

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LACLIFEP – LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA
EXISTENCIAL E PSICOSSOCIAL

ANA PAULA GALDINO DE OLIVEIRA

**DA CAMISA DE FORÇA AO PSICOTRÓPICO: um olhar fenomenológico
hermenêutico para o sofrimento no contexto da Atenção Primária à Saúde**

Recife

2020

ANA PAULA GALDINO DE OLIVEIRA

DA CAMISA DE FORÇA AO PSICOTRÓPICO: um olhar fenomenológico
hermenêutico para o sofrimento no contexto da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como requisição para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade
Católica de Pernambuco.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Brito
Tavares Barreto

Recife

2020

ANA PAULA GALDINO DE OLIVEIRA

**DA CAMISA DE FORÇA AO PSICOTRÓPICO: um olhar hermenêutico
existencial para o sofrimento no contexto da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
psicologia Clínica, pela Universidade Católica de Pernambuco.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Francisco - UNICAP
Avaliadora

Prof^ª. Dr^ª. Barbara Eleonora Bezerra Cabral – UNIVASF
Avaliadora

Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto - UNICAP
Orientadora

Recife

2020

A Nildo e Socorro (meus queridos pais) pela vida, amor e confiança.

Ao meu querido avô, Ernani, por me ensinar a ser coragem, força e gratidão.

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa: “Navegar é preciso; viver não é preciso”. Quero para mim o espírito desta frase, transformada a forma para a casar com o que eu sou: Viver não é necessário; o que é necessário é criar.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao criador, agradeço pelo dom da vida, pelo seu amor incondicional presente em meu ser, e por ser meu guia e a minha força.

Aos meus queridos pais, não sei como poderia ter sido possível toda essa caminhada sem vocês torcendo, acreditando, me apoiando e me dizendo que posso ir sempre além. Obrigada por serem casa, por serem abrigo; o meu lugar de amor no sertão.

Aos amigos, confesso que eu gostaria de escrever uma pequena carta a cada um por tanto amor, carinho, acolhimento, cuidado. Cada pessoa que passou e está ainda em minha vida se faz presente nessa jornada, acompanhando com muito amor todos os meus passos até aqui. A única coisa que eu sei é que tenho muita sorte por ter encontrado vocês nessa aventura que é a vida.

Em especial, agradeço a Camille, Byanca, Gleyka, Grazielle, Izabel, Jéssica, Laura, Priscila, Rhanna, Tamires e Thaíris, mulheres-luz, mulheres-inspiração... minhas amadas amigas! Companheiras de lutas, alegrias, tristezas, aventuras e projetos. Sou preenchida de amor e gratidão por ter a presença bonita de cada uma de vocês e também por todo o apoio e incentivo para que eu concluísse mais essa etapa.

A minha orientadora, Carmem Barreto, que me ensinou algo muito precioso nessa caminhada com sua paciência e seu cuidado ao ouvir. Sua paixão, sua coragem e dedicação no ensino daquilo que acredita é inspiradora. A senhora não imagina o quanto eu lhe admiro.

Agradeço ainda à Ana Lúcia Francisco e Bárbara Cabral, pelo diálogo, reflexões e provocações; a colaboração de vocês enriquece e abrilhanta ainda mais a minha jornada no fechamento desta dissertação.

A CAPES, pelo fomento a esta pesquisa de Mestrado, o meu muito obrigada!

RESUMO

O uso elevado de psicotrópicos, principalmente os ansiolíticos e antidepressivos, nas últimas décadas, sinaliza o aumento dos transtornos psíquicos, tornando essa realidade uma questão séria de saúde pública: a medicalização do sofrer psíquico. Trazendo como cenário/campo a Unidade Básica de Saúde, a pesquisa teve como objetivo compreender as ressonâncias do uso de psicotrópico nos modos de cuidar do sofrimento de mulheres no contexto da atenção primária à saúde. Com isso, as experiências narradas por seis mulheres usuárias de um serviço foram colhidas via realização de duas Oficinas de Criatividade. Além disso, foram produzidas narrativas registradas em Diários de bordo da experiência/narrativa da pesquisadora. A interpretação das experiências narradas seguiu a analítica da existência de Heidegger junto a Hermenêutica Filosófica de Hans-George Gadamer, seguindo um jogo de significados que se abriga na linguagem, e que nos coloca em uma direção outra, contrária aos ditames reducionistas da produção científica moderna. A aproximação com as narrativas nos faz questionar as principais políticas, como a de Humanização da saúde, diante das denúncias anunciadas nas narrativas, a partir de gritos de socorro pelo desamparo na condição de cuidado ofertado, demonstrando os ruídos e paradoxos de um serviço (sistema) propiciador da condição de dependência do medicamento, deixando sem escuta a demanda existencial que se “mostra” no sofrimento narrado.

Palavras-chave: Psicotrópicos; Fenomenologia Hermenêutica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The high use of psychotropics, especially anxiolytics and antidepressants, in recent decades, signals the increase in psychic disorders, making this reality a serious public health issue: the medicalization of psychological suffering. Bringing the Basic Health Unit as a setting / field, the research aimed to understand the resonances of the use of psychotropic drugs in the ways of caring for the suffering of women in the context of primary health care. With that, the experiences narrated by six women users of a service were collected through the realization of two Creativity Workshops. In addition, narratives recorded in Logbooks of the researcher's experience / narrative were produced. The interpretation of the narrated experiences followed the analytics of Heidegger's existence with Hans-George Gadamer's Philosophical Hermeneutics, following a set of meanings that takes shelter in language, and that puts us in a different direction, contrary to the reductionist dictates of modern scientific production . The approximation with the narratives makes us question the main policies, such as the Humanization of health, in the face of the denunciations announced in the narratives, from cries for help for the helplessness in the condition of care offered, demonstrating the noises and paradoxes of a service (system) providing the condition of dependence on the drug, leaving the existential demand “shown” in the narrated suffering unheard.

Keywords: Psychotropics; Hermeneutic Phenomenology; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Número de produções científicas encontradas por descritores e tipo de produção textual.....	19
.	
Tabela 02 – Quantitativo de trabalhos selecionados após descarte das repetições e os que não possuíam relação com o tema proposto, a partir dos critérios de exclusão.....	21
Tabela 03 – Tipos de Produção encontrados após seleção.....	21
Tabela 04 - Número de produções científicas por tipo de produção e área de conhecimento.....	22
Tabela 05 – Características e resultados dos 10 artigos incluídos nesta revisão sistemática.....	23
Tabela 06 – Informações das Colaboradoras.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DECS	Descritores
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4 ^a
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 ^a
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde brasileiro
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

A NARRADORA A BORDO: OS PRIMEIROS PASSOS RUMO A JORNADA QUE SE INICIA.....	12
---	-----------

1 A EXPERIÊNCIA DE SER USUÁRIO (A) DE PSICOTRÓPICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....

1.1 Método da Revisão.....	17
1.2 Resultados.....	19
1.2.1 Primeiras impressões.....	19
1.2.2 Sobre os trabalhos analisados.....	22
1.3 Discussão dos resultados.....	23
1.3.1 Psicotrópicos e Atenção Primária.....	23
1.3.2 Psicotrópicos, experiências e cuidados.....	26
1.3.3 Psicotrópicos e Fenomenologia.....	28
1.4 Entrelaçamentos possíveis entre as produções selecionadas e a experiência de ser usuário de psicotrópicos no contexto de cuidado em saúde ofertado na Atenção Primária: considerações.....	29

2 A PÍLULA, A POLÍTICA E UMA HISTÓRIA: pensando caminhos.....

2.1 O pano de fundo onde se desenham as linhas.....	31
2.2 A Pílula... das ilusões?	34
2.3 Sobre as políticas e suas construções no cuidado ofertado.....	38

3 ROTAS, CAMINHOS E DESVIOS RUMO AO FENÔMENO: O DESBRAVAR DE HORIZONTES POSSÍVEIS

3.1 A Hermenêutica filosófica de Gadamer como ponto de inspiração e tessituras da análise.....	49
3.2 Sobre os recursos metodológicos que nos guiam às narrativas.....	52

3.2.1 O Diário de Bordo.....	53
3.2.2 “Viver não é necessário; o que é necessário é criar”: a oficina de criatividade como possibilidade de recurso de produção de dados	53
3.3 Em descoberta do campo e seus participantes: “O cheiro de café, cores opacas, barulhos diversos”	54

4 ACOLHENDO EXPERIÊNCIAS QUE DESVELAM HORIZONTES: INTERPRETANDO NARRATIVAS.....

58

4.1 “(...) porque quando a gente toma esse remédio, a gente não sonha. Não sonha de jeito nenhum...”: retalhos de um primeiro encontro.....	59
4.2 “Eu queria que ele prestasse atenção em mim, que ele procurasse o que eu tenho, que buscasse me tratar pra eu ficar boa, entendeu?”: retalhos de um segundo encontro.....	77

5 O ENTRECRUZAR ENTRE PONTOS E LINHAS: AVISTANDO NOVOS HORIZONTES.....

97

REFERÊNCIAS.....	103
ANEXO –A – Material produzido nas Oficinas.....	114
ANEXO- B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (CEP).....	115

A NARRADORA A BORDO: PRIMEIROS PASSOS RUMO A JORNADA QUE SE INICIA

“Sertão é onde manda quem é forte, com as astúcias. Deus mesmo, quando vier, que venha armado! O sertão é do tamanho do mundo. Sertão é dentro da gente”

(Guimarães Rosa)¹

O ano era 1993, a música mais tocada naquele ano foi “I Will Always Love You” de Whitney Houston e durante um bonito pôr do sol, em um dia de domingo, eu nascia.

"Nasci e me criei no sertão", como diz o bom sertanejo, e tenho o maior orgulho disso. Minhas raízes são fortes e tenho muito amor à minha terra, à minha família e às minhas histórias de menina moleca, bagunceira e “arteira” (como sempre me chamavam), que sonhava (e ainda sonha) em desbravar o mundo.

Numa terra tão seca, os dias de chuva sempre foram dias a serem comemorados, devido a sua raridade e importância. Eu me recordo bem daqueles dias de chuva na infância. Eram dias comemorados, tão esperados! Raros. Lembro-me que sentia cada pingo de chuva se demorar sobre minha pele; o belo se fazia sobre mim.

Depois da chuva, a terra molhada possibilitava o florescer das plantas, das flores, e assim, a paisagem ganhava vida. Tudo ganha novas cores depois de um dia de chuva. Tudo cresce, refresca e colore. O ar se torna diferente. O mundo se torna outro. A delicadeza de momentos assim se misturava com a transitoriedade das coisas e também da própria vida. E eu me misturo a elas.

E então, cresci; e sonhadora, segui. Foi quando vi meu rumo mudar pela primeira vez longe de casa, longe do meu ser(tão). O ano era 2010 e aconteceu quando recebi a notícia do vestibular. Descobri que passara no curso que almejava e então parti. Cheia de inseguranças, mas também cheia de expectativas diante do mundo novo que aparecia. Cinco anos se passaram e muita coisa mudou. Psicologia foi o curso escolhido e hoje se tornou um dos meus motivos de continuar a sonhar. Foram anos de muito crescimento, transformações e descobertas. Mas são esses momentos que dão sentido à caminhada.

Na academia, teci encontros importantes que me trouxeram até aqui. Com a minha

¹ (ROSA, 1994, p.16).

sede por conhecer, fui me aproximando de diversos modos de olhar para o homem e o mundo. Foi em uma dessas aproximações que conheci a Fenomenologia e, com ela, o encanto se fez, transformando-se em minha companhia de desbravamentos pelos caminhos que escolhi trilhar desde então.

Em 2016, na ânsia pelo encontro com novas aventuras, lancei-me à experiência de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Já envolta em minhas inquietações sobre a saúde, o social e o meu compromisso ético e político diante de seus atravessamentos na prática, deparei-me com os barulhos dos territórios sanitários. E o que era inquietação, transformou-se em angústia.

Quanto sofrimento! Eram territórios de dor. A dor se desenhava e encontrava diversos modos de expressão, percebida por mim a cada passo dado por aquelas ruas, vielas e becos. Territórios de gente. Gente, muitas vezes, dilacerada pelas injustiças, pela violência (de todas as ordens), pela invisibilidade, por silêncios que lhes são delegados todos os dias.

Sentir aquele território me proporcionou diversos aprendizados, assim como me abriu novos horizontes. Nesse caminhar, porém, atentei-me para questões antes não vistas e que, de pronto, afetaram-me, transformando-se em novas inquietações que suscitavam em mim a tessitura de novas compreensões.

Perceber como o sofrimento se colocava diante das solicitações trazidas, espremidas em um sistema afogado em altas demandas e na precariedade de acesso e estrutura, era perturbador.

A atenção e o acolhimento oferecidos, muitas vezes, eram restritos a olhares tortos, despreparo, preconceitos, e os dias que eram dedicados à renovação da dita “receita azul”² (prescrita principalmente para medicamentos benzodiazepínicos), como um dos turnos mais movimentados de uma Unidade Básica de Saúde. Com isso, a prescrição e o consumo em descontrole de medicações psicotrópicas foram ganhando a minha atenção.

Deste modo, existências marcadas pelo sofrimento se encaminhavam para uma relação de dependência com fármacos, que se puseram como a solução. Para aquelas pessoas, a “receita azul” era o espaço em que depositavam suas esperanças por dias mais tranquilos, noites bem dormidas, suavizando a “dor de existir” no entorpecer químico.

Seguindo tal horizonte de inquietação e no desejo de conhecer e me aprofundar em tais questões, em 2018 direcionei-me rumo ao mestrado em Psicologia Clínica como oportunidade de perquirir outro modo de diálogo junto aos acontecimentos suscitados pelo fenômeno da

² “Notificação de Receita B é um impresso, padronizado, na cor azul, utilizado na prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas” (MADRUGA; SOUZA, 2009, p.12).

medicalização, no despertar de direções que têm os pressupostos fenomenológicos hermenêuticos ao modo de Heidegger como aporte.

Trazer um olhar diferenciado sobre o medicamento, sem desconsiderar sua importância, mas evidenciando as repercussões que esse tipo de cuidado traz para a vida dessas pessoas (como se sentem, quais as ressonâncias em suas vidas e contextos, como esse cuidado é sentido em suas experiências e etc.), tornam-se pontos cruciais para uma aproximação com os sentidos de vida destas pessoas diante do fenômeno que se mostra.

O principal objetivo desta pesquisa, portanto, é compreender as ressonâncias do uso de psicotrópico nos modos de cuidar do sofrimento no contexto da Atenção Primária à Saúde. Em seus objetivos específicos, temos: apresentar as diretrizes e metodologias da Política Nacional de Humanização dirigida aos cuidados em saúde; problematizar suas metodologias face aos sofrimentos clínicos manifestados frente às narrativas recolhidas; discutir as repercussões do uso de psicotrópicos no modo como os usuários(as) do serviço básico de saúde encaminham o seu existir.

Diante disto, construo a narrativa deste trabalho dissertativo em cinco capítulos, que nos direciona rumo a compreensões e questões diversas acerca da temática proposta. No primeiro capítulo, podemos observar os delineamentos feitos a partir da revisão sistemática da literatura, que trazem interessantes aspectos acerca do uso de psicotrópicos no país, com pesquisas que apontaram dados importantes sobre os níveis elevados no consumo indiscriminado de tais medicamentos, principalmente ansiolíticos e antidepressivos, com razões e questionamentos possíveis para seu uso. Além disso, podemos observar que as pesquisas encontradas apontam para a insuficiência de estratégias que se voltem a pensá-las acolhendo, também, as experiências de sofrimento despontadas quando em uma relação abusiva com o medicamento.

No segundo capítulo, vamos nos debruçar sobre as molduras que contornam este trabalho. Apresento-lhes um pouco de algumas compreensões sobre como os contornos do tempo atual em que vivemos desembocam em questões importantes, como o crescente uso dos medicamentos psicotrópicos (em destaque, nesta pesquisa, estão os ansiolíticos e antidepressivos) discorreremos brevemente sobre suas histórias, efeitos, números; e as articulações de tal uso com os serviços de saúde, que são apresentados através das políticas que circunscrevem o campo pesquisado.

No terceiro capítulo, tendo como aportes a analítica existencial heideggeriana e a hermenêutica filosófica de Gadamer, apresento o traçado metódico e os recursos que foram

utilizados para desbravar os caminhos de aproximação com o campo e as narrativas.

No quarto e quinto capítulo, narro minha jornada durante as duas oficinas propostas, marcadas pelas afetações e compreensões tecidas no diálogo com as minhas colaboradoras, com a minha própria experiência ao sentir o campo e ouvi-las, e com os autores que me apontaram importantes caminhos teóricos para embasar a minha fala e iluminar as tessituras feitas.

Ao final, as considerações se colocam como des-fecho: abertura que se dá para colher tanto como tecer os novos significados que possam surgir sem que os questionamentos se findem em si mesmos; abrem-se, então, mais horizontes de pesquisa da experiência de ser usuário(a) de medicamentos psicotrópicos, considerando seu uso, cuidado e demais delineamentos presentes nas políticas, nos serviços e na sociedade.

Por fim, o desassossego presente ao lidarmos com o sofrimento nos modos de existir da contemporaneidade e as compreensões desveladas, a partir das narrativas, sobre o uso abusivo de medicamentos e as condições próprias de acolhimento oferecidas pelos serviços de saúde, desenham e fomentam, neste trabalho, alguns dos principais caminhos a serem construídos na busca de formas de cuidado e atenção que não se voltem exclusivamente ao entorpecimento de movimentos tão próprios à existência (como, por exemplo, a angústia, o medo, o tédio e a tristeza), a fim de proporcionar a estas pessoas - usuários (as) do serviço - um (re)contar sobre o cuidado com a saúde e com o existir no horizonte de sentido a que se destina.

1 A EXPERIÊNCIA DE SER USUÁRIO(A) DE PSICOTRÓPICO EM SERVIÇO BÁSICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

O uso inadequado e em descontrole de medicamentos psicotrópicos gera importantes debates na saúde pública, o que leva a refletir sobre as ações e políticas de cuidado destinadas à saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os psicotrópicos atuam sobre o sistema nervoso central a fim de produzir alterações no humor, no comportamento, como também, pode levar à dependência. Ainda de acordo com a OMS, “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.” (OLIVEIRA; AGUIAR; CAVALCANTE, 2011, p.26).

A política de Atenção Primária à Saúde, que tem como proposta ser a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável por atender as diversas demandas e necessidades de uma determinada população e coordenar as ações de cuidado a serem desenvolvidas nos demais níveis do sistema. Para Carvalho e Dimenstein (2003, p.43) “Os serviços de saúde, de forma geral, funcionam regidos por uma lógica que estimula o uso abusivo de medicamentos”. Logo, apesar das importantes conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica, ainda se põe como desafio o preparo dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas para um olhar diferenciado e humanizado no tocante às ações em saúde mental.

À vista disso, neste primeiro capítulo, a revisão da literatura se caracteriza como o primeiro passo a ser dado para a tessitura das compreensões. A fim de se conhecer o que está sendo produzido acerca da temática na literatura científica, o estado da arte se iniciou no objetivo de identificar publicações referentes às experiências de ser usuário de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde.

A revisão compreendeu um período recente de publicações da última década, de 2009 a 2019. Dentre os marcos importantes desses últimos anos, podemos observar a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), em 2008, e as discussões e o estabelecimento, em território nacional, da Política Nacional de Humanização por meio de dispositivos como a clínica ampliada, visando à consolidação e fortalecimento do sistema de saúde.

A revisão da literatura ocorreu de agosto de 2018 a agosto de 2019. Os trabalhos estudados se relacionam com a temática e oferecem subsídios para problematizações e reflexões a partir do que já se produziu sobre o tema. Com isso, é possível a abertura de

caminhos em direção a novas e relevantes discussões, de modo a contribuir com a produção científica já existente.

1.1 Método da Revisão

A revisão de literatura se torna um passo intrigante e revelador durante o processo de elaboração de uma pesquisa. Para Koller et. al (2014), é a possibilidade do(a) pesquisador(a) se aproximar das principais fontes de discussão e produção do que se está sendo realizado, a fim de lançar um olhar crítico sobre as produções previamente selecionadas, podendo complementar, então, com a sua análise, as possíveis reflexões a serem feitas do tema abordado.

Essa etapa também se faz como uma oportunidade para a investigação das relações, lacunas, problemas e inconsistências presentes nos estudos já elaborados, fazendo-se campo para avaliação e análise de seus desdobramentos, oportunizando a possibilidade de um novo seguimento àquela temática.

A Revisão seguiu uma sistematização, para fins de organização, categorização e elaboração dos materiais obtidos, que se deu a partir de uma sequência de buscas feitas em bases de dados bibliográficos, por meios eletrônicos e de acesso gratuito.

A partir de Costa e Zoltowski (2014), apresenta-se a possibilidade de guiarmo-nos por etapas que servem como direcionamento para a elaboração de um material de revisão de qualidade. Atenta-se para o fato de, apesar de estarem elencadas numericamente, as etapas não seguem necessariamente uma ordem de ação sequencial:

1. delimitação da questão a ser pesquisada;
2. escolha das fontes de dados;
3. eleição das palavras-chave para a busca;
4. busca e armazenamento dos resultados;
5. seleção de artigos pelo resumo, de acordo com critérios de inclusão e exclusão;
6. extração dos dados dos artigos selecionados;
7. avaliação dos artigos;
8. síntese e interpretação dos dados (AKOBENG, 2005 apud COSTA; ZOLTOWSKI, et. al 2014, p. 56).

Na intenção de incrementar e atender às diversas exigências metodológicas na área de produção de revisões, bem como no objetivo de melhorar o *corpus* do estudo a ser desenvolvido, segui etapas postas em um *checklist* montado com fins de verificação e análise da qualidade de uma revisão. Assinalado por Costa e Zoltowski (2014) a observação desses processos pode auxiliar na elaboração de novas pesquisas, a partir de um material confiável e consistente.

Como itens dessa *checklist*, Costa e Zoltowski (2014, p. 58) explicitam importância da presença dos seguintes elementos:

- √ A questão da pesquisa e os critérios de inclusão foram bem estabelecidos;
- √ Pelo menos duas bases de dados foram utilizadas;
- √ Os critérios de exclusão são definidos;
- √ A descrição dos estudos é bem desenvolvida;
- √ Avaliar a qualidade dos estudos;
- √ A avaliação da qualidade dos estudos precisa ser considerada nas conclusões.

Deste modo, iniciei a busca por artigos científicos, dissertações e teses disponíveis gratuitamente nas bases eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (onde estão indexadas as bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo e Portal de Teses e Dissertações); a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (Scielo), visto que, curiosamente, alguns estudos não se encontram indexados na BVS.

Segue-se, então, a questão que norteou esta busca: o que vem sendo produzido, na literatura científica, de âmbito nacional³, referente à experiência de ser usuário de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde? Apenas foram utilizados os seguintes descritores e operadores booleanos: psicotrópicos (antidepressivos OR ansiolíticos) AND atenção primária à saúde AND NOT criança; psicotrópicos AND atenção primária à saúde AND experiência; psicotrópicos AND atenção primária à saúde AND Cuidado\$; psicotrópicos AND atenção primária à saúde AND fenomenologia (OR fenomenologia hermenêutica).

Os descritores e booleanos acrescidos como “antidepressivos OR ansiolíticos”, “AND NOT criança” e “AND fenomenologia OR fenomenologia hermenêutica” tiveram sua

³É necessário pontuar que a pesquisa se localiza em um contexto de uma política pública do SUS, sendo incluídos os trabalhos feitos em território nacional, visto que o SUS é um sistema brasileiro.

pertinência no objetivo de afunilar os resultados encontrados na busca e alinhar com o modo como será feita a leitura de tal fenômeno nesta presente pesquisa. Chamo a atenção para a necessidade de, na primeira equação, estar colocado o AND NOT para resultados com crianças, visto que a pesquisa se volta ao público adulto. Um dos momentos mais importantes para o processo de revisão está no delineamento dos critérios de inclusão e exclusão, os quais foram:

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordagem da temática; ▪ Trabalhos completos e gratuitos disponíveis nas bases de dados; ▪ Trabalhos publicados no Brasil, na última década (2009-2019); ▪ Trabalhos acadêmicos, tipo: artigos científicos, dissertações e teses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhos pagos e de âmbito internacional; ▪ Trabalhos com crianças, adolescentes ou idosos; ▪ Trabalhos que abordem o uso de antipsicóticos ou relatos sobre usuários psicóticos; ▪ Trabalhos voltados para o uso de Psicotrópicos no tratamento de uso de álcool e drogas.

1.2 Resultados

1.2.1 Primeiras impressões

Tabela 01 - Número de produções científicas encontradas por descritores e tipo de produção textual

Tipo de Produção	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde + Experiência	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde + Cuidado\$	Psicotrópicos + Fenomenologia	Total
Artigos BVS	153	2	140	200	495
Dissertações e teses (BDTD)	10	0	3	4	17

Artigos (SciELO)	15	3	13	164	195
Total	178	5	156	368	707

Iniciei a busca pela Biblioteca Virtual de Saúde a partir dos descritores (Decs) da BVS selecionados nesta mesma plataforma. Tal passo se configura de grande importância, uma vez que se apresenta como método para encontrar as principais terminologias e captar o maior número de trabalhos congruentes com o que se procura. O levantamento se fez a partir da “pesquisa avançada” fornecida pelas bases de dados escolhidas e dos filtros aplicados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão delimitados.

A partir da leitura dos títulos e resumos dos materiais encontrados, além das breves leituras iniciais para identificação dos objetivos, ou mesmo dos resultados da pesquisa, tornou-se possível retirar tanto as produções repetidas quanto as que não atendiam aos critérios propostos.

Com isso, foram descartados trabalhos que possuíam o foco apenas nos efeitos biológicos do uso de psicotrópicos, trazendo nenhum ou quase nenhum modo de discussão sobre as repercussões na vida do usuário desses tipos de medicamentos; os que focavam nas experiências com usuários psicóticos e no uso de antipsicóticos; e os estudos realizados com crianças, adolescentes e idosos.

Observou-se e foram eliminados também trabalhos que traziam como objetivo propostas de intervenção para a retirada dos medicamentos psicotrópicos, como benzodiazepínicos e ansiolíticos; uma vez que, muitos não apresentavam, *a priori*, as perspectivas e condições do usuário ou mesmo do lugar, apenas informações gerais referentes a estatísticas e dados epidemiológicos, com intervenções instrumentalizadas de caráter generalista.

Passaram por crivo de exclusão também os trabalhos que tinham, como contexto, aparelhos da atenção psicossocial (por exemplo, os CAPS), pois apesar de também estarem compostos no cenário de cuidado em saúde mental, a atenção básica possui suas próprias especificidades e demandas.

Tabela 02 - Quantitativo de trabalhos selecionados após descarte das repetições e os que não possuíam relação com o tema proposto, a partir dos critérios de exclusão

Tipo de Produção	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde + Experiência	Psicotrópicos + Atenção primária à saúde + Cuidados	Psicotrópicos + Fenomenologia	Total
Artigos BVS	0	0	1	0	1
Dissertações e teses (BDTD)	5	1	1	0	7
Artigos (SciELO)	1	1	0	0	2
Total	6	2	2	0	10

Após o processo de verificação, análise e seleção que partiu dos critérios de exclusão apresentados, foram selecionados 10 trabalhos que se aproximavam da temática aqui proposta, os quais se classificam como:

Tabela 03 - Tipos de Produção encontrados após seleção

Tipos de Produção	Quantitativo
Artigos	5
Dissertações de Mestrado	5
Teses de Doutorado	0
Total	10

A partir da localização dos estudos, realizei uma avaliação mais específica das produções, a fim de levantar as principais características e contribuições designadas em cada uma, como também as aproximações e diferenças com o que está proposto neste trabalho, de modo a apontar a sua relevância e seu *locus* em relação às problemáticas já trabalhadas na literatura científica.

1.2.2 Sobre os trabalhos analisados

Com o processo de seleção finalizado, após a aplicação de filtros e análise minuciosa das produções, tabelas foram elaboradas, a fim de dar destaque a alguns aspectos encontrados:

Tabela 04 - Número de produções científicas por tipo de produção e área de conhecimento

Área de Conhecimento	Artigos	Dissertação	Teses	Total
Psicologia	1	-	-	1
Enfermagem	2	-	-	2
Medicina	-	3	-	3
Saúde Coletiva	1	2	-	3
Farmácia	1	-	-	1
Total	5	5	-	10

Conforme pode ser evidenciado, a quantidade de estudos em que se concentra a maioria das produções são a medicina e a saúde coletiva, seguidos pela enfermagem como área em destaque. Vale ressaltar que os profissionais de medicina e enfermagem compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família e possuem, portanto, contato e responsabilidades diretas perante às demandas de sofrimento da população assistida, assim como devem fazer parte dos planos de ação e intervenção em saúde mental no território adscrito do serviço de saúde.

Importa destacar, também, a presença de trabalhos de duas outras áreas profissionais que têm papel fundamental nesse contexto com os NASF, como o farmacêutico e o psicólogo. Ambos os estudos se tornam relevantes, uma vez que é perceptível, diante do que está exposto, a escassez de trabalhos para além da área médica, protagonizados por profissionais que façam parte do NASF. Torna-se importante essa ressalva, visto que a política precisa ser solidificada, e a própria possibilidade de um trabalho interdisciplinar pode se desdobrar em uma abordagem humanizada a partir da potencialidade que há nas intervenções conjuntas de tensionar, gradualmente, um afastamento da visão organicista presente.

É interessante também colocar que, durante o processo de organização desta revisão, utilizei-me de uma tabela comparativa e explicativa do que fora levantado, de modo a explicitar melhor para mim, enquanto pesquisadora, e agora, conseqüentemente, para você leitor, as produções visitadas para análise e discussão do que foi encontrado nas bases de dados.

Tabela 05 - Características e resultados dos 10 artigos incluídos nesta revisão sistemática

Autor (ano)	Objetivos	Participantes	Procedimentos	Resultados /Discussão
Gomes (2014)	Investigar o usuário do atendimento em saúde mental prestado pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família	Usuários e familiares	Entrevistas semi-estruturadas	Sugere-se desencontros na assistência, bem como lacunas a serem observadas pela atenção básica na sua relação com o paciente e a família..
Filho, Azevedo, Pinto & Silva (2018)	Caracterizar a população em uso de psicofármacos da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde	Usuários	Questionários	Os ansiolíticos estão entre as drogas de maior consumo e o psiquiatra é o principal prescritor. Há dificuldades no acesso e na descontinuação desses medicamentos.
Almeida (2016)	Analisar o consumo de psicofármacos a partir da compreensão dos motivos ou motivações de sua utilização entre os usuários assistidos na atenção primária à saúde	Usuários, familiares e profissionais	Análise documental e Entrevistas semi-estruturadas	A depressão, ansiedade e insônia/dificuldade para dormir foram as condições mais citadas que justificaram o uso de psicofármaco
Costa, Dimenstein & Leite (2009)	Investigar as estratégias de cuidado e apoio psicossocial oferecidas a mulheres adultas residentes de assentamentos rurais do Brasil	Mulheres assentadas	Entrevista semi-estruturada e Questionário	Os resultados indicaram que, apesar da alta prevalência de Transtorno mental comum (43.6%), essas mulheres não recorrem à rede de saúde para abordar essas questões e o único recurso oferecido na atenção primária é a prescrição de ansiolíticos.
Gomes (2015)	Analisar quais as características do consumo de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-Ceará	Usuárias	Entrevista semi-estruturada e Questionário	Os fatores desencadeadores do consumo de benzodiazepínicos e psicotrópicos foram divididos em três categorias: perdas e mortes; problemas de relacionamento; problemas de saúde
Silva, Almeida e Souza (2019)	Estimar a prevalência do uso de benzodiazepínicos em mulheres adultas em uma Unidade de Saúde da Família e identificar os riscos associados a esse uso	Prontuários	Análise Documental	O grupo que deve receber maior atenção em relação ao consumo de benzodiazepínicos é o de mulheres de meia-idade ou mais, com pouca escolaridade e doença crônica.
Lira et.al (2014)	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos residentes em áreas adscritas à Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife	Prontuários	Análise Documental	Indicou uso crônico de ansiolíticos e o uso por mulheres idosas de modo significativo.
Rocha e Werlang (2013)	Verificar a prevalência e o padrão de consumo por usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre	Prontuários	Análise Documental	A classe mais utilizada foi a de antidepressivos, seguida de antiepiléticos, ansiolíticos e antipsicóticos.
Borges (2014)	Compreender os efeitos da experiência de participar da estratégia de gestão autônoma de medicamentos (GAM), através das narrativas de trabalhadores da atenção básica,.	Profissionais	Entrevistas semi-estruturadas, diário de bordo e oficinas de debate	Há uma restrição da autonomia tanto do usuário como dos profissionais de saúde que conduz à medicalização e a restrição da liberdade e do cuidado de si
Santos (2009)	Comparar se os equipamentos, com e sem arranjos da clínica Ampliada, têm comportamentos diferentes em relação ao emprego de psicotrópicos na dinâmica de suas ações em saúde	Profissionais e Usuários	Questionário e Entrevistas semi-estruturadas	As unidades que apresentaram maior grau de implantação destes arranjos foram caracterizadas como agrupamento I enquanto as demais denominamos de agrupamento II. A eficácia destes arranjos de produzir sujeitos críticos de suas ações foi mais evidente entre os trabalhadores e não mostrou impacto ainda, na percepção dos usuários, quanto qualquer mudança na relação de dependência e de pouca capacidade que lhes é dada de decidir sobre seus tratamentos.

1.3 Discussão dos resultados

1.3.1 Psicotrópicos e Atenção Primária

Neste primeiro subtópico referente a esta revisão, abordarei, a partir de uma análise

crítica dos estudos referentes ao uso de psicotrópicos na atenção primária, os descritores de busca utilizados na seguinte equação: “psicotrópicos AND atenção primária à saúde”.

Quatro trabalhos foram encontrados com objetivos semelhantes e todos apresentaram recorte epidemiológico, a partir de pesquisas quantitativas, que traçaram os perfis dos usuários de psicotrópicos em diferentes lugares e regiões do Brasil. O que chama atenção, primeiramente, é que todos ressaltaram a falta produção de pesquisas referente ao consumo desses medicamentos em relação ao crescente uso pela população, revelando a importância de mais estudos que tragam tais aspectos para discussão e evidência.

Para os autores, esses dados também revelam o aumento dos transtornos psíquicos nas últimas décadas, o que justifica a urgência de uma atenção para tais fenômenos, a fim de se estabelecer a elaboração de novas estratégias de cuidado para novas demandas e problemas a serem debatidos.

Na pesquisa realizada por Filho et al. (2018), os autores problematizam inicialmente os atravessamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro do contexto da Atenção Primária, e as dificuldades no avanço por um cuidado em saúde mental que se distancie da lógica biomédica, o que reforça, para eles, os aspectos que direcionam a um contexto medicalizador.

Neste estudo, cerca de 80,3% dos consumidores são as mulheres. E a classe terapêutica mais utilizada foram os ansiolíticos, com prevalência de 33,5%. Tais elementos evidenciam o que também trouxeram Lira et al. (2014) sobre 44,9% da população investigada fazer uso de Diazepam e 39,1% Clonazepam. Deste quantitativo, 71% eram mulheres em torno dos 50 anos de idade.

Ainda no levantamento de Rocha e Werlang (2013), realizado com 329 usuários de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre (RS), viu-se que o maior quantitativo de usuários de medicamentos são as mulheres, com idade média de 53 anos. Neste estudo, observou-se também que a classe de medicamentos mais utilizada foram os antidepressivos (63,2%) dos usuários; sendo a fluoxetina (24,8%) e a amitriptilina, (20,4%), os medicamentos mais prevalentes desta classe.

Filho et al. (2018) destacam que, dentre as principais razões para o uso de tais medicamentos, está a medicalização do cotidiano, normalizada pela sociedade a partir do que chamam de “banalização da prescrição”.

Em relação ao elevado uso entre mulheres, há uma espécie de consenso entre os autores que está no fato de este ser o grupo de maior comparecimento nas Unidades de Saúde,

além de serem apontadas como o público que possui maior preocupação com a saúde. Para Lira et. al (2014), isso também se relaciona às questões sociais da desigualdade de gênero, por exemplo, que ficam visíveis em doenças e hábitos de vida e fazem com que o uso destes medicamentos se torne um ponto central, principalmente quanto ao consumo de benzodiazepínicos.

Outro fato elucidado pelas pesquisas é que a maioria das mulheres usuárias se encontra na faixa etária que aponta para um momento de vida, permeado por transformações importantes: a menopausa. No trabalho realizado por Silva, Almeida e Souza (2019), feito com mulheres de uma unidade de saúde no interior de São Paulo, demonstrou-se que mais da metade das mulheres do estudo 48,8% usava mais de um psicotrópico. Um dos aspectos referidos pelos autores, foi a identificação de que mulheres que fazem uso de benzodiazepínicos apresentam níveis mais altos de comorbidades; como pressão alta, diabetes e doenças cardiovasculares. Isto é possível de ser verificado no aumento dos diagnósticos médicos e na maior frequência de utilização de serviços de saúde que disponibilizem acesso a esse tipo de medicamento.

Outro dado relevante é o tempo de uso dessas medicações. Filho et. al (2018) coloca que a média apresentada pelo levantamento realizado foi de 6,52 anos. No estudo de Rocha & Werlang (2013), o uso mínimo identificado foi de 12 meses para cada fármaco informado. No caso dos ansiolíticos (em destaque os benzodiazepínicos), demonstrou-se que o uso desses medicamentos evolui para um quadro de cronicidade, bem como evidências de quadros de síndrome de abstinência.

Tal fator se torna preocupante tendo em vista o risco do uso de psicofármacos, uma vez que “podem causar dependência, tolerância e crise de abstinência quando utilizados por longos períodos de tempo. Os ansiolíticos, por exemplo, devem ser empregados por um curto período de tempo, cerca de 4 a 6 semanas” (FILHO et al, 2018, p. 8) .

Os efeitos colaterais desse uso prolongado podem ser observados pela perda cognitiva e baixa produtividade, como apresentam Rocha e Werlang (2013), o que faz emergir uma questão de preocupação e urgência na saúde pública, visto que os números das altas taxas de dispensação, consumo e dependência não apresentam nenhum sinal de regressão.

Nos resultados do estudo de Lira et. al (2014), demonstrou-se que a maioria dos usuários e históricos de prontuários investigados não mostrava a prática da atividade física como algo presente, o que reforça, para os autores, a tese de que “existe uma tendência ao aumento de ansiedade e insônia em pessoas sedentárias” (p. 227). É importante ressaltar este

aspecto, visto que a atividade física pode ser um potencial dispositivo no auxílio e reorientação de práticas que promovam saúde, propiciando um espaço que, para além de significar uma possível redução nos índices de ansiedade e depressão, por exemplo, pode também suscitar a autonomia e cuidado do usuário de modo saudável, sendo um grande artifício para ultrapassar a lógica medicalizadora que impera.

A maioria das pesquisas ainda concluiu que grande parte das prescrições realizadas foi feita por médicos psiquiatras, porém os médicos generalistas e clínicos gerais também tiveram destaque nos levantamentos; o que pode ser evidenciado também no trabalho de Lira et. al (2014), em que 66,2% das prescrições foram feitas por médicos clínicos gerais, que geralmente estão na Unidade Básica de Saúde.

Além dos aspectos já explicitados aqui, torna-se importante ressaltar que os mesmos estudos não se voltam à discussão de como a cronicidade repercute na vida dos indivíduos que utilizam tais drogas, nem quanto às implicações do uso prolongado na cristalização do pensar e fazer saúde no território. Tais aspectos retomam a necessidade de questionar desde o conceito de saúde às possíveis intervenções a serem realizadas, revelando a necessidade de mais pesquisas.

1.3.2 Psicotrópicos, experiência e cuidados

Neste tópico, foram elencadas seis pesquisas, das quais cinco são dissertações e uma é artigo. As mesmas foram analisadas e investigadas a partir das equações: “Psicotrópicos + Atenção Primária à Saúde + Experiência” e “Psicotrópicos + Atenção Primária à Saúde + Cuidado\$”.

Diante do que constaram os resultados, todos procuram caracterizar o perfil dos usuários que consomem medicamentos psicotrópicos, trazendo também, para além dos números obtidos, o discurso em relação ao consumo e aos cuidados que são ofertados. Os trabalhos encontrados buscam de algum modo discutir o fenômeno da medicalização e como este se apresenta na atenção primária, a partir tanto da revisão de textos científicos levantados em cada estudo como também da evidência dos resultados obtidos.

O estudo de Santos (2009), realizado no interior de São Paulo, valeu-se de metodologia quantitativa e qualitativa, sendo utilizadas entrevistas com profissionais de saúde e grupos focais com os usuários. Buscou-se avaliar, dentre os serviços pesquisados, se o olhar dos profissionais, a partir do dispositivo da clínica ampliada, seria fator determinante no uso

racional de psicotrópicos pelas pessoas atendidas. Como conclusão, evidenciaram-se as diferenças de impacto entre usuários e profissionais em relação à clínica ampliada, dando destaque à presença de falhas de comunicação entre as equipes assistenciais e os usuários. Estes relataram a dificuldade em compreender a indicação do tratamento prescrito, devido às escassas informações sobre o medicamento, o que potencializava ainda mais a dependência em relação ao seu uso.

No estudo de Almeida (2016), realizado em Sobral-CE, teve como objetivo discutir quais possíveis motivações dos usuários assistidos na atenção primária ao iniciar o consumo de psicofármacos. Diante dos resultados alcançados, a partir das falas de usuários, familiares e profissionais de saúde, constatou-se que, assim como no estudo de Santos (2009), poucos dos entrevistados tinham informações sobre os medicamentos, e também iniciavam o uso a partir de indicação médica, mas sem questionamentos. Apesar de terem sido apontadas diversas modalidades de cuidado pelos profissionais presentes nas mesmas unidades de saúde, a maioria dos usuários do estudo relataram não ter conhecimento de outra alternativa terapêutica para além do uso do medicamento.

Costa, Dismentein e Leite (2015), em sua pesquisa com mulheres com TMC (Transtorno Mental Comum) em assentamentos rurais, analisa que, ao procurarem os serviços de atenção primária, iniciaram o tratamento baseado no uso de ansiolíticos de imediato. O que sinalizou, para os autores, o quanto a rede em cuidados primários carece de equipes com formação adequada em saúde mental, que se distancie da abordagem individual e curativa.

Em direção semelhante, a pesquisa realizada por Gomes (2015) com mulheres adultas, usuárias de benzodiazepínicos e antidepressivos, teve como objetivo identificar quais os principais motivos que levaram as usuárias das unidades investigadas ao consumo de tais medicamentos. Como resultado, observou-se que, para além das questões emocionais associadas - como perdas, luto e problemas de relacionamento - ao procurarem pelos serviços de saúde, a prescrição de psicofármacos se apresentou como modo principal de cuidado ofertado.

Um outro estudo, também realizado no Ceará, na cidade de Fortaleza e feito por Gomes (2014), traz dados semelhantes. Os usuários participantes relataram que, a partir das queixas iniciais apresentadas, como insônia ou nervosismo, o fácil acesso dessas populações à prescrição e dispensação de tais medicações nas unidades de saúde e das farmácias ligada à rede, com o acesso sem a prescrição, evidenciava o modo indiscriminado do uso de tais fármacos.

Borges (2014), com as narrativas de trabalhadores voltadas à busca por uma gestão autônoma de medicamentos, traz a discussão dos conceitos de autonomia e liberdade do usuário(a) dos serviços de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica. Os resultados de sua pesquisa apontam para as incongruências entre o que se prega nas políticas de saúde mental e o que se vive no cotidiano dos usuários dos serviços. Destacam que as ideias de autonomia e direito em saúde dos usuários ficam limitadas à prescrição de tratamento ditada pelos próprios profissionais que os assistem.

É possível observar que na maioria dos trabalhos se destaca a ausência de acesso à informação por parte dos usuários sobre suas possibilidades de cuidado com a saúde, o que acaba por ser uma das principais ferramentas de poder utilizadas na restrição de seus direitos e liberdades.

Tais resultados abrem discussões importantes em relação ao uso e abuso desses medicamentos, evidenciando, principalmente, a insuficiência na formação dos profissionais e as dificuldades encontradas nos serviços, que funcionam ainda dentro do modelo curativista. O medicamento é prescrito considerando o binômio causa-efeito, sem atentar para as repercussões e a dimensão da experiência vivida na existência de cada usuário.

Torna-se relevante ressaltar que, apesar de todos os trabalhos, de algum modo, buscarem trazer para discussão os discursos de seus participantes, as maneiras como trabalham estes discursos, considerando as metodologias trazidas em investigações quantitativas (com análises documentais e/ou questionários) e qualitativas (entrevistas semi-estruturadas e grupos focais), ainda distancia-se do que será proposto neste estudo. Portanto, este trabalho, na intenção de não partir de questões prontas que norteiem a fala diante da hipótese e/ou objetivos propostos, nem mesmo finda em categorizações e generalizações das falas como método de tratamento do que fora encontrado, traz consigo um olhar distinto de aproximação com o fenômeno (que será apresentado mais minuciosamente adiante).

1.3.3 Psicotrópicos e Fenomenologia

A partir da equação e operadores booleanos usados em “Psicotrópicos + Fenomenologia OR Fenomenologia Hermenêutica”, não foram encontrados trabalhos, na busca em bases de dados, que trouxessem algum alinhamento com a fenomenologia (como método ou compreensão usada) ou com o objetivo desta revisão. As pesquisas encontradas não atendiam aos critérios de inclusão, sendo, em geral, trabalhos a respeito da experiência do

uso de álcool e drogas, e um trabalho sobre o uso de antipsicóticos em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Destaco a presença de alguns trabalhos que utilizam a hermenêutica de Gadamer como procedimento metodológico, que são oriundos, principalmente, da enfermagem, e trazem a compreensão da narrativa como um procedimento a partir do qual as falas são categorizadas e não há implicação do pesquisador, o que é possível compreender se considerarmos a sobreposição do modelo cientificista advindo das ciências naturais ao qual a academia ainda está tão voltada.

1.4 Entrelaçamentos possíveis entre as produções selecionadas e a experiência de ser usuário de psicotrópicos no contexto da Atenção Primária: considerações

A maioria dos estudos traz para a reflexão o grande aumento, nos últimos anos, do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, o último sendo um destaque na última década. Tornou-se possível observar que o consumo de antidepressivos nos últimos tempos ultrapassou o quantitativo de ansiolíticos que, anteriormente, era superior.

Questionarmos o aumento é nos colocarmos a pensar sobre pontos importantes, como, por exemplo, que o crescente aumento de antidepressivos pode significar o cenário de mudança dos principais transtornos psíquicos nas últimas décadas. O uso do antidepressivo como alternativa de tratamento crescente também pode apontar para uma cronicidade no consumo, o que nos leva a refletir sobre as possíveis falhas no manejo em relação ao cuidado que está sendo ofertado, a ineficiência do serviço e o movimento de patologização do viver diante de um saber prescritivo e alienante.

Essas verificações podem ser feitas até pela observação dos vários manuais diagnósticos (DSM-IV; DSM-V; CID-10), que valorizam, cada vez mais, os enquadres dados (seja em relação ao tempo ou à condução do manejo terapêutico) para metodologias que sejam eficazes, em relação ao tratamento rápido do sintoma; “Testemunhamos uma era de patologização da vida e de hipermedicalização, com pouca tolerância às vivências inerentes ao enlutamento” (FREITAS, 2018, p. 50), colocando, assim, situações como o luto e a tristeza em categorias que correspondem a critérios para estabelecimento de diagnósticos.

Apesar de ser importante atentarmos para os aspectos que vão sendo apresentados no processo do adoecer, a generalização nos modos de cuidado e, ainda, a urgência em definir padrões, torna a possibilidade de acolhimento ao sofrimento também prescritiva; e é aí que

está um dos aspectos pelos quais o manejo dos psicofármacos se mostra perigoso.

Os trabalhos também apontaram que as mulheres são as maiores consumidoras destes medicamentos, indicando como importante considerar as questões sociais, de raça e gênero, bem como a percepção de estarem como as mais preocupadas com a saúde e as maiores frequentadoras dos serviços.

É importante destacar que, apesar dos avanços assistenciais direcionados para a mulher, no que diz respeito a sua saúde nos períodos gravídico, parto, puerperal e climatério, ainda são deficitárias as ações direcionadas para a promoção da saúde mental, o que reflete, mais uma vez, o olhar organicista nas estratégias e práticas de saúde.

Concluimos, com esta revisão, que a medicalização é um problema de saúde pública que traz como reflexo o elevado índice de dependência das pessoas usuárias, colocando o medicamento como a única saída para amenizar a “dor de existir”. Diante deste cenário, torna-se de extrema importância a elaboração de mais estudos que debatam e questionem a situação, a fim de encaminharmos novas compreensões para conhecermos e nos aproximarmos ainda mais do fenômeno e suas nuances. Só assim será possível encontrar meios que nos afastem da ordem engessada e automatizada que impera nos serviços de saúde.

Ante este cenário, a escuta das narrativas desses usuários se apresenta de extrema importância para os profissionais que atuam voltados à promoção em saúde no contexto do SUS. Estas narrativas podem dar espaço para o acolhimento das singularidades do sofrimento de cada usuário. Acolher a singularidade pode possibilitar uma intervenção voltada a uma dimensão ética, política e estética, permitindo a apropriação das experiências e das peculiaridades que se circunscrevem nos modos de existir naquele contexto e que aparecem como pano de fundo da condição de ser usuário (a) de psicotrópico.

Para tanto, possíveis caminhos podem ser traçados enquanto mapas cartográficos e a partir das narrativas das usuárias que aqui são ouvidas - as grandes protagonistas que nos guiarão rumo à possibilidade de novas compreensões e possíveis intervenções

2 A PÍLULA, A POLÍTICA E UMA HISTÓRIA: pensando caminhos

Neste capítulo, partiremos para as discussões que demarcam este trabalho, de modo a encontrarmos subsídios para construir importantes rumos aos questionamentos e compreensões.

Apresento, portanto, alguns delineamentos sobre as políticas públicas que atravessam o contexto de cuidado nos serviços de saúde na Atenção Primária, a fim de buscar, na literatura, entendimentos sobre como a relação com o medicamento se transformou em um fenômeno preocupante a ser investigado: a chamada medicalização. Antes de tudo, porém, é necessário pensar sobre a época em que vivemos, já que é uma das molduras em que se inscrevem todas essas questões, e se torna, assim, o primeiro ponto a ser por nós avistado.

2.1 O pano de fundo onde se desenham as linhas

O projeto epistemológico da modernidade fundou-se a partir dos ideais positivistas engendrados pela perspectiva do pensamento cartesiano. Advindo do século XVII, com o filósofo René Descartes, este modo de pensar coloca o homem como ser dotado de razão e capaz de, pela via do pensamento racional, alcançar a total verdade (BARRETO, 2013).

Para Heidegger, a modernidade é a consumação da metafísica resgata por Descartes, que enclausura e dita os conceitos de uma subjetividade modelada pela ideia de “saber é poder” – prerrogativa dada por Francis Bacon, considerado pai da ciência moderna (COSTA, 2014). Assim, a era moderna inaugura um momento histórico em que o homem certo de si, e apoiado pela força da ciência e da tecnologia, apropria-se do mundo de modo a criar uma relação de domínio sobre o que está posto. A consciência passa a ser o principal objeto do sujeito do cogito (“*eu penso, logo existo*”), que se põe no mundo de modo a explorar os recursos dados na natureza. Para Costa (2014), a ação contemplativa do homem e a dinamicidade da natureza perdem lugar para a previsibilidade, redução e mensuração do fenômeno. Ainda de acordo com o autor,

o homem moderno passou então a edificar o ideal de confiança sobre si mesmo. A verdade agora é compreendida e definida como *certeza* da representação. Os conceitos que versavam na antiguidade e no período medieval sobre o ente como constante presença e como fonte de contemplação são substituídos na modernidade pela ideia de “funcionalidade”. Assim, o sujeito da representação se torna fundamento dessa ideia, uma vez que opera, manipula, prevê todos os aspectos da realidade (COSTA, 2014, p. 22).

Porém, Heidegger (2018) alerta para o risco das pretensões totalizantes do pensamento racionalista pretendido pela ciência moderna, que coloca o sujeito como objeto e a natureza e seus recursos como produtos inesgotáveis de uso e exploração (DUARTE, 2005). Segundo ele,

a devastação da terra começa como processo voluntário, mas que, em sua essência, não é e nem pode ser sabido. Começa no momento em que a essência da verdade se circunscreve como certeza na qual a re-presentação e a produção humanas asseguram-se de si mesmas. (HEIDEGGER, 2018, p. 86).

Deste modo, o sujeito moderno consolida-se em uma condição de habitar o mundo que se afastado sentido da vida, já que “na representação, produto do Cogito, a vida humana está salva da inospitalidade do mundo e de sua própria liberdade” (CRITELLI, 2012, p. 22). Assim, estabelece-se um cenário complexo e conflituoso, “que implica uma desvalorização ética do homem em favor de uma atenção concentrada sobre os equipamentos e modelos de controle do mundo” (CRITELLI, 2006, p. 23), trazendo o homem ao cenário atual de desamparo e instabilidade. Apesar do apelo moderno ao empreendimento de uma razão totalizante e mesmo com os avanços tecnocientíficos desenvolvidos, principalmente no período pós-guerra, o momento contemporâneo passa a ser marcado por existências desamparadas e assoladas pelo vazio. Como nos aponta Barreto (2001, p. 16),

O projeto da modernidade encontra-se em crise; o pensamento contemporâneo decreta a morte da subjetividade moderna em qualquer uma das suas dimensões, tanto do sujeito universal quanto do indivíduo indiviso e autocentrado. O momento contemporâneo nasce como crítica e problematiza a maneira de como conhecer e dizer a verdade.

O sociólogo e filósofo polonês Zygmunt Bauman (2001) é um dos autores que também questionam a sociedade atual voltada para o consumo, fluidez e rapidez dos acontecimentos. Para o autor, vive-se a época da velocidade, tudo se torna rápido demais para ser capturado - ou mesmo sentido - a tempo. A liquidez da vida revela-se num piscar de olhos, as circunstâncias ao nosso redor mudam de configuração, conceito ou valor, e sua fluidez é perceptível pela forma como estamos presentes no mundo que se apresenta.

Movemo-nos e continuaremos a nos mover não tanto pelo “adiamento da satisfação”, como sugeriu Max Weber, mas por causa da *impossibilidade* de atingir a satisfação: o horizonte da satisfação, a linha de chegada do esforço e o momento da auto-congratulação tranqüila movem-se rápido demais. A consumação está sempre no futuro, e os objetivos perdem sua atração e potencial de satisfação no momento de sua realização, se não antes. (BAUMAN, 2001, p. 37, grifos do autor).

O filósofo sul-coreano Byung-chul Han (2017) contribui, ainda, trazendo a perspectiva de que estamos imersos em uma sociedade marcada pelo excesso de positividade, caracterizada pelos estímulos frequentes que recebemos em razão da grande carga de funções que desempenhamos ao mesmo tempo. Aqui, a positividade também nos é apresentada como processo de inibição das diferenças: a fim de se evitar o outro, evitam-se, também, os combates e conflitos numa constante busca por semelhanças.

Esses modos de viver constituem o homem do século XXI, levando-o às manifestações de sofrimentos que despontam no que Han (2017) irá chamar de sociedade do desempenho:

A sociedade do desempenho é uma sociedade de autoexploração. O sujeito de desempenho explora a si mesmo, até consumir-se completamente (burnout). Ele desenvolve nesse processo uma autoagressividade, que não raro se agudiza e desemboca num suicídio (...) O eu trava uma guerra consigo mesmo. Nessa guerra não pode haver nenhum vencedor, pois a vitória acaba com a morte do vencedor. O sujeito do desempenho se destrói na vitória (HAN, 2017, p. 101-102, grifos do autor).

Deste modo, nossa época se configura em modos de vida acelerados que nos dispersam; e, assim, o excesso de positividade e de produção transforma homem e sociedade em máquinas de desempenho marcadas pelo cansaço. Este cansaço demarca não só os modos como as pessoas adoecem e sofrem em face à produção e sistema econômico vigentes, mas também nos modos como se dão as suas relações, assinaladas pelo desaparecimento da alteridade que se desperta na estranheza, pois “(...) também o estranho neutraliza uma forma de consumo” (HAN, 2017, p. 11).

Com isso, é possível enxergar que as demandas que se inscrevem nas faltas promovem, assim, inúmeras situações de sofrimento, sejam elas advindas do alto nível de estresse provocado pela sobrecarga ou ausência de atividades, da má qualidade de vida, do distanciamento das relações sociais, do consumo, ou de quaisquer outras evidências de crises existenciais. Portanto, o sofrimento humano é atravessado por questões da existência. O desamparo, somado à falta de sentido para a vida, vai ganhando formatos e roupagens a partir das novas configurações sociais, impulsionando debates também novos a partir dos impactos que esses modos de viver têm sobre as mais diversas demandas de saúde. Estes aspectos nos permitem pensar a compreensão de sofrimento enquanto fenômeno da existência, entendido como uma demonstração da “dor de existir”, e que pode, inclusive, apontar para a falta de sentido do homem atual. Duarte (2010, p.13) discute que

Desde meados do século XIX as promessas de felicidade, beleza e liberdade estiveram associadas à modernidade, relacionando-se frequentemente às descobertas científicas e tecnológicas que trouxeram consigo a certeza de que vivemos no melhor dos mundos possíveis. Por outro lado, não faltam motivos razoáveis para o temor diante de um futuro caracterizado pelo controle tecnológico da vida social, pela multiplicação das guerras, pela intensificação da violência cotidiana que aparta os socialmente incluídos e os excluídos, pela desertificação da natureza etc (DUARTE, 2010, p. 13).

Correlata ao processo do viver, deparamo-nos com a medicalização do sofrer como uma realidade que se torna, hoje, uma questão séria de saúde, constatada através do aumento, nas últimas décadas, do uso indiscriminado de psicotrópicos, destacando-se os ansiolíticos e os antidepressivos na sociedade ocidental.

2.2 A Pílula... das ilusões?

O termo medicalização surge na década de 1960, referindo-se aos modos de apropriação da medicina da vida humana: “Consiste na ideia de tornar médico aquilo que é da ordem do econômico, do político, do cultural e do social” (TESSER, 2010; AMARANTE, 2007 apud GOMES, 2015, p. 42). Os estudos da sociologia da saúde sobre a medicalização traz o século XVIII como ponto do nascimento da medicina moderna e de uma política higienista que a partir de regras morais e de conduta, baseadas no saber médico prescritivo, e pautado pelo paradigma de saúde estruturado através do olhar cartesiano, inicia as intervenções políticas no corpo social (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

A chamada medicina moderna (ou modelo biomédico), não se restringe apenas a profissão médica, mas diz de todas as demais profissões e especialidades. Ela se estrutura dentro dos parâmetros da racionalidade advindos da modernidade, em que se estabelecem modelos acerca da saúde e do adoecimento fincados no saber racionalista-científico.

Nascido dentro do que Luz (1988) chamou de racionalidade científica moderna, a biomedicina atual vincula-se ao surgimento e consolidação da própria ciência, que se constitui como a formuladora de verdades, deslocando a religião como “explicador do mundo” (TESSER; LUZ; CAMPOS, 1998, p. 09).

Torna-se possível acompanhar que diante da ótica mecanicista empregada, o corpo passa a ser visualizado anatomicamente. Dividido em categorias fisiológicas e patológicas, a doença ganha uma localização em uma parte do corpo, em um órgão adoecido, que necessita de conserto (FOUCAULT, 2004; LUZ, 2004; NUNES; PELIZZOLI, 2011). Para tanto, Nunes e Pelizzoli (2011) trazem para o debate a compreensão das categorias de “Normal e patológico” discutidas na obra de Georges Canguilhem de 1943, em que

o normal e patológico enquanto categorias objetivas e positivas se concebem aqui em função de qualidades verificáveis e da quantificação destas, fazendo da normalidade regras e medidas a cumprir, e da anormalidade o desvio dessas medidas e regras, fazendo do modelo explicativo do normal e do patológico uma função quantificável (NUNES; PELIZZOLI, 2011, p. 22).

O desenvolvimento de modelos explicativos sobre o corpo e a cisão realizada entre o doente e a doença repercutem no modelo de racionalidade que pensa o adoecimento e a normalidade não mais apenas no campo do individual, mas abrange a sociedade como um corpo que se empreende em regras e normas de comportamentos voltados “a produção de coletivos saudáveis” (NUNES; PELIZZOLI, 2011, p. 23). Sob a ótica de controle, o intervencionismo médico passa a atingir não só o corpo individual, mas também o coletivo, contribuindo para a organização harmonizada de uma sociedade que preza por um padrão moral e de conduta que se alinha às vontades e ditames do Estado (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; NUNES; PELIZZOLI, 2011). Desta forma,

as estratégias sob as quais o Estado, junto à medicina, investiu sobre o corpo, através de um discurso normatizador sobre os modos de vida, produziram formas sutis de biopolíticas disciplinares, fazendo com houvesse uma estatização do biológico, na medida em que nada é mais concreto na vida dos sujeitos que o corpo, e é por meio dele que se efetivam formas eficazes de poder sobre a sociedade. (NUNES; PELIZZOLI, 2011, p. 23).

A pretensão de uma busca por uma perfeição humana durante todo o século XX é instaurada com intensos avanços tecnológicos, incluindo a criação de antibióticos potentes, as vacinas, analgésicos eficazes, antidepressivos, o desenvolvimento de pesquisas da engenharia genética, de aparelhos biotecnológicos, os avanços e inovações cirúrgicas, fincados nas promessas de vida longa dada pela ciência médica. Não por acaso,

“(...)o capitalismo especulativo descobriu que a área da saúde é das mais promissoras em termos de retorno material e financeiro de curto prazo, como prova a expansão das indústrias de equipamentos, de medicamentos, de serviços hospitalares, de exames e de seguros-saúde” (NUNES; PELIZZOLI, 2011, p. 09).

Com isso, as importantes críticas que surgem perante este cenário, principalmente a partir do século XX com Illich e Foucault, nos convida a pensar nos processos redutivos da complexidade da vida humana a aspectos puramente biológicos.

O que Illich (1975) chamou de *medicalização da sociedade* seria esse processo de colonização da vida pelas estratégias de controle que a medicina moderna trouxe, colocando em xeque inclusive os próprios fenômenos naturais ligados à vida, gerando uma desconfiança do natural. [...] A legitimação da medicina moderna ancora-se fundamentalmente no desenvolvimento tecnológico aliado às promessas da produção de uma sociedade saudável, sem sofrimento, uma analgesia da vida [...] (NUNES; PELIZZOLI, 2011, p. 24, grifos do autor).

Porém, esbarrando em questões cruciais do próprio existir e da vida humana, diante do mistério do que é o viver, do que é adoecer e do que é a morte, a biomedicina também encontra os seus próprios limites, colocados em evidência no repertório das possibilidades do sentir e do viver a dor, nas peculiaridades singulares do humano e nas características coletivas e culturais próprias de seu momento histórico.

A relação saúde-doença que fora construída a partir da racionalidade biomédica transforma o saber médico em um saber de ofício voltado ao processo de cura. Tal cura diz de uma ausência da doença, de uma fuga constante da dor, caracterizada pelo domínio do homem, a partir das novas tecnologias, de procedimentos e intervenções, que prolongam a vida. Assim, há uma redução da experiência da doença e da saúde, pois ao objetificar tais processos em prol da produção da cura, cria-se um “ideal de saúde” que se torna ultrajante diante dos processos do viver. A máquina perfeita ao se encontrar defeituosa busca saídas para seu conflito. Porém, o sentido que pode ser dado na oportunidade de viver tais processos, é silenciado e delegado aos efeitos analgésicos impostos ao existir, advindo de soluções “mágicas” que são colocadas nas idealizações de bem estar pleno vivenciadas nos dias atuais.

Neste contexto, a área médica psiquiátrica passa a ganhar destaque nos últimos anos, colocando sob o domínio de um discurso organicista (trazido pelas ciências biológicas), o mal-estar psíquico sucedido do advento das grandes transformações do homem e da sua relação com o mundo. De acordo com Feraza et al, (2010, p. 382),

Observa-se, assim, um processo de psiquiatrização da vida social, que vem transformando todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico que, fundamentado na neurologia e na genética, incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos.

Tendo os interesses da indústria farmacêutica como aliada, o valioso e lucrativo mercado de medicamentos, ganha ainda mais potência aliada a um discurso midiático que reforça a saúde pautada nos interesses capitalistas. As consequências de tal contexto podem ser evidenciadas pelo aumento no consumo de medicamentos psicotrópicos nos últimos anos, tanto a nível mundial, como a nível nacional.

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que uma a cada dez pessoas sofre, no mundo, com algum transtorno psíquico. A OMS, em seu relatório sobre o “Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020”, evidenciou que cerca de 90 milhões de pessoas, no período entre 2013 e 2020, desenvolverão algum distúrbio devido ao nível excessivo e dependente de psicotrópicos, e cerca de 350 milhões de pessoas serão diagnosticadas com depressão.

Ademais, segundo a organização, o Brasil apresentou um aumento nos transtornos depressivos e ansiosos nos últimos anos, tornando-se o país mais ansioso e depressivo da América Latina (SANTOS et al, 2018).

De acordo com a norma técnica da Anvisa de 2012, 74,8% dos medicamentos distribuídos no Brasil são psicotrópicos. Estes medicamentos interferem no fluxo de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central, seus efeitos atuando sobre o comportamento, humor e cognição, e se caracterizam da seguinte maneira:

Os ansiolíticos-sedativos, particularmente os benzodiazepínicos, são utilizados para a farmacoterapia de distúrbios de ansiedade. Os antidepressivos, agentes que elevam o humor. Os antimaníacos ou estabilizadores do humor, notavelmente os sais de lítio e determinados anticonvulsivantes são utilizados no tratamento dos distúrbios afetivos do humor e condições relacionadas. Os antipsicóticos ou neurolépticos são utilizados no tratamento de doenças psiquiátricas muito graves, as psicoses e a mania, exercendo efeitos benéficos sobre o humor e o raciocínio (ARAÚJO et al, 2012, p. 46).

O último boletim farmacoepidemiológico da ANVISA, emitido em 2012, refere-se ao consumo desta classe medicamentosa e demonstra que, entre os psicotrópicos mais consumidos no país, os que se destacam são os ansiolíticos e os antidepressivos (BRASIL, 2012). Ambos os medicamentos são encontrados e distribuídos pelo SUS.

Destaca-se aqui, os benzodiazepínicos, classe de ansiolítico mais vendido. Os BZD são medicamentos hipnóticos, que possuem efeitos tranquilizantes, e que são utilizados no tratamento de transtornos ansiosos e distúrbios do sono, como o diazepam, clonazepam, alprazolam - os famosos remédios 'tarja preta'. O uso consecutivo e prolongado deste tipo de ansiolítico pode ocasionar dependência física e psicológica, tendo como consequência alterações biológicas importantes (como a perda da memória recente) e prejuízos sociais. Sintomas de abstinência também podem ser notados por pessoas que fazem, durante anos, seu uso de forma incorreta. Apesar do uso indiscriminado destes medicamentos, ainda não parece haver medidas construídas para seu controle efetivo, para além da conscientização e responsabilização dos profissionais envolvidos neste tipo de cuidado (RABELO, 2011).

Em uma pesquisa realizada no interior do Ceará, Araújo et. al (2012) concluíram que a dependência química de benzodiazepínicos, por exemplo, pode ser considerada um fenômeno grave nas Unidades Básicas de Saúde, pois a maioria dos usuários que se encontra dependente revela dificuldades em até mesmo aceitar a retirada gradual da medicação, alegando como obstáculos a própria ansiedade e a insônia. Carvalho e Dimestein (2013) comentam que

no que se refere às indicações na prática médica, há uma concordância geral de que os BZD devem ser usados no tratamento da ansiedade em curto prazo, não devendo

exceder de dois a quatro meses, exceto em casos muito especiais. No entanto, o que se vê na prática é a continuidade de um uso que vai além de uma finalidade específica, e com um tempo indeterminado, em que o medicamento passa a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida de muitos indivíduos. Isso ocorre porque o medicamento, ao eliminar os sintomas da ansiedade, passa a ser visto como a maneira mais fácil e rápida de enfrentar os problemas do cotidiano (CARVALHO; DIMESTEIN, 2003, p. 41).

Outra classe medicamentosa importante a ser destacada, que já desperta olhares de preocupação quanto aos níveis cada vez maiores de prescrições e utilização, são os antidepressivos (a exemplo: Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina). Surgidos em meados da década de 1950, são medicamentos que também interferem no fluxo de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central e seu uso acontece, principalmente, no tratamento de transtornos depressivos, mas também são aproveitados no tratamento de outras doenças, como os distúrbios do sono (CARVALHO; DIMESTEIN, 2003).

Na revisão de literatura, pudemos observar que a maioria dos estudos realizados nas várias regiões do país destacou o aumento significativo no consumo de antidepressivos, alguns demonstrando, inclusive, a ultrapassagem no nível de consumo de antidepressivos em relação aos ansiolíticos. O estudo realizado por Rocha e Werlang (2013) em Porto Alegre - RS, por exemplo, concluiu que a população estudada - usuários de serviços de saúde - apresentou 63,2% de consumo em antidepressivos, em paralelo a apenas 26,1% de ansiolíticos, sinalizando, para os autores, o aumento dos transtornos de humor depressivo e a necessidade de se investigar essa mudança de comportamento nos últimos anos.

Perante este cenário medicaliza(dor), percebemos como relevante compreender o fenômeno de elevado consumo de psicotrópicos, sendo esta uma realidade que atravessa aspectos importantes da compreensão do processo saúde-doença, além de fatores como classe social, etnia, gênero, idade, entre outros. É possível visualizar que, em descontrolado, o uso destes medicamentos sinaliza o aumento das doenças psíquicas e denuncia os interesses de uma indústria farmacêutica voltada aos interesses capitalistas, alertando-nos sobre a quem os avanços no trato medicamentoso estão a atender (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2009).

Torna-se necessário, deste modo, olharmos também para as demandas que se colocam no dia a dia da saúde pública, quando, em diversos casos, o cuidado do usuário(a) passa na maioria das vezes a ser compreendido apenas através da prescrição do medicamento.

2.3 Sobre as políticas e suas construções no cuidado ofertado

A década de 1980, no Brasil, foi marcada por grandes acontecimentos na batalha pela conquista de direitos e pela democracia. Com o fim da ditadura militar, as diversas lutas

sociais que se espalhavam pelo país sob gritos de mudanças, encontraram terreno fértil para semear grandes conquistas e avanços, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Com a Constituição Federal de 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) que inaugurou, assim, uma nova época em relação à política de saúde, construída de modo a viabilizar uma Reforma Sanitária efetiva no país buscando uma visão distanciada do modelo assistencialista vigente até então, se alinhando aos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Correlata a tais princípios, a Atenção Primária à saúde ou Atenção Básica, como também é nomeada e comumente chamada no Brasil, tem como missão uma reorientação nos cuidados ofertados em saúde. Considerada a porta de entrada para os demais serviços, passa a ser entendida como foco das principais solicitações e intervenções de saúde no território sanitário. Desta forma,

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

A consolidação do SUS propõe, a partir da organização eficiente da atenção primária, que as principais necessidades dos usuários e famílias sejam nela acolhidas e passem a ser assistidas no próprio território onde moram, trazendo em perspectiva uma assistência voltada a superar o modelo curativo, de foco individual, e se colocando à disposição das principais necessidades da comunidade (BRASIL, 2012).

Figura 1 – Cuidado em rede.

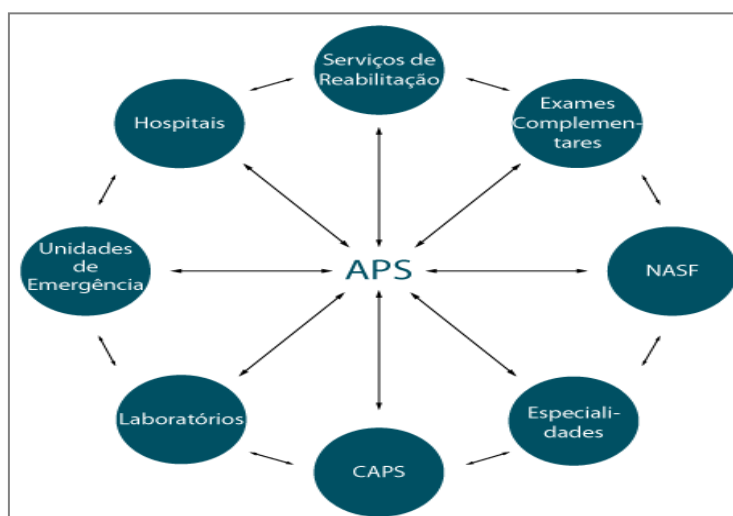
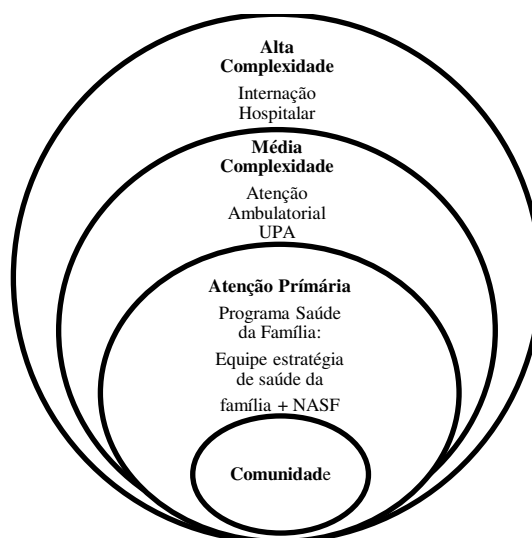


Figura 2 – Esquematização dos serviços.

Fonte: elaborado pela autora

Nas figura acima, apresentamos a esquematização dos serviços e a organização da Atenção Primária que se deu, principalmente, a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como principal ferramenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se volta à reordenação do modelo assistencial ao sugerir uma organização em que usuários e profissionais possam se relacionar e atuar como co-autores e co-responsáveis na resolução dos problemas, trazendo mudanças significativas. Com ESF, visa-se alcançar os preceitos preconizados na política do SUS, como a universalidade e a integralidade, com ações que incentivem à promoção, prevenção e reabilitação em saúde; assim como o acesso ao sistema e a longevidade do cuidado (BRASIL, 2012).

A ESF entra nos territórios a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família, e das equipes de saúde da família. Estas equipes precisam estar direcionadas ao acolhimento e à organização dos serviços, como também ao contato com a realidade e as condições de vida da população. Podem ofertar práticas que se guiem por uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a fim de pensarem rearticulações possíveis entre os seus principais equipamentos e dispositivos e as prioridades existentes em relação à sua população e suas demais demandas.

Além da ESF, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, visando a ampliação da Atenção Básica e o apoio das ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Uma equipe NASF é constituída por diferentes profissionais de saúde, que compõem, em conjunto, áreas do conhecimento voltadas a um trabalho multi e

interdisciplinar, sustentando práticas que se direcionem às necessidades e prioridades de um determinado território assistido por uma UBS (BRASIL, 2010).

Assim, ambas as equipes se tornam responsáveis pela reorganização de um modelo de atenção à saúde que venha a substituir o modelo tradicional, voltando-se à melhoria na qualidade de vida da população. Mas há desafios. Um dos maiores está em se afastarem do próprio modelo clínico-assistencial (que persiste sustentado entre os profissionais de saúde, devido às suas formações tecnicistas e biologicistas) para voltarem-se a uma assistência inovadora, que inclua o usuário, a família e a comunidade nas estratégias e planejamentos do acompanhamento das necessidades constatadas, dando espaço aos principais aspectos políticos e sociais atravessados em seus territórios (TESSER, 2006).

Deste modo, ao se inserirem nestes espaços, as equipes passam a demarcar os territórios, muitas vezes, sob precárias condições de trabalho - estruturais e/ou materiais - que se somam à falta de preparo e planejamento estratégico diante das reais necessidades da população (TESSER, 2006). O sofrimento passa, assim, a ser reduzido em encaminhamentos desnecessários, renovações e prescrições de receitas em descontrole e medicamentos inadequados, aspectos que podem provocar abismos entre o profissional e os usuários(as), causando ineficiência na continuidade do cuidado e, eventualmente, levar ao abandono do tratamento.

Buscando um melhor diálogo entre estes atores, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2001, ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS), em 2003, com a proposta de efetivar os princípios do SUS e estimular a comunicação entre os principais atores envolvidos na construção de práticas voltadas à co-responsabilidade e à autonomia de trabalhadores e usuários.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (SIMÕES et.al, 2007, p. 441).

A política do HumanizaSUS tensiona o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, estimulando a criação de novas estratégias e modos de gerir o cuidado ofertado (BRASIL, 2013). Falar em humanização no contexto da saúde, partindo de uma política de saúde como o SUS calcada em princípios tão sólidos e norteadores como a universalidade e a equidade no acesso à assistência, pode soar redundante. No entanto, diante dos grandes problemas realçados pelas filas quilométricas na portas dos serviços, os relatos diários de

insatisfação quanto ao atendimento dos profissionais e a baixa resolução de problemas que se verifica no diálogo de algumas equipes com a rede, vemos que se faz necessário. De acordo com Simões et al (2007),

a humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (SIMÕES et.al, 2007, p. 440).

Os princípios e diretrizes da PNH apontam para a construção de um espaço de diálogo entre as questões envolvidas nos processos de trabalho dos serviços de saúde, sendo a participação de todos, inclusive a do usuário, de suma importância para os encaminhamentos de possíveis mudanças na busca pela realização de atividades que transpõem o modelo hierarquizado e segmentado ainda apresentado nos serviços.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013, p. 4)

Como um dos principais dispositivos da PNH, temos a clínica ampliada, que se afasta do conceito de saúde moldado pela ótica reducionista biomédica, e propõe enxergar os indivíduos inseridos em seus meios, estas fontes inesgotáveis de realizações e estratégias. A clínica ampliada “remete a uma reflexão quanto a integralidade como caminho transformador e construtor de melhorias, buscando na assistência ampliada, meios para transformar o sujeito no centro das ações, que envolvam acolhimento e atendimento integral” (LUZ et al, 2007, p. 274-275). De modo a se afastar de um saber por especialidades, a clínica ampliada se coloca como importante dispositivo que privilegia não só o usuário a partir de um olhar integral e comprometido com sua saúde, mas os próprios profissionais que são convidados a expandir o seu conhecimento sobre o humano, sobre seu próprio ofício e mesmo sobre o que seria o adoecimento.

A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos. (BRASIL, 2009, p. 14-15).

Exemplificamos na figura abaixo, os principais fundamentos que distinguem o modelo tradicional da clínica ampliada:

Quadro 1 - Modelo tradicional x Clínica ampliada

Modelo Tradicional	Clínica Ampliada
1) Baixa capacidade resolutiva e poucos instrumentos para compreender e agir sobre os determinantes que interferem no processo saúde doença;	1) Formação de equipe territoriais – visão territorial; Formação de equipes multiprofissionais – olhar transdisciplinar;
2) Redução da complexidade dos problemas das pessoas à dimensão biológica;	2) Compreensão do sujeito em seu contexto e Compromisso com o sujeito e não com a sua doença;
3) Serviços transformados em grandes ambulatorios de consultas; Processo automatizado no cumprimento de tarefas;	3) Constituição de redes de cuidado – PTS; Articulação entre diferentes níveis do sistema; Práticas que gerem construção de projetos terapêuticos singulares;
4) Práticas centralizadas no profissional médico.	4) Criação de vínculo entre profissionais/unidade e usuários.

Fonte: Adaptado de Mendes (2009) in Molini-Avejonas, Mendes e Amato (2010, p. 466).

Diante das dificuldades enfrentadas nos contextos complexos com os quais os profissionais se deparam, torna-se relevante a discussão sobre a visão que se têm sobre o que é saúde e como ela se constitui nos seus diversos territórios. No contexto da atenção primária, por exemplo, ao colocarmos a família como centro das intervenções, busca-se caminhar por uma ótica contrária ao modelo tradicional de saúde, voltando-se a compreender como os processos de saúde e doença se dão na interação dos sujeitos e nos modos como habitam seus territórios. A partir daí, importantes instrumentos articuladores, como o projeto terapêutico singular (PTS), o apoio matricial, e a consulta compartilhada, trazem a intenção de privilegiar uma comunicação horizontal tanto entre os componentes das equipes como entre as equipes e os usuários.

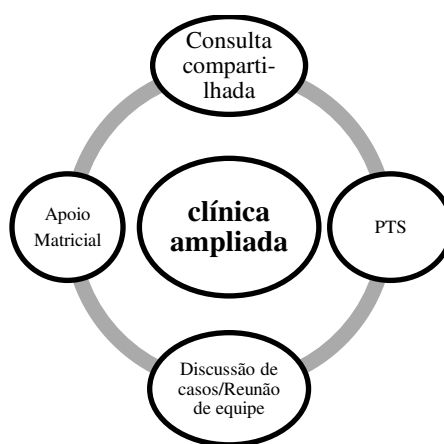
O **PTS** é um instrumento que permite a equipe um olhar abrangente sobre algum caso dito complexo em seu território, utilizando da perspectiva da clínica ampliada dentro do processo de saúde-doença dos usuários do serviço. A necessidade da utilização desse instrumento surge da necessidade detectada de sair de uma perspectiva que privilegia o diagnóstico, podendo tornar-se um poderoso aliado no processo de melhoria da qualidade de vida e conquista da autonomia do usuário (BRASIL, 2009).

O **apoio matricial** é uma estratégia em saúde com a finalidade de articular e criar estratégias entre equipes para a garantia do cuidado longitudinal e intervenções pedagógico-terapêutica que integrem os diversos saberes dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Nesse

contexto, se faz importante a comunicação para convocar a responsabilidade sanitária de cada setor de saúde formado pela rede (BRASIL, 2011).

A **consulta compartilhada** é um instrumento utilizado na intenção de privilegiar uma comunicação horizontal nas equipes e entre equipes. Com vistas a uma interdisciplinaridade, tais consultas se constroem por meio do matriciamento, e o foco está na troca e na corresponsabilização dos profissionais envolvidos nos casos por meio de orientações e discussões que levem a construção dos projetos terapêuticos (LUZ et al, 2016).

Figura 3 – Clínica ampliada e ferramentas



Fonte: Elaborado pela autora

À vista disso, a contemplação e integração dos diversos saberes se inclinam ao indivíduo na complexidade que se apresentam. De modo a fortalecer o trabalho multiprofissional em saúde, a clínica ampliada e os seus instrumentos se oferecem como oportunidade de potencialização dos serviços e dos modos de intervenções dos profissionais, trazendo o objetivo comum, que é a saúde dos seus usuários, para o centro de suas ações.

O dispositivo se apresenta, desta maneira, como um radical compromisso com o sujeito que procura os serviços de saúde, ampliando a visão dos profissionais sobre as nuances que perpassam a história de vida dos usuários e como a mesma se desdobra no seu modo de viver a doença (BRASIL, 2013). Compreendendo os seus desejos, vontades, medos e principais interesses, além do próprio sentido que a doença tem para sua vida e sua história. Estar atento a todos esses aspectos exige do profissional uma escuta constante e acolhedora, assim como o estabelecimento de um vínculo que permite a inserção de planejamentos e intervenções sobre os caminhos possíveis a esta pessoa para que ela possa vivenciar todo o processo de modos mais saudáveis.

Para Benevides e Passos (2005), o impasse da humanização se dá precisamente por seu esforço em fugir ao modelo normatizado, o que torna necessário, antes de tudo, pensar as políticas públicas que se viabilizem e se construam em conjunto, contando com a participação de todos os atores, desde os profissionais aos usuários, reunindo-se em força coletiva (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

Na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um Programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. O risco de tomarmos a humanização como mais um Programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p.393).

Em suma, ao olharmos para as repercussões da Política de Humanização nos serviços, é possível enxergar o quanto ainda é preciso avançar na realidade cotidiana desses espaços, a partir de discussões e questionamentos sobre como tais processos silenciadores de vida e humanidade se dão.

Neste anseio, é necessário destacar, mais uma vez, a relevância da escuta dos usuários em suas narrativas singulares - e são elas que este trabalho dissertativo se propõe a ouvir. Antes de seguirmos, contudo, demarcarei o aporte metódico que aqui traremos, a fim de que possa iluminar os passos e horizontes à vista a partir das narrativas de cada participante - as bússolas que nos guiarão.

3 ROTAS, CAMINHOS E DESVIOS RUMO AO FENÔMENO: O DESBRAVAR DE HORIZONTES POSSÍVEIS

*O que nós vemos das coisas são as coisas.
 Porque veríamos nós uma coisa se houvesse outra?
 Porque é que ver e ouvir seria iludirmo-nos
 Se ver e ouvir são ver e ouvir? O essencial é saber ver,
 Saber ver sem estar a pensar, Saber ver quando se vê,
 E nem pensar quando se vê, Nem ver quando se pensa.
 Mas isso (triste de nós que trazemos a alma vestida!),
 Isso exige um estudo profundo,
 Uma aprendizagem de desaprender*

(PESSOA, 2011, p.96).

O ato de pesquisar pode ser comparado ao ato de desbravar, de lançar-se às descobertas e às novas paisagens que a experiência pode imprimir ao conhecer. Uma vez que escolhemos um método para nos guiar por caminhos diferentes, iremos, neste momento, iluminá-lo em suas direções, de modo que possamos perceber as compreensões que perpassam esta investigação partindo deste olhar sobre fazer pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, “o pesquisador qualitativo é como um confeccionador de colchas ou um improvisador no jazz” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.19), que centra a sua competência no mundo da experiência da vida, pois é nele que se articulam a crença individual, a ação e a cultura, voltadas a uma experiência interpretativa.

Neste sentido, o pesquisar, a partir dos pressupostos filosóficos que serão aqui colocados, é um chamamento para um novo modo de pensar e investigar que nos coloca em uma direção outra, contrária aos ditames reducionistas da produção científica moderna. Torna-se desafio.

Debruçamo-nos nestes novos modos de fazer ciência sob a perspectiva filosófica de dois grandes pensadores do século XX, considerando que, nesta forma de investigação, buscase outro movimento de aproximação com o real. Trazendo para o diálogo as compreensões da analítica da existência de Martin Heidegger e a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, torna-se importante elucidar que aqui não se pretende a aplicação de tais pensamentos ao fazer da pesquisa, mas como um modo possível de encaminhar compreensões.

Diante dessa possibilidade, podemos, então, avistar novas paisagens. Ao lançar-se no

campo dos fenômenos através do que é dito pelos participantes, o pesquisador(a) pode tecer compreensões sobre determinado fenômeno, estando também atento aos significados dados pelo interlocutor à sua história.

[...] o pesquisador-viajante não pode se deixar capturar pela ânsia de chegar ou de ter bem determinado, previamente, o caminho a percorrer; antes, precisa se apropriar dos passos do caminho e dos aspectos das paisagens avistadas. (CABRAL; MORATO, 2013, p.171).

Afastando-se da ideia da neutralidade científica, o pesquisador-viajante se implica na experiência tecida no acontecimento vivido e se esquia de um conhecimento baseado em representações, da ótica da previsibilidade e quantificação ditadas pelas ciências da natureza.

Para isso, o processo de pesquisa exige, assim, uma reparação metodológica; o pesquisador-viajante, lançado em seu território, propõe-se durante a caminhada o traçar e o retraçar de rotas que se dão na experiência do campo, e que inauguram outro modo de pensar o método enquanto “*metá- hódos*”. Assim, *metá*, enquanto meta, objetivo, e *hódos*, como caminho, implica em nos afastar do modo de conhecer através de uma verdade a ser perseguida e apreendida, e suscita o lançar-se na imprevisibilidade dos acontecimentos, por meio dos enlaces e encaminhamentos que surgem dos fenômenos e em um constante diálogo hermenêutico com a experiência do campo.

Olhar deste modo me possibilitou, enquanto pesquisadora, a elaboração de compreensões possíveis sobre: “quais as ressonâncias do uso de psicotrópico no sofrimento de usuárias no contexto do cuidado ofertado nos serviços básicos de saúde?”, a questão que norteou os caminhos trilhados na presente pesquisa.

Na aproximação com o campo enquanto espaço, o confronto frente aos saberes técnico-científicos cristalizados suscita a implicação das dimensões ética, política e estética em contextos institucionais. O campo se mostra ao pesquisador como provocativo; “na singularidade do campo, as teorias são uma via de reflexão acerca da ação, na qual o fio condutor é a própria situação de intervenção. O conhecimento é construído a partir da ação com o outro” (ANDRADE, MORATO, SCHIMIDT, 2007, p.200), isto é, o campo é capaz de romper com as teorizações prévias, ao passo que o pesquisador, estando próximo aos seus colaboradores, é convocado à surpresa que se desvela frente ao estranho e o desconhecido que se apresentam.

Inspirada por um horizonte etnográfico, portanto, a pesquisa em instituição abre-se a uma intervenção, “(...) a pesquisa interventiva divide, ainda, a valorização da experiência e a abertura para a polissemia e a polifonia, induzindo a um interesse por diversas vozes. O

espaço da intervenção pode, por essa razão, ser um espaço plural de manifestação de singularidades” (ANDRADE, MORATO, SCHIMIDT, 2007, p.195), e experimentar o campo desta maneira é cartografia em movimento e ato.

A “cartografia se faz ao mesmo tempo em que o território” (ROLNIK, 1989, p. 6). Diferente do mapa, que contorna territórios já estabelecidos, a cartografia atravessa o tempo, nasce dos movimentos geográficos da terra, acompanha e se faz nas transformações da paisagem, criando história. O cartógrafo não pretende estabelecer verdade; “tem a pele marcada por todos os encontros que faz em seu nomadismo”(p. 10) e vive buscando alimentos para compor cartografias, descobrir afetos e criar linguagem e sentido em redes de expressões mescladas, que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender (ROLNIK, 1989, p. 6-10 APUD ANDRADE, MORATO, SCHIMIDT, 2007, p. 203)

O pesquisador-cartógrafo é marcado intensamente pelos fenômenos manifestos em seu caminhar. A possibilidade de estar junto ao território das narrativas e seus interlocutores é uma oportunidade de vivenciar e interpretar junto ao outro o que se coloca, uma vez que “conhecer uma dada realidade é, simultaneamente, transformá-la, criá-la e recriá-la, pois ela está sempre em movimento, em processo, assim como o pesquisador. Mergulhar nesse movimento é transformar e transformar-se” (SOUZA, FRANCISCO, 2017, p.126). Diante deste entendimento, a fenomenologia e a cartografia se aproximam por contraporem o modelo metodológico proposto pelas ciências naturais. A possibilidade de rompimento com as amarras propostas mostra-nos a complexidade do transitório, do efêmero que há no mundo da vida, mas que também nos atravessa enquanto pesquisadores-cartógrafos lançados às afetações do campo.

Os emaranhados de tons dados e observados no território da pesquisa oportunizam a criação conjunta de significados, onde o campo, o pesquisador e os colaboradores são protagonistas de uma experiência única, que pode lhes ofertar a possibilidade de criação e invenção de outros modos de olhar e agir diante da realidade encontrada.

Assim sendo, a pesquisa fenomenológica hermenêutica se coloca como oportunidade de fazer novas rotas. Estas ainda não indicarão o nosso ponto de chegada, pois a chegada está em não chegar, como bem nos diz Guimarães Rosa (1994, p.86): “o real não está no início nem no fim, ele se mostra pra gente é no meio da travessia”. A aventura está no próprio ato de se aventurar rumo a novos territórios a serem desbravados. Iniciamos, então, esta caminhada, com destino aos inúmeros territórios, fronteiras e direções a serem buscadas, partindo deste traçado metódico.

3.1 A Hermenêutica filosófica de Gadamer como ponto de inspiração e tessituras da análise

Originando-se na antiguidade clássica e se desenvolvendo como método a partir da teologia cristã, a hermenêutica segue os rumos do racionalismo científico criando métodos para se chegar à “correta” interpretação dos textos clássicos, literários e bíblicos. Todavia, a partir do século XIX, as hermenêuticas começam a sofrer algumas mudanças em sua concepção, com o desenvolvimento das ideias de importantes pensadores alemães, como Schleiermacher e Dilthey (LAWN, 2007).

Gadamer rejeita a condição da hermenêutica ser colocada como arte ou técnica de interpretação, uma vez que, neste modo, a compreensão passa a ser vista como algo que pode ser alcançado a partir de algum procedimento ou regra a se aplicar. Além disso, para Gadamer, diferentemente dos pensadores anteriores à sua época, é Heidegger que consegue aproximar as hermenêuticas de uma compreensão distanciada do método cartesiano no qual se apoia a ciência moderna. A crítica do pensamento Heideggeriano à metafísica e aos pressupostos técnico-científicos delinea um dos aspectos importantes de sua obra, em que resgata uma ontologia existencial retomando o pensamento grego, antes de Aristóteles e Platão, considerados os dois primeiros precursores da construção do pensamento racionalista moderno (DUARTE, 2010).

Vemos com a analítica existencial heideggeriana que o homem é ser-aí (*Dasein*), ser lançado no mundo, ser de sentido, ser que tem como condição o ser-com-outros. O ser-aí não pode ser determinado, pois se encontra num destinar-se que o projeta em um poder-vir-a-ser, sendo abertura para o desvelar do sentido que habita sua existência (BARRETO, 2013). Em sua ontologia, Heidegger busca a compreensão do ser, enquanto ser-no-mundo e ser-com-outros, questionando e se distanciando das visões dualistas sobre sujeito-objeto, corpo-mente, homem-mundo, pois que o homem não está no mundo, ele é mundo (DUARTE, 2010).

A partir da analítica existencial de Heidegger, Gadamer, em sua hermenêutica filosófica, demarca a diferença e afastamento em relação às demais hermenêuticas, pois “[...] assume, a partir de Heidegger, a verdade como *alethéia*, compreendida como desocultação, abertura do ser-aí que permite o mostrar-se dos entes” (BARRETO, 2013, p.37, grifos da autora). Este desenho se torna importante, pois se percebe que, com o advento da modernidade, a verdade perseguida pela ciência e seu método assumiu o sentido romano dado à palavra *veritás*, significando exatidão, precisão, e que demonstra a busca incessante por

fatos e experimentos que comprovem a realidade sob a ótica do controle da metodologia aplicada. A verdade enquanto desvelamento traz também consigo uma dimensão histórica que não pode ser reduzida à simples observação ou controle, visto que “a verdade é revelação, aquilo que se manifesta no encontro entre o familiar e o desconhecido” (LAWN, 2007, p.87).

É apenas em um encontro dialógico com o que não fora compreendido frente ao estranho que nos exige pensar; que nos faz possível questionar sobre os preconceitos - nossas ideias pré-concebidas - que se construíram a partir de concepções herdadas sócio-historicamente - concepções iniciais que são colocadas em xeque ao se depararem com as surpresas suscitadas na experiência do encontro.

Esse tipo de experiência (*Erfahrung* que significa a experiência vivida) é que Gadamer chama de “experiência hermenêutica”). Em encontros hermenêuticos genuínos somos surpreendidos e insatisfeitos de maneira única e irreverente. Expectativas são frustradas quando as “certezas” dos padrões normais diários confrontam o inesperado. A verdade, como Gadamer descreve, é da variedade hermenêutica com sua capacidade de surpreender e frustrar expectativas, ao invés de passivamente confirmá-las (LAWN, 2007, p. 87, grifos do autor)

A compreensão é, portanto, própria ao ser do homem, é ontológica e lhe constitui. Ao realizar uma hermenêutica com o texto e as narrativas colhidas, perde-se na tentativa de categorizar e conceituar o que se manifesta, pois a experiência hermenêutica é, antes de tudo, uma experiência da própria historicidade (GADAMER, 1999).

Para Gadamer, a questão é “que somos parte daquilo que buscamos entender” (LAWN, 2007, p.89). Ao interpretar estamos projetando possibilidades que circunscrevem o nosso mundo e não podemos deixar de lado os nossos preconceitos, pois são eles próprios possibilidades de abriremos caminhos. Vê-se que a tradição, para Gadamer, não diz de algo externo, pertencente a fatos do passado, a uma história sobre o mundo, aos fatos categóricos sobre a vida, pois a mesma é o “modo como compreendemos o mundo, a tentativa de nos afastarmos do processo da tradição seria comparável a tentarmos nos afastar de nossa própria pele” (GALLAGHER, 1992, p. 87, apud SCHWANDT, 2006 p.199), o que demonstra a impossibilidade de nos livrarmos da nossa própria historicidade.

Neste sentido, compreensão e interpretação não podem ser vistos como processos que supõem um passo a passo, pois dizem de um acontecimento que se dá no disponibilizar-se do *Dasein* para o mundo, afetando e sendo afetado por este, e é na linguagem que o sentido tecido no acontecimento é revelado. Por isso, compreender é também interpretar (LAWN, 2007).

Compreender-se é compreender-se em algo. Já a linguagem mostra que o "sobre quê" e o "em quê" não são apenas um objeto qualquer do discurso, do qual a compreensão mútua pudesse prescindir ao buscar seu caminho, mas são, antes, caminho e meta do próprio compreender-se. E quando se pode dizer que duas pessoas se entendem, independentemente do "sobre quê" e do "em quê", isso quer dizer que não somente se entendem nisso ou naquilo, mas em todas as coisas essenciais que unem os homens (GADAMER, 1999, p. 282).

No jogo presente entre o compreender e o interpretar, para Gadamer, todo entendimento é dialógico. No chamado diálogo genuíno, o que se destaca é a incompletude. Esta abre caminhos para novos modos de entendimento e compreensão, entre duas ou mais perspectivas, em uma conversação entre horizontes.

O pensamento aqui é: ter um horizonte é ter uma perspectiva sobre o mundo. Esta é uma parte adquirida pela linguagem; conseqüentemente o horizonte é linguístico num sentido verdadeiramente básico. (...) O horizonte não é fixo; ele está constantemente mudando e modificando, pouco a pouco, com o passar do tempo. Não pelo peso total da experiência acumulada, mas por um processo de expansão. Uma "fusão de horizontes" incorpora uma medida, e esta, por sua vez, é um entendimento parcial: "o entendimento é sempre uma fusão dos [...] horizontes" (GADAMER, 1989, p.306 apud LAWN, 2007, p.92).

A compreensão, portanto, é sempre dialógica, uma conversação interpelada por um jogo de perguntas e respostas que se revela na linguagem e não pretende uma conclusão ou encerramento, pois diz de criação de possibilidades, sentidos e caminhos que possam abrir novas perguntas e respostas.

Vemos, então, que a hermenêutica filosófica não é um método, não é um procedimento a ser aplicado na pesquisa para leitura e análise das narrativas pelo pesquisador ao se debruçar sobre seu trabalho. Trata-se, antes de tudo, de uma compreensão sobre o próprio compreender. É o que se dá nas nuances do jogo dialógico e abre novas possibilidades compreensivas e interpretativas, sempre em movimento.

No jogo, o "sujeito" não é jogador, mas o próprio jogo. Não importa "quem" joga para haver jogo, mas apenas que quem estiver jogando, jogue "o jogo". Com o conceito de jogo, a noção de uma subjetividade que controla o movimento é abolida. Ora, mas quem conduz o jogo circular da compreensão? Quem pode articular a significatividade do mundo como interpretação para as possibilidades de ser do ser-á que, por sua vez, projeta suas possibilidades como sua compreensão prévia (pré-compreensão)? A linguagem (BARRETTO, PRADO, LEITE, 2019, p. 05).

Na pesquisa, a conversação se dá a todo tempo entre o pesquisador, o campo e seus participantes, tecendo-se através das narrativas que se reúnem para dizer algo sobre o que se pergunta. O acordo se faz a partir de "uma interpenetração de dois ou mais horizontes que assumem a direção da pergunta, mantendo-se na abertura que já se é, na medida que resguarda o "não saber" (BARRETO, PRADO, LEITE, 2019), buscando envolver os aspectos que se

põem em jogo no tear das experiências. Assim, a compreensão acontece como fusão de horizontes (BARRETO, PRADO E LEITE, 2019).

Como fusão de horizontes, a conversação provoca e convoca ao diálogo de modo que as nuances da própria historicidade e da linguagem movimentam e colocam sob tensão os pré-conceitos abrigados na tradição de cada participante do jogo dialógico. O entrelaçamento com o diferente põe a experiência em interrogação. Os desdobramentos deste movimento ressoam na tessitura de novas interpretações que não se finalizam. O círculo aqui não se fecha, pois tem como destinação a abertura ao novo, ao imprevisível, ao tear de novos caminhos, histórias e interpretações.

A pesquisa sob olhar fenomenológico hermenêutico, ao modo de Heidegger e Gadamer, assim se apresenta como uma possibilidade de pesquisa que mobiliza compreensões sobre o sentido a ser desvelado nos fenômenos em campo. Busca fazer as interlocuções possíveis entre experiência e linguagem, pesquisador e participante, na fusão de horizontes demarcada pelo próprio diálogo em conversação, no qual se desdobra a possibilidade de novos significados perante a temática investigada.

3.2 Sobre os recursos metodológicos que nos guiam às narrativas

A narrativa é o modo mais próprio do homem se aproximar de sua experiência de ser narrador de suas histórias, sentimentos, sensações, aventuras e decepções, isto é, de tudo aquilo que lhe é singular em seu mundo de significações. O narrar, assim, abre-se ao desvelamento do sentido na história contada, tatuando-se na pele daquele que se deixa abrigar na compreensão.

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão – no campo, no mar e na cidade – é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o ‘puro em-si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIM, 1985, p.205, aspas do autor).

Para Benjamin (1985), a narrativa coloca os homens como tecedores de vida. Como artesões do viver, damos à narrativa novos significados e direções que nos apontam a um recontar, tanto das experiências vividas quanto de si mesmo. “(...) É assim que o sujeito dessa história descobre o sentido que se faz no todo de sua existência” (CRITELLI, 2012, p.71); a

singularidade de cada narrativa nos conduz à elaboração das compreensões que foram tecidas, sendo os recursos utilizados - o diário e as oficinas de criatividade - nossos fios condutores no entrelaçamento das histórias narradas, ouvidas e sentidas.

3.2.1 O Diário de Bordo

O diário de bordo se põe à mão como um recurso que me auxiliou no registro e produção desta pesquisa. O diário, nomeado nesta ciência como diário de campo, é utilizado na etnografia como importante instrumento para descrever as principais informações que se dão na investigação de um campo. Neste trabalho, por outro lado, o diário de campo é compreendido como diário de bordo, sem se findar no registro e relatório de informações e observações, mas se pondo como meio de apreensão da tessitura da experiência.

É desse modo que tal forma de registro transpassa um simples relatório descritivo; diz da experiência vivida de cada um, sem que nela tudo se exhiba pelo “mesmo estatuto; os ‘agoras’ cercam-se dos ‘já não’ que assinalam o que há de trânsito e pode haver de perda e de imprevisto” (FIGUEIREDO, 1997, p.10), desvelando o modo de ser humano numa temporalidade outra, não-cronológica. Escrever diários são momentos de criação de sentido, testemunhando-se como registro plural e único. (AUN; MORATO, 2012, p.123-124).

O diário se faz no momento de parada em que o pesquisador se dispõe a tecer compreensões sobre como as marcas dos encontros dados em campo o afetaram. Aqui, a experiência circunscrita na pele se faz tatuagem, criando paisagens únicas e experimentações diversas diante do que foi vivido. Como o momento de entrar em contato com as afetações, é também o que desperta a possibilidade de novas questões se tecerem e comporem o território de pesquisa. O diário se oferece, então, como espaço de repouso e possibilidade de criação.

Nesta pesquisa, os diários foram escritos com a finalidade de registrar a singularidade das percepções e afetações da autora deste trabalho, ao passo de cada encontro e desenrolar de histórias despontadas neste caminhar. Dentro do traçado metódico proposto, encontra-se como amparo para o desvelar de sentido do vivido, questionado e inquietado com o campo e suas peculiaridades, sendo um espaço para elaboração e compreensão.

3.2.2 “Viver não é necessário; o que é necessário é criar”: a oficina de criatividade como possibilidade de recurso de produção de dados

As oficinas de criatividade são uma modalidade de prática psicológica que se utiliza de recursos estimulantes à criação, mune-se de materiais artísticos e da linguagem plástica para possíveis intervenções e compreensões (CUPERTINO, 2001). As oficinas sugerem que a clínica possa acontecer de modo a quebrar com os ditames e entraves tradicionais, olhando para o espaço construído como de ação clínica psicológica na possibilidade de cuidado e práticas que desviem dos ditames racionalistas, e aponta o fazer abrigado na inventividade da ação, sendo a experiência colocada em diálogo com seus participantes (CUPERTINO, 2001).

Sendo este espaço de livre expressão e criação, as oficinas se sucederam, neste trabalho, em dois momentos. No primeiro, teve como tema “o que é o medicamento para mim?” e, no segundo, “a minha dor tem voz?”, ambos pensados e delineados em consonância com os objetivos deste trabalho.

Nesta pesquisa, a oficina é utilizada como recurso para um modo diferente de aproximação com a linguagem falada ao lançar mão de ferramentas que suscitam o sentido que há no habitar de cada experiência, seja narrada em fala, em forma, em traço ou em imagem. Põe-se em movimento a própria existência na experiência em cena. Os recursos plásticos (a arte na poesia, no papel, no desenho ou tela) se tornam possibilidade de encontro com o novo, consigo e com uma transformação possível. Criar é abertura ao poder-ser de um existir que não se fecha ou se delimita, mas que se move à invenção da novidade que há na aventura de poder experimentar a própria vida.

Concebemos a Oficina de Criatividade, então, como um campo para experiências, como um campo no qual possamos nos fazer e refazer a partir de uma experiência. Não aquela rançosa e congelante, a do despontamento progressivo em direção à totalização e às impossibilidades, mas a outra, vívida e transformadora, a experiência do diferente (CUPERTINO, 2001, p. 211-212).

A proposta da oficina de criatividade como recurso possibilita, portanto, um espaço clínico de invenção, perpassado pelos afetos expressos na arte em produção; um espaço de entrelaçamentos entre as histórias de vida e as criações que retomam vidas e despontam na busca por novos horizontes.

3.3 Em descoberta do campo e seus participantes: “O cheiro de café, cores opacas, barulhos diversos”

A começar de um registro feito em diário, que diz de algumas marcas deixadas pelo campo, inicio este subtópico com o que possibilitou a aproximação com meu horizonte de

destino.

Apresentar-se ao campo é lançar-se em uma aventura. Não há como prever ou predizer o que lá será visto ou compreendido. Os primeiros passos dados nessa aventura tiveram como destino uma Unidade Básica de Saúde da Família, em um município do agreste pernambucano. Vale salientar que a escolha do território de pesquisa se deu na articulação entre a pesquisadora e os componentes da gestão municipal, visto que já estivera inserida anteriormente enquanto residente no referido espaço e município, através da Residência Multiprofissional em Saúde. Após a aprovação em comitê de ética da Universidade Católica de Pernambuco, de número 03241618.1.0000.5206, em Novembro de 2018, deu-se o início da pesquisa.

A unidade escolhida possuía, em seu quadro de funcionários, residentes em saúde da família que compunham a equipe NASF do território e com os quais se fez possível uma melhor articulação da pesquisadora. Os profissionais se disponibilizaram a serem pontes para o encontro com o campo. A inserção também se deu a partir da participação regular em um grupo terapêutico sobre "dores crônicas" - assim nomeado pela equipe - durante um mês, em que foram possíveis a observação e o direcionamento do convite para participação na pesquisa às pessoas que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão que haviam sido estabelecidos.

Dentre os critérios, foram incluídos usuários(as) adultos na faixa etária de 25 a 70 anos, vinculados ao serviço e que estivessem sob uso de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos. Aqueles que estavam sob uso do medicamento há um período inferior a um ano foram excluídos deste estudo, bem como aqueles que sinalizaram não desejarem ser colaboradores.

Com ambos os critérios, pude me colocar ao encontro dos participantes. O grupo em que me inseri se realiza semanalmente na sala de espera para consulta da unidade, é organizado e conduzido pelo fisioterapeuta residente do NASF e o público que frequentava era diverso. Havia a presença em grande maioria de mulheres, como também a presença menos frequente de crianças e adolescentes, muitas vezes, trazidas pelas próprias usuárias. Em menor número, homens também frequentavam o grupo, assim como os profissionais da própria unidade, tais como os agentes comunitários de saúde.

Ao passo em que acontecia cada participação nos encontros do grupo, o vínculo passou a se fortalecer com a aproximação entre a pesquisadora, os colaboradores e os trabalhadores da unidade. É relevante destacar que apresentamos e informamos sobre a pesquisa a todos os atores apresentados desde o primeiro dia de inserção no campo.

Realizado o convite para contribuição com a pesquisa, articulei com as mulheres interessadas o dia e horário possível à presença de todas. No dia combinado, compareceram seis usuárias que confirmaram estar de acordo com a proposta através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se mostraram disponíveis para o cronograma das duas oficinas que foram combinadas neste primeiro momento. Ressalto que esta pesquisa não tinha de início como público-alvo as mulheres, tornando-se um importante fenômeno a ser observado.

Mulheres, usuárias de medicamento ansiolítico e/ou antidepressivo, mães, cuidadoras, esposas, donas de casa, costureiras. Juntas, embarcamos na aventura do tecer histórias. Apresento-lhes, assim, as minhas companheiras de viagem:

Tabela 06 - Informações das Colaboradoras

Nome	Idade	Ocupação	Medicamento	Queixa Principal	Tempo de uso	Nível de Instrução	Religião
Madalena	52 anos	Costureira e Dona de casa	Amitriptilina (antidepressivo)	Fortes dores de cabeça e no corpo que não tinham explicação	Toma há mais de 3 anos	Ensino fundamental incompleto	Católica
Adelina	59 anos	Dona de casa	Fluoxetina (antidepressivo) e Clonazepam (ansiolítico-benzodiazepínico)	Transtorno pós-traumático Depressão	Toma há 8 anos	Ensino médio completo	Católica
Amélia	59 anos	Costureira, consultora de cosméticos e cuidadora	Mirtazapina (antidepressivo)	Nervosismo, ansiedade e choro intenso	Toma há 10 anos	Ensino médio completo	Católica
Flaira	38 anos	Dona de casa	Amitriptilina (antidepressivo), Floxetina (antidepressivo), Diazepam (ansiolítico-benzodiazepínico)	Depressão e ansiedade	Toma há mais de 10 anos	Ensino fundamental incompleto	Evangélica
Tereza	65 anos	Costureira e dona de casa	Clonazepam (ansiolítico-benzodiazepínico)	Agitação e nervosismo	Toma há 5 anos	Ensino fundamental incompleto	Católica
Damiana	58 anos	Costureira	Amitriptilina (antidepressivo)	Chora por qualquer coisa	Há mais de 1 ano	Ensino médio incompleto	Evangélica

Os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar o anonimato das colaboradoras. Inspirados em nomes de artistas mulheres pernambucanas, foram pensados de maneira a oferecer ainda mais destaque às manifestações artísticas enquanto recurso de potencialidade de vida e expressão.

É nesse espaço de criação e invenção que, então, direcionamo-nos ao acontecer das histórias narradas, impulsionado pelos presentes horizontes neste campo de pesquisa. Cheios de anseios e lançados ao desconhecido, seguimos no que diz Pompéia e Sapienza (2014): “a existência se situa na abertura do que ainda não é, na abertura do sonhar”. (p.18), e é na possibilidade de perceber o ato de sonhar como nosso combustível que nos aproximamos da experiência contada em cores, papéis, figuras e traços, atentando ao que nos será contado.

4 ACOLHENDO EXPERIÊNCIAS QUE DESVELAM HORIZONTES: interpretando narrativas

A simbologia da colheita nos remete aos processos da vida. Toda colheita tem começo, meio e fim. Primeiro, prepara-se a terra. Ara-se, molha-se, aduba-se e jogam-se as sementes. Eis que, o que era só terra, começa a ganhar vida; vida germinada a crescer diante dos olhos de quem cuida. É o espetáculo que vai transformando a paisagem e os anseios de quem aguarda o tempo da colheita. O tempo passado, de espera e expectativa para a colheita, também muda o homem que está a observar. Ele fica à mercê das intempéries do tempo, da terra, da vida. Esse tempo de espera o convoca a refletir que nada pode ser premeditado quando lançado à destreza e grandeza da natureza, pois ela guarda um mistério, o qual nós reles mortais, não conseguimos alcançar. Mas participamos dele. Ao final do tempo de espera, há assim, o tempo da colheita. E a paisagem, então, vai mudando de forma. A tão esperada colheita acontece, e junto com ela, colhem-se sonhos, esperanças, histórias. A narrativa da colheita se une à narrativa da própria vida, em que colher é mais do que o ato de retirar, subtrair, explorar. Colher é possibilidade de mudança, algo novo surge. Homem e terra são transformados. Ao colher, o homem se aproxima de um sonho, e ele então o vê germinar. Com o final da colheita, a natureza em seu mistério nos lembra que o seu fim é apenas o início de outra, ao ponto que, aquele que colheu, recolhe para si a esperança de um novo começo a cada ciclo terminado (Diário de Bordo da pesquisadora).

Não há como prever como se dará uma colheita, assim como não há como prever o fim de uma jornada (seria o fim?). E ela se dá pelas imprevisibilidades infinitas. Ao viajante, porém, delegam-se as surpresas da aventura!

É neste sentido que me disponho a estar junto com minhas companheiras de viagem. Neste capítulo-narrativa, as histórias contadas são a nossa bússola. A cada direção tomada, posso recolher o sentido desvelado pelas minhas colaboradoras em relação às suas experiências enquanto usuárias de medicamentos psicotrópicos em seus contextos de vida e cuidado no SUS.

Nesta análise, assumo o tom narrativo em primeira pessoa do singular e do plural, na intenção de me afastar de toda e qualquer impessoalidade que suponha “neutralidade”, de modo a irmos na direção contrária das explicações e categorizações que são dadas às falas no que é comumente produzido cientificamente.

Assumir este outro movimento, entretanto, é mobilizador, angustiante e desafiador, visto que, no momento contemporâneo, “é como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências” (BENJAMIN, 1989, p. 02). Neste movimento, o ato de escrita é desbrava(dor) e se torna, ele mesmo, imprevisível. É criação. Sem rotas *a priori* definidas, a aventura de pesquisar é a aventura do próprio existir (de estar lançado ao mundo).

Para mim, iniciar uma pesquisa sempre me desafia a alcançar um novo horizonte de possibilidades ainda inominadas. Encontros e descobertas perante à novidade, à surpresa, ao conhecimento, ao outro, ao próprio mundo e a mim mesma. Eu, sendo meu ponto de partida, de vista e de fim, lanço-me ao desatar de nós que me ajudarão a tecer uma nova história perante ao mundo e ao que me proponho como objetivo nesta caminhada.

Deste modo, debruçar-se sobre os registros das oficinas é um novo momento de diálogo e encontro entre a narradora e suas participantes. As narrativas, enquanto desveladoras de experiências de vida, nos provocam a ir além do que é comunicado e informado, uma vez que narrar é uma arte capaz de nos envolver em histórias surpreendentes (BENJAMIN, 1989). **Madalena, Amélia, Adelina, Tereza, Damiana e Flaira** são minhas companheiras de aventura, compartilhando as experiências e afetos aqui tecidos. Junto a elas, lanço-me aos entrelaçamentos que envolvem essa trama, e convido você, leitor, para se lançar junto a nós rumo à aventura no mar de histórias e acontecimentos que agora se inicia!

Na presente análise, caminharemos neste quarto capítulo para a primeira oficina, nomeada “O que é a medicação para mim?” e, em uma segunda etapa, debruçaremos-nos na segunda oficina, “minha dor tem voz?”. A tessitura se dará, a partir de diálogo via narrativa entre pesquisadora, participantes e teóricos, como dito anteriormente, partindo da visão de homem oriunda dos pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, os indicativos formais que nos direcionam a uma conversação (e não aplicação) entre a Psicologia e a Filosofia.

4.1 “(...) porque quando a gente toma esse remédio, a gente não sonha. Não sonha de jeito nenhum...”: retalhos de um primeiro encontro.

O ambiente se mostrava clássico de uma unidade básica de saúde: uma casa velha, com paredes brancas manchadas, cadeiras de plástico e cartazes das campanhas principais de saúde e de vacina espalhadas por todos os lados. O iniciar daquela tarde se pôs cheia de expectativas. Entrando em contato com aquele espaço velhas sensações, inclusive velhas frustrações, me movimentaram e inquietaram. Como fazer diferente diante de um espaço que parece engessar e cristalizar o criativo, o sonhar, congelando as possibilidades de (re)existência que ali possui? Me debruço sobre um inquietar que se direciona a acolher as compreensões de cada coisa que poderá ser vivida/sentida durante esta semana. Espero que eu consiga junto a elas reencontrar o som de vozes que ali ecoam, mas que logo se perdem em meio aos barulhos e ruídos enclausurados nas dimensões daquele espaço, para que assim possam dar cor novamente ao território de vida que as atravessa. (Diário de Bordo da Pesquisadora).

Diante dos barulhos e movimentações, característicos de um dia comum em uma Unidade de Saúde, sou recebida por minhas colaboradoras com sorrisos largos e curiosidade.

Ao nos recolhermos em um espaço pequeno localizado no primeiro andar da Unidade, cedido para a realização daquele momento, ponho-me a acolher as mulheres que se organizavam em roda ao redor da mesa. Em reunião, colocamo-nos. Nesse primeiro momento, estão à mão os papéis, tintas, lápis e canetas dispostos a dar vida aos sentidos que poderão se colocar com a pergunta-norte de nossa primeira oficina de criatividade, “qual o sentido do medicamento na minha vida?”.

Quando pensei na proposta de utilizar, como recurso, as oficinas criativas, minha intenção primeira era mostrar a potência deste modo de se aproximar das narrativas num espaço cujo trabalho em grupo é preconizado e importante. A oficina é atravessada pela invenção e pela criação de possibilidades de expressão, mas também de ação diante do narrar posto em cores. Como nos diz Pompéia e Sapienza (2014), “ser tocado” pela arte diz de uma profunda relação entre arte e existência, em experiência que se desvela na intimidade experimentada no encontro com a obra, pois “a obra de arte diz respeito a cada um de nós (...)” (POMPÉIA; SAPIENZA, 2014, p. 28).

Levo, assim, a proposta. Diante da pergunta lançada (“qual o sentido do medicamento na minha vida?”), elas poderiam se sentir à vontade para usar dos recursos colocados livremente sobre a mesa. Puseram-se em produção. Primeiro, o estranhamento. A sensação era de observar os primeiros passos de alguém em relação a algo, como uma criança quando se depara com o mundo e quer descobri-lo. Enquanto algumas acariciavam os papéis como um modo de se apresentar ao que poderia ali ser construído, as demais já exploravam os materiais. Parecia-lhes um mundo novo, cheio de coisas familiares que lhes convocavam a outro sentido a ser ali produzido. “*Fazer arte aqui*” foi a expressão usada por **Adelina** ao impor a caneta junto com o papel para perto de si. Observei aquela cena e me inquietei ao pensar que a possibilidade de “fazer arte” ali, naquele singelo espaço, poderia se dar como um “(re)fazer de vidas” - ou melhor, um recontar de histórias.

Ao se deparar novamente com a pergunta feita por mim, **Madalena** diz “*Olhe, é uma droga! eu tomo porque preciso, mas eu não indicaria pra ninguém, se fosse por mim mesma, eu não tomaria de jeito nenhum...*”, olhando para seu rosto era possível sentir o tom de raiva no contorcer de suas expressões e na exaltação de sua voz. Ao se referir à droga que consome (e que a consome?), **Madalena** nos fala de um lugar de sofrimento que não cessa com a presença dos medicamentos, tornando-se, inclusive, mais um motivo de seu sofrer quando se percebe dependente desta condição. A fala de **Madalena** parece nos revelar um incômodo trazido nas marcas de como ela se permite olhar para sua situação; a mesma usa amitriptilina

(antidepressivo) há mais de três anos, e sinaliza que a prescrição do médico se deu por conta de fortes dores de cabeça e no corpo que não tinham explicação. Assim, ela nos aponta para algo muito importante: o silenciamento de suas vontades, “*por mim mesma, eu não tomaria de jeito nenhum*”. Por que sua vontade não é ouvida?

Ao não encontrar explicação para o que sente, ela esbraveja: “olhe, é uma droga!”, colocando para fora sua insatisfação e desgosto por ser refém de algo que não consegue entender e ninguém consegue lhe explicar (ou não lhe esclareceram mesmo); assim, fica aprisionada. Madalena se torna, então, refém duas vezes: de si mesma, ao expressar o seu corpo adoecido e atravessado por emoções suas que não encontram espaço nem ouvidos; e de um sistema, que reproduz padronizações no encarceramento de vozes e emoções sob prescrições impositivas.

Tereza, ao ouvir **Madalena** compartilha:

“Eu fiquei doente também, Aí eu fui interna lá pra Recife. Aí depois que ele fez o exame de sangue, ele viu o que eu não tinha nada, aí ele passou a medicação, aí eu tomo pra melhorar. Mas é isso, né? A gente tem que tomar. Inclusive o que o médico mandar. Copiado o que ele mandar.”

Aqui, mais silêncios. Parece não haver o poder de escolha. Sua autonomia é negada diante de uma figura de poder que não permite que ela se olhe e se perceba em suas necessidades. O modo como são percebidas e olhadas refletiria também (n)o modo como se olham? As falas sinalizam os modos como o cuidado é sentido em sua vida. Sem questionamentos ou dúvidas, o entorpecimento da dor se une ao entorpecer de sua própria vontade e fala.

O poderio médico, embasado no saber biomédico, atravessa as falas de **Madalena** e **Tereza** e se mostra internalizado, inquestionável. Vê-se que banaliza o corpo que é subordinado a um saber-poder, que dita e regula vidas. Neste cenário, traz-se um corpo que responde e abriga as imposições postas pelo saber cartesiano, delineando-se a partir das infinitas especialidades e explicações dadas ao adoecimento, no reforço de olhar para o homem como um corpo máquina, adaptável e passível de controle. (NUNES; PELIZZOLI, 2011).

Na tentativa de nos afastar do referido paradigma e questionar a compreensão tecnicista, que põe a saúde como um bem de consumo a partir da analgesia que, como vemos, impõe-se, é importante, enfim, ouvir as reais solicitações nas demandas provenientes do sofrimento, e criar espaços que se voltem a olhar a saúde como “(...) um problema da existência de cada um de nós, na medida em que diz respeito à nossa disposição primeira e

mais imediata na vida” (DELIBERADOR, VILLELA, 2010, p.227).

Ao trazer uma importante reflexão sobre o domínio da razão no saber científico, Heidegger (2018), em ensaio publicado em 1954, “A questão da técnica”, convoca-nos a questionar como o modo cientificista de pensar homem e mundo vai ganhando novas roupagens diante dos avanços tecnológicos presentes no horizonte de vida humana já naquela época, o que veio a denominar, por fim, como a Era da técnica. Para Heidegger, a questão não é sobre a técnica em si ou sobre o avanço alcançado, não é sobre colocar todos os avanços permitidos pela ciência como algo negativo, e sim sobre a nossa ausência de questionamento, o que reforça a posição do homem de senhorio absoluto, detentor da razão e do controle frente aos utensílios tecnológicos, exercendo uma relação de dominação tanto para com estes quanto para com o mundo e a vida.

A reflexão heideggeriana não implica nem requer, portanto, a supressão da tecnologia, da ciência ou da modernidade; ela quer apenas chamar a atenção para a possibilidade incerta e imprevisível de uma relação mais livre para com as determinações essenciais de nossa época, suscitando a co-existência e a emergência de novas formas de desocultamento. Em uma palavra, o pensamento heideggeriano quer nos provocar a reconhecer outros sentidos possíveis para nossa existência moderna, técnico-científica. (DUARTE, 2010, p.21).

Suscitar esse olhar pode alertar o homem para o questionamento necessário em relação ao uso da técnica e seus perigos, que podem se tornar devastadores para si, para natureza e para o mundo.. A técnica é o instrumento, ou o conjunto de instrumentos, através do qual se espera atingir determinado objetivo, combinando elementos que propiciem esta chegada, isto é, um meio para um fim.

Deixamos os objetos técnicos entrar no nosso mundo cotidiano e ao mesmo tempo deixamo-nos fora, isto é, deixamos repousar em si mesmo como coisas que não são algo de absoluto, mas que dependem elas próprias de algo superior. [...] Nessa atitude já que não vemos as coisas apenas do ponto de vistas da técnica. Tornamo-nos clarividentes e verificamos que o fabrico e a utilização de máquinas exigem de nós, na realidade, uma outra relação com as coisas que, não obstante, não é sem sentido. (HEIDEGGER, 1959, p.24 apud BARRETO, 2013, p.45).

Para tanto, Heidegger (2018) resgata na filosofia dos antigos gregos o sentido original do termo técnica - pensada como a “essência da técnica” (*techné*) - que está no desocultamento das coisas (*deixar surgir*) como meio de vislumbrar sua dimensão original, um trazer à luz que desvela sentido. A essência da técnica pode, então, ser entendida como desvelamento da verdade em seu sentido original (*aletheia*), acessada por um produzir, um fazer artesanal que é *poiéses* (*deixar trazer à luz*) e abertura para a criação de sentido. (BARRETO, 2013, grifos da autora).

Deste modo, ao se depararem com esse espaço de fala e debruçadas sobre suas produções (*poïeses*), aquelas mulheres trazem à luz, a cada traço dado no papel, seus lugares de invisibilidade em relação à própria dor. No desenvolvimento da atividade, percebi que muitas se colocaram a escrever. Escreviam por todo o papel, algumas desenhavam, e outras desenhavam e escreviam. Enquanto pensava sobre o que iria colocar no papel, **Adelina** me encara e diz:

Adelina: Olha, eu acho que eu vou ter que desenhar uma cabeça! (Risos). Porque tudo parece que vai pra cabeça! Como eu faço? Desenho a bolinha com dois olhinhos... uma cabeça...

Amélia: Todo mundo tá achando que é coisa da cabeça!

Adelina: Eu tô achando também, mas... Será? Pode ser, não sei... é o que passa na cabeça da gente...

Amélia: Eu coloquei a cabeça mesmo porque tem gente que diz que é coisa da cabeça da gente. Muita gente comentando, dizendo que é psicológica... E todo mundo diz que o psicológico é da cabeça.

A cabeça, enquanto membro descrito e desenhado no papel, parece nos dizer sobre o afastamento e a invalidação do que se sente diante do que é pensado e dito (ou imposto) sobre o sofrimento. Será que se apropriar do sofrimento é algo delegável a processos mentais que nos explicam sobre o que sentimos? Nossas emoções são reduzidas às explicações sobre sinapses e substâncias que carregam a equação correta do que é a raiva, a tristeza, o medo... Mas calma! Não é que tais processos e explicações não sejam válidos, pois são! O problema é que se sobreponham e reduzam o que somos às lentes de uma racionalidade redutiva e biologicista. O sentir é racional? Que dimensão é essa que procuramos afunilar em lentes científicas?

Além disso, a dificuldade de acolhimento e compreensão do sofrer despontado nas situações de nossas vidas gera uma aflição, que passa a ser reduzida ao “psicológico”. O que seria, então, esse psicológico? Aqui, o psicológico estaria se colocado como uma entidade psíquica e cognitiva geradora de sintomas ou seria ele a possibilidade de enquadrar “a agonia” sentida e mostrada em uma categoria diagnóstica?

Vimos uma modernidade que propõe um modelo de cisão mente-corpo e que fracassa na tentativa de capturar o homem reduzindo-o em explicações. O reflexo da relação tecnicista que vivenciamos se apresenta, como já vimos, nas diversas ciências, mas também se reproduz nos discursos e modos como pensamos a vida e o mundo diante dos acontecimentos que se põem. Assim como questiona **Adelina**, “(...) *mas... Será?*”, questiono eu: será que esse

movimento dá conta do existir humano? Será que ainda podemos delegar à pura ciência a compreensão de fenômenos como o sofrimento e suas manifestações? Quais as consequências de encerrar a existência em explicações?

Ademais, ainda é importante questionar se “*todo mundo tá achando que é coisa da cabeça*” traria, de algum modo e mais uma vez, invisibilidade ao que é sentido e experienciado por essas mulheres? Sabemos o que é comumente dito em nosso cotidiano, quando tentamos comunicar sobre os nossos sentimentos e afetações sobre o mundo em que vivemos, em que expressões como a de **Amélia** (“*[...]que é coisa da cabeça*”) nos são colocadas. As diversas manifestações da dor, principalmente dadas em patologias psíquicas, são relegadas ao lugar do estranho. Ao não conseguir compreender o que se passa e sente, buscamos as explicações ou colocamos no lugar de exclusão não apenas os nossos incômodos diante de quem sofre, mas nos afastamos e buscamos anular a nossa própria condição de sentir e (ser) ser humano.

Dito isso, é possível vermos que o mal-estar observado em nossa época é permeado por indagações do próprio homem em busca de um sentido para a vida e para os acontecimentos à sua volta. O sofrimento se torna território de incômodo na sociedade atual. Deste modo, a angústia provinda do desamparo despertado pelos modos de viver contemporâneos, faz-me questionar: até que ponto esse cenário pode estar privando o homem de olhar para si?

Assim, questiono **Adelina:**

Pesquisadora: Então, o que a senhora sente que é?

Adelina: Sei não, sei não... Eu acho que não... né cabeça não, é necessidade mesmo...

Pesquisadora: Necessidade de quê?

Adelina : De se acalmar... eu acho... sei lá...Porque assim, meu problema maior é o aperto no sono, entendesse? É tentar dormir e não conseguir.... Fico a noite toda matutando, no outro dia eu fico a ponto de endoidar. Já foram três, quatro dias quase, que eu já fiquei sem dormir!... ou eu tomo esse negócio ou dá uma angustia, uma vontade de chorar... muito ruim... (se emociona e começa a chorar)

Pesquisadora: Como é sentir isso?

Adelina: Sei lá! Eu fico nervosa... se eu dormisse a noite todinha talvez não ficasse nervosa...eu tenho meus problemas...,mas eu digo, o problema maior tá em casa. Eu digo isso. Elas sabem, Madalena mesmo sabe... que minha filha tem dois problemas seríssimos, e há muito tempo eu já vinha vendo o problema dela, e ultimamente tá pior. Quer dizer, é nela, não sou ela, mas vai em mim, tá entendendo? Porque você ter um filho e o médico dizer que a qualquer hora ela pode ou paralisar ou apagar...! Você não fica satisfeito. Ele disse que pode ser amanhã ou daqui a cinco anos. Mas a gente que é mãe... tá entendendo?...

Solidão... É o que sinto ao me aproximar da narrativa de **Adelina**, no seu olhar emocionado e revelado no rosto tomado pelas lágrimas e que, ainda assim, velava a dor que teima em não querer sair; procurou engolir o choro, lutou com seus sentimentos e buscou se esconder com a cabeça baixa. No compasso, sua voz diminuía de tom a cada palavra sofridamente dita.

Lembro-me agora de uma música de Alceu Valença (composição de Alceu Valença, canção: Solidão, 1984) que entoa: “*A solidão é fera, a solidão devora/É amiga das horas, prima irmã do tempo/E faz nossos relógios caminharem lentos/Causando um descompasso no meu coração*”. Vi os descompassos narrados por **Adelina**, desvelados na angústia de um corpo cansado por não descansar, no qual a “dor de existir” se manifesta na experiência da finitude.

Heidegger, em sua analítica da existência, diz-nos que o ser do homem enquanto ser-aí, o *Dasein*, é projeto lançado no mundo em sua condição de poder-ser, [...] o *Dasein* “é sempre a sua possibilidade de”, motivo pelo qual pode escolher-se, ganhar-se ou se perder, fugindo ou se esquecendo de si mesmo, porque ele é, essencialmente, a “possibilidade *própria* de se apropriar” (DUARTE, 2010, p.353, grifos e aspas do autor).

Como seres de angústia, não há como escaparmos de nossa condição. A angústia, enquanto tonalidade afetiva fundamental, põe-se como um apelo à existência nos solicitando reinterpretar o mundo e nós mesmos enquanto seres em projeto. Desvela-se em mostrações, apontando para a “dor de existir” que nos atravessa enquanto homens, lançados na inospitalidade do mundo, pois “o ante-o-que da angústia não é nenhum ente intramundano, ao contrário, o ante-o-que da angústia é o ser-no-mundo enquanto tal”. (HEIDEGGER, (?), p.. 184 apud CASANOVA, 2018, p.28)”.

Mas por que a angústia se angustia? O que ameaça não é algo determinado ou um poder ser concreto e determinado. O “mundo” apresenta um esvaziamento radical de sentido; nada mais pode oferecer. Por isso, a angústia faz com que, na de-cadência ou impropriedade, não seja mais possível para *Dasein* entender-se a partir do “mundo” e no modo do impessoal, da public-idade. Ela remete o homem à sua singularidade, ao seu próprio poder-ser-no-mundo (VÁZQUEZ, 1999, p.151).

É diante da agonia em não saber como acolher o que sente e da angústia da perda possível de um filho, é no peso que há em ser mulher e mãe, que **Adelina** nos lembra o quanto a vida pode nos ferir e, ao não nos darmos conta do que acontece, a angústia vai se desvelando em movimentos próprios no corpo:

Aí junta tudo, mulher. É coisa psicológica, não sei o que... não sei não, só sei que eu sinto agonia, sinto as pernas tremer... e pra me acalmar eu me pego com Deus. A primeira coisa é me pegar com Deus. Aí gosto de ficar na minha casa, sozinha... faço um chá... um chazinho, um calmante... Erva doce, camomila... aí converso. Converso com as amigas. Aí vai acalmando... E de noite tomo meu remedinho. E assim vai, o dia vai passando.

As pernas tremem com o acelerar de suas emoções. Aqui, **Adelina** se faz presente. Ela mostra o que sente e se expressa na dor que se mostra em seus atos - não é qualquer dor, é a sua dor, revelada e encarnada nos próprios movimentos de seu corpo, seguindo os compassos de suas emoções.

Ela se aproxima de sua experiência encontrando caminhos para lidar com o que sente e chama a minha atenção quando diz: *“faço um chá... um chazinho, um calmante... Erva doce, camomila... aí converso. Converso com as amigas. Aí vai acalmando... E de noite tomo meu remedinho. E assim vai, o dia vai passando”*. Inquieto-me na sutileza que há no que aparenta ser fugaz, a fugacidade da própria vida. No seu ritual para “acalmar” a dor, ela e nós, deparamo-nos com a transitoriedade no viver que *“vai passando”*. Lembro-me de um trecho de *Na presença do sentido*, de Pompéia e Sapienza, que é tão caro a mim e diz: “Tudo passa. Mas passar também pode ser uma coisa assustadora, que aponta para a precariedade que diz que nada veio para ficar” (2014, p.58). **Adelina** nos provoca a pensar sobre o trânsito constante de experimentar a vida. Imersos na produção de saídas e meios para o que sentimos, não nos “tocamos” que a nossa existência é atravessada pelo transitório, marcada por desfechos e experimentações que não cabem em enquadramentos.

Em sua indeterminação originária, ser homem é se deparar com sua nadaidade, isto é, com o nada que o constitui. “Aquilo com o que a angústia se angustia é o ‘nada’ que não se revela em ‘parte alguma’. Fenomenalmente, a impertinência do nada e do ‘em parte alguma’ intramudanos significa que a ‘angústia se angustia com o mundo como tal’” (HEIDEGGER, 2005, p.250).

Lançados numa familiaridade cotidiana, a angústia “retira” o ser-aí do mundo, que já não pode oferecer uma compreensão de si ancorada nas interpretações interpeladas na cotidianidade. A angústia abre o mundo como mundo e o ser-aí se vê confrontado em sua condição indeterminada da responsabilidade de ser em seu poder-ser mais próprio.

Ao ouvir a experiência de **Adelina**, **Madalena** se permite compartilhar:

Madalena: Olhe, melhor que o remédio, o que eu faço pra me acalmar é sumir! (risos)

Pesquisadora: Sumir? Como assim?

Madalena: Sair. Se eu pude ir pra casa de Adelina pra conversar...

Adelina: É bom... é...

Madalena: Conversar o que eu tô sentindo, no íntimo. Conversar uma hora, duas horas...

Pesquisadora: Como é poder ter esse espaço pra conversar?

Madalena: É bom né...mas é difícil...

Adelina: Com certeza!

Pesquisadora: Difícil falar?

Madalena: Eu acho, eu acho difícil... sei lá... Eu não me abro pra certas conversas. Eu falei no encontro passado no grupo (o grupo de “dores crônicas” que participam). Porque nem o povo de casa, que é pra compreender a gente, não compreende. Não quer escutar a gente. Aí quer a gente pra que? Só pra trabalhar? Pra ser uma escrava dentro de casa, né?! Aí é isso...

Suas palavras fazem barulho. Há um estraçalhar que conta agonias e tira as máscaras que revelam papéis cruéis de nossa sociedade. A sua fala atinge em cheio um corpo que dói e se deixa dolorir por aquilo que não consegue dizer. Em seu rosto, era possível ver alívio e consternação. O tom de sua voz estava firme, parecia não se importar mais com quem estivesse ali para ouvir. Ela precisava dizer.

Esse não lugar - de fala, de compreensão - também diz de um espaço social que oprime as mulheres ao relegado silêncio, ao esconder-se, ao baixar o tom da voz, ao não ser vista e/ou ouvida. Em uma sociedade patriarcal, o lugar histórico da mulher à procura de falar o que pensa ou sente é, muitas vezes, o espaço sem valor de excluída, de desimportante, de ser louca, o espaço da histeria e do exagero; “esse silêncio oprimente é reforçado pelo discurso médico no que se refere às doenças das mulheres (sempre consideradas eternas doentes) e ao seu restrito papel familiar.” (ANGELI, 2004, p. 243) .

Ao se falar em relações de gênero, estamos falando sobre formas de dar significado a relações de poder. Isto significa que o gênero não é apenas um critério de diferenciação e classificação dos seres e das coisas, mas, sobretudo, um sistema de desigualdade e assimetria que, hierárquico, traduz as relações de poder entre homens e mulheres.

Destacando os papéis de gênero que marcam nossa sociedade e, ainda, a condição social que os atravessa, vale-nos questionar como têm repercutido na saúde mental das mulheres. Carvalho e Dimenstein (2003, p.50-51), em sua pesquisa, refletem que:

A maioria das mulheres tem um cotidiano sobrecarregado de demandas e tarefas, que não é levado em conta no momento do atendimento, e o resultado é um número crescente de mulheres adoecendo e sendo submetidas ao uso de tranquilizantes como forma de suportar as dificuldades de seu dia-a-dia .

Além da sobrecarga de tarefas e papéis, mulheres são marcadas por histórias de violências inúmeras que atravessam suas narrativas. São histórias dolorosas de abandono e solidão, além dos contornos sociais cruéis nos quais, muitas vezes, podem se encontrar.

As marcas desses sofrimentos são escancaradas para algumas das mulheres colaboradoras nesta pesquisa. **Flaira**, ao passo em que todas produziam e interagiam, colocou-se, o tempo todo, na dedicação do que estava produzindo, sem muito interagir. Debruçada sobre o papel, era aparente a sua dedicação em escrever. Dizia: “se eu pudesse escrever sobre minha vida, eu faria um livro!”. Poucos foram os momentos que direcionou o olhar para as demais, seguia concentrada. A fala de **Madalena, porém**, mobilizou-a para além de seu lugar de escrita. A sua história marcada tão fortemente no papel (era notável a força que **Flaira** empunhava força ao escrever) logo se fez fala e pediu passagem ao interromper **Madalena:**

Flaira: Agora, posso falar? Aqui eu escrevi um pouco da minha história. Eu fiquei grávida aos vinte e um anos de idade. Saí de casa aos vinte um anos de idade. Eu engravidei pra sair de casa. E como mais velha a pressão caiu toda sobre mim. Eu tinha uma irmã e um irmão mais novos. Então tudo que acontecia de errado em casa a culpa caía toda pra cima de mim. Era uma pisa, era um tabefe, um beliscão. Eu lembro muito do beliscão da minha mãe, porque a unha dela era muito grande, tirava meu couro. (nesse momento se levanta para demonstrar e pega o próprio braço e puxa sua pele com força deixando a área bem avermelhada)

Adelina: Ui!

Amélia: Meu Deus!

Flaira: Então quando eu completei dezoito anos, eu disse “eu vou sair de casa”. Eu dei um empurrão na minha mãe, ela veio pra cima de mim e eu dei um tapa na cara dela. Aí ela disse assim “tu bateu em mim, tu bateu em mim”. E eu disse: “a senhora me bateu várias vezes”. E ela disse: “mas filho não pode bater em mãe”. E olhe, eu não me arrependo. Deus que me perdoe. Eu já pedi perdão a ele, não sei se ele me perdoou. Mas eu não me arrependo. Eu me lembro que lá, porque às vezes a gente quer fazer uma coisa... Vestir uma coisa... E aí minha mãe dizia: “tais parecendo uma cigana, uma louca”. Mas isso era minha personalidade, o meu jeito. Ela nunca me aceitou. Então quando eu conheci Saulo, meu marido hoje - foi como se ele fosse o primeiro que me aceitou, que me amou como sou (começa a chorar). É assim: aos vinte um anos saí de casa. Motivos: ter sido agredida por minha mãe. Minha infância foi muito turbulenta. Minha mãe só deixava sair de casa casada. Aí passei dois anos casada com essa pessoa estranha, que eu rezava pra amanhecer e rezava pra anoitecer (o primeiro marido). Quando chegava de noite, que ele chegava, eu passava a noite virada na cama, rezando pra chegar de manhã... Eu tive depressão pós-parto. A minha sogra veio pra me ajudar, como toda sogra deve ajudar, e acabou ela me maltratando. Me xingando... ela não fazia minha comida direito, botava sal, me fez muito mal...Sei lá, por medo da minha mãe. Aí eu engravidei. Eu hoje tenho cinco filhos e estou no segundo casamento.. Aí depois de Marvin, meu segundo,

devido, eu acho, ao cansaço, foi agravando mais as juntas. Quando eu fui na reumato ela diagnosticou logo a fibromialgia. Que fazem... foi em dois mil e quatorze... ela passou na época só o sertralina (antidepressivo). Ela me indicou pra psicólogo... Psicólogo e psiquiatra... Aí comecei a fazer Psiquiatria na Secretaria de Saúde. Psicólogo até hoje eu não fui chamada.

Licença. Dentre os muitos significados da palavra, venho destacar: “ato pelo qual se concede a alguém a faculdade de fazer determinada coisa; permissão, consentimento” (DICIO, 2020). Assim, ela nos diz: “*agora posso falar?*”

Flaira nos pede licença em seu ato documentado, escrito com dor e, no entanto, ganha brilho em seu olhar e em seu falar com palavras que ecoam sua permissão em mostrar sua história. Marcada por uma vida de violência e negações, **Flaira** diz de sua dor de não ser vista, aceita e mesmo amada, a dor sangrada num corpo machucado. Uma alma ferida.

A violência que perpassa sua história de vida é denunciada na cronicidade de sua situação, reveladas no diagnóstico de fibromialgia e no uso crônico do medicamento há mais de oito anos. Além do mais, como nos diz Zanello (2015, p. 242) “ser mulher em uma sociedade profundamente patriarcal leva um número desproporcional delas a entrar em colapso”. Isso porque, segundo a autora, a ausência de alternativas e de dialética para o “ser mulher” aprisiona sua vida “num estado de impotência lamuriosa” (GARCIA, 1995, p. 117 apud ZANELO, 2015, p. 242).

As compreensões apresentadas comunicam, nas nuances, as situações que intensificaram seu sofrer e, ainda, prejudicaram-na em sua liberdade ao se encontrar subordinada às determinações sociais delineadas, vendo-se refém de alguém (seu primeiro marido) que, possivelmente, perpetuou o ciclo de maus tratos anteriormente vivenciados. Infelizmente, histórias como a de **Flaira**, marcadas por violência, negligência e abandono, são comuns e se repetem no cotidiano de escuta das Unidades Básicas de Saúde. Ela me fez recordar de tantos rostos e narrativas que, por diversas vezes, atravessaram a minha caminhada até esta pesquisa, que me mobilizaram e ainda mobilizam a estar neste caminho que me levou à questão proposta neste trabalho.

Flaira também nos leva a perguntar: como ouvir? Como encontrar novos modos de cuidado a partir da escuta? Aqui, há uma solicitação de espaço para falar, para dizer o que se sente, para cuidar. Os silenciamentos vivenciados são inúmeros, desde a sua casa até a própria Unidade de Saúde, com os profissionais que a acolhe, e em uma sociedade em que os silêncios impõem papéis duros e, por vezes, insuportáveis.

Vemos, a partir de sua busca por ajuda, também a dificuldade no acesso. O cuidado em saúde mental é delegado, muitas vezes, ao uso exclusivo de medicamentos, escancarando

as nossas lacunas, as faltas e muros ainda impostos.

Diante das dificuldades diárias de uma rotina de tarefas e exigências, tendo seus sentimentos, histórias e direitos violados, e a defasagem na oferta de cuidado, essas mulheres encontram, nos medicamentos, o lugar de conforto da dor. Assim, ponho-me a refletir: como podemos desatar as amarras, burocracias e muros do sistema e proporcionar cuidado a essas mulheres? Como desatar nós que migrem, então, para a liberdade?

Inquieta em minha afetação com sua história, olho para **Flaira** e, naquele momento, percebo que, desde que soltou os lápis com os quais escrevia, rapidamente trouxe para as mãos os dois potinhos de remédio que havia levado. Assim que chegou à oficina, a primeira coisa que fez ao sentar foi tirar cuidadosamente de sua bolsa os dois potinhos com os medicamentos. Perguntou se poderia colocá-los em cima da mesa, de modo central. Assenti e ela assim o fez. Aquilo me chamou atenção. Ao vê-la novamente inquieta com as mãos ao falar e, por vezes, mexer e direcionar o olhar para aqueles dois potinhos, apontei-os e lhe questionei: “*e o que eles significam para você?*”.

Flaira: Bem... Não queria ter que tomar!

Pesquisadora: E como seria não tomar esses remédios?

Flaira: Estar curada, né?

Pesquisadora: E como é estar curada?

Flaira: Eu não precisar deles! E eu não preciso deles... Eu durmo a noite todinha. Eu sonho... porque quando a gente toma esse remédio, a gente não sonha. Não sonha de jeito nenhum... Quando eu fui pro médico e ele me passou eu fiquei arrasada. Eu não quero depender disso. E eu... Quando ele disse ‘você não pode ficar sem tomar essa medicação’, eu disse ‘eu posso, eu posso sim, porque eu posso tudo naquele que me fortalece!’

Flaira, em seu grito, diz “eu posso, eu posso sim...”. Diz quase se levantando da cadeira, como um sinal de que não irá desistir de sua luta e sem pretensões de continuar sendo ignorada em sua vontade. Viver não seria um ato de luta contra as amarras impostas? Seria a vida possível sem desvios? Não poderiam, os desvios, serem os nossos pontos de encontro com algo maior? Conosco mesmo?

“A gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver não é muito perigoso?” pergunta Guimarães Rosa (1994, p. 43) – E aqui questiono: ousar outro caminho não é muito perigoso? Sim, se é! Mas talvez valha a pena construir desvios e pontes até um horizonte possível em sua diferença, a fim de acolhermos o que se desponha nas solicitações feitas pelas minhas companheiras.

Ao nos contrapormos, podemos desbravar novos caminhos que possibilitem a(os) usuárias(os) dos serviços de saúde o lugar de autores em relação às suas vidas, seus cuidados

e aos espaços que habitam, saindo da posição de “submissão” sem questionamento, imposta pelos grilhões a serem reproduzidos em relações de dominação, para um lugar próprio de ações empenhadas em transformações. Não poderíamos, então, abandonar o olhar que estaciona no homem-máquina e privilegiar, a partir daqui, o homem no acontecer de suas experiências? Como desenhar estes caminhos em conjunto com as(os) usuárias(os) dos serviços?

O imprevisível se torna familiar para quem trabalha neste espaço. E, ter que se reinventar em meio a tantos percalços e dificuldades, se torna muitas vezes difícil pelo cansaço deveras acumulado e não cuidado. Os barulhos que se misturam em uma unidade de saúde sempre ficam congruentes com os barulhos internos, mas o calar-se e o silenciar vão se tornando mais difícil. É urgente pensar em saídas, o pensar em construir pontes para acolher as demandas referidas e assim poder compreender os processos que se dão ali. É possível a mudança, já que ela movimenta-se também a partir de mim, pois como bem diz Guimarães Rosa: “O senhor sabe o que é silêncio é? É a gente mesmo, demais”. (Diário de Bordo da Pesquisadora).

A oficina segue, agora. Atenta, continuo a ouvir. **Flaira, Madalena e Adelina**, logo se apressam ao mostrar o que fizeram. E elas seguem mostrando suas produções:

Madalena: Eu coloquei... O remédio veio na minha cabeça... coloquei isso porque eu acho também que é coisa na cabeça... E o coração também, porque a pessoa se acalma, né? Na verdade, meu coração acelera às vezes...

Pesquisadora: O que faz seu coração acelerar?

Madalena: Não sei, eu acho que nervosismo... Quando eu tenho coisa pra fazer... Quando tem gente em cima de mim...

Adelina: É porque tem gente lá direto comendo o juízo dela! Eu mesmo sou uma! (Risos)

Madalena: É verdade! (Risos). É muita coisa pra fazer, é casa pra limpar, é gato pra pegar, é...Vixe... é muita coisa pra fazer, tudo em cima de mim. O povo quando vai pra lá, meu filho mesmo, não sai do canto. Quer tudo, mas também não faz nada. Aí é muita coisa...

Adelina: Eu também tive um período muito ruim, que precisei tomar muito remédio, mas desmamei, graças a Deus. E foi a morte de meu pai, ele foi assassinado. E eu não sabia o que fazer. Aí fui desmamando. Aí teve uma hora que ele passou cartela nova, e eu disse, “mas o senhor não tá me desmamando? ”, e ele disse “é que esse você só vai tomar um quartinho”. E eu disse “pronto”. Eu tenho essa receita até hoje dentro da minha bíblia. Só tomei uma, e não precisei mais. Mas aí sofri um acidente de carro, que já vai fazer oito anos, aí eu voltei e não desmamei mais. Porque não só acarretou... A virada, né? Fiquei com estresse pós-traumático que disseram. Esse acidente que continua essas coisinhas na minha cabeça...,mas essas coisas vêm acontecendo comigo, né? Minha menina não tá conseguindo andar... Aí veio essa outra coisa, que ela a qualquer momento pode ter uma parada... É que a gente, ser humano, é uma porcaria, eu fico pensando nisso. Se eu perder o sono, é o que vem na minha cabeça... Mas o senhor tá aí, ele vai curar a minha filha! Ele vai curar (inicia uma voz chorosa). Eu queria qualquer coisa que me aliviasse, sabe?

Minha voz embarga junto a elas. Acolher suas confissões é um ponto de encontro com dores sociais que nos atravessam enquanto mulheres, mas também é uma inquietação e preocupação sobre como têm sido pensadas, planejadas e cuidadas as ações de saúde que olham para as mulheres, que olham o seu sofrimento psíquico e pensam os contextos trazidos. É importante também problematizar nosso lugar de profissional quando somamos e contribuímos para a validação de espaços de invisibilidade, potencializando o sofrimento na sociedade em que vivemos e delegando aos que sofrem o controle e contenção de suas dores e necessidades.

Aqui, deparamo-nos com dimensões de sofrimentos que se entrecruzam nas narrações encorpadas nos traços feitos em papel, nas cores dadas, na voz que fala mesmo embargada, no coração que recorda, na vida que pulsa ao se aproximar outra vez de suas histórias.

O “muita coisa” de **Madalena** diz de uma sobrecarga, um papel do que é ser mulher socialmente imposto. Percebo que há quase um estrangulamento social. São tantas violências vividas, contadas, autenticadas e normalizadas, que eu me pergunto: seria o uso em descontrole desses medicamentos mais um método de silenciamento? Não seria essa também mais uma forma de violência?

“É que a gente, ser humano, é uma porcaria, eu fico pensando nisso. Se eu perder o sono, é o que vem na minha cabeça... Mas o senhor tá aí, ele vai curar! Ele vai curar (se emociona). Eu queria qualquer coisa que me aliviasse, sabe?”. Ao falar, **Adelina** nos faz pensar que encarar a “dor de existir” ao ser ferido pelas intempéries da vida é desafiador, ainda mais em contextos limitantes. A solução que se apresentou a **Adelina** para encaminhar vida foi buscar alívio através do uso do medicamento.

Em sua narração, ela segue:

Adelina: Mas agora, sério, a gente tá aqui com uma profissional, uma psicóloga, que sabe realmente saber alguma coisa que a gente tá lá apertadinho...

Pesquisadora: Apertadinho?

Adelina: É, que a gente tá... Assim, uma angústia, presa... um apertadinho, sabe? Chega a doer! ...

Ao me aproximar da narrativa de **Adelina**, acolho-me em minha angústia e vejo que é preciso parar, refletir e elaborar. Silêncio - diante do mistério que se desvela na linguagem, abrigo de nossa existência. A linguagem é mostraçã, abriga sentido e habita na escuta que se faz lar, permitindo que a voz mais nua se faça crua a quem se propõe tocar. Nisso, lanço mão,

mais uma vez, de Fernando Pessoa (1986, p.145), que tão poeticamente se aproxima do que me proponho a dizer em afeto:

Tantas vezes, tantas, como agora, me tem pesado sentir que sinto — sentir como angústia só por ser sentir, a inquietação de estar aqui, a saudade de outra coisa que se não conheceu, o poente de todas as emoções, amarelecer-me esbatido para tristeza cinzenta na minha consciência externa de mim. (O livro do desassossego).

É possível compreender, então, que as mostrações da angústia (o apertadinho) e suas possibilidades de desvelar mundo ao ser-aí, direciona-lhe ao seu chamado a ser.

Assim, a angústia reconduz o ser-aí humano propriamente à sua essência; não porque ela revela o ser abscondido do homem, mas porque ela justamente revela o nada como o ser propriamente dito do humano. Na medida mesmo em que se revela tal estrangeiridade, porém, a angústia confronta o ser-aí com a necessidade de cuidar de si, ou seja, de assumir sobre si a responsabilidade pelo seu poder-ser, por sua indeterminação, por sua estrangeiridade, em suma, por sua nidade estrutural (CASANOVA, 2018, p.295).

É importante, portanto, compreendermos como a manifestação da angústia em nossa sociedade adoecida nos solicita, enquanto profissionais, andar na contramão das pretensões do pensamento cartesiano e racional e que foram moldando como o homem olha para si. São discursos que perpassam o nosso cotidiano nos acontecimentos que se põem e nos trazem um chamamento para estar diante da angústia desvelada nestas mostrações da “dor de existir” (o apertadinho), tão minimizadas a explicações.

“Ah, quem me salvará de existir?”, entoa meu querido Fernando Pessoa (2011) em um poema; e eu, acrescento-lhe: tal salvação poderia ser determinada? Já que existir nos coloca frente ao descerramento, a abertura de poder ser-no-mundo, jogados ao desafio constante de nos apropriarmos do nosso nada, habitá-lo e projetarmos vida rumo ao horizonte que nos é próprio: o horizonte de nossa própria história.

Elas (se) complementam:

Amélia: Eu acho que se eu parar de tomar vai vir mais sofrimento, porque quando eu não tomo ele eu fico agoniada, fico sem dormir... Aí eu acho que se eu não tomasse seria bom demais! Aí seria tudo! Porque eu não vou dizer que não queria deixar de tomar não, porque seria mentira. Todo mundo que toma quer deixar de tomar. Eu não queria tomar, não vou negar. Mas eu acho que nem tão cedo eu vou parar de tomar. Eu vou pro médico, e quero ver se esse desmame que eu tô fazendo vai adiantar...

Madalena: Quando eu tento parar... assim, eu gosto que quando a gente toma a dor passa. Mas, pronto, acabou hoje, aí eu tive que mandar pegar, porque se eu passar uns quatro dias sem tomar aí começa, aquela agonia... logo cedinho. Já começo me sentindo mal, aquela coisa subindo pela perna. Dor de cabeça. E uma agonia, muita agonia.

Adelina: Se eu não tomar fico a noite toda matutando, no outro dia eu fico a ponto de endoidar. Já foram três, quatro dias, quase que eu... ou eu tomo ou dá uma angustia, uma vontade de chorar... muito ruim...

Madalena: Demais! Porque a gente fica travado quando tem que segurar tudo. Aí quando toma o remédio já acalma, já facilita tudo. Vai passando cinco, dez minutos, a gente já dorme e se acorda outra pessoa...

Amélia: Eu coloquei assim porque eu acho que o remédio é bom pra gente, ele ajuda a deixar a gente com a cabeça no lugar, eu consigo ter sono... Mas às vezes eu tenho vontade de tirar...

O medicamento se apresenta em suas falas, mais uma vez, como acalanto e repouso diante das exigências e turbulências vividas. Salientar que o medicamento é um recurso terapêutico também importante é relevante, mas o modo como se é administrado e percebido nas intervenções pode levar ao uso indiscriminado, fomentado, muitas vezes, pela falta de preparo dos profissionais frente às diversas solicitações de atenção para o sofrimento existencial e social, explicitados pelos diversos sintomas e demandas ditos “orgânicos e psíquicos”.

Questiono, então: quais as estratégias de enfrentamento necessárias para lidarmos com os diversos aspectos sociais que desafiam o saber científico ao fazermos saúde no cotidiano das pessoas, descentralizando os cuidados puramente do corpo em seus mecanismos (fases, aspectos biológicos, etc.)? Como oferecer meios e alternativas outras que propiciem a experiência de contato com novas possibilidades de vida, abrindo caminhos para conquista de sua autonomia e cuidado? Suas falas nos alertam para o quê? A dependência química trazida por esses medicamentos sinalizam tanto o adoecimento crônico quanto a pouca exploração de estratégias e potencialidades outras para se produzir e pensar saúde nestes contextos ou na sociedade como um todo.

Os efeitos da síndrome de abstinência provocada pela ausência dos medicamentos explicitam a má administração de seu uso, um reflexo *a priori* dos ruídos produzidos pela ineficiência das diretrizes das políticas de saúde, cujo objetivo deveria ser a garantia da longevidade do cuidado a partir da inserção do profissional das unidades básicas de saúde no acompanhamento das histórias de seus usuários(as) em proximidade com seus contextos de vida. É sabido pelos manuais médicos que a administração de medicamentos ansiolíticos como os benzodiazepínicos é de, no máximo, três meses, sendo necessária, após esse período, a substituição ou retirada do medicamento no chamado desmame.

“Usá-lo por tempo maior pode implicar em risco, tais como: alteração da atenção, dificuldade de aprendizagem, concentração e memória, dependência, risco de sofrer acidente e quedas e dificuldade no trabalho” (RABELO, 2001. p.116). Dito isto, observemos que

nossas companheiras de viagem, **Amélia**, **Flaira** e **Adelina**, estão em uso do medicamento há uma média de sete anos. O perigo do uso prolongado antes explícito em dados faz-nos voltar o nosso olhar com maior atenção ao que é dito a partir de suas experiências, bem como problematizar o que tais evidências podem nos fazer compreender sobre o processo de amenização e controle da dor, do sofrer e do sentir, que passa a ser normalizado e banalizado dentro das nuances desse homem pós-moderno que se apresenta.

Os referidos efeitos também nos movimentam a mais uma questão: não nos é possível sentir a dor?

Pesquisadora: esse nervoso dito por vocês tem como a gente evitar de sentir? Esse apertadinho... É possível a gente tirar isso da vida da gente?

Adelina: É, eu acho que é o problema dos nervos...

Amélia: Acho que é sentimento...

Adelina: Eu acho que acontece de forma diferente...

Amélia: Acontece, acontece...e cada cabeça é um mundo né?

Adelina: Eu acho que é diferente, cada um vai vivendo de um jeito diferente, né?

Pesquisadora: Como?

Adelina: Ah, vai depender das coisas, da situação que ele vive...

Pesquisadora: A gente tem algum controle sobre as situações da vida?

Adelina: Não, não... Eu acho que a gente fica nessa porque, mas... Todo mundo tem problema, né? Todo mundo tem problema. Coisas de família, nervosismo de si mesmo...

Flaira: Trabalho...

Adelina: Trabalho, estudo... até criança mesmo fica nervosa quando vai fazer prova. Às vezes estuda tanto que não sabe nem o que vai fazer na prova. Mas então, eu acho que são os nervos. Os nervos que atacam as pessoas...

Pesquisadora: Os nervos?!...

Adelina: São os nervos, uma questão de saúde, que ataca a pessoa...

Pesquisadora: E o que são os nervos?

Adelina: Eu acho que é o que a gente sente né. E todo mundo tem! Tem que ter! Vai ser só carne e osso?

Pesquisadora: Como somos então?

Adelina: A gente não é só carne e osso! (grito) (risos) A gente é de carne, osso e nervo também!

Reconhecer-se humana ao sentir “os nervos” permite um encontro com as possibilidades próprias da existência ao sentir e sentir-se. Poder ser bordado, atingido e costurado na experiência, portanto, abre a possibilidade de se tocar e se encontrar ao se sentir em si, ampliando a dimensão de compreensão do seu próprio devir (MORATO, 2013). Tudo isso se faz possível ao sentir, abrindo-se ao toque que a vida dá no pincelamento de cada momento, de cada história, a cada passo dado pelos caminhos que percorremos.

Na constituição de *ser aí*, o mundo fere o eu, que, por sua vez, a ele se refere, respondendo na justa medida em que é ferido. Afetando o eu o mundo lhe é revelado nesse toque, implicando que o real só é real por ser experienciado de certa maneira, e não originariamente, modelado por conceito. (MORATO, 2013, p. 54).

Sentir, assim, é afetação. É ser marcada pelos afetos despertados na experiência de viver no mundo. Afetação é movimento. Movimento que se mostra no corpo como inquietação. Move-nos a traçar rotas, mobiliza-nos a desfazer e refazer percursos, desafia e desaloja, mas também se faz abrigo. É sentir o espaço do diferente em mim. É des-velamento. É autenticação de uma experiência do cuidado possível, vivido no encontro com o horizonte de sentido que lhe move a des-cobrir sua destinação.

Carne e osso: [Figurado] “diz-se quando a pessoa está fisicamente presente; de corpo presente, pessoalmente, em pessoa” (DICIO, 2020). É interessante que a expressão “de carne e osso”, além de significar presença, é também usada com fins de expressar nossa humanidade, nossa condição de fragilidade frente a situações que exijam em demasiado de nós, de colocar nossa condição de “sermos humanos” frente a situações extremas.

Ao esbravejar tal afirmativa, **Adelina** parece se colocar em liberdade; sua fala ressoa como uma libertação, como uma tentativa de dizer “basta” - essa sou eu, essa é a minha condição. Seu grito é um grito que tem desejo de liberdade. Liberdade de poder-ser, de assumir sua humanidade, de se olhar enquanto pessoa, apropriando-se de sua existência.

A angústia manifesta no ser-aí o *ser* para o poder-ser mais próprio, ou seja, o *ser livre* para a liberdade do escolher a si mesmo e apreender a si mesmo. A angústia traz o ser-aí para o seu *ser livre* para... (propensão in) a propriedade de seu ser como possibilidade, que ele já sempre é”. (HEIDEGGER, 2005, p. 252).

É possível, enfim, afastar-se das nomenclaturas que a insere, em diagnósticos diversos, afastando-a do sentido de seu próprio existir. É se dar conta que suas dores, medos e sensações são suas, compõem sua vida, fazem parte de quem é. A entoação da voz de **Adelina** esbraveja o que faz, dessas mulheres, humanas, o que as faz serem de “carne, osso e nervo também”.

O adoecimento representa limitações às possibilidades do existir humano e designa, por essa razão, seu vínculo necessário com a questão da liberdade. O que significa dizer, por um lado, que todo adoecer, enquanto fenômeno privativo, constitui-se como restrição da abertura e do âmbito de poder-ser do *Dasein*, de sua liberdade ontológica; por outro lado, que toda restrição de possibilidades apenas se dá em virtude da condição originariamente livre do *Dasein*. O adoecimento somente pode se instaurar devido ao fato de o *Dasein* já ser originariamente livre e comportar, portanto, tanto o modo de ser saudável quanto o modo de ser doente como possibilidades próprias de seu ser. (MAGLIANO; SÁ, 2015, p. 24).

Fugindo de toda e qualquer determinação, o ser-aí se põe em abertura nas possibilidades de ser, quando “expondo-se pela experiência, o homem entra no tempo e o abre. Não há humano sem experiência” (SERRES, 1993, p. 41). É através dos lugares pelos

quais somos atravessados e preenchidos por onde passamos, sendo tela para as formas e as impressões das coisas, lugares e pessoas que transitam por entre nós.

O homem não existe que nem uma coisa, por si, que tem qualidades determinadas e que está num certo lugar. Pelo contrário, ele existe como um conjunto singular de possibilidades de relacionamento, possibilidades que realiza, na medida em que é solicitado pelo que encontra. Podemos dizer que o nosso existir consiste nas possibilidades de relacionamento recebidas diante daquilo que nos solicita e que nos chama. (BOSS, 1981, p. 70 apud MAGLIANO; SÁ, 2015, p.26).

Assim, despeço-me deste capítulo como despedi-me da primeira oficina, permitindo-me ser afetada, tatuada pela novidade experimentada. De novo, ponho-me a caminhar rumo a destinos incertos. Eu já não sou mais a mesma. A aventura da existência sempre é bem acolhida por aqui. Para tanto, o meu diário, naquele dia escrito, parece-me ter as melhores palavras para lhes comunicar sobre o que agora sinto:

Ao final dessa primeira oficina, é inevitável a sensação de entusiasmo. Entusiasta, sigo recolhendo os materiais, organizando a sala. Meu corpo é intenso movimento. Intenso... Está aí uma ótima palavra para definir os dias que se passaram desde o momento que me inseri em campo, desde as primeiras impressões, olhares e trocas. Toda a movimentação da oficina de hoje me dizem dessa intensidade, desses afetos que me marcam e que ganham sentido durante a jornada vivida até o momento. Há muito que sentir ainda, mas faço jus às palavras de Guimarães Rosa na minha obra amada Grande Sertão Veredas “Natureza da gente não cabe em nenhuma certeza.”. Portanto, aqui aponto minhas certezas, elas não me são necessárias. E assim sigo em destino a novas perguntas. O que será que me aguarda na próxima parada? – me questiono enquanto saio da pequena copa – Na verdade, nada posso dizer, afinal, as repostas se farão mais uma vez nas surpresas. Com um sorriso no rosto, olho rapidamente para trás. Diante do turbilhão de emoções que sinto, a única coisa que me parece certa a dizer é “Até breve!”. (Diário de Bordo da pesquisadora).

4.2. “Eu queria que ele prestasse atenção em mim, que ele procurasse o que eu tenho, que buscasse me tratar pra eu ficar boa, entendeu?”: retalhos de um segundo encontro

*Um homem estava anoitecido.
Se sentia por dentro um trapo social. Igual se, por
fora, usasse um casaco rasgado e sujo. Tentou sair
da angústia, Isto ser: Ele queria jogar o casaco
rasgado e sujo no lixo. Ele queria amanhecer.*

(Manoel de Barros⁴)

Mais uma ancoragem, mais um horizonte a descortinar. Neste momento, há sentimentos que marcam a jornada com o desenrolar-se de uma pesquisa e podem, muito bem,

⁴ In: Poemas Rupestres, 2004.

serem resumidos pela palavra *expectativa*. É impressionante como a gente se enrosca e marca ponto com a expectativa. No desenrolar-se da história, sempre nos levamos ao inesperado. Confesso que a graça e o brilho de toda a travessia se fez nos imprevistos. Neste lugar de não-controle, eu me permiti dar espaço a uma das potências mais preciosas deste processo: criar. A criatividade se apresentou guia diante dos meus anseios e minha principal ponte até minhas participantes. Fizemos do ato de criar o nosso abrigo principal de experiências, trocas e afetos numa experiência única de cuidado.

Assim eu me encaminhei para este segundo momento, acolhida em minhas ânsias e lançando-me rumo a novos destinos que esta incrível viagem tem me proporcionado. Faço aqui minha segunda parada ao me debruçar sobre as narrativas que costuram o segundo dia de encontro com minhas companheiras de viagem.

A segunda oficina se marcou por algumas novidades: tive a alegria de receber duas novas participantes, **Tereza** e **Damiana**. As duas haviam sido convidadas anteriormente, mas não puderam estar presentes na primeira oficina. Neste mesmo dia, **Flaira** também pediu para avisar que não conseguiria ir. Apesar dos imprevistos, viramos um grupo maior. Cinco mulheres se colocavam reunidas para contar uma nova história.

Neste novo encontro, os caminhos começam a tomar outros rumos e destaque até mesmo a mudança de ambiente para a realização da oficina. Conseguimos, naquele dia, uma sala mais aconchegante, concedida pela enfermeira da unidade, na qual tivemos mais privacidade e mesmo conforto, pois era um dia quente, a sala dispunha de ar-condicionado e a acústica resguardava o nosso som, abafando o barulho externo.

Os rostos curiosos pelo desenrolar-se do dia se misturavam aos sorrisos e conversas entre elas. Assim, iniciamos aquela tarde com o lançamento da proposta e apresentação dos materiais que comporiam as produções a serem tecidas. Na intenção de encontrar meios de expressão para além da fala, mas que também comunicassem o sentido da experiência vivida, levei um grande quantitativo de imagens impressas, ilustrativas de diversas circunstâncias e contextos. Espalhei-as pela mesa junto com lápis de cor, cola, folhas de papel A4 e canetas. Mais familiarizadas desta vez, prontamente foram separando os materiais de acordo com o que cada uma gostaria de utilizar.

Segui, então, com a apresentação dos materiais e das explicações do que se dispunha a poder ser feito ali:

Pesquisadora: O tema da oficina de hoje é também uma pergunta para vocês: “Minha dor tem voz? É sobre como vocês sentem que essa dor é ou não ouvida e como pode ou não ser cuidada. Todas essas figuras aí na mesa, é para vocês

mexerem, pegarem e fazerem suas colagens pensando “Como eu quero que minha dor seja cuidada, diante do que vocês encontram no dia a dia, e como eu não quero? Cada uma de vocês vai escolher os materiais, elaborar e compartilhar o que produzir...”

Logo tiraram suas dúvidas e, em seguida, envolveram-se em suas produções. Enquanto dividiam os papéis, divertiam-se procurando as imagens pela mesa - eram muitas. Movidas pela curiosidade, buscavam e conversavam sobre cada uma delas.



Figura 3 – Algumas das imagens utilizadas.

Enquanto criavam, melavam-se e atrapalhavam-se com a cola, ao passo que gargalhadas estonteantes preenchiam os espaços daquela pequena sala. Que momento genuíno de leveza e alegria fora aquele! Confesso aqui a felicidade que lá senti ao poder participar e observá-las. Momentos como esse colore a nossa travessia.

É através disso que eu compreendo, mais uma vez, a oficina de criatividade como um recurso que traz a cartografia do plural impressa na criação do novo, do entrecruzar de horizontes em expressão. Sai da sistemática e abre desvios no pragmático, desaloja-nos do familiar - fincado nas aspirações tecnicistas - e nos movimenta rumo às novas possibilidades de olhar para o que nos atravessa diante do trânsito das experiências.

Deste modo, mergulhadas em meio às imagens e materiais dispostos, foram tecendo os fios da teia de sentido que se desvelava nas produções que iam sendo organizadas/coladas no papel.

Ao olhar com curiosidade para uma das imagens, **Adelina** questiona com **Madalena**:



Figura 4- Imagem referida

Adelina: Ela tá com a boca costurada? É aparelho?

Madalena: Ah é... Não sei... Cada um vai fazer uma interpretação...

Adelina: Mas eu posso dizer o que eu pensei disso?

Pesquisadora: Sim, essa é a intenção!...

Adelina: É que às vezes, com o que vai acontecendo com a gente, a gente vai fechando a boca pra não falar. Fica assim, sem falar pra algumas pessoas... algumas pessoas não entendem o que a gente tá dizendo, sabe? Não entendem o que eu falo. Por exemplo, eu comecei aqui porque eu... Até chorei um pouco... Mas na quarta-feira (a primeira oficina) eu desmoronei, eu não sei por que eu desmoronei daquele jeito. Mas eu tive confiança naquelas pessoas. Eu tive confiança, entendeu? E sei que não ia chegar aos ouvidos de quem eu queria que não chegasse...

É doloroso ouvir o silêncio. Ele encarna na gente. Com tantos silêncios, passamos de algum modo a acreditar que não temos nada de importante para falar. O medo então ganha sua força. E ele torna tudo à sua volta sombrio, terreno de julgamento para o que vai ser dito. Mas, o pior ainda é o silêncio (ninguém ouvir, mais uma vez). E o silêncio - esse silêncio, ele dói. Ele encarna em dor. (Diário de Bordo da Pesquisadora).

Adelina diz que, ao não darmos passagem às nossas dores - “a gente vai fechando a boca pra não falar” –, elas se transformam em silêncio. Ela parece nos dizer de sua frustração que logo se transforma em desconfiança e gera medo. Medo de mostrar-se, de confiar, de falar. Medo de não ter nada de importante a dizer. Medo de não ser ouvida, compreendida - mais uma vez. Mas o silêncio ancorado em dor faz barulho. E seu barulho é ainda mais ensurdece(dor). É atormenta(dor). Adoece(dor).

Mas por que, então, logo procuramos nos afastar? Parece que não é possível sentir a dor e tudo nos solicita o movimento contrário. A dor precisa ser retirada, arrancada, aniquilada. O sofrimento parece ter se tornado um inimigo invisível que é, algumas vezes, demonizado como de ordem sobrenatural, algo orgânico a ser consertado ou apenas uma categoria patológica ou psicopatológica. Buscamos nomear o tempo todo o fenômeno e, no

desejo de compreender, afastamo-nos ainda mais. Travamos uma batalha quase que incessante contra os sentimentos, as sensações, a dor, e são vários os agentes em campo - o medicamento é só um dos exemplos.

Nosso modo de viver beira à farsa, disfarçamo-nos em nossas sentinelas ilusórias de força e vitalidade, enclausurados em ideias ditadas sobre a felicidade e o bem estar.

vivemos numa época estranha, singular, inquietante. Quanto mais a quantidade de informações aumenta de modo desenfreado, tanto mais decididamente se ampliam o ofuscamento e a cegueira diante dos fenômenos. Mais ainda, quanto mais desmedida a informação, tanto menor a capacidade de compreender o quanto o pensar moderno torna-se cada vez mais cego e transforma-se num calcular sem visão, cuja única chance é contar com o efeito e, possivelmente, com a sensação. (HEIDEGGER, 2001, p. 101-102 apud DUARTE, p. 14, 2010, aspas do autor).

Não surpreende dizer que um dos focos das atuais configurações de nossa sociedade está na procura pelos prazeres imediatos e na fuga daquilo que não se pode explicar ou controlar - reflexos da era da técnica. Imersos na alienação do cotidiano, observa-se homens ocupados com questões que não compreendem o seu viver e se voltam, muitas vezes, apenas ao consumo de produtos e objetos, a fim de sustentar a falsa ideia de felicidade nutrida pelos ideais capitalistas.

A redução da vida a processos biológicos, vitais, deixa a vida desnuda, despe-a de toda narratividade. Retira à vida a vivacidade, que a vida é algo muito mais complexo que mera vitalidade e saúde. A mania da busca por saúde surge sempre que a vida se tornou desnuda, como uma cédula de dinheiro, e quando todo conteúdo narrativo se esvaziou. (HAN, 2017, p. 107-108, grifos do autor).

É possível observar suas nuances nas definições que colaboram para a construção deste fio de pensamento em conceitos já difundidos e legitimados, como o da Organização Mundial de Saúde (OMS), que nos diz da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Não é demais dizer que esta aspiração exposta na ideia de completude possui consequências no modo como o homem contemporâneo enxerga o seu cuidado e a própria vida, almejando uma espécie de bem-estar que se põe atroz nos modos como se manifesta o sofrimento humano na atualidade.

Para Andrade e Morato (2004), a realidade atual, fincada no pensamento racional, impõe, no domínio da razão sobre as coisas, uma ordenação que procura “dar conta da produção da diferença através de sua negação e/ou exclusão.” (ANDRADE; MORATO, 2004, p. 347).

Para perquirir outro caminho, há a possibilidade de habitar um espaço comum se aproximando do que é habitar a oficina para **Adelina**. Logo, é permitir-se estar no trânsito da

existência, apropriando-se das marcas das afetações no contato com o que não é habitual, o que também abre desalojamentos e angústias presentes no estranho. O estranhamento se dá quando perdemos a familiaridade do cotidiano diante do diferente que se apresenta – neste caso, outra pessoa.

Assim, Adelina nos comunica: *“mas na quarta-feira eu desmoronei, eu não sei por que eu desmoronei daquele jeito. Mas eu tive confiança naquelas pessoas. Eu tive confiança. Entendeu?”*. A confiança se coloca como possibilidade. É na condição de ser-aí no mundo, em sua condição de ser-com-outros, que há a possibilidade de caminhos que nos levem a saídas concebíveis do estado de alienação e indiferença no qual nos encontramos.

O outro é sempre alguém que nos escapa, que contesta o nosso domínio, que transborda todas as possibilidades de representação, de categorização racional. Impõe-se a nós porque a própria constituição do “si mesmo” de cada um de nós passa por constatarmos que, por não sermos outros, somos nós mesmos. (CUPERTINO, 2001, p.211).

Podemos perceber nesta compreensão que o profissional em sua prática precisa estar atento às peculiaridades de seu fazer, enxergando não somente as singularidades que atravessam o contexto em que está lançado, como também suas próprias particularidades, que os atravessam enquanto pessoa e se implicam em sua atuação na prática.

O modo próprio de habitarmos a vida traz a oportunidade de olharmos para os acontecimentos tecidos nesta oficina enquanto sementes valiosas de transformação espalhadas no cuidado dessas pessoas em suas solicitações, estando atentos à força que há no coletivo.

Neste sentido, continuo a ouvir minhas companheiras de viagem. Na finalização de suas produções, questiono sobre quem gostaria de mostrar e falar sobre sua criação. Prontamente, **Madalena** pergunta:

Madalena: Posso começar?

Pesquisadora: Claro

Madalena: Eu coloquei assim, a planta... Eu escolhi a planta porque dá muita saúde pra gente, né? É muito assim... Saudável. E também a coisa física também, é um negócio que o tempo vai passando e a gente não faz. Que é pra gente fazer e não faz. Porque só uma vez na semana... não conta, né? Eu fico lá com as pernas pra cima sem fazer exercício... E o médico por que... Primeiramente Deus e segundo o médico, né? Porque quando a gente tem um problema de saúde corre logo pro médico... A coisa que eu coloquei que eu não gosto é a medicação. Eu tomo porque tem que fazer, né? Mas é tanto remédio, que... E é aquela coisa que a gente vai e o médico diz “vou passar esse remédio aqui, se você se sentir mal com ele volte aqui”, e isso é coisa que médico diga pra paciente? Eu não acho que seja... Como é que o médico diz “vou passar esse remédio, se não passar você volta depois”? Aí a gente tem que ir lá, mas é um monte de gente. Demora muito. Fazer um exame mesmo, demora muito. Eu não vou nem buscar. E olhe que por um tempo eu já tive

condições de pagar um plano de saúde, mas sinceramente? É do mesmo jeito!

A fala de **Madalena** me denuncia o discurso prescritivo da medicina e as falhas de organização do sistema quando redige uma lista de coisas que comumente ouvimos sobre saúde ou ser saudável - a planta e o exercício, por exemplo -, mas que pouco se coloca em prática já “*que é pra gente fazer e não faz*”.

Ao ouvi-la, algo prontamente me inquieta: o modelo prescritivo de bem-estar. É o que percebemos na fala de **Madalena** quando questiona a resolutividade do médico quanto a prescrições que soam ineficientes para a sua dor, “*e isso é coisa que médico diga pra paciente?*”. Sua fala prontamente me incomoda pois percebo como imperamos e ditamos modelos de vida, ideais de melhora e cura, do que é ser saudável, do que é a normalidade.

No cotidiano, é comum ouvirmos soluções mágicas, métodos para encontrarmos um modo de vida que se assemelhe ao ideal dentro dos parâmetros contemporâneos. Fica nítido, no entanto, que as certezas garantidas pelos métodos empregados e a falta de êxito no alcance das determinações colocadas gera a frustração expressa por **Madalena**, que, em seu desejo por um diagnóstico, olha com desconfiança para o que se põe incerto.

Para Nunes e Pelizzoli (2011), o pensamento mecanicista se desloca a pensar a cura como advinda de procedimentos que demandam ação externa, como a do médico ou do medicamento. É o modo de pensar característico da Era da Técnica por suas garantias naquilo que escapa ao próprio controle técnico: a existência.

Assim, a experiência do sofrimento se delega a reduzidas explicações e seus encaminhamentos às certezas prescritivas, curativas, de quem diz ‘saber sobre’ e faz escolhas que se limitam ao horizonte empreendido por um sistema alimentado de verdades absolutas.

Na perspectiva heideggeriana, a enfermidade, como modo de ser do *Dasein*, está relacionada precisamente à nossa dificuldade de suportarmos uma relação de abertura para com os sentidos do mundo, recaindo, desse modo, num fechamento diante do significado daquilo que nos vem ao encontro. É nesse contexto que podemos constatar o vínculo entre as condições atuais de sofrimento ou adoecimento psíquico e o desvelamento de nosso destino histórico, haja vista que o modo de ser do homem moderno, com suas pretensões de controle, tende a acentuar as tendências ontológico-existenciais ao fechamento, por não conseguir tolerar o estranhamento e a indeterminação. (MAGLIANO; SÁ, 2015, p.27).

A experiência de ser homem fica, assim, cada vez mais afastada do encontro com o singular, o que, de algum modo, desemboca em estratégias que soam como novos encarceramentos propostos a fim de polir desejos de liberdade. Percebo, portanto, que a questão aqui não é ‘o não possuir meios’, é como o possuímos. A planta, o médico, o

medicamento, parecem ser peças fundamentais no jogo estratégico dos caminhos do tratamento.

A questão que se põe como de máxima importância, e que se desvela como crucial neste trabalho, é: quem é a pessoa (ser) a quem me refiro e que me volto em cuidado (preocupado)? Do que ele realmente precisa? O que ele quer me comunicar? Em que ele precisa ser ouvido? E, talvez, o mais importante: como ele pode compreender, junto às suas próprias solicitações, os motivos que o trazem ali, que o levam a adoecer, que seu corpo e sintomas gritam para lhe dizer? Deste modo, usuário(a) e profissional poderiam juntos lançar mão de um caminho com meios que estejam ao seu auxílio, sem se tornarem, porém, mais essenciais do que aquilo que precisa ser acolhido na escuta da angústia de uma existência ferida, adoecida. Frente a isso, seguimos. **Tereza**, ao ouvir a fala de **Madalena**, inquieta-se e prontamente complementa:

Tereza: É verdade! Aí a gente fica frustrada. Eu dependo do SUS. Eu marco pelo SUS, espero, e quando chega o dia, você não é atendido. Chega a doer o médico chegar, olhar pra você e dizer pra você: isso é coisa da sua cabeça. (pausa) Eu fico frustrada, de dizer ao médico o que eu tô sentindo, e ele olha na minha cara (gesticula) e diz que é coisa da minha cabeça! Aí você fica assim, você não se sente ouvida, seja no que for. Eu queria a atenção do médico, pra conversar! Uma explicação pelo menos, aí ia dizer “Eita dona Tereza, tá certo, vai ser complicado esperar”. Eles não dão atenção. Não dão atenção no que a gente precisa. A gente não fica lá o dia todo. Eu queria que ele prestasse atenção em mim, que ele procurasse o que eu tenho, que buscasse me tratar pra eu ficar boa, entendeu? Essa é a questão. Faz um ano que eu tô com o mesmo problema no joelho e eu não vou mais em médico. Porque eu não confio em mais nada. Eu disse que sentia dores horríveis nas pernas e o que médico me disse? Que era coisa da minha cabeça! Por quê?... Depois de dois anos esse médico me negando um exame, além da demora pra sair mesmo uma ultrassom também no sistema, e agora foi confirmado esse meu problema no joelho. Eu não confio mais. Aí faz isso, faz aquilo, bota aquilo... eu tomei um antibiótico fortíssimo durante trinta dias, era tomar e vomitar. E aí, como ficou? Não vou mais, não consigo mais. Eu não tenho estrutura pra isso, não vou mentir. E minha família “vai mãe, vai mãe, vai mãe”. Eu não vou pra passar a mesma coisa de novo. Eu vou pro médico pra ficar curada, ou tentar a cura, e não me debilitar como eu fiquei. Porque eu nunca vi você ficar em cima de uma cama o dia todinho sem conseguir se levantar. E comigo acontecia isso após os antibióticos. É difícil ou não é, pra mim? Então é isso. No final, eu tô assim. Eu tô sem acreditar nos médicos.

Pesquisadora: Como é não ser ouvida?

Tereza: É triste demais! Dá vontade de você chegar, sentar, ajoelhar e chorar. Eu sou curta e grossa. É ruim porque a pessoa não tem poder aquisitivo, aí tem que gastar, gastar, gastar o que não tem e eu sei que não adianta nada, porque quando é no fim das contas a pessoa vai no mesmo médico de um juiz e nada resolve.

Abismos. Nos diversos significados da palavra podemos encontrar: “[Figurado] 1. Aquilo que é incompreensível, mistério; [Figurado] 2. Distância ou divergência que separa drasticamente (lugares, pessoas, ideias etc.) [Figurado] 3. Situação penosa, dramática ou trágica; desastre, caos”. (DICIO, 2020)

A fala de **Tereza** me aproxima desses três significados na sensação de desamparo anunciada em cada palavra dolorosamente posta. Esgotada física e emocionalmente, contatos como sua voz, violentamente desconsiderada, desvela abismos que agora são validados entre ela e sua dor, anunciada no corpo em um joelho que dói, mas que também nos revelaria sua dor na alma. **Tereza** está cansada. Seu cansaço desvela um ressentimento ampliado na distância que a separa drasticamente de sua busca por cuidado.

É doloroso me aproximar da narrativa de **Tereza**. Mais uma vez, sinto-me impotente. O desamparo experienciado em encontrar-se jogada na vida sem nenhuma atenção para sua dor revela o descuido que sente. Sua narrativa escancara os abismos circunscritos nas relações que estabelecemos com as coisas, o mundo, as pessoas. A angústia de sua fala é desabrigo, seu desamparo também é desespero. Seu anúncio, porém, é denúncia de possíveis fracassos da assistência, do serviço, da política e de nós mesmos enquanto sociedade.

A experiência de impotência diante da dor sem escuta, que não é apenas física e vai se escancarando em cada palavra, faz doer ao ser sentida em cada narrativa. O sofrimento sentido na existência está aí e escancara feridas! Estaremos nós rendidos à não escuta da “dor de existir”? Estaríamos nós rendidos à experiência de impotência provocadas pelas imposições violentas do sistema? Estaríamos nós limitados a um modo de cuidado que gera encarceramentos mútuos – de dor, silêncios, conflitos e invisibilidade? O que a experiência de impotência que atravessa as narrativas de minhas colaboradoras diz sobre o sistema de saúde que construímos?

No ocidente, estivemos por muito tempo presos à concepção que foge de olhar o ser humano em todas as suas dimensões. Além de não conseguir abarcar o homem que ali se mostra, esse processo também o retira da sua possibilidade de ser ativo em seu processo de melhora.

Tornemos à origem do SUS: pensado e encaminhado de modo que pudesse estabelecer um novo modelo assistencial em saúde que superasse o modelo biologicista e curativista vigentes; que trouxe políticas importantes, como a de Humanização (PNH); que tem a perspectiva da clínica ampliada com um de seus principais dispositivos; e que prevê um trato diferenciado e qualificado no modo de se fazer saúde e de olhar para o homem que sofre... Vê-se, porém, ainda em processo desafiador de consolidação de seus princípios norteadores. Sofre golpes concretos todos os dias ancorados no imperialismo do modelo biomédico e sustentados pelos interesses de mercado que ganham força com a ideologia neoliberalista.

Neste contexto, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) implantada

como estratégia de enfrentamento perante às nuances observadas, no dia a dia dos serviços de saúde, da perspectiva da clínica ampliada, encontra importantes desafios e demonstra, de algum modo, suas limitações. Isso fica perceptível diante das irregularidades ainda existentes e presentes nas falas de nossas participantes, como também nas nossas próprias impotências frente ao sistema.

Além do mais, subjugar a população aos ditames preconizados pela lógica biomédica cai como responsabilidade de todos os profissionais presentes nesse contexto. A culpabilização da figura do médico, de algum modo, isenta-nos ao passo em que reforça o lugar de domínio e poder de seu saber.

Assim sendo, poderíamos destacar aqui, mais uma vez, a relação médico-paciente narrada por **Tereza**, mas acredito que já não falamos nesse momento de apenas um personagem ou classe profissional. A sua narrativa também nos alerta para a indiferença que passa a ser um dos produtos cruéis da nossa sociedade. O atravessamento do saber biomédico, portanto, não se aplica apenas ao profissional praticante da medicina; é lugar comum de responsabilidade de todos os profissionais de saúde voltados aos contextos em que as práticas de saúde se encontram ainda condensadas neste saber.

Mesmo diante das particularidades de cada saber, este lugar totalizante se reforça, restringindo aos métodos redutivos e prescritivos a atenção necessária, e que, muitas vezes, não condizem com a situação de sofrimento vivenciada pelo usuário (a), mas prometem a solução mágica para a compreensão das movimentações de existir, das quais nos distanciamos quando não paramos para ouvir a experiência relatada e, de antemão, já reduzimos as queixas a esquemas prévios, isto é, sob diagnósticos já antecipadamente definidos.

Os caminhos desviantes estão, portanto, em nós, em toda a equipe de saúde que pode encaminhar outro modo de cuidar ao se disponibilizar para ouvir o que as falas das pessoas que procuram os serviços de saúde dizem, de si e do mundo que habitam.

Ao fazer sua confissão, Tereza permitiu que as lágrimas rolassem pelo seu rosto. Seu olhar era de abandono. Seus olhos se espremiavam deixando suas rugas bem expressivas, ao passo que ela apertava com força a caixinha que guardava os lápis de cor. Ao apertar, ela parecia fazer força para não falar, ou melhor, para se conter. Mas suas lágrimas foram mais rápidas. Tereza precisava colocar para fora todo aquele sentimento, sua dor fazia eco com suas palavras em compasso com seu corpo que se espremia inteiro, quase como um contorcer. O seu incômodo ganhou força com sua confissão, ele foi testemunhado por quem estava ali para finalmente ser ouvido. Ao final da oficina, observei que a caixa (que tinha ficado o tempo todo em suas mãos) ficou em cima de sua cadeira. Curiosa, fui logo até ela, antes mesmo de organizar as outras coisas. Logo, a surpresa vira uma emoção forte dentro de mim ao constatar que: a caixa - que estava toda amassada - tinha um desenho de uma flor bem no cantinho. Eu já ali mergulhada em tantas afetações, pensei: “ela floresceu”.

Rapidamente um sorriso e uma lágrima fizeram de tela o meu rosto. (Diário de Bordo da Pesquisadora).

É preciso, por isso, ainda ouvi-las. É preciso continuar cuidando da terra em que florescem. Pois há muito a ser dito ainda!

Durante a oficina, circulavam entre elas os papéis enquanto mostravam uma para a outra suas produções. Olhares atentos, olhares brilhantes. Risadas que se espalhavam por todo aquele espaço. Olhares curiosos, sorrisos de canto de boca. Era um dia diferente na vida daquelas mulheres. Era um dia em que elas puderam colorir e dar vida às suas histórias, trazendo o brilho das cores para as experiências sentidas como opacas. Continuemos atentos.

Adelina, sempre inquieta, olha com sua sensibilidade para o momento e parece descobrir um novo horizonte de possibilidades:

Aí eu vejo aqui, né? Esse momento é um momento especial, que você tá aqui psicologando com a gente, né? Conversando. Foram poucas vezes, mas vão se tornar muitas na minha vida. Eu conversei coisas aqui que eu nunca conversei. Eu tava dizendo a elas, foi como na primeira oficina. Eu tive espaço de falar. Eu vejo que esse trabalho aqui de grupo, de psicologia, é muito importante na vida do ser humano. Aqui, uma conversa. Às vezes a gente precisa. Ter alguém pra falar. É falar mesmo... Por isso, isso é um grito (aponta para a imagem)...



Figura 5 – Imagem referida

Pesquisadora: Um grito?

Adelina: Sim! É um grito de socorro! “Socorro, preciso de alguém pra me ajudar!” (Risos) Psicologicamente, no caso. Porque olhe, o psicólogo, a gente precisa do psicólogo, porque a gente sabe que tem muita gente doente, e mexe com a vida da gente o psicológico. Se a gente não tiver preparada com ele, com o psicológico, a gente não se levanta. Esse grito de socorro é um grito que a gente precisava dar ele mesmo, sabe? Chegar e dizer “vem me ajudar socorro!”, e ter gente pra socorrer. Porque você vê, o psicológico mexe com tudo da gente. A gente sofre, a gente tem ansiedade... eu tomo remédio... Tem gente aqui que eu pego, eu chego junto e já pego, e converso (Risos). Eu comecei a conversar com essa (aponta para **Madalena**) sem lembrar que ela era chorona, daqui a pouco ela chorou, e eu chorei junto com ela (Risos).

Damiana: É isso mesmo (aponta para a imagem), é esse pedido de socorro... que não é escutado. Porque tem quem diga que na família você vai conseguir isso que eu tô conseguindo aqui, mas você não consegue. Porque um não dá ouvidos, o outro conversa, o outro ri. Não é porque eles são maus filhos, o negócio é que... De vez em quando na minha residência a gente conversa, a gente tenta, mas não dá, acho que eles não têm profissionalismo.

Grito – “Som de voz agudo e muito elevado, emitido com esforço e de modo que se possa ouvir ao longe; exclamação sonora e forte para chamar alguém, pedir socorro ou exprimir sensação de dor, espanto, raiva, alegria ou qualquer outra emoção forte; berro, brado; clamor.” (DICIO, 2020)

O seu grito é um socorro por escuta, por acolhimento de seu desamparo, de sua perda, de seu luto e sua tristeza. Seu grito é expressão de si e de suas dores.

O mundo do cotidiano tende a nos levar para o “*todos nós, ninguém*”. Não somos escutados em nossas dores, somos uma peça de um processo ditado pela decadência: cada um cuida de suas ocupações e mergulha nos afazeres cotidianos, sem tempo para parar e fazer uma pergunta tão simples: ‘como posso lhe ajudar?’.

Escutar é desafiador, causa-me surpresa, desaloja-me, mas também me movimenta a olhar novos caminhos de compreensão. Esse grito de socorro merece ser ouvido e exige uma resposta. Não podemos nos esquecer de que não somos máquinas que exercem tarefas e procuram atender à lei da produtividade. Somos existências, precisamos de espaço e de cuidado para existirmos. Não nascemos determinados nos modos de conduzir a vida, somos possibilidades que se abrem, que podem ser acolhidas ou não; podemos encontrar o si-mesmo ou perder-nos no mundo da decadência. Nesta direção,

esse apelo que não é encontrado formulado em conteúdo e definições sobre estados emocionais, mas que pode ser escutado por uma voz que não diz “nada”, que não ordena, mas apela, silenciosamente, ao homem mergulhado na impropriedade do cotidiano, voltado para a superficialidade e para a publicidade impessoal, que retorne para si a fim de, então, voltar ao mundo e interpreta-lo à luz de seu ser próprio (BARRETO, 2017, p.43).

É nesta situação, mergulhados na tormenta, que lançamos um grito de socorro em direção ao outro, seja ele o médico, a família, o amigo ou o psicólogo.

Seus gritos têm poder. Poder de serem ouvidos ao longe, com potência para chegar a alcances antes impensados. Têm, assim, o poder de nos inquietar, afetar, movimentar. Ao rasgar seu grito, **Adelina** ri. Ri em alívio. Ela ri, pois conseguiu, enfim, dizer. Transformou angústia em palavras. Transformou silêncio em barulho. Seu grito sinaliza um rompimento. Um romper-se das amarras impostas - “*Eu tive espaço de falar*” - deflagrado no dar-se conta, neste espaço, de seu direito de dizer, de ser ouvida, de ser acolhida, de *ser*.

Assim, continuam:

Adelina: A gente precisa dessa coisa de psicólogo e de psicóloga. Eu tô dizendo que eu já cai numa depressão. E é ruim, a gente não tem acesso. E aí quem tá precisando agora fica como? Cai numa depressão. Porque se eu tivesse tido acesso a um

psicólogo quando meu pai morreu, que foi assassinado, se eu tivesse tido acesso a um psicólogo pelo SUS, porque particular eu não tinha acesso, se tivesse tudo direitinho, não teria chegado ao extremo que eu cheguei.

Madalena: Era pra ter um psicólogo em todas essas unidades de saúde, e não era pra ter só grupo não, era pra ter individual também.

Amélia: Eu acho que esse grito de socorro é pro poder público mesmo, pro médico do SUS, pra que jogue uma luz, nos ajude.

Adelina: É verdade...

Amélia: Então, aqui. (aponta para a imagem escolhida) É que quando eu olho pra ela eu lembro de quando as pessoas fecham os olhos pra gente, não enxergam a gente...



Figura 6 – Imagem referida

Eu vejo desse jeito. Porque na realidade, eu nunca deixei de querer ser cuidada. Eu busco, me levanto, eu procuro dar um jeito. Eu quero ser cuidada. Porque muita gente fecha os olhos pra gente... E não é fácil quando alguém fecha os olhos pra gente... E eu coloquei em como eu queria ser (cuidada)... a Unidade Básica de Saúde... é uma coisa que a gente precisa. Precisamos do SUS. Mesmo com dificuldade, precisa.

Adelina: Precisa, precisamos muito.

Tereza: Precisa... Seria pior se não tivéssemos o que temos.

Madalena: É, seria pior se a gente não tivesse o SUS

Damiana: Teria que ser particular, aí não ia ter que pagar? E é ruim mesmo pagando... Tem problemas, tem! Mas tem chance da gente encontrar uma pessoa assim como você e momentos como esse!

“As pessoas fecham os olhos pra gente, não enxergam a gente...”. Os olhos fechados falados por **Amélia** denunciam, mais uma vez, a invisibilidade de um sistema que segrega. Embora falem sobre o descaso vivenciado, trazem a importância e a potência do próprio sistema em as suas vidas e na possibilidade de cuidado que obtém, apesar dos abismos sociais vividos. Elas ainda destacam no SUS suas esperanças.

Elas também nos falam de suas solidões ao acolherem o que sentem e o que vivenciam, no seu clamor por ajuda, na sua procura por acesso. *Acesso* - “possibilidade de chegar a; aproximação, chegada” - Elas querem ser vistas! Suas solicitações são tão claras. Chega de abismos! – elas clamam. O que precisam é de pontes que as façam chegar

verdadeiramente até nós. Mas, afinal, o que acontece? O que há no caminho? Onde acontece a curva que as leva para os mesmos lugares?

“Eu acho que esse grito de socorro é pro poder público mesmo, pro médico do SUS, pra que jogue uma luz, nos ajude” – Assim, questiono: o barulho que a(o) usuária(o) precisa fazer pra ser ouvida(o), atendida(o) e cuidada(o) não seria o reflexo de um ambiente silencia(dor), onde o barulho das solicitações e as dores de quem se propõe a ser auxílio se tornam, de mesmo modo, ensurdecadoras?

Percebemos que é necessário entender que o papel de um profissional de saúde pode se afastar do que é meramente pautado pelos ditames científicos para realmente se aproximar da população, enxergando as dimensões que lhe atravessam e constituem seus modos de vida, seus modos de existir, as dores que precisam ser escutadas.

Mas onde se constroem os desafios? A primeira questão que me chega é a formação profissional. As universidades se põem, muitas vezes, como máquinas reprodutoras do modelo em que funcionamos, dando importância e destaque à eficácia de resultados, análises generalistas, produtividade, etc., referências que são transpostas na atuação profissional, chocando-se com as demandas reais advindas dos diversos contextos sociais presentes e seus desafios.

A formação tecnicista é contribuinte no estabelecimento do referido modelo e demonstra que as diversas políticas públicas em saúde criadas, incluída a PNH, são sinais de sua insuficiência quanto às reais demandas sociais brasileiras advindas destes contextos. (ANDRADE; MORATO, 2004). Apesar deste cenário, não existe um só lugar a ir e uma só maneira de se chegar àquele lugar, como nos diz Antônio Machado em seu poema “Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar”⁵, com passos que se abrem em direção ao novo.

As contribuições da Psicologia, como também de outros saberes que estão localizados neste espaço, apesar dos desafios quanto à interdisciplinaridade, poderiam ultrapassar facilmente as barreiras impostas pelas burocracias do sistema e das políticas, convidando seus profissionais a se reinventarem em uma atenção que privilegie a escuta dos abismos encontrados, de modo ético e político.

Neste sentido, após essas breves considerações, **Adelina, Amélia, Damiana, Madalena e Tereza**, continuam suas histórias, o que agora nos possibilita fitar novos horizontes. A singularidade de cada uma vai sendo desvelada em seus modos únicos de

⁵ MACHADO, A. **Campos de Castilla**. Parte “Provérbios y Cantares”, n. XXIX. 1912.

comunicar suas compreensões. A pergunta que ecoa nessa oficina sobre “*como elas gostariam de ser cuidadas?*” é desvelada a cada fala. Elas foram nossas guias, fizemos, juntas, travessias. E elas, mais uma vez, indicam caminhos:

Adelina: Essa daqui é... Sou eu, Adelina, eu gostaria de ser mais ouvida. Até mesmo pelos meus familiares, entendeu?



Figura 7 - Imagem referida

Outra coisa, gosto muito de amigos, de família, passear, conversar. Adoro conversar. E aqui é essa coisa de quando chegam lá em casa, e aí eu vou passar um café, a gente senta e conversa... eu gosto muito disso. Gosto muito de passear, gosto muito de andar, eu gosto de falar! (risos).

IMAGEM

Tereza: Eu também! (risos) eu não gosto de guardar, eu boto pra fora. Tem que soltar.

Amélia: E a gente vai ouvindo podendo ouvir todo mundo e pensa ‘esse problema é mais difícil’, mas na verdade não, cada um tem seu problema, mas é bom sentir que você pode falar do seu...

Madalena: Já eu gosto do abraço...

Amélia: Abraço é muito bom! A gente se sente amado...

Madalena: É, o abraço é essa coisa amorosa, é sentir o calor humano. Gosto muito de participar do nosso grupo (o de dores crônicas da unidade), gosto muito. Gosto de roda de amigos. Se eu pudesse eu participava desses eventos de conversar direto, porque eu gosto de ver gente, gosto de conversar...

Damiana: Já eu gosto de conhecer mais gente... Conhecer mais gente que nem essa figura aqui representa pra mim alegria. As pessoas aqui estão felizes, tão alegres... Tão juntas...



Figura 8 - Imagem referida

Tereza: A minha dor, eu queria que ela fosse cuidada como está acontecendo aqui, a gente junta. Infelizmente você não vai vir mais, mas aqui tem o nosso grupo aqui no

PSF, que tá nos ajudando, nas quintas-feiras (o de dores crônicas da unidade). Então a gente... Em primeiro lugar ser ouvida, com esse apoio dos profissionais e de psicólogos também...

Damiana: Olhe, quando um psicólogo me chama pra um grupo assim, eu vou! Por isso eu acho muito importante esse momento que a gente tá. Que eu tô aqui falando! Falando pra vocês. Eu tenho certeza que esses momentos são maravilhosos.

É assim que elas *florescem*. *Florescer* – “[Figurado] 1. Chamar a atenção; brilhar, distinguir; [Figurado] 2. Passar a existir; [Figurado] 3. Tornar público; patentear-se”. (DICIO, 2020).

O despertar de suas vozes é um coro bonito expresso em reunião, por falas e figuras em papel. “Neste sentido, a fala é comunicação, revelando intenções de quem fala, por outros modos que não por palavras: noticia algo”. (MORATO, 2013, p.63). Portanto, silêncio. Sinto que meu silêncio é necessário aqui. Em mim, cabe apenas o entusiasmo, o movimento, a esperança. Elas falam por si mesmas. Suas falas anunciam fatos, sentimentos, dores, sonhos, desejos. Suas vozes são abertura, força e abrigo ao se apropriarem de suas experiências de dor. Suas confissões se desvelam em cuidado.

“Desse modo, fala é comunicação, pois o homem é no mundo falando com outros, abrindo possibilidade para o que é comum entre homens: aquilo que é familiarmente em coexistência, condição de ser humano”. (MORATO, 2013, p. 63). O falar aqui abre a existência para acolher aquilo que já está presente, que já é nosso, mas precisava se mostrar. Ao dizerem de suas dores, essas mulheres constroem caminhos floridos em meio às pedras e espinhos que as circundam. Em suas falas, enfim, abrem-se para dizer sobre si.

Dizer significa mostrar, deixar aparecer, deixar ver e deixar ouvir. Falar com os outros significa dizer algo de algo conjuntamente, mostrar algo reciprocamente, trazer algo ao resplendor da aparência. É a compreensão originada da apropriação de si mesmo na escuta ao chamado silencioso da consciência que abafa o ruído incessante do “falatório” dispersivo e infundado em que estamos imersos cotidianamente, garantindo assim, pela primeira vez, que o ser-aí possa escutar e dizer algo a si e ao outro, a partir “de uma abertura própria e rica de si mesmo”. (DUARTE, 2005, p. 9, aspas do autor).

Ao falar, há a possibilidade da narrativa se abrir para acolher o que está presente na história de quem fala. É na fala que se faz possível a articulação entre passado, presente e futuro no sentir das experiências marcadas/narradas em afetação, que fiam o sentido da abertura ao ser no poder-ser que ele é.

Pela sua abertura, o ser-aí encontra com si mesmo no mundo com outros através da linguagem, numa rede de significatividade por ela apresentada. É ela que intermedeia, pela abertura, o ser-aí junto ao mundo e outros. Assim, a fala mesma é

um modo de abertura pelo qual o eu cuida de ser, cuidando de é no mundo: isso é que a fala fala. Nessa medida, o falar cotidiano é possibilidade de manter o contato junto a outros no mundo, garantindo o real; daí não importar sobre o que se fala, mas que se fale. (MORATO, 2013, p. 66-67).

No sofrimento narrado em con-junto, elas falam sobre compartilhar, sobre serem escutadas, uma escuta que convoca ao próprio dizer: dizer como deixar ver, dar passagem, preparando a situação para que ela possa acontecer. Acontecer que permite a essas mulheres descobrirem o modo como precisam ser cuidadas: *a minha dor, eu queria que ela fosse cuidada como está acontecendo aqui, a gente junta*. O que Tereza diz? Aponta para esse estar junto, cuidando uma da outra, condição que pode abrir para novas possibilidades de existir no mundo. Essa escuta que emerge do cuidado indicado por Tereza não “submete à interpretação como alternativa ou potencialidade” (BARRETO, 2017, p. 47), prescrita pelos protocolos médicos e até psicológicos. Aponta para uma escuta que circunda o silêncio, para que a “dor de existir” possa ressoar, possa figurar-se, desfigurar-se e re-configurar-se. (BARRETO, 2017)

É nesse estar-com que o homem tem a possibilidade de olhar para si mesmo. Não há possibilidade de existência sem a presença do outro, porque existir é ser-no-mundo-com-outros, pois “a vida é o resultado de um agir em conjunto, quer o desejemos ou não” (CRITELLI, 2012, p. 80). Viver em conjunto é possibilidade de habitar o sentido, que se abre no acolher e no cuidar. É poder habitar uma morada que se inclina ao apropriar-se de si estando lançado/projetado no mundo. É abertura do ser ao tocar mundo e poder narrá-lo. É abertura ao cuidado.

Neste momento, ao falarmos sobre cuidado, é importante aqui fazermos uma diferenciação. Em todo trabalho, é possível observarmos que a palavra *cuidado* ganha destaque. Seja nas políticas, nas ações ou mesmo nas solicitações aqui ouvidas por meio de nossas colaboradoras, essa palavra está incrustada no decorrer de toda a narrativa desta pesquisa.

Mas o seu significado está atravessado por algumas nuances. O cuidado em saúde pensado e proposto por algumas políticas, está situado, muitas vezes, no horizonte técnico permeado, ainda, por um saber que diz que o “cuidado em saúde associa-se ao ato de prestar atenção a um indivíduo de maneira a envolver um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para êxito de um tratamento.” (BALLARIN, CARVALHO, FERIGATO, 2009, p. 222).

Apesar disso, há compreensões que se deslocam a pensar os contextos sociais circunscritos na contemporaneidade e que entendem o sofrimento humano sob uma nova

perspectiva, trazendo inovações e importantes avanços em espaços importantes como o campo da saúde mental.

[...] observou-se que o redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitou a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da implicação. (BALLARIN, CARVALHO, FERIGATO, 2009, p. 222-223).

Mas, como é possível observar, a invisibilidade, o evitamento e a falta de preparo da maioria dos profissionais, principalmente, no tocante a estratégias e inovação no cuidado com a saúde mental, tem revelado como o sofrimento humano é sentido e pensado ainda direcionado ao saber técnico.

Deste modo, podemos nos encaminhar a enxergar outros horizontes que nos ajudem a acolher inquietações e tecer questionamentos importantes sobre o que se apresenta. Por isso, escolhi olhar para a dimensão do cuidado em saúde a partir da perspectiva da Filosofia, que, assim como em todo este trabalho, traz grandes contribuições, questões e compreensões. O cuidado aportado em um horizonte filosófico traz outras perspectivas.

Trazendo Heidegger, então, para diálogo, consideradas as peculiaridades do homem, livre de pré-determinações, e reconhecendo-o como ser responsável pela sua vida, compreendemos que o *Dasein*, em sua condição de ser-no-mundo, seu modo mais próprio de estar e ser-no-mundo é o cuidado, já que ele (o *Dasein*) é cuidado.

O ser-aí cuida de si, na medida em que é. Exatamente por isto, todos os seus modos de relação são determinados pela presença da intencionalidade do cuidado. Usando um utensílio, o ser-aí se ocupa com ele, com isto, cuida do utensílio (*be-sorgen*). Indo ao encontro do outro nas suas múltiplas formas de atenção e desatenção com o outro, o ser-aí se preocupa com o outro e, neste sentido, cuida dele (*Fürsorge*). Se ocupando com um utensílio, se preocupando com o outro ou cuidando diretamente de si nas muitas possibilidades de lidar expressamente com sua existência (*Sorge um sich*), o ser-aí se mostra como sendo essencialmente cuidado. (CASANOVA, 2018, p. 303).

Aberto em um cuidar que se pré-ocupa (*Fürsorge*), o profissional está atento à abertura da dimensão ontológica daquele que sofre, olhando-o como possibilidade de apropriação do seu poder-vir-a-ser, assim como do seu próprio cuidado, encontrando-se com novos modos de experienciar a existência.

pré-ocupar-se com o outro é não substituir o outro no seu cuidar nem roubar o seu cuidar, mas antecipa-se a ele em seu poder-ser existencial, devolvendo o cuidar a ele. É pôr em claro a possibilidade de estabelecer outras formas de relação e habitar outros mundos, abrindo para o outro a possibilidade de liberdade onde o outro é deixado entregue ao seu poder. Atitude que afirma o cuidado como constituição

ontológica do humano, já que “*o homem não tem cuidado, é cuidado*” (ALMEIDA, 1999, p. 46 apud BARRETO, 2008, p. 06, grifos do autor).

Pensarmos o cuidado em saúde é, portanto, atentarmos que este “não é somente a atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados a compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”. (MORATO, 2018, p. 191). A partir disso, pensar o nosso compromisso como profissionais de saúde nos convoca à reflexão ética quanto ao nosso comprometimento com a escuta e a ação, especialmente diante de questões que perpassam e movimentam a atuação. Lançados a um olhar cuidadoso para as realidades enfrentadas no cotidiano social, façamos ouvir as suas solicitações, o que requer, muitas vezes, atenção e questionamentos precisos para acolher os desafios que se impõem.

Para Arendt (2007), é pela ação e pelo discurso que o homem se revela ao mundo gerando feitos que se destinam a um novo imprevisível. “O fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável” (ARENDR, 2007, p. 191).

Para tanto, “pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada.” (MORATO, 2018, p. 192). Diante disso, o espaço acolhedor proporcionado por uma escuta atenta pode se transformar em espaço de mudança e conquista para quem luta contra as dificuldades em seu cotidiano.

As estratégias e os recursos trazidos pela oficina, quando desvelados no grupo, parecem apontar que não é preciso um imenso arcabouço de estratégias e/ou tecnologias para criar modos de aproximação, escuta e acolhimento se nos depararmos, antes de tudo, com as próprias demandas de uma comunidade.

O estar junto se desvela no potencial do que o coletivo se permite acolher. Esse espaço se desvela diante dos meus olhos como de um potencial enorme. Ele me marca na troca de afetos que me permito acolher a cada palavra ouvida/dita/sentida. É tatuagem.

Naquele espaço suas vozes puderam se unir a tecer um bordado, fiando junto o sentido que se abrigou na experiência de estar ali. Suas costuras são cheias de cor; pedaços que se encontram e se desencontram, mas que podem contar do que aconteceu. Esses pedaços ganham significados na história de cada uma, pois uma pode emprestar a outra o fio que remenda o seu pedaço, e no trabalho que juntas tecem, elas conseguiram mesmo sem perceber, contribuir para a tessitura e montagem do pedaço que era da outra. Assim elas deixam os rastros de que por ali passaram, e como tecedoras (narradoras) de vida, continuam a bordar suas próprias histórias; porém, ainda carregando em sua obra tudo o que fora naquele dia tecido em conjunto. (Diário de Bordo da Pesquisadora).

A partir de suas histórias de dor, medo, invisibilidade, silêncios, solidão, tristezas, perdas, abandonos, desamparo, violências, e tudo o mais que fora possível ser compartilhado, elas se aproximaram e zelaram por aquele espaço, uma pela outra e por si mesmas. Essas mulheres bordaram e desenharam, aqui, as suas histórias. Histórias narradas em afeto, em criação, marcadas pela experiência de experimentarem a si mesmas. Suas vozes ecoam, ocupam espaços, ganham força. E assim - em conjunto - fazemos a travessia.

6 ENTRECRUZANDO PONTOS E LINHAS: AVISTANDO NOVOS HORIZONTES

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa. Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: “Não há mais que ver”, sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o começo doutra.
(José Saramago)⁶

Ao fim de uma jornada, acabamos por rever o caminho. Rever é poder olhar de novo, pôr-se a compreender a experiência de ter caminhado pelas rotas traçadas, de ter estado na lida com os imprevistos, as surpresas, os afetos. Esta pesquisa despontou caminhos, horizontes, destinos que não são um ponto final, mas um des-fecho apenas... “- Des-fecho? É que desfecho, ao mesmo tempo que encerra, fecha, também é abertura” (POMPÉIA; SAPIENZA, 2014, p. 52). Assim, como desfecho deste trabalho dissertativo, volto meu olhar às compreensões aqui tecidas, o que propõem e o que, a partir delas, podemos traçar rumo a novos destinos. As direções escolhidas e as rotas desenhadas deram curso e fizeram sinal, mas foi na travessia que o caminho ganhou sentido. A travessia é que me mostrou o quanto ainda é preciso ir, arriscando-me, fazendo-me passagem.

E então, como finalizar? Como realizar este des-fecho? Como me despedir desta narrativa para que outras possam florescer e assim dar caminho a novas jornadas com as questões que se abrem a partir daqui? Me inquieto. Leio, releio, penso que não sei como finalizar. Pus-me em grande angústia para escrever essas linhas finais, é difícil para mim as despedidas. Porém, por hora, faço o meu esforço e então me despeço, fecho a cortina. A história que pude contar junto a essas mulheres também diz um pouco de mim, me movimentando a pensar sobre o meu lugar como mulher, pesquisadora e profissional. Ao ouvi-las, suas palavras ecoaram e ainda ecoam em mim como tatuagem, me proporcionando uma experiência de desconstrução e de reinvenção ao adentrar aqueles espaços de vida, de dor e de dificuldades.

Há uma mágica no *fazer* de uma pesquisa fenomenológica. Sim, uma mágica, ou um encanto, por assim dizer. É o não saber qual será o destino, aventura de não saber qual será a próxima parada, apesar das possibilidades infinitas. E é assim que me ponho/pus junto a essa

⁶ SARAMAGO, José. Viagem a Portugal. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

pesquisa. Como viajante. O não saber ao certo para onde ir, qual seria o destino final, me faz agora neste momento, ao escrever essas linhas, experimentar a sensação de contemplação ao fazer parada. E assim dou-me conta das muitas paisagens e acontecimentos (fenômenos) que foram possíveis serem avistados durante essa travessia.

Diante dos problemas enfrentados, aquelas mulheres buscavam a unidade de saúde como modo de expor os seus pedidos de socorro. E na possibilidade de acolhimento como, por exemplo, o espaço ofertado com as oficinas durante esta pesquisa, a unidade de saúde passava a ser também oportunidade de encontro. Encontros com elas mesmas, com as estratégias de cuidado ofertadas; encontro com suas histórias e vivências; encontro com uma esperança que se costurava junto a suas narrativas.

Dentre os importantes apontamentos das narrativas, o modo como são acolhidos(as) e vistos(as) os(as) usuários(as) no serviço ainda se baseiam em uma relação sujeito-objeto, na qual se crê que o usuário(a) deve assujeitar-se ao saber médico-científico que impera. O profissional de saúde é visto como o detentor do saber e, portanto, passa ele mesmo a julgar-se soberano em relação ao saber do(a) usuário(a), impondo caminhos para um tratamento “curativo”. A perspectiva curativista coloca a saúde como um bem consumível em que “o ‘comércio’ da doença acaba se sobrepondo à dignidade das pessoas” (SIMÕES et al, 2007, p.440), reduzindo singularidades a diagnósticos e prognósticos mortificantes.

Ouvir as experiências narradas possibilitou atentar a como “os desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001) ainda imperam em nós. O saber imposto através do medicamento, do diagnóstico, da doença, do psicopatológico, da necessidade de um tratamento, de uma cura, desvela nossos ‘desejos de manicômio’ na contenção do sofrimento, no emudecimento de vozes.

A partir disso, os desenhos da produção de um social adoecido, diante de ideias sobre o que é qualidade de vida, saúde e bem estar social, vai se configurando também a partir das próprias amarras do sistema, desenhados pelo imperialismo econômico conduzido pelo capitalismo. Para tanto, é importante atentar que as configurações da nossa contemporaneidade complexa e desafiadora, ganha roupagens ainda mais gritantes dentro dos territórios de vida daquelas pessoas.

Assim sendo, as narrativas de sofrimento dessas mulheres nos mostram problemas sociais importantes a serem discutidos (como a questão de gênero), tecendo cada vez mais questionamentos e reflexões sobre como temos funcionado enquanto sociedade; sobre como o cuidado ofertado esbarra em profissionais despreparados advindos de uma formação

organicista (reforçando o modelo biomédico); e ainda a submissão diante dos interesses capitalistas na produção de um cuidado mercantilizado, o que traz danos contínuos ao SUS e amplia ainda mais as desigualdades enfrentadas..

(...) desfinanciamento do setor saúde, o sucateamento das instalações e equipamentos, a falta de vontade e decisão políticas, a ausência de participação popular, de organização dos serviços, a inadequação da formação profissional etc – que se constituem como barreiras para o processo de transformação da saúde pública. (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003, p.45-46).

É ainda importante destacar os questionamentos necessários na busca de soluções para os principais problemas enfrentados pelo profissional nos serviços do SUS, devido a formação deficitária e tradicional que não prioriza sua inserção. Fica então perceptível o abismo ainda presente na formação tecnicista que integra este cenário, evidenciando a falta de preparo para lidar com essa realidade. Junto a isso, e em consequência disso, há ainda o desafio da interdisciplinaridade, que convida os profissionais a se reinventarem em uma atenção integral que privilegia a escuta dos abismos encontrados.

Encontraríamos nós, profissionais de saúde, contrapontos à formação que nos permitam repensar as políticas e seus dispositivos e/ou o modo como cuidamos? Onde moram os nossos silêncios enquanto profissionais ao experimentar estes contextos? O que estes silêncios e incômodos revelam sobre nós? Há outro modo de transitar? É possível pensar em um cuidado que se volte a (re)invenção, a um movimento ético, político e estético no cuidado ofertado nas unidades de saúde? Será que podemos ser artesões de novas realidades?

Nos primeiros passos, lembro-me de chegar com a ideia de que o medicamento não poderia fazer parte de um repertório de intervenções voltado a um cuidado apropriado, isto é, um cuidado “pré-ocupado”, visto que o ato de medicar tem se dado de modo abusivo e reforçador das outras formas de sujeição que se impõem às pessoas cuidadas. Acredito que outros caminhos são possíveis e, inclusive, alguns deles foram apontados nas oficinas, como os recursos artísticos, a força do coletivo na comunidade e a potência do trabalho em grupo. Mas, no percurso, algo que eu ainda não havia enxergado na realidade do uso excessivo dos medicamentos psicotrópicos me afetou: diante do abandono e invisibilidade experienciada pelas usuárias, os medicamentos representaram seu suporte possível em meio a tanto silêncio, ao mesmo tempo em que se tornam o modo que encontram de fazer barulho, pois seus pedidos de socorro ecoam nos dias em que precisam gritar e brigar por acesso a uma vaga para consulta, por uma receita, por um medicamento. Ao interromper os silêncios dos serviços, seus barulhos incomodam. Deste modo, questiono: Poderia essas narrativas, em suas

solicitações e denúncias, mostrar possíveis sinais de fracasso das políticas de saúde voltadas a promoção do bem estar e cuidado dessas pessoas?

Trazendo de volta a compreensão do sentido desvelado por minhas narradoras, outra condição que se revela em sua dores caladas pela medicação, diz sobre como as questões de gênero repercutem negativamente na saúde mental das mulheres. Diante disto, a condição socioeconômica, o fardo de carregar muitas responsabilidades, as violências e discriminações de gênero, a sujeição de sua subjetividade a internalizar características relativas à identidade feminina (a mulher é meiga, dócil, cuidadora), são para alguns autores (vistos durante a revisão de literatura deste trabalho) como aspectos que tornam as mulheres mais suscetíveis ao consumo de drogas psicotrópicas, fazendo deste um caminho para suportar tais experiências e sobrecargas. (COSTA; DIMENSTEIN e LEITE, 2015; LIRA et al, 2014; ROCHA; WERLANG, 2013).

É percebido, ainda, que apesar dos avanços e conquistas das últimas décadas, existem dificuldades na oferta de uma assistência integral que fuja à resolução mecanicista e biologicista, olhando apenas para a queixa de um corpo que dói. Destarte, questiono: Até que ponto centralizar os cuidados de saúde no corpo da mulher e seus mecanismos (fases, aspectos biológicos) não denunciam mais uma violência sofrida?

Há uma violência banalizada nos discursos que colocam o outro como sujeito-objeto que precisa de conserto a partir do tratamento. É nessa tentativa de controle que nos afastamos daquele que sofre. Dadas as reflexões tecidas até aqui, questiono: será possível, então, fazer saúde de outro modo? Há outras maneiras em que as narrativas de dor referentes à vida e suas condições possam ser acolhidas? Como acolher os silenciamentos vivenciados nos dispositivos curativistas presentes nos serviços de saúde? Como encontrar um contraponto?

Acolher o outro em seu sofrimento e diante das fragilidades que se impõem, sejam do sistema, da nossa formação ou da estrutura ofertada, é compreender que a dor precisa ser vista e ouvida sob a oferta de um cuidado que encaminha e potencializa caminhos sem “tomar conta” nem ditar fórmulas. A invenção, a criação e a liberdade se dão no estar *entre*, na possibilidade de transformar e engendrar moviment(a)ções nas realidades e demandas que desafiam o profissional em seu fazer e também são possibilidade de deixar mostrar e eclodir as vozes que, ao ouvido, clamam cuidado, chamando nossa atenção ao sofrimento. “Transmuta-se do lugar da *explicação sobre* para o lugar do *aprender com* ou *aprender entre*” (ANDRADE; MORATO, 2004, p. 47, grifos do autor). Há, portanto, disponível ao profissional, a possibilidade de se lançar ao infinitamente improvável da existência, tornando-

se iniciador, inventor e artesão de novos modos de viver, de pensar e de se colocar no mundo.

O cuidado para essas mulheres estava no compartilhar a vida. No mundo da vida, dos desafios, o estar-junto faz toda a diferença. Como nos diz Critelli (2012, p.13), “[...] a vida humana se tece entre histórias. Melhor, entre narrativas de acontecimentos nas quais encontramos armazenados sentidos e significações para vida”. Assim, as Oficinas de Criatividade ofereceram àquelas mulheres a possibilidade de fala e de um ouvir que se desvelaram como cuidado. A escuta dessas narrativas de modo inventivo, a partir dos recursos utilizados (papel, imagens, colagens, desenhos), acolhe não só aquilo que é falado ou expresso verbalmente, ela vai além do que está contido apenas no som da fala, é a expressão de suas experiências, histórias, dores, sonhos, frustrações, sentimentos, comunicadas através da linguagem plástica.

Ainda é importante ressaltar que a Oficina de Criatividade proporciona a formação e o fortalecimento de uma rede de apoio e suporte, diante do trânsito das experiências vividas, entre participantes e profissionais (CUPERTINO, 2008). Deste modo, a Oficina de Criatividade apresenta-se para além de um recurso importante, pois enquanto modalidade de prática psicológica, desvela-se como ação clínica, e pode estar presente em qualquer compreensão de clínica (como a clínica ampliada), oportunizando a ampliação do acolhimento ao sofrimento dos usuários(as) nos serviços de saúde.

Portanto, o meu inquietar é terreno de desconstrução, não pretendo que aqui se findem as perguntas, é necessário olhar as demais facetas deste fenômeno, buscando as diversas possibilidades que estão a se descortinar a partir desta investigação. Então, convido também você, leitor/a, a continuarmos nossos caminhos de (des)construções diante dessa perspectiva patologizadora e medicalizadora que ainda vivemos. É necessário repensar as políticas, repensarmos a formação, batalharmos por um SUS que realmente aconteça na vida de cada usuário(a), para que assim o trabalho em saúde, acolhendo o sofrimento que se apresenta, seja enfim, um espaço de criação e reinvenção.

É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na Primavera o que se vira no Verão, ver de dia o que se viu de noite, com Sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para os repetir. E para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre.

(SARAMAGO, 2007, p. 279).

REFERÊNCIAS

ABISMOS. In: **Dicio: Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/abismos/>>. Acesso: em Mar. 2020.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, n. 10 v.20, 2006. 299-316 pp. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: em Jun. 2020.

ANDRADE, A. N.; MORATO, H. T. P. A dimensão ética (e moral) das práticas institucionais. **Estudos de Psicologia UFRN**, Natal, v. 09, nº 02, p. 345-353, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a17v9n2.pdf>>. Acesso em 17 de Set . 2019.

ANDRADE, A. N. ; MORATO, H. T. P.; SCHMIDT, M. L. Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: RODRIGUES, M. M. P; MENANDRO, P. R. M. (orgs.). **Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em Psicologia**. Vitória: UFES/GM Gráfica Editora, 2007. p. 193-206.

ANGELI, D. Uma breve história das representações do corpo feminino na sociedade. **Revista Estudos Feministas**, v.12 n.2, p. 243-245. maio/ago, 2004.. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2004000200017&script=sci_arttext>. Acesso: em Mar. 2020.

ARAÚJO, L. L. C.; et al. Distribuição de Antidepressivos e Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v.11. n.1.,p. 45-54, jan./jun. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Paula/Downloads/266-509-1-SM.pdf>>. Acesso: em Jul. 2018.

ARENDT, Hannah. **A condição humana** . Tradução de Roberto Raposo. 10.ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

AUN, H. A.; MORATO, H.T.P. Atenção Psicológica em instituição: Plantão Psicológico como cartografia clínica. In: BARRETO, C. L. B. T. (Org.); MORATO, H. T. P. (Org.) . **Aconselhamento Psicológico na Perspectiva Fenomenológica Existencial**. 1ª. ed. São Paulo: Guanabara Kogan, 2009, p. 122-138.

ALMEIDA, K. T. **Análise do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde no município de Sobral, Ceará**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará,

Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21609>>. Acesso: em Jun. 2019.

BARRETO, C. L. B. T. Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: da ontologia fundamental à questão da técnica. In: BARRETO, C. L. B. T.; MORATO, H. T. P.; CALDAS, M. T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 27-50.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v.34 n.4, p.444-50, 2010. Disponível em: < http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf>. Acesso: Maio. 2020.

BARRETO, C. L. B. T. **Uma possível compreensão fenomenológica existencial da Clínica Psicológica**. Anais do VIII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições – Atenção Psicológica: Experiência, Intervenção e Pesquisa. 2008. Disponível em: < <http://www.lefeusp.com.br/#!anais-viii-simpso/cxkv>>. Acesso: em Jan. 2019.

BARRETO, C. L. B. T. A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias na ação clínica. In: CABRAL, B. E.; BARRETO, C. L. B. T.; KOVÁCS, M. J.; SHMIDT, M. L. S. (Orgs.). **Prática Psicológica em Instituições**. Curitiba: CRV. 2017. (40-49 pp).

BARRETO, C.L.B.T; PRADO, R. A. A.; LEITE, D. F. C. S. Hermenêutica filosófica de Gadamer e Pesquisa em Psicologia. In: CABRAL, B. E.; SZYMANSKI, L.; MOREIRA, M. I. B; SHMIDT, M. L. S (organizadoras) **Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: experimentações em Psicologia**. Curitiba: CRV, 2019, 252p.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida** . Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9 n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014>. Acesso: Jun. 2019.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Trad. de Sérgio Paulo Ravanet. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BORGES, L. R. **Sobre autonomias dirigidas e vestígios do passado: repercussões da gestão autônoma de medicamentos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2014.

Disponível em: < <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313045>>. Acesso: em Jul.2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. Ano 2, nº 2 | jul./dez. de 2012.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso: em Ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 152 p, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso: em Maio.2018.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Brasília – DF. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf> Acesso em: Agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso: em Maio.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso: em Maio.2018.

CABRAL, B. E.; MORATO, H. T. P. A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: BARRETO, C. L. B. T; MORATO, H. T. P.; CALDAS, M. T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá. 2013, p. 159-181.

CARNE E OSSO. In: **Dicio: Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/em-carne-e-osso/#:~:text=Significado%20de%20Em%20carne%20e,vez%20em%20carne%20e%20osso.>>. Acesso: em Mar. 2020.

CARVALHO, L; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção desubjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 37-64, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em Ago. 2018.

CARVALHO, L; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Ago. 2018.

CASANOVA, M. A. Da angústia ao cuidado: da suspensão dos sentidos cotidianos da existência à essência do existir como cuidado. In: DUTRA, E. (Org.) **O desassossego humano na contemporaneidade** - 1ed. – Rio de Janeiro : Via Verita, 2018. 376 p.

COSTA, A. B; ZOLTOWSKI, A. C. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: **Manual de produção científica [recurso eletrônico]** – KOLLER, Sílvia H.; COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDORFF, Jean Von H. (Orgs.). – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Penso, 2014.

COSTA, M. G.; DIMENSTEIN, M., LEITE, J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, Natal, v.24 n.1, p. 13-29. Jun 2015. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41968/61911>>. Acesso: em Jul. 2019.

COSTA, P. E. **Heidegger e a técnica moderna**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Natal-RN, p.100, 2014.

CRITELLI, D. M. **História pessoal e sentido de vida: historiobiografia**. 1.ed. São Paulo : EDUC : FAFESP, 2012.

CUPERTINO, C. M. B. **Criação e formação: fenomenologia de uma oficina**. São Paulo: Arte & Ciência, 2001. 255 p.

CUPERTINO, C. M. B. Atuação em campo com Oficinas de Criatividade: que Psicologia se faz? In: **SIMPÓSIO NACIONAL DE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES**. *Anais...* São Paulo, 2008.

DELIBERADOR, H. R.; VILELA F. S. L. Acerca do conceito de saúde. **Revista de Psicologia**, v.19 n.(2, p. 225-237,2010. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/6724>>. Acesso: em Mar. 2019.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. A disciplina e a pratica da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna (orgs). **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

DUARTE, A. Heidegger, filósofo da técnica moderna. In: REIS, R. R; FAGGION, A. (Org.). **Um filósofo e a multiplicidade de dizeres: homenagem aos 70 anos de vida e 40 de Brasil de Zeljko Loparic**. Campinas: Unicamp/CLE, v.57. 2010.

_____. **Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro**. Natureza Humana, Paraná, jan-jun., ano 7, n.1, pp.129-158., 2005. Disponível em:<http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=andre_duarte>. Acesso: Maio. 2020.

_____. **Vidas em risco: crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault**. 1º.ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2010.

FERRAZZA, D. A.. et al.. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paideia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educacao**. v. 20 n. 47, p. 381-390, 2010.. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>>. Acesso: em Ago 2020.

FILHO, J. S. A. M. et al. Uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira da Promoção à Saúde**. Fortaleza, v.31 n.3, p. 1-12, jul./set., 2018. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7670>>. Acesso: Jun. 2019.

FLORESCER. In: **Dicio: Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em:< <https://www.dicio.com.br/florescer/>>. Acesso: em Maio. 2020.

FREITAS, J. L. Luto, pathos e clínica: Uma leitura fenomenológica. **Revista Psicologia USP**, v. 29 n.1, p 50-57, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n1/1678-5177-pusp-29-01-50.pdf>>. Acesso: em Ago 2020.

GADAMER, Hans-George. **Verdade e Método**; tradução de Flávio Paulo Meurer. - Petrópolis, RJ : Vozes, 1997.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface Comum Saúde Educ.* v 16 n 40, p.21-34, 2012. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003>. Acesso: em Ago 2020.

GOMES, B. V. **O consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na estratégia saúde da família.** Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Sobral, 2015. Disponível em: <<http://saudedafamiliaufc.com.br/wp-content/uploads/2016/04/Dissertacao-de-Bruna-Vieira-Gomes.pdf>>. Acesso: em Jul. 2018.

GOMES, F. L. C. **Saúde mental na atenção básica: análise do atendimento na percepção dos usuários e familiares.** Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014. Disponível em:<http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFOR_e60fe76500334a026929d1d1b703f038>. Acesso: em Jun. 2019.

GRITO. In: **Dicio: Dicionário Online de Português.** Porto: 7Graus, 2020. Disponível em:<<https://www.dicio.com.br/grito/>>. Acesso: em Maio. 2020.

HAN, B. C. **A Sociedade do Cansaço.** Tradução de Enio Giachini. Petrópolis: Vozes, 2º ed. 2017.

HEIDEGGER, M. **Ensaios e conferências;** Tradução de Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Márcia Sá Cavalcante Schuback. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2018.

_____. **Ser e tempo – Parte I;** Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback – 15ºed. Petrópolis : Vozes, 2005.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico].** Josimari Telino de Lacerda, Rodrigo Otávio Moretti-Pires (Organizadores). 2. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, p102, 2016. Disponível em:< <https://unasus.ufsc.br/atenaobasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso: em Ago 2020.

LAWN, C. **Compreender Gadamer;** tradução de Hélio Magri Filho. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.

LICENÇA. In: **Dicio: Dicionário Online de Português.** Porto: 7Graus, 2020. Disponível em:< <https://www.dicio.com.br/licenca/>>. Acesso: em Mar. 2020.

LIRA, A. C. et al. Perfil de usuários de Benzodiazepínicos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v.17 n.2, p. 223 - 228. Abr/jun, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15241>>. Acesso: em Jun. 2019.

LUZ, A. R. et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.1, 270-281. 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555872.pdf>>. Acesso: em Maio.2019.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 515-521, 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em Set. 2020.

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. **Manual de orientações Básicas para prescrição médica** – CRM/PB - João Pessoa: Idéia, 2009. 34p. Disponível em:<<http://www.portalmedico.org.br/REGIONAL/crmpb/manualPrescricao.pdf>>. Acesso: em Jun. 2020.

MAGLIANO, F. R.; SÁ, R. N. Reflexões heideggerianas sobre técnica, liberdade e práticas psicológicas clínicas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 67 n. 2, p. 19-32, 2015 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em Maio. 2020.

MOLINE-AVEJONAS, D. R; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiologia**. V. 15 n.3, p.465-474, 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf>>. Acesso: em Ago 2020.

MORATO, H. T. P. Reflexões acerca da saúde: implicações para o desassossego humano contemporâneo. In: DUTRA, E. (Org.) **O desassossego humano na contemporaneidade** - 1ed. – Rio de Janeiro : Via Verita, 2018. 376 p.

_____. Algumas considerações da fenomenologia existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. In: BARRETO, C. L. B. T; MORATO, H. T. P.; CALDAS, M. T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 51-76.

NUNES, J.; PELIZZOLI, M. O fenômeno da saúde – o cuidado à luz da hermenêutica filosófica. In: PELIZZOLI, M. **Saúde em novo paradigma : alternativas ao modelo da doença** – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2011. 261 p.

OLIVEIRA, E. N.; AGUIAR, J. M. A.; CAVALCANTE, M. M. B. Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia? **Essentia**, Sobral, vol. 13, n 1, p. 25-38, jun./nov.2011. Disponível em:<<http://www.uvanet.br/essentia.old/edicaoano13n1/psicotropicos.pdf> >. Acesso: em Ago. 2020.

PESSOA, F. **Poesias/Fernando Antonio Nogueira Pessoa, 1888-1935**. Sueli Barros Cassal (org). Porto Alegre : Coleção L&PM POCKET, v.2, 144 p, 2011.

_____. **O livro do desassossego por Bernardo Soares**. 2ªed. São Paulo: Brasiliense. 1986.

POMPÉIA, J. A.; SAPIENZA, B. T. **Na presença do sentido: uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas**. 2ed. São Paulo : EUDC;/ABD, 2014.

RABELO, I. V. M. "**Nunca pensei nisso como problema**": estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, SP, 2011. Disponível em:<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105605/rabelo_ivm_dr_assis.pdf?sequence=1>. Acesso: em Jul. 2018

ROCHA, B. S.R.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v.18 n.11, p. 3291-3300, 2013. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001100019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: em Jun. 2019.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994

_____. **Primeiras estórias**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 2001.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2009. Disponível em:<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311882/1/Santos_DeivissonViannaDantasos_M.pdf>. Acesso: em Jul.2019.

SANTOS, H. S. et al. **A utilização dos medicamentos psicotrópicos e seus fatores associados.** Rev Inic Cient Ext.v 1 n1, p. 51-56, 2018. Disponível em:< <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EZH1ZyZgVSoJ:revistasfacesa.senaa.ires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/download/48/15/+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso: em Ago. 2020.

SCHWANDT, T. As três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretação, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K. (org), **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, (pp. 193-217). 2006.

SERRES, M. **Filosofia mestiça: o terceiro instruído.** Tradução: Maria Ignez Duque Estrada – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, P. A.; ALMEIDA, L. Y.; SOUZA, J.. O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.53, jan - 2019. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100404&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso: em Jun. 2019.

SIMÕES, A. L. A. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16 n.3, p. 439-44. Jul-Set, 2007. Disponível em:< https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Humanizacao_na_saude__enfoque_na_atencao_primaria/291>. Acesso: em Out. 2019.

SOUZA, S. R. L.; FRANCISCO, A. L. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios, desenhando caminhos. **Atlas CIAIQ**, 2016. Disponível em: < <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/826>>. Acesso: em Out. 2019.

TESSER, C. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**, Botucatu , v. 10 n. 19, p. 61-76, Junho 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em Jul. 2018.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. CAMPOS, G. W. S. Influências da biometria na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente. In: **Seminário de Cultura, História e Política: questões de pesquisa e política institucional.** Madel T. Luz, coordenadora. Série estudos em saúde coletiva, UERJ, IMS. Rio de Janeiro, n. 117, p.30, 1998. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S1413-8123200100010001000011&lng=pt>. Acesso: em Ago. 2020.

VÁSQUEZ, J. Angústia e desamparo numa perspectiva heideggeriana. **Perspectiva Filosófica**, v.11 n.6, p. 145-157. 1999. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000085&pid=S0103-166X201100030001100016&lng=es>. Acesso: em Ago. 2019.

ZANELLO, V; FIIUZA,G.; COSTA, H. S. Saúde Mental e Gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27 n.3, p. 238-246. 2015. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000300238&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: em Jan. 2020.

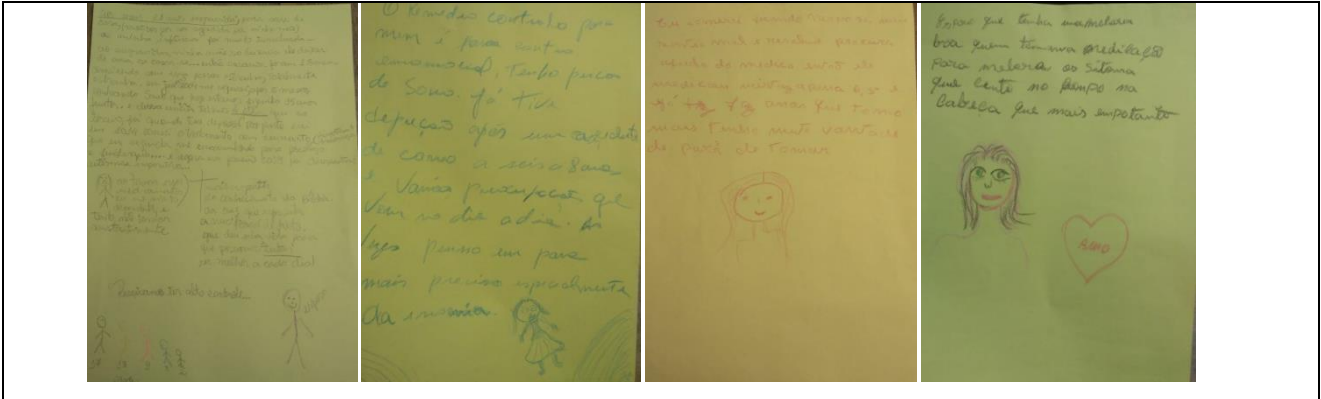
ANEXO

A - MATERIAL PRODUZIDO NAS OFICINAS

Figura 9 – Segunda Oficina



Figura 10 – Primeira Oficina





PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICA PSICOLÓGICA E A FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA DE MARTIN HEIDEGGER

Pesquisador: Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03241618.1.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.085.343

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como objetivo primeiro propor possibilidades de tematização de uma prática psicológica, a partir da perspectiva fenomenológica hermenêutica de Martin Heidegger, que compreenda e acolha as manifestações do sofrimento humano no momento atual. Prática psicológica e fenomenologia hermenêutica – apesar do título, o projeto proposto não pretende focar diretamente nem a prática psicológica nem a fenomenologia hermenêutica. A discussão visa a deter-se no “e” situado entre a prática psicológica e a fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger, ou seja, na tentativa de uma conjunção que aproxima e articula as possibilidades de ressonância da fenomenologia hermenêutica na prática psicológica. Farão parte da pesquisa usuários e profissionais de psicologia que realizam suas práticas psicológicas em serviços institucionais e comunitários. Os instrumentos utilizados serão a entrevista narrativa, diários de campo, grupos focais e outros que se fizerem necessários, considerando os desdobramentos dos objetivos da pesquisa e de seus segmentos. A pesquisa proposta no presente projeto será de natureza qualitativa afinada à perspectiva da fenomenologia hermenêutica, privilegiando a compreensão interpretativa fundada na Hermenêutica Filosófica de Gadamer, vinculada às compreensões ontológicas heideggerianas. Espera-se que o conhecimento produzido possa contribuir para consolidar uma prática psicológica norteada pelos pressupostos fenomenológicos existenciais, ao modo de Heidegger, além de oferecer subsídios para o exercício profissional do psicólogo e à população que demanda por seus serviços.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 3.085.343

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Propor possibilidades de tematização de uma prática psicológica, a partir da perspectiva fenomenológica hermenêutica de Martin Heidegger, que compreenda e acolha as manifestações do sofrimento humano no momento atual.

Objetivo Secundário:

- Compreender as repercussões do diagnóstico de câncer no “modo de existir” dos idosos e propor indicativos para uma intervenção clínica em pacientes atendidos nos ambulatórios de Oncogeriatrics.
- Compreender as ressonâncias do uso de psicotrópicos nos modos de cuidar do sofrimento humano no contexto dos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde da Família.
- Problematizar os modos como o cuidado se faz presente nas práticas dos profissionais que atuam no acolhimento e na atenção às mulheres em situação de pós-abortamento e propor possibilidades de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta uma proposta ousada e interessante ao aproximar concepções filosóficas da prática clínica em psicologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes, descritos com clareza e riqueza de detalhes.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 3.085.343

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260088.pdf	04/12/2018 01:10:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	04/12/2018 01:09:26	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	04/12/2018 01:08:52	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	04/12/2018 01:08:17	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/11/2018 22:05:02	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/11/2018 22:04:43	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	21/11/2018 22:03:49	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	21/11/2018 22:03:26	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	21/11/2018 21:57:02	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_assistente3.pdf	21/11/2018 21:55:44	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_assistente2.pdf	21/11/2018 21:55:07	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_assistente1.pdf	21/11/2018 21:54:43	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	curriculo_pesquisador_responsavel.pdf	21/11/2018 21:53:58	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_ses.pdf	21/11/2018 21:53:07	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_imip.pdf	21/11/2018 21:52:36	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_clinica.pdf	21/11/2018 21:51:47	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/11/2018 21:51:06	Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 3.085.343

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 14 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br