta pela desmedicalização da vida* (pp. 53–78). EDUFBA.
- Carneiro, M. J. (1998). Ruralidade: ovas identidades em construção. *Estudos sociedade e Agricultura*, 11(1), 53-75. <https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/135/131>
- Costa, M., Dimenstein M. & Leite, J. (2015). Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana*, 24(1), 13-29. <http://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.41968>

- Costa Rosa, A. da. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutas ao modo asilar. In P. Amarante (Ed.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Editora Fiocruz.
- Dantas, C. M. B., Dimenstein, M., Leite, J. F., Macedo, J. P. & Belarmino, V. H. (2020). Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. *Revista Athea Digital*, 20(1), e2169. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2169>
- Escototado, A. (1997). *A história das drogas*. Editora Dynamis.
- Freitas, F. & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Guirado, M. (1987). *Psicologia Institucional*. EPU.
- Haesbaert, R. (2011). *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiteritorialidade*. Editora Bertrand.
- Lavergne, C. D. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43. <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/bilan-et-prospectives-de-la-recherche-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales/5162co/>
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e práticas de pesquisa – René Lourau na UERJ*. UERJ.
- Mello, L. & Gonçalves, E. (2010). Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*, 11(2), 163-173. <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>
- Naffah Neto, A. (2009). O estigma da loucura e a perda da autonomia. *Revista Bioética*, 6(1), 1-5. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/328
- Neto, C. M. & Dimenstein, M. (2021). Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(1), e15627. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000100005
- Onocko Campos, R. T., Passos, E., Palombini A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M. & Borges, L. R. (2013). A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 18(10), 2889-2898. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63028210014.pdf>
- Pizzinato, A.; Hamann, C.; Maracci-Cardoso, J. G. & Cezar, M. M. (2016). Jovens mulheres do âmbito rural: gênero, projetos de vida e território em fotocomposições. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 473-483. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p473>
- Pastório, I. T. (2020) *Saúde mental, território e serviços públicos de saúde: interações de direitos e condições de acesso no meio rural*. [Tese de doutorado, Unioeste] Repositório de Teses e Dissertações da Unioeste.
- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>
- Silva, V.H.F., Dimenstein, M., & Leite, J.F. (2012). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000200008&lng=pt&tlng=pt
- Silveira, M. L. (2000). *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Editora Fiocruz.
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Editora Fiocruz.
- Zambenedetti, G. (2019). Contribuições basaglianas na interseção da perspectiva institucional com as políticas públicas. *Revista Polis e Psique*, 9, 54-74. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.97455>
- Zanello, V. (2019) Saúde mental e gênero. In A. M. Veiga, C. R. Nichning, C. C. Wolff, & J. Zandoná. *Mundos de mulheres no Brasil*. (pp. 327-336). Editora CRV.
- Zorzanelli, R. T., Ortega, F. & Bezerra J. B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1859-1868. <https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRXxmrBvq5DcQ88Qz/abstract/?lang=pt>

Recebido em: 22/07/2024

Primeira decisão editorial em: 10/02/2025

Aceito em: 06/03/2025