UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Biociências - Campus de Rio Claro

Seção de Pós-Graduação

MILENA ABDELNUR RUGGIERO

A FUNÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: um desafio ao educador farmacêutico.

Rio Claro-SP

2014

MILENA ABDELNUR RUGGIERO

SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: um desafio ao farmacêutico educador.

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação (linha de pesquisa Linguagem – Experiência – Memória – Formação).

Orientadora: Prof.ª Dra. Maria Rosa Rodrigues Martins de Camargo

Rio Claro-SP

2014

MILENA ABDELNUR RUGGIERO

SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: um desafio ao farmacêutico educador.

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação (linha de pesquisa Linguagem – Experiência – Memória – Formação).

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Maria Rosa Rodrigues Martins de Camargo

Profª Drª Thais Adriana do Carmo

Prof. Dr. César Donizete Pereira Leite

Rio Claro, 11 de Agosto de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse mestrado aos meus pais, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional.

Em especial à minha Mãe, amiga e companheira, que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

Mãe, você foi fundamental na elaboração desse trabalho!

AGRADECIMENTOS

Conceber e redigir esta dissertação de Mestrado não foi uma tarefa fácil, como parece. Posso defini-la como uma experiência enriquecedora e de plena superação. Cada balbucio na busca de respostas às minhas preocupações enquanto "pesquisadora" levou-me ao crescimento pessoal, intelectual e profissional. Aos olhos de quem esteve comigo nessa caminhada, esse trabalho pareceu interminável e enigmático, mas tornou-se realizável graças às pessoas que participaram diretamente e àquelas que me auxiliaram mesmo não sabendo realmente o porquê e para que me envolvi nessa pesquisa. E são a essas pessoas que deixo aqui meus agradecimentos:

Ao Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – Campus Rio Claro – na pessoa de seu diretor Prof. Dr. *Jonas Contiero*, da qual me orgulho de ter tido o privilégio de estudar e acrescentar novos conhecimentos à minha vida.

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista, Prof. Dr. *César Donizeti Pereira Leite*, pelas contribuições ao meu crescimento pessoal e aprofundamento no referencial teórico.

À Profa. Dra. *Maria Rosa Rodrigues Martins de Camargo*, pela disposição em me orientar e objetividade nos nossos encontros e, principalmente, pela confiança depositada em meu trabalho.

Aos membros da banca Profa. Dra. *Thais Adriana do Carmo* e ao Prof. Dr. *Cesar Donizeti Pereira Leite*, por aceitarem prontamente o convite para avaliação desse trabalho e pela revisão minuciosa e leitura crítica do texto.

Às funcionárias da farmácia municipal que, mesmo com toda a carga de trabalho se disponibilizaram em me ajudar a selecionar os pacientes que participaram dos grupos e das entrevistas.

Aos pacientes, usuários da farmácia municipal, que aceitaram participar das reuniões do grupo, com expressivo voto de confiança na legitimidade do processo e reconhecimento da importância da sua contribuição.

À Secretaria de Saúde por flexibilizar meu horário de trabalho para frequentar as disciplinas, grupos de discussão e reuniões do Programa de Pós-graduação em Educação e pela visão sobre a importância de oferecer oportunidade de crescimento aos profissionais da rede pública de saúde.

Ao meu amor e companheiro *Walmir*, que pacientemente compreendeu o fato de estar só, mesmo eu estando presente debruçada em livros e textos, sempre me incentivando e me apoiando na finalização dessa etapa da minha vida.

Às minhas companheiras de trabalho e amigas pessoais *Adriana*, *Karina, Luciana Marino* e *Talita* pelo apoio e estímulo nessa caminhada e pela paciência nos momentos de angústia e ansiedade, sempre com palavras que me fortaleciam cada vez mais na busca desse propósito.

À companheira e amiga de caminhada, *Carol*, por compartilharmos nossos conhecimentos e dúvidas, principalmente em meio às difíceis leituras de Foucault. Por me transmitir perseverança e colaborar sempre que necessitei de ajuda.

Às farmacêuticas do Departamento de Assistência Farmacêutica do município de Piracicaba, em especial *Luciana Canetto* e *Rafaela*, que me deram respaldo quando mais necessitei, contribuindo sobremaneira para que eu enfrentasse esse desafio.

Ao QUINO por me disponibilizar as tirinhas da Mafalda, que apesar de ser uma garotinha de apenas seis anos de idade possui uma visão aguçada do mundo. Seus questionamentos sobre a humanidade, a política, a paz mundial e o mundo à sua volta atribuíram um ar de descontração no meu trabalho.

E, por fim, a todos aqueles que por um lapso não mencionei, mas que colaboraram para que esta pesquisa fosse possível: abraços fraternos a todos!

"A partir da ideia que o indivíduo não nos é dado, acho que há apenas uma consequência prática: temos que criar a nós mesmos como uma obra de arte."

Michel Foucault

SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: um desafio ao Farmacêutico educador.

RESUMO

Uma das funções e desafios do farmacêutico, enquanto profissional de saúde, é a de ser educador. Quando atua no setor público, onde tem contato direto com os usuários do sistema, visa principalmente o uso correto e racional de medicamentos, indo ao encontro do que se espera de uma politica de Promoção da Saúde, preconizada pela Carta de Ottawa de 1986. Sabe-se que o uso abusivo de medicamentos está cada vez mais fazendo parte da cultura ocidental, onde prevalece que o mal-estar ou qualquer tipo de sofrimento, então transformados em doença, devem ser extintos a qualquer preço, com o uso de medicamentos. A problemática da medicalização na contemporaneidade da sociedade ocidental, enquanto um dispositivo biopolítico, tem enfraquecido o ser humano naquilo que lhe pode ser mais potente, ou seja, a relação com o *outro* e consigo mesmo, o que Foucault chama de "cuidado de si" e pode ser explicado como uma maneira particular e veemente de atenção com o corpo. Durante a execução do presente trabalho foram realizados encontros com um grupo de usuários de uma farmácia municipal de Piracicaba, a fim de entender como estes se percebem e se entendem doentes e o que fazem para se sentirem melhor, com a intenção de contextuar os autores que dão suporte às minhas reflexões. Portanto, pretendo defender neste trabalho, a importância do papel do farmacêutico como educador uma vez que sua área de atuação é extensa no campo da promoção da saúde e seus saberes específicos na área lhe dão subsídios para uma atuação social voltada para instruir e orientar os usuários de medicamentos de modo a se tornarem capazes de se responsabilizarem pela própria saúde modificando suas formas de viver e, assim, promover a própria saúde e as condições para o desenvolvimento de uma sociedade saudável.

Palavras-chave: Medicalização. Biopolítica. Cuidado de Si. Educador Farmacêutico.

ABOUT THE PROMOTION OF HEALTH IN CONTEMPORARY: A Challenge to Pharmaceutical educator.

ABSTRACT

One of the tasks and challenges of the pharmacist as a health professional, is to be an educator. When acting in the public sector, which has direct contact with system users, mainly aimed at the correct and rational use of medicines, going back to what is expected from a policy of health promotion, as recommended by the Ottawa Charter of 1986. Know is that the abuse of drugs is increasingly part of the Western culture where the prevailing malaise or any kind of suffering, then transformed into illness, should be terminated at any price with drug use. The issue of medicalization in contemporary Western society, while a biopolitical device has weakened the human being into what you can be more powerful, ie, the relationship with others and with yourself, what Foucault calls "self-care" and can be explained as a particular and vehemently attention to the body. During the execution of this work meetings with a group of users of a municipal pharmacy Piracicaba were performed in order to understand how they perceive and understand patients and what they do to feel better, with the intention of the authors to contextualize support to my reflections. Therefore, I intend to defend in this work, the importance of the pharmacist's role as an educator since his area of expertise is extensive in the field of health promotion and their specific knowledge in the area will provide a basis for social action directed to instruct and guide users drugs so as to become able to take responsibility for their own health modifying ways of living and thus promote their own health and conditions for the development of a healthy society.

Keywords: Medicalization. Biopolitics. Self-Care. Educator Pharmacist.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO ____ *11*

2. O CENÁRIO ATUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ____ *20*

3. METODOLOGIA ____ *27*

3.1 . A FORMAÇÃO DO GRUPO ____ **32**

3.1.1. A escolha dos participantes ____ 32

3.1.2. Os Encontros ____ 37

3.1.3. As Entrevistas ____ 40

4. BREVE COMENTÁRIO SOBRE AS FALAS DOS PARTICIPANTES ____ *43*

5. MEDICALIZAÇÃO VERSUS VIDA QUALIFICADA: APONTAMENTOS ____ *50*

5.1. Estado de Exceção e Vida Qualificada ____ **50**

5.2. Medicina Social e Biopolítica ____ **58**

5.2.1. Medicina de Estado ____ 59

5.2.2. Medicina Urbana ____ 61

5.2.3. Medicina da Força de Trabalho ____ 63

5.3. Medicalização Social e Biopolítica ____ **66**

5.3.1. Uma Cultura de Medicalização ____ 66

5.3.2. A Medicalização como Biopolítica ____ 73

6. O CUIDADO DE SI COMO PRÁTICA DE VIDA: UMA ALTERNATIVA POSSÍVEL DE RUPTURA NO CENÁRIO BIOPOLÍTICO DE MEDICALIZAÇÃO ____ *79*

7. O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE ____ *91*

8. CONSIDERAÇÕES... ____ *101*

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ____ *109*

APÊNDICES ____ *115*

APÊNDICE A - TRANSCRIÇÃO DOS DIÁLOGOS DO 1º ENCONTRO ____ **115**

APÊNDICE B - TRANSCRIÇÃO DOS DIÁLOGOS DO 2º ENCONTRO ____ **123**

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DO DIÁLOGO DA ENTREVISTA ____ **140**

APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DO DIÁLOGO DA ENTREVISTA ____ **148**

*ANEXOS*_____ *156*

ANEXO A – LETRA DA MÚSICA “CONSTRUÇÃO” (CHICO BUARQUE) _____ 156

ANEXO B – LETRA DA MÚSICA “O QUE É, O QUE É? (GONZAGUINHA) _____ 158

O VERÃO ME DISSE QUE
ESTE ANO NOS DIAS ABAFADOS
VAI SE USAR MUITO
A ANGÚSTIA
PRÊT-À-PORTER

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Hodiernamente o termo Medicalização refere-se à prescrição de medicamentos para tratar sintomas que poderiam ser cuidados sem a utilização destes. Alguns transtornos mentais como depressão e ansiedade, cujo diagnóstico, na maioria das vezes, se dá apenas pelo relato de sintomas, são exemplos de doenças em que a Medicalização vem sendo empregada.

A medicalização, enquanto um dispositivo biopolítico do Estado, determina a situação do sofrimento como não sendo normal e considera que o uso de medicamentos é a melhor opção para “bloquear” as emoções. Com o objetivo de voltar a ter os sentimentos de prazer, felicidade e bem-estar, os medicamentos são buscados ou prescritos, sem que seja feita uma reflexão sobre a condição emocional e sem que ocorram mudanças na maneira de ser e agir frente às dificuldades.

Dantas (2009) nos explica que a utilização de medicamentos é uma ação banalizada, na qual a saúde e o medicamento são tratados como simples mercadorias. O ato de fazer uso de medicamentos para aliviar sintomas, os quais são entendidos como algo que atrapalha o estado de bem-estar e impede o individuo de viver normalmente, é cultural. Quando se trata de sintomas, as pessoas são imediatistas e procuram no medicamento o seu alivio. Estes, por sua vez, podem apenas estar exercendo efeito paliativo, ou seja, não alivia ou elimina a causa primária da doença, mas sim sua consequência.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) preconiza que o farmacêutico é o profissional que atua na proteção à saúde do paciente, promovendo o uso racional de medicamentos, além de se envolver com a promoção e educação sanitária, ou seja, educando os pacientes com relação aos riscos da automedicação, da interrupção e alteração do medicamento prescrito, da importância da receita médica quando da utilização de produtos farmacêuticos tarjados, bem como orientá-los quanto à automedicação responsável.

Portanto, como nos explica Spada (2007), o profissional farmacêutico deve assumir, dentre suas atribuições, a de orientar e educar o usuário a respeito das particularidades em se utilizar um ou mais medicamentos, incluindo o seu uso racional. Dessa forma, esse especialista em medicamentos possui um importante

papel quando atua no Sistema Único de Saúde, onde a atenção primária à saúde é evidenciada.

É certo que para exercer a função de educador na Saúde Pública o farmacêutico deve estar inserido em um ambiente de trabalho que ofereça condições estruturais físicas e humanas para realizar tal atividade, o que, infelizmente, não reflete a realidade da maioria dos municípios do nosso país. Escassez de farmacêuticos que trabalham na rede pública de saúde e que acabam tornando-se responsáveis por mais de uma farmácia; farmácias com grande demanda de atendimento com filas de pacientes para conseguirem o medicamento; falta de medicamentos são exemplos de condições que acabam não permitindo que o farmacêutico assuma o papel de educador.

É nesse sentido que os Conselhos Regionais de Farmácia têm desempenhado papel importante junto aos Estados e municípios com a finalidade de regularizar a situação das farmácias públicas (CFF, 2009). Essas ações são voltadas para garantir à população o direito à Assistência Farmacêutica no serviço público de saúde, ou seja, cada farmácia do setor público deve manter um profissional farmacêutico em seu quadro de funcionários. Segundo o documento do Conselho Federal de Farmácia (2009) a efetivação das diretrizes e prioridades estipuladas pela Politica Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001) e as pactuações entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vem favorecendo o aumento na demanda pela presença de farmacêuticos nas farmácias municipais. Aos poucos, o farmacêutico vai sendo valorizado tanto pelo gestor quanto pela própria população tendendo a conquistar seu espaço no quadro de profissionais da saúde pública. Dessa forma, esse profissional tornar-se-á capaz de atuar efetivamente junto à população promovendo o uso racional de medicamentos.

A dispensação de medicamentos é uma atividade de responsabilidade do farmacêutico e consiste na distribuição de um ou mais medicamentos, sempre seguindo o que está prescrito na receita. É nesse momento que o paciente tem uma interação direta com esse profissional. Se essa interação não for realizada de maneira adequada, suprindo todas as informações de que o paciente necessita, o tratamento pode caminhar rumo ao insucesso.

A função educativa do farmacêutico não se restringe ao ato da dispensação. Outra atividade inerente à sua atuação é a sua participação em grupos

de educação, que tem como objetivo modificar a visão do processo saúde-doença dos usuários e, assim, dar condições para que novos hábitos de vida sejam adotados, corresponsabilizando-os na participação do seu tratamento e manutenção da sua saúde. Vasconcellos (1999, apud Spada 2007) considera que os serviços de atenção básica, dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, sejam o cenário ideal para a realização de práticas educativas em saúde, pela razão do convívio com a população ser mais estreito e pela prática de atividades voltadas na prevenção e promoção à saúde.

Durante minha trajetória profissional, pude perceber que a participação do farmacêutico em grupos de educação em saúde é mais frequente na Saúde Pública. Piracicaba destaca-se dentre os municípios da região, apesar desta prática ainda não ser rotineira, devido aos fatores já mencionados parágrafos acima. Essa atividade visa a permitir a criação de um vínculo com os pacientes por meio de um trabalho contínuo com os mesmos. Nem sempre isso é possível quando há descontinuidade na frequência dos pacientes, indisponibilidade do profissional farmacêutico e até mesmo pelo perfil desse especialista que, não raro, se recusa a atuar nessa modalidade educativa.

O município de Piracicaba conta com 21 farmácias de atenção básica localizadas nos diferentes bairros para atender a população de todas as regiões e são referências para as unidades de saúde (CRAB, PSF, UBS)[1]. Dos profissionais farmacêuticos que atuam nestas farmácias municipais é esperado que façam acontecer os grupos de educação em saúde, nas unidades de saúde de referência, planejando atividades na tentativa de criar condições para que ocorram mudanças no comportamento dos indivíduos referentes à sua saúde. Em continuidade à proposição, entende-se que a prática educacional em saúde não deveria se restringir apenas aos pacientes/usuários do sistema; os diferentes profissionais de saúde que atuam junto à população também deveriam ser habilitados, motivados, formados de modo a que possam atuar, que sejam capazes e que assumam os desafios relacionados à promoção da saúde dos indivíduos, seres humanos em sociedade.

[1] CRAB: Centro de Referência à Atenção Básica; PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Antes de assumir a Coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do município de Piracicaba em 2012, atuei por quase oito anos junto às Farmácias municipais. Nesse período, a atividade que mais me entusiasmava era a de trabalhar diretamente com os pacientes, seja no momento da dispensação dos medicamentos, quando as obrigações burocráticas e administrativas de responsabilidade técnica me permitiam, ou na realização desses grupos educativos nas unidades. O fato de eu estar contribuindo com o tratamento e com o bem-estar daqueles pacientes me trazia um grande sentimento de satisfação. Assim como, por exemplo, quando eu conseguia trabalhar na dispensação o dia todo e ao menos um paciente necessitava de uma atenção especial e se,nesse caso, uma simples orientação detalhada conseguisse alterar sua condição de saúde.

Nos grupos de educação em saúde junto aos pacientes cheguei a obter resultados muito significativos com relação ao tratamento deles com apenas orientações simples, mas que fizeram e fazem a diferença. Para citar um único exemplo, numa reunião com pacientes diabéticos, as orientações sobre a aplicação correta de insulina contribuíram para que os níveis de glicemia diminuíssem sensivelmente em uma paciente que aplicava este medicamento de forma equivocada. Hoje, devido ao cargo que assumi para contribuir com o DAF, não tenho mais a mesma disponibilidade para participar dessas atividades. No entanto, quando tenho oportunidade e disponibilidade para colaborar com atividades dessa natureza, faço questão de participar.

Além de grupos nas unidades de saúde, os farmacêuticos do município de Piracicaba realizam palestras educativas nas escolas estaduais em parceria com o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP). Esse órgão de classe cumpre uma Lei estadual de 2001 que institui a Semana de Assistência Farmacêutica com o objetivo de levar informações gratuitas, por meio de palestras, aos alunos das redes pública e particular de ensino. Os profissionais colaboradores do CRF-SP escolhem o tema a ser abordado naquele ano e montam a palestra, e o Conselho capacita os farmacêuticos voluntários sobre o assunto e fornece toda a estrutura para que as palestras sejam realizadas. Porém, somente a partir do ano de 2009 é que os farmacêuticos do DAF começaram a participar efetivamente dessa semana. Pessoalmente, cheguei a ministrar cerca de oito a dez palestras em escolas estaduais. Esse tipo de trabalho também me motiva muito porque sei que os

alunos são, por natureza, curiosos e grande parte das informações que são levadas a eles, são de alguma forma assimiladas, haja vista que as crianças sempre acabam enriquecendo as palestras com suas perguntas, o que é muito gratificante.

Outro objetivo da SAF é divulgar a importância do profissional farmacêutico e que é direito de todos serem atendido por ele em qualquer unidade farmacêutica.

O DAF realiza também, em parceria com o CRF-SP, o “Farmacêutico na Praça”. Este evento acontece na Praça José Bonifácio em Piracicaba –SP, duas vezes ao ano, aos sábados, durante todo o dia ou apenas meio período e tem como objetivo aproximar a comunidade com o profissional. A população tem a oportunidade de fazer testes de glicemia, hepatite C, verificar a pressão arterial e receber orientações farmacêuticas sobre os resultados ali aferidos e também sobre o seu tratamento e condição de saúde. No entanto, nesse dia, por se tratar de um evento do Conselho de Farmácia participam também os profissionais farmacêuticos da rede privada, graduandos e professores do curso de farmácia, quando as faculdades entram como parceiras. Vale dizer que todas as seccionais do CRF-SP realizam a atividade do “Farmacêutico na Praça” em várias edições anuais. Em outubro de 2013, em Piracicaba foram efetuados cerca de 1.700 procedimentos junto aos pacientes.

O município de Piracicaba também tem instituído no seu calendário oficial uma Semana de Assistência Farmacêutica, que consiste em atividades voltadas à população e ao profissional sobre diferentes assuntos relacionados à Assistência Farmacêutica. É outro momento em que a população se aproxima desse profissional.

Foi diante dessas ações educativas para a população, juntamente com a minha experiência vivida nas Farmácias municipais, que me senti motivada a procurar pelo curso de pós-graduação em Educação. O fato de me deparar com um aumento crescente na quantidade de prescrições de antidepressivos e ansiolíticos e a observação da desinformação em relação aos medicamentos me incomodavam e me instigavam a questionar a existência de alguma possibilidade de eu, enquanto farmacêutica, ajudar esses pacientes com relação ao seu tratamento no sentido de melhorar sua condição de saúde sem que eles se tornem usuários e dependentes desse tipo de medicamento.

Minha proposta inicial de trabalho era apenas uma revisão teórica. Logo na entrevista para a vaga no curso**,** a Professora Maria Rosa me questionou sobre a possibilidade de trabalhar com um grupo de pacientes e até mesmo prescritores que se constituísse num espaço de discussão e informação acerca da utilização daquelas classes de medicamentos. A proposta da professora me abriu a porta para iniciar o presente estudo. Porém, a formação desse grupo deu-se de maneira diferente daquela sugerida pela orientadora, pois muitas conversas entre mim e ela aconteceram e muitas sugestões apareceram. No entanto, apenas a oportunidade surgida de estar em contato com pacientes e criar um vínculo com eles já me motivava, pois provavelmente teria a chance de contribuir, de alguma maneira**,** com o tratamento e a saúde deles.

Ao longo deste percurso, devido à minha rotina intensa de trabalhos na Prefeitura municipal de Piracicaba, por vezes me senti distante do curso e do estudo a que me propus realizar. No entanto, a participação no grupo de estudos da Professora Maria Rosa, formado por alunos de graduação e pós-graduação, com textos acadêmicos e literários, com discussões acerca destes, porém muitíssimo diferente de qualquer leitura que eu tivesse feito até aquele momento, tanto no meu curso de formação quanto no exercício da minha profissão, proporcionaram-me crescimento pessoal e mostraram-me outra visão do que é ser educador.

Podemos dizer que existe um sentido particular para a ação educativa escolar e outro para a ação educativa em saúde. Mas, como preceitua Saviani (2000, p.76), toda ação educativa, significa mediação, ou seja, elas não se justificam por si mesmas *mas têm sua razão de ser nos efeitos que se prolongam para além delas e que persistem mesmo após a cessação da ação pedagógica.*

A dispensação de medicamentos acompanhada das imprescindíveis informações corretas de uso dos mesmos, as palestras educativas para a população em geral, a participação em grupos de educação em saúde que tem como objetivo levar o paciente a compreender o processo saúde/doença, as instruções sobre os riscos do adoecimento e a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida que valoriza o cuidar de si constituem um processo educativo em saúde cujos conteúdos e essência difere do processo educativo escolar, porém, tanto neste como naquele, o processo de aprendizagem dos saberes a serem transmitidos percorrem diferentes níveis exigindo concentração e esforço até que, os hábitos saudáveis de vida, no

caso da saúde, sejam dominados e internalizados passando a operar no interior da própria estrutura orgânica do individuo. Assim nos ensina Saviani (1997) ao descrever as etapas para que a aprendizagem seja efetiva no processo de transmissão de conhecimentos, válidas para qualquer área.

O autor reitera que *só se aprende, de fato, quando se adquirem habitus, isto é, uma disposição permanente, ou de outra forma, quando o objeto de aprendizagem se converte numa espécie de segunda natureza* (SAVIANI, 1997, P.25). Ou seja, adquirir um *habitus* é criar uma situação irreversível de modo que não seja mais possível que o aprendiz consiga se imaginar desprovido daquela característica adquirida na aprendizagem.

A educação escolar e a educação em saúde são áreas de conhecimentos distintos, mas ambas lidam com histórias de vida, com um conjunto de crenças e valores, com subjetividades e idiossincrasias que devem e merecem ser respeitados no processo de internalização de novos conceitos ou hábitos de vida saudáveis. Os objetivos de cada área também são distintos, mas se complementam, uma vez que ambos fazem parte do desenvolvimento e da formação integral do indivíduo, finalidade geral de todo processo educativo.

Corroborando, as Diretrizes da Educação para a Saúde (Ministério da Saúde; 1980. p. 370) definem Educação em saúde como *uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde*, o que reforça o seu caráter mediador, característica de toda ação educativa.

> Em outras palavras, nos constituímos como sujeitos, nos educamos, aprendemos a ser, tomamos consciência de nós e do outro no processo de relações que produz e reproduz a sociedade da qual participamos (FLORES, 2007, p.9)

Os conceitos de vida qualificada em Agambem e biopolítica, medicalização e cuidado de si a partir de Foucault, dão suporte para uma análise da situação atual da Saúde Pública quanto à possibilidade do farmacêutico, enquanto educador, contribuir para que o “cuidado de si”, expressão engendrada por Foucault (2005), se torne uma prática de vida de seus assistidos. Essa oportunidade ensejou o desenvolvimento deste trabalho na perspectiva de contribuir para evidenciar uma alternativa possível de ruptura no cenário biopolítico de medicalização da sociedade atual.

O cuidado de si, segundo Foucault (2005), deve constituir o sujeito e, para isso é essencial que o estabelecimento de relações de si para consigo seja intensificado, ou seja, o sujeito deve ser capaz de tomar a si mesmo como objeto de conhecimento e ação. Dessa forma, a partir da valorização de si próprio e do conhecimento de si, o sujeito encontra sua singularidade.

Diante do exposto, portanto, pretendo defender neste trabalho, a importância do papel do farmacêutico como educador, considerando que sua área de atuação é extensa no campo da promoção da saúde, e seus saberes específicos na área lhe dão subsídios para uma atuação social voltada para instruir e orientar os usuários de medicamentos, de modo a que estes se tornem capazes e motivados a se responsabilizarem pela própria saúde modificando suas formas de viver. Põe-se, em pauta, promover a própria saúde e as condições para o desenvolvimento de uma sociedade saudável, constituída por sujeitos que possam articular sua condição de saúde à sua própria condição de vida.

Daí a importância do profissional farmacêutico como educador, revelando a educação em Saúde como principal estratégia para a Promoção de Saúde, para além dos reificantes preceitos de qualidade de vida. É importante registrar que, ao fazer-se e assumir-se educador, o profissional farmacêutico estenda a potencialidade educativa para os usuários pacientes sujeitos, de modo a que possam usufruir de alguma escolha, aqui, especificamente, no caso dos medicamentos que têm a ver também com as relações que se estabelecem com e perante a vida.

Acredita-se, portanto, que o presente estudo se justifica no sentido de contribuir para o avanço dos processos de subjetivação salutares e plenos de vida que desafiem, causem rupturas, estremecimentos e, quem sabe, a desarticulação dos poderes/saberes biopolíticos de medicalização que reinam soberanos promovendo não a saúde, mas novas formas de doenças, ou formas de controle talvez exacerbadas, nos diversos contextos da sociedade ocidental contemporânea.

O CENÁRIO ATUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2. O CENÁRIO ATUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Sabemos que, embora as políticas públicas em saúde sejam necessárias no sentido de estabelecer programas de saúde e, assim, ser possível atender toda à população, é fato que essas mesmas políticas não conseguem atender cada paciente, cada sujeito em todas as suas necessidades. Os programas e ações planejados pela Saúde Pública visam a atender os usuários, de uma maneira geral. Assim, o usuário é visto como o portador da doença, aquele que precisa ser atendido por especialidades médicas idealizadas para ele e entendidas como ideais capazes de curar e/ou restabelecer a saúde (CHAMMÉ, 2002).

Com a criação da Constituição Federal em 1988 e com o intuito de alcançar o que define seu artigo 196 de que “a Saúde é um direito de todos e dever do Estado” foi elaborado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, esse Sistema é regido por três doutrinas (Universalidade, Equidade e Integralidade), que, se fossem seguidas rigidamente dentro do seu conceito, não deixaria tanto a desejar quando pensamos na intervenção à saúde da população.

O SUS é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo cerca de 190 milhões de pessoas. Acredita-se que 80% desse total dependem exclusivamente do SUS para manter sua saúde e, por isso, podemos dizer que esse novo sistema de saúde promove a justiça social, uma vez que retrata um avanço da sociedade brasileira (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Anterior à criação do SUS o sistema público de saúde brasileiro era dividido entre os incluídos e os não incluídos economicamente. E foi exatamente esse o produto mais imediato alcançado com o surgimento do SUS: o fim da separação existente no sistema de saúde. No grupo dos incluídos economicamente estavam as pessoas que contribuíam com a Previdência (Saúde Previdenciária) e eram atendidos pelo antigo INAMPS. Já os não incluídos tinham direito a apenas à atenção ambulatorial, servida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes sanitários. Nesse sentido, o INAMPS foi integrado ao sistema público único de saúde (CONASS, 2006).

Isto posto, como o SUS foi criado a partir de um processo social de sazonamento prolongado, sofreu e ainda sofre contínuas reformas incrementais, conciliadas por três entidades federativas representadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (CONASS, 2006).

Para que consigamos pensar a respeito da atenção prestada aos usuários, exponho a seguir resumidamente, os conceitos de cada doutrina citada acima, segundo o Ministério da Saúde (1990):

- Universalidade: todo e qualquer cidadão tem direito a atenção à saúde por parte do Sistema. Os cidadãos passam, então, a ter acesso a todos os serviços públicos oferecidos, bem como aqueles contratados pelo poder público (MS, 1990).

- Equidade: Todo cidadão tem direito de atendimento igual, em qualquer nível de complexidade de cada caso, seja onde for seu local de residência, sem regalias ou barreiras, até o limite do que o sistema puder oferecer (BRASIL, 1990).

- Integralidade: Os serviços oferecidos pelo Sistema devem reconhecer que cada pessoa é um ser indivisível e faz parte de uma comunidade, bem como as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que também formam um todo indivisível e devem ser realizadas contiguamente. Além disso, as unidades de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, também formam um todo indivisível, caracterizando, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral. Em síntese, *o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde* (BRASIL, 1990, p.5).

Segundo o mesmo documento do Ministério da Saúde (1990),

> O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição. deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (BRASIL, 1990, p 8)

A Promoção da Saúde é entendida, então, como o recurso para capacitar a comunidade a fim de que esta seja capaz de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, aumentando sua participação no controle desse processo. Dessa maneira, suas atividades são também voltadas para a solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, integrando, assim, estratégias que envolvem Estado, família, comunidade e individuo (MACHADO et al, 2007).

A Promoção da Saúde, portanto, decorre de uma integração entre os diferentes setores das esferas municipal, estadual e federal, não ficando restrita apenas ao setor saúde. As três esferas de governo devem, portanto, estabelecer políticas e ações voltadas para a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos (MACHADO et al, 2007).

Pensando no princípio da integralidade entendemos que o profissional de saúde que está inserido nesse Sistema deveria ter uma visão holística do ser-humano, ou seja, cada indivíduo deve ser considerado como um todo, e não de modo fragmentado. Segundo o médico Dr. José Luiz Gleriani (2014), defensor da abordagem holística,

> O médico holístico interroga seus pacientes a respeito de sua saúde e bem-estar emocional em relação a diversos tipos de tensões que talvez o estejam afetando em casa, no trabalho ou em seus relacionamentos (...). Os médicos holísticos tendem a estar mais atentos aos aspectos emocionais das disfunções somáticas do que seus colegas adeptos da medicina tradicional. (p.18)

Assim, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde do indivíduo deveriam estar voltadas para os três níveis que o compõe: o físico, o mental e o emocional. *Lamentavelmente, essas importantes questões não são abordadas pelos médicos tradicionais*, enfatiza Dr. Gleriani no mesmo artigo.

Contrariamente, no Sistema de Saúde, atualmente, predomina uma hipocondria institucional aliada à hipocondria individual, decorrente da relação estabelecida do Serviço de Saúde com o usuário - que adota um discurso sobre sua doença visando manifestá-la, e ao mesmo tempo traduzir-se, *através de uma infinidade de sintomas resultantes de sua falência orgânica, de sua descrença no presente e igualmente no futuro, da sua condição de expropriação e da consequente marginalidade* (CHAMMÉ, 2002, p. 10).

Portanto, quando o Sistema de Saúde não consegue definir soluções para que a saúde do usuário seja restabelecida, acaba por subordiná-lo cada vez mais às normas e rotinas do próprio Sistema, transformando-o de um simples usuário do serviço público de saúde à condição de *poliqueixoso* (CHAMMÉ, 2002).

Sendo assim, todos os usuários acabam recebendo a mesma conduta de tratamento, sem que seja avaliada qualquer outra possibilidade de restabelecer sua saúde. Se, por exemplo, os sintomas físicos forem apenas consequências de algum sintoma emocional que pode ser tratado sem a utilização de medicamentos, o tratamento será paliativo, o problema que gerou o sintoma emocional ainda existirá, os pacientes retornam ao estado anterior da doença e os sintomas físicos podem, depois de um período de tempo, atingir órgãos vitais, comprometendo ainda mais sua saúde.

Esta prática de tratar apenas as consequências da doença e não suas causas, sem que se tenha como objetivo uma perspectiva de restabelecimento da saúde, mas sim o controle da doença, é entendida, segundo Ignácio e Nardi (2007), como um *princípio inibidor e mantenedor de uma forma específica de poder*, uma vez que as emoções controladas impedem a instalação de *formas de resistência coletivas* (p.92).

Por fim, o Sistema Público de Saúde, de maneira geral, não leva em conta a individualidade e as particularidades dos sujeitos que atende e que devem ser atendidos em toda a sua integralidade, mas que são vistos pelo próprio Sistema apenas como usuários, subordinados às tecnologias nem sempre eficazes e seguras para recuperação da sua saúde.

A ampliação da informação ao usuário da existência de outras práticas médicas que podem ser utilizadas para evitar essa visão fragmentada dos sujeitos enseja uma discussão cuidadosa sobre a validade das condutas adotadas hoje pelo Sistema Público de Saúde. Essas práticas, quais sejam a acupuntura, a homeopatia, uso de plantas medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social –Crenoterapia e medicina Antroposófica, já são reconhecidas pelo Ministério da Saúde, que em 2006 publicou um documento que regulamenta a adoção, pelos municípios, dessas práticas no SUS chamado de *Politica Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*:

> "A partir das experiências existentes, esta Política Nacional define as abordagens da PNPIC no SUS, tendo em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade. Um reflexo desse processo é a demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS, conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ªConferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ªConferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004" (BRASIL, 2006, p.4).

A PNPIC busca estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde *por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade* (BRASIL, 2006, p.5).

Outra justificativa importante desta Política é a visão ampliada do processo saúde-doença e que são compartilhadas por práticas médicas complementares cujas experiências já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação, mas assim mesmo, vêm sendo legitimadas por parte da sociedade e testadas e portanto, devem ser apoiadas, incorporadas e implementadas.

Os campos de atuação, prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseados em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo e no modelo de ampliação do acesso, contribuem não só para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, contribuições essas enfatizadas na Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, como também, para a possibilidade de acesso a serviços antes restritos à prática da medicina no âmbito privado. Outro campo compartilhado pelas diversas abordagens terapêuticas é a promoção global do cuidado humano, em especial do autocuidado.

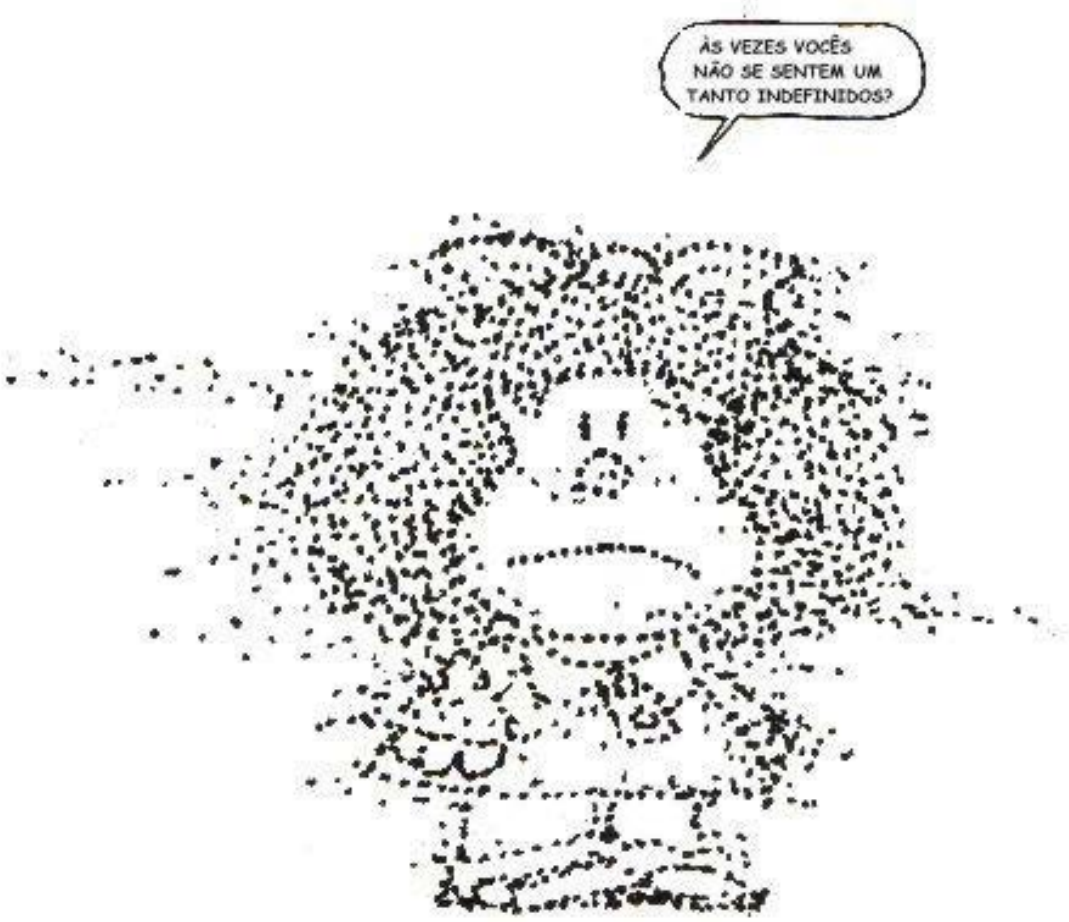
Portanto, ao nos referirmos às terapias holísticas, não é correto designá-las por terapias alternativas, pois causa a impressão de que são substitutas dos tratamentos médicos, ou seja, de que são "alternativas" a eles. O termo mais correto e adotado pelo SUS denomina essas abordagens de terapias *integrativas e complementares no SUS*, designação cunhada pela Associação de Medicina Complementar (AMC). Ou seja, são abordagens específicas de tratamentos

realizados como complementos dos tratamentos tradicionais e integrantes do sistema que auxiliam e aceleram o processo de cura promovido pelos mesmos.

Os profissionais que optam por tratar seus pacientes empregando abordagens holísticas na prática médica consideram o indivíduo na sua dimensão global sem desconsiderar sua singularidade no que diz respeito aos processos de adoecimento e saúde. Estas práticas acabam por fortalecer o princípio da integralidade da atenção à saúde, um dos princípios doutrinários do SUS, como já mencionado neste capítulo (BRASIL, 2006).

Além disso, esse documento nos traz estudos que demonstram que essas abordagens contribuem para a ampliação da consciência da corresponsabilidade que os indivíduos devem ter pela própria saúde, o que leva ao aumento do exercício da cidadania (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a adoção de terapias com abordagens holísticas, como as Práticas Integrativas e Complementares deve ser considerada como outra possibilidade de tratamento ao usuário SUS que, atualmente, estão submetidos apenas ao modelo médico mecanicista e individualista.



METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

A vida, em sua multiplicidade desenfreada, traz cotidianamente ao ser humano uma gama de desafios e sensações que povoam de mistério, luz e sombras as (in)certezas e belezas de suas manifestações. Ao ser mais inquieto entre os animais, cabem, entre sabores e dissabores, diversas provocações que compõe a árdua, porém prazerosa jornada de tentar viver a experiência de estar vivo. Nesse sentido, enfocando e/ou fazendo um recorte de toda essa multiplicidade da vida, o presente estudo destaca essa dinâmica da vida no campo de atuação do profissional farmacêutico na contemporaneidade.

As angústias que me movem e me inquietam, relacionadas com os dilemas vividos na minha prática como profissional no campo farmacêutico, levaram-me à busca de respostas. Posso dizer que tais dilemas estão ligados à questão dos limites da minha profissão impostos pelas relações estabelecidas com outros ramos de saberes e poderes envolvidos no cenário da saúde pública e que reafirmam os atuais paradigmas de medicalização responsáveis por mitigar a autonomia dos seres humanos na contemporaneidade.

Das sete qualidades destacadas pela OMS em um documento de 1997 intitulado "*The role of the pharmacist in the health care system"*, quais sejam: prestador de serviços farmacêuticos em uma equipe de saúde, capaz de tomar decisões, comunicador, líder, gerente, atualizado permanentemente e educador escolhi a de educador como fonte de possíveis alterações e/ou rupturas dos paradigmas de medicalização, e Flores (2007) nos ajuda quando conceitua as práticas de saúde como

> práticas educativas porque se estruturam como um processo de trabalho. Um processo de trabalho supõe sempre a transformação de um objeto em um novo objeto, seja este material, seja uma ideia, uma consciência, uma mentalidade, um valor (FLORES, 2007, p.8)

Pretendo desenvolver melhor este argumento quando discorrer sobre as potentes facetas do profissional farmacêutico como educador. Para isso, inicialmente é importante entender como os sujeitos vêm se constituindo ao longo do desenvolvimento humano.

Neste sentido, um dos elementos principais a ser discutido no desenvolvimento do presente trabalho é o conceito de *vida qualificada* que o filósofo

italiano Giorgio Agamben faz como um contraponto a um tipo de vida desqualificada, débil, massificada – uma *vida nua* – a qual firmamos como a resultante dos modos de vida produzidos pelas estratégias de promoção da saúde no cenário biopolítico da saúde pública no seio da sociedade ocidental contemporânea (AGAMBEN, 2010).

Outro elemento conceitual importante que será abordado é o conceito de *biopolítica* que, segundo Foucault é um processo que se iniciou a partir do século XVIII, e se define como uma tecnologia de poder, que tem como objetivo tornar mais eficientes, para os governantes, a solução dos problemas que se referem à população, tais como saúde, higiene, natalidade e longevidade.

Um dos dispositivos que a biopolítica utiliza para o controle da conduta e do comportamento da população é a medicalização, entendida como *função política da medicina e sua extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico* (CASTRO, 2009, p. 299). E este será o terceiro conceito que será explorado.

Concluindo, o quarto elemento que será aqui estudado é o do "cuidado de si" cujas características foram analisadas por Michel Foucault a partir da filosofia antiga, mais precisamente de Platão para quem este *princípio é válido pra todos, todo o tempo e durante toda a vida* (FOUCAULT, 2005, p.53). E que para Epícteto, para quem a virtude era o único bem da vida, o *cuidado de si é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação* (FOUCAULT, 2005, p.53).

Com o intuito de ampliar o contexto do objeto de estudo aqui proposto, coadunando-o com as noções conceituais, para as quais busco aporte nos referidos autores e que dão suporte às minhas reflexões, considerei de suma importância a orientação da Profa. Maria Rosa de ouvir pacientes, usuários dos serviços públicos de saúde, na expectativa de obter informações acerca dos seus processos e condicionamentos que possivelmente os levaram ao adoecimento e sobre seus sentimentos em relação ao tratamento a que vêm se submetendo, numa tentativa de investigar o peso destes fatores no cerceamento da autonomia do individuo para fazer escolhas conscientes. Para isso, optei por utilizar a técnica de coleta de dados junto a estes pacientes em tratamento, num trabalho com grupo focal por se tratar de uma técnica de pesquisa que reúne, num mesmo local e num certo período, pessoas que fazem parte de um mesmo público-alvo. Esta técnica permite coletar, a

partir do diálogo e do debate com e entre elas, informações acerca de um tema específico, ou seja, pretendo colher opiniões e relatos, num ambiente informal, sobre as experiências vividas pelos participantes, presumindo que, da expressão do ponto de vista pessoal, num espaço coletivo, possam surgir exemplos, lembranças e emoções nem sempre evocados em entrevistas individuais, conforme descrevem Fleck, Chachamovich e Trentini (2003).

É importante destacar que a "fala" dos participantes não é unicamente descritiva ou expositiva, uma vez que a intenção é de que todos expressem e discutam seus pontos de vista, podendo ser chamada de "fala em debate".

Com a finalidade de aprofundar as discussões no grupo em torno dos processos de adoecimento dos participantes, optei em manter os mesmos participantes nos sucessivos encontros, ao contrário da minha primeira experiência em trabalhar com esse método de coleta de dados, a qual foi utilizada no meu Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UNIMEP (Universidade Metodista de Piracicaba-SP), intitulado "*Avaliação da Percepção do usuário nos serviços de uma farmácia municipal de Piracicaba-SP*".

Nesse primeiro trabalho a que me refiro, pretendi conhecer a expectativa/satisfação dos usuários de uma farmácia municipal de Piracicaba com relação aos serviços prestados por essa unidade. A intenção era realizar tantos encontros quantos fossem necessários, até que todos os assuntos se esgotassem, utilizando-se um roteiro mínimo de questões.

Naquela ocasião, realizei apenas dois encontros, com participantes diferentes em cada grupo, pois entendi que os assuntos, por se repetirem muito, já haviam se exaurido. Hoje, com um novo olhar para o trabalho anterior, observo que os assuntos se repetiram porque, provavelmente, aquela população apresentava a mesma concepção do serviço ofertado. É provável que, se eu tivesse continuado a realizar outros encontros com outros participantes ou com os mesmos, outras questões teriam surgido e o rumo do estudo teria sido outro ou então, eu poderia ter proposto outro enfoque com relação ao tema.

No presente estudo, porém, a intenção de reunir um grupo permanente, apoiado na minha primeira experiência de trabalho com Grupo Focal, foi de criar um vínculo com essas pessoas na tentativa de compreender como seus

processos de vida, sentimentos e relações têm a ver com o fato de se perceberem doentes e, consequentemente, qual a relação deles com os medicamentos que fazem uso - ansiolíticos e antidepressivos. Esses medicamentos agem como um "bloqueio químico" das emoções, impedindo que qualquer expressão de sofrimento seja objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, estabelecendo uma normalidade medicalizada (IGNÁCIO; NARDI, 2007).

Reafirmo que minha expectativa inicial em relação a esse grupo era que essas reuniões se tornassem contínuas, onde os participantes sentissem que ali poderia ser um espaço de informação, aprendizagem, que os levassem a tomar atitudes diferentes no que diz respeito à sua vida e que os assuntos não se esgotassem. Para a composição o grupo, seria importante escolher, então, qual elemento comum uniria os participantes.

Nas Farmácias Municipais de Piracicaba são fornecidos gratuitamente quatro ansiolíticos (Bromazepam, Clonazepam, Diazepam e Nitrazepam) e cinco antidepressivos (Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Fluoxetina, Sertralina). Iniciei, então, um levantamento nos registros de dispensação destes, com a intenção de elencar aqueles pacientes que iniciaram o tratamento com dois das citadas classes de medicamentos a partir de junho e julho de 2012 e permaneciam com o tratamento até aquele momento.

E assim, minha decisão inicial foi convidar pacientes usuários de uma mesma Farmácia que fizessem uso concomitante de um dos ansiolíticos Bromazepam ou Clonazepam e um dos antidepressivos Fluoxetina ou Sertralina por serem estes os de maior consumo naquela Unidade, dentro da Classe Terapêutica a que pertencem. Essas classes de medicamentos são utilizadas para tratar depressão e ansiedade, doenças que, na maioria das vezes, estão ligadas ao estresse da vida cotidiana, às relações interpessoais e às relações do indivíduo consigo mesmo.

Outro elemento comum que pudesse uni-los seria o de que residissem numa mesma região que compreendesse uma comunidade com diferentes classes socioeconômicas.

Realizei, então, uma análise minuciosa para obter informações precisas sobre os usuários dos medicamentos escolhidos. Por se tratarem de medicamentos de uso controlado, estes devem sempre ser registrados segundo

normas da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Assim, verifiquei esses registros a partir de um ano antes e de um ano após essa determinada data escolhida.

Esperava obter um número entre dez e quinze pessoas que satisfizessem as condições pré-estabelecidas, mas verifiquei que o número de pacientes que iniciaram o tratamento com os referidos medicamentos e que davam continuidade ao mesmo era menor do que o pretendido.

Então, o grupo foi formado com apenas sete pacientes que aceitaram o convite para participar da pesquisa e, após os esclarecimentos necessários de que se tratava de uma pesquisa para um trabalho de Mestrado junto ao Departamento de Educação da Unesp de Rio Claro, de que os encontros seriam gravados, que haveria sigilo absoluto quanto à identidade deles, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As reuniões foram agendadas para serem realizadas numa Unidade de Saúde de Piracicaba. Próximo a essa Unidade está alocada a farmácia municipal referência para cinco bairros da região, em que está localizada, cujas características da população abrangem as diferentes classes socioeconômicas. Escolhi essa região porque trabalhei como Responsável Técnica na citada Farmácia do município por cerca de sete anos.

Os encontros foram gravados para que não se perdesse nenhuma fala importante dos participantes, bem como foram também transcritos na íntegra e estão apresentados nos anexos deste trabalho. As concepções expressas nos grupos permitiram dialogar com as ideias dos ilustres filósofos Giorgio Agamben e Michel Foucault a respeito da biopolítica e medicalização. Assim, as falas estão inseridas ao longo do Capítulo 6, a fim de contextualizar tais conceitos.

Ao final, contrariando minha intenção inicial de manter um grupo permanente com encontros contínuos, apenas dois encontros foram realizados, pois, além das dificuldades de ordem pessoal dos participantes que impossibilitaram este propósito, fui pressionada pela exiguidade do tempo que teria para finalizar meus escritos. Optei, então, por realizar, além destes dois encontros, apenas uma entrevista individual com pelo menos dois integrantes que se dispuseram a esse diálogo. As duas reuniões do grupo e as duas entrevistas individuais foram

suficientes para alcançar minha pretensão, qual seja, a de contextuar os autores que dão suporte para minhas reflexões, como já anunciei anteriormente.

3.1. A FORMAÇÃO DO GRUPO

3.1.1. A escolha dos participantes

Escolher as pessoas para integrar o grupo de pacientes que contribuiriam para a realização desse estudo foi um grande desafio, embora já estivesse definido que eles seriam usuários da Farmácia municipal de Piracicaba onde trabalhei por cerca de sete anos e que estivessem fazendo uso de ansiolítico (Bromazepam e Clonazepam) e antidepressivo (Fluoxetina e Sertralina), em associação.

A opção de escolha por pacientes que fazem uso concomitante das duas classes de medicamentos se deu pelo fato de que, ansiedade e depressão são duas patologias que se associam na maioria dos casos e que estão diretamente relacionadas com a vida cotidiana do individuo. Situações como dificuldades sócio-econômicas, dificuldades profissionais, problemas pessoais geram sintomas de ansiedade e, consequentemente, podem levar a um quadro depressivo. Além disso, muitos sintomas são comuns à ansiedade e à depressão, como medo, irritabilidade, insegurança, dificuldade de concentração e, por esse motivo, o tratamento se dá com ambas as classes de medicamentos.

No inicio de 2012 a Farmácia municipal da Vila Rezende foi adotada para compreender um Projeto Piloto de Dispensação Informatizada, ou seja, ali seria a primeira, entre as vinte e duas Farmácias do município, a ter a dispensação dos medicamentos com controle por meio eletrônico, ou seja, informatizado. Informatizar uma farmácia significa, aos olhos do gestor público, aprimorar o atendimento aumentando a qualidade dos serviços e diminuir os gastos por meio de controle efetivo da utilização de medicamentos e insumos.

A partir de então, as receitas de medicamentos controlados pela Portaria 344/98 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) (BRASIL, 1998) passaram a ser registradas (escrituradas) nos modelos do novo Sistema Informatizado. Essa Portaria aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes, psicotrópicos,

anorexígenos, retinóides, substâncias sujeitas a controle especial entre outras), quanto à autorização para fabricar e comercializar, o transporte, a prescrição, a escrituração, os balanços, a guarda, a embalagem e a fiscalização exigidas para essas Classes Terapêuticas.

Anteriormente à implantação do Sistema, a escrituração dessas substâncias era realizada por meio de um Programa, também informatizado, doado por uma Rede de Drogarias do município e que não contemplava alguns critérios e dados necessários para o atendimento na Rede Pública.

De acordo com essa Portaria, a cada trimestre de escrituração deve ser gerado um livro de Registro Específico o qual é apresentado à Vigilância Sanitária (VISA) municipal e mantido no estabelecimento para efeito de fiscalização e controle. Foi, então, a partir desses registros e Livros que a pesquisa para a composição dos grupos aconteceu.

Como o Sistema de Dispensação Informatizado passou por períodos de ajustes entre os meses de fevereiro e maio de 2012 resolvi, por segurança, analisar quais os pacientes que retiraram pela primeira vez os medicamentos em questão (Fluoxetina, Sertralina, Bromazepam, Clonazepam) nos meses de junho e julho do mesmo ano.

Uma das situações que observei, enquanto responsável técnica por aquela unidade, é que o número de prescrições desses medicamentos a serem escrituradas estava aumentando a cada mês**,** conforme já relatei**.** Então, o desafio nessa etapa da pesquisa era de confirmar se realmente estava acontecendo um crescimento gradativo na quantidade de pessoas que estavam fazendo uso de ansiolítico e antidepressivo.

Para iniciar essa busca, como atualmente sou administradora do Sistema de Dispensação Informatizada devido ao cargo de Coordenadora do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do município de Piracicaba, pude gerar o histórico de Dispensação de cada um dos quatro medicamentos, no período de 01 de junho a 31 de julho de 2012. A partir desse documento tive acesso à data de retirada do medicamento, ao nome do paciente, à quantidade entregue, à posologia e por quanto tempo essa quantidade seria suficiente. Obtive, então, cerca de 250 registros de cada medicamento.

A partir dessa relação de pacientes, verifiquei junto ao sistema se havia alguma outra data de retirada anterior e, em caso de negativa, destaquei o nome do paciente como candidato sujeito da minha pesquisa. Vale dizer que era importante saber também se esse paciente estava dando continuidade ao seu tratamento com o mesmo medicamento. Sendo assim, aproveitei e anotei a data de, no mínimo, duas retiradas realizadas após os meses que eu estava avaliando.

Após esse levantamento**,** criei uma planilha para cada medicamento onde constavam o nome do paciente que retirou uma dessas medicações pela primeira vez nos meses de junho e julho de 2012, data da retirada, idade, bairro de residência e telefone de contato. Os dados pessoais como idade, bairro e telefone foram fornecidos pelo Sistema Informatizado, uma vez que todo paciente que utiliza qualquer serviço público de saúde em Piracicaba-SP possui um cadastro municipal.

Com a nova relação de pacientes, mais condensada, agora me restava avaliar outro item: esses pacientes já fizeram ou fazem uso de outros medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos? Estávamos no mês de março de 2013 e, portanto, conseguia verificar, no período de maio de 2012 (após ajustes do Sistema) a fevereiro de 2013 todos os medicamentos que cada paciente já tinha retirado naquela farmácia e anotei na mesma planilha as datas e os medicamentos da Portaria do MS 344/98 que cada um fez ou fazia uso até àquele momento. Optei por essa verificação pelo fato desse dado me fornecer outras informações do paciente, pois na Portaria também constam medicamentos da classe dos antiepilépticos, antipsicóticos e antiparkinsonianos, também fornecidos pelas farmácias municipais de Piracicaba-SP.

Esse levantamento me permitiu observar que a maioria dos pacientes que retiraram um dos quatro medicamentos em questão pela primeira vez em junho e julho de 2012 já haviam feito uso ou estavam usando outros antidepressivos e ansiolíticos que não deveriam ser levados em conta na pesquisa. Mesmo assim, rejeitei apenas os pacientes que já haviam feito uso de um dos quatro medicamentos (Fluoxetina, Setralina, Clonazepam e Bromazepam), conseguindo estreitar um pouco mais os resultados e construir outra planilha.

Dessa vez uni todas as quatro últimas planilhas em apenas uma e coloquei somente os nomes dos pacientes em ordem alfabética. Analisei se os nomes se repetiam e, quando isso acontecia, verifiquei quais eram os medicamentos

que foram retirados por cada paciente. De uma lista de 206 nomes, apenas 13 nomes eram comuns nas quatro planilhas e, ao observar os medicamentos referentes a cada paciente, juntamente com uma averiguação se o tratamento estava sendo cumprido continuamente, observei o seguinte:

NOME	DIA RETIRADA	MEDICAMENTO	TRATAMENTO
A.M.C	27/06/2012	Bromazepam	Por 15 dias
	27/06/2012	Fluoxetina	Única vez
A.P.P.	14/06/2012	Fluoxetina	Não encontrei registro
	14/06/2012	Sertralina	Não encontrei registro
A.F.J	12/06/2012	Clonazepam	09/08/2012;29/01/2013
	12/06/2012	Sertralina	09/08/2012;29/01/2013
C.J.S	26/06/2012	Clonazepam	Única vez
	26/06/2012	Sertralina	22/01/2013
E.A.P.M	18/07/2012	Bromazepam	Única vez
	18/07/2012	Fluoxetina	14/09/2012;28/01/2013
E.C.F	02/07/2012	Clonazepam	Única vez
	02/07/2012	Sertralina	Única Vez
M.S.P.S	18/07/2012	Fluoxetina	Única vez
	18/07/2012	Bromazepam	Única vez
M.A.D.C	06/06/2012	Fluoxetina	05/09/2012;05/02/2013
	06/06/2012	Sertralina	05/09/2012;05/02/2013
M.A.M.P.S	19/07/2012	Clonazepam	17/09/2012;16/11/2012; 10/05/2013
	19/07/2012	Setralina	17/09/2012;16/11/2012
P.S.F	02/07/2012	Clonazepam	02/04/2013
	02/07/2012	Sertralina	02/04/2013
R.A.S.N	04/06/2012	Clonazepam	Única vez
	04/06/2012	Sertralina	Única vez
S.M.S	15/06/2012	Fluoxetina	Única vez
	15/06/2012	Bromazepam	Única vez
T.C.F	17/07/2012	Clonazepam	Única vez
	17/07/2012	Sertralina	Única vez

Os pacientes cujos nomes estão em destaque na tabela acima não poderiam constituir o grupo, pois estavam fazendo apenas uso de antidepressivos. Quando olhamos para a última coluna, que está relacionada com a continuidade do tratamento, percebemos que nenhum paciente fez uso de ambos os medicamentos de maneira contínua.

Se considerarmos minha hipótese de que estava havendo um aumento gradativo mensal no número de pacientes iniciando o tratamento com ansiolítico e antidepressivo e que esse tratamento, pela própria característica dos medicamentos e das patologias, deveria ser contínuo, como se justifica que esses pacientes tivessem feito uso, apenas uma vez, dos medicamentos? Não se adaptaram ao medicamento? Os sintomas como tristeza, ansiedade, dificuldade de se concentrar, insônia e outros eram apenas situacionais? Ou ainda, esses pacientes realmente precisavam ser medicados? A essas, outras dúvidas/indagações se juntaram: esses pacientes até aqui selecionados realmente retiraram o medicamento pela primeira vez em junho ou julho de 2012? Será que eles já tinham feito uso do mesmo anteriormente? Existe a possibilidade de que já o tivessem utilizado e retirado em outra Farmácia municipal ou em farmácia privada?

Depois de todos esses questionamentos, conclui que os dados não eram suficientes para uma análise mais precisa do que me propunha estudar, pois não conseguiria encontrar todas essas respostas sem entrar em contato direto com cada um dos pacientes. Se eu fizesse um levantamento nos Livros de Registros Especifico da Farmácia dos anos anteriores provavelmente teria outras informações mais próximas do real. E, ainda assim, a informação sobre o registro em outras farmácias municipais ou privadas não seria possível de ser obtida por falta de autorização do órgão competente. Com base nessas dificuldades, optei por encerrar esse levantamento e constituir o grupo de outra maneira.

O critério para a formação do grupo seria, então, a escolha aleatória. Entrei em contato com as funcionárias da farmácia municipal escolhida para a realização desse trabalho e solicitei que elas fizessem um levantamento de pacientes que estavam em uso contínuo dos medicamentos Clonazepam, Bromazepam, Fluoxetina e Sertralina, concomitantemente ou não, e que tivessem um contato mais estreito com o serviço da farmácia. Com os nomes obtidos em

mãos, entrei em contato telefônico com os pacientes e agendei o primeiro encontro. Dos quinze convidados apenas sete compareceram.

Os encontros aconteceram na sala de reuniões do CRAB (Centro de Referência à Atenção Básica) no final da tarde. Foi escolhido esse local por ser a unidade de saúde de referência da maioria das pessoas que participariam do grupo e, também, por permanecer aberto até às 20h todos os dias. Além disso, nessa unidade de saúde não são agendadas consultas médicas às quintas-feiras, o que permitiria que os participantes do grupo ficassem mais a vontade, sem interferências externas.

No primeiro encontro, um dos participantes preferiu não se comprometer a apresentar-se em outras reuniões pelo fato de ter muitos compromissos particulares. Além disso, entre uma reunião e outra se passou muito tempo porque não foi possível agendar um dia em que estivessem todos disponíveis. Os motivos foram bem variados: trabalho, pequena cirurgia, descoberta de um câncer e dificuldade para entrar em contato.

3.1.2. Os Encontros

A seguir, passo a descrever quais foram os procedimentos adotados em cada reunião para colher as informações desejadas.

Quase todos os pacientes já me conheciam como farmacêutica da rede municipal de saúde e assim, apresentei-me como aluna de mestrado em Educação. Sem que antes pudesse fazer qualquer tipo de justificativa, senti que alguns estranharam quando citei a minha escolha pela área da educação, sendo profissional da área da saúde. Enquanto fazia uma breve explanação a respeito do meu trabalho no curso de mestrado e explicava sobre a importância deles para a continuidade do mesmo, percebi que suas expectativas para o andamento dos encontros não eram as mesmas que as minhas. Acredito que eles esperavam que o grupo tivesse o objetivo de dar informações sobre os medicamentos (ansiolíticos e antidepressivos) que eles estavam fazendo uso, por causa de comentário de um dos participantes. Deu-me a impressão que esse tipo de conhecimento para eles era importante talvez por não compreenderem porque o medicamento era importante para seu tratamento.

Expliquei o principal objetivo daquele grupo. Achei importante contar a eles um pouco do que me levou a realizar esse trabalho e qual a importância deles durante esse percurso, enquanto colaboradores. Esclareci ainda que, nos encontros, a proposta era ouvi-los muito mais do que eu fazer qualquer tipo de exposição ou dar explicações sobre os medicamentos e que seriam realizadas algumas dinâmicas de grupo a partir das quais me trariam muitas informações sobre eles e a vida deles. Diante dessa informação, observei que aquele momento tornou-se incômodo para todos. Alguns chegaram até a dizer que não se sentiam confortáveis em falar de si mesmos e que não tinham certeza se gostariam de continuar. Muitos foram meus argumentos com o grupo no sentido de tranquilizá-los quanto à sua participação, pois não teriam que se expor, caso não fosse de sua vontade. Cada um teria o espaço para falar quando sentisse necessidade, caso contrário isso não seria cobrado. Aproveitei e li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual deveria ser assinado por todos, o que me pareceu ter dado mais segurança a eles.

Em seguida, organizei em cima de uma mesa alguns objetos selecionados “aleatoriamente” por mim e solicitei que cada participante escolhesse aquele com o qual mais se identificasse. Após as escolhas serem realizadas, instruí os participantes a se apresentarem pelo nome, pois havia iniciado a gravação, o que me permitiria reconhecê-los pela voz ao fazer a transcrição. “Por que você escolheu esse objeto?” e “O que esse objeto tem a ver com você estar aqui hoje?” foram perguntas lançadas ao grupo. Os objetos expostos foram: coleira de cachorro, caneta, boneca, carrinho, sombrinha, batom, espelho, bola, CD, óculos, livro, boné, relógio, celular, espátula de bolo e porta-retratos. Os objetos foram previamente escolhidos por mim, considero que, aleatoriamente quanto à expectativa do que poderia advir enquanto escolha pela/o participante ou o que tal escolha poderia disparar enquanto fala de si mesma/o, na relação com o objeto. Para a seleção desses objetos considerei a possibilidade, em geral, de sua presença no cotidiano das pessoas.

Notei que ninguém teve dificuldade em escolher o objeto pelo qual sentia mais afinidade, e as falas a respeito do objeto escolhido apresentaram uma riqueza de informações que me forneceram subsídios para contextualizar os conceitos que fundamentam minha teoria. As falas sobre os objetos escolhidos estão apresentadas no anexo deste trabalho.

Ao final deste primeiro encontro, questionei-os quanto à atividade proposta e a reação deles foi bastante positiva. Todos concordaram em voltar para um segundo encontro, seguindo o mesmo padrão do primeiro. Porém, a ideia de aprenderem mais sobre os medicamentos ainda permanecia. Expliquei, novamente, que ali era um espaço de aprendizagem e reflexão, que se propunha, coletivamente.

Na data marcada para o segundo encontro combinada ao final do primeiro, embora eu tivesse ligado para todos naquela semana e confirmado dia e hora, ninguém compareceu. Foi um pouco desanimador, mas antes de fazer qualquer julgamento, fiz novo contato na semana seguinte para entender a causa particular de cada um de não ter comparecido e tentar agendar outra reunião.

Até que eu conseguisse falar com todos e acordássemos outro encontro passaram-se aproximadamente dois meses. E, apesar dos contratempos, considero que este tenha sido um encontro bastante proveitoso. Para esse encontro eram duas as atividades propostas: uma com os mesmos objetos do primeiro encontro e outra com relação à música “Construção”, como já expus em outro momento desse capítulo.

Com a presença de apenas quatro dos participantes, apresentei os mesmos objetos utilizados no primeiro encontro e solicitei que, desta vez, cada um, apontasse aquele que não escolheria em hipótese alguma e por quê. Muitas falas me surpreenderam e me ofereceram importantes subsídios para ilustrar minhas abordagens teóricas.

Num segundo momento, possibilitei ao grupo a audição da música “Construção” de Chico Buarque num CD player, cuja letra, que está disponibilizada no anexo deste trabalho, descreve a rotina diária de trabalhadores da construção civil, com a intenção de provocar uma reflexão sobre a própria vida cotidiana dos participantes e os sentimentos despertados. Para finalizar ficamos acordados que não haveria mais reuniões e que os encontros, agora, seriam individuais.

Nem todos conseguiram se expressar muito quanto ao objeto com o qual não se identificavam. Talvez por falta de motivação para falar ou por estarem se sentindo retraídos pelo fato do intervalo de tempo entre a realização dos dois encontros ter sido longo.

Um dos participantes, que denomino pela letra “D” nas transcrições, por falar um pouco mais do que os demais, acabava desviando o foco da discussão

expondo suas ideias religiosas, políticas e particulares. Isso incomodou o restante do grupo. Talvez esse tenha sido mais um motivo pelo qual o grupo estava mais quieto e menos falante nesse segundo encontro.

Minha expectativa para trabalhar com a música “Construção” era de remetê-los a uma situação já vivenciada ou que ainda vivem, por se tratar de uma letra que aborda o cotidiano de um trabalhador comum. Não obstante, minha surpresa foi que para alguns deles, ouvir a musica não trouxe sentimento algum. Em contrapartida outros declararam se sentir emocionados ao ouvir a melodia. Essa indiferença com a música pode ter sido pela falta de entendimento da letra. Mas, não fiz comentário algum sobre isso com o grupo.

Em resumo, faço um balanço positivo no que diz respeito à realização dos dois encontros durante os quais procurei manter um ambiente descontraído para facilitar os relatos das lembranças e das emoções que surgiram. Como previa, a maioria se manifestou, opinou e expressou seus sentimentos.

3.1.3. As Entrevistas

Com um intervalo de tempo muito grande depois dos encontros com os integrantes do grupo, foram realizadas duas entrevistas individuais com dois dos participantes, que concordaram com esse diálogo. A conversa também foi gravada e deu-se de maneira informal, seguindo algumas perguntas norteadoras.

Antes de iniciar a entrevista, expliquei que iria usar uma música, que seria uma maneira a orientar a conversa proposta. Escolhi a música “O que é, o que é?” de Gonzaguinha, cuja letra encontra-se no anexo deste trabalho, pois a proposta inicial de realizar os encontros era de entender como cada um dos participantes se percebe doente e qual a relação com sua saúde, sua doença e os medicamentos que faz uso. A sugestão, então, era obter esses dados com as entrevistas. Considerei também que, se os sintomas de ansiedade e depressão como infelicidade, tristeza, desânimo e falta de interesse pela vida estivessem presentes, a letra da música poderia ou não trazer impactos diferentes como gostar da letra, se identificar ou não com ela, vir à tona algum sentimento ou não.

Depois de ouvir a música e acompanhá-la com a letra em mãos, dei oportunidade para o entrevistado dizer qual foi a impressão dele sobre a música e se

já a conhecia. E, após, a cada pergunta formulada, solicitei que fosse respondida em seguida.

- Você concorda com a maneira de definir a vida que o compositor nos coloca?
- O que é a vida pra você? Ou como você entende a vida ou o viver?
- Como você sente a sua vida?
- O que é para você tomar esses medicamentos?
- Como você se sente fazendo uso desses medicamentos?
- Quando foi a primeira vez que você fez uso deles?
- Como você define bem-estar e/ou qualidade de vida?
- Você pode comentar o que é sentir-se bem? Como é para você sentir-se bem?
- Com que frequência você se sente bem?
- O que você acha, ou pensa, de um tratamento sem medicamentos?

Na primeira entrevista que realizei, fui surpreendida pela noticia de que a paciente havia deixado de fazer uso do antidepressivo Sertralina e que, segundo seu relato, estava se sentindo muito bem sem ele. O fato de a música abordar o tema sobre a felicidade e o viver, levou a entrevistada, num momento de reflexão a respeito de sua vida e longe do gravador, a se abrir em confidências sobre sua família, sobre fatos que a levaram a tomar o medicamento e sobre a sua vontade de ser mãe.

A segunda entrevistada que faz uso de Fluoxetina (antidepressivo), ao ouvir a música, também declarou que a letra provocou pensamentos que a fizeram refletir sobre sua vida, principalmente, sobre sua infância e mocidade. Muitas coisas também foram confiadas a mim, porém, sem que fosse gravado, e que nos ajudariam a entender o que a leva a fazer uso desse medicamento.

As duas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, assim como os dois encontros do grupo. As falas também estão inseridas ao longo do capítulo 6, contextuando os conceitos de Biopolítica e Medicalização de Michel Foucault e Giorgio Agambem.

BREVE COMENTÁRIO SOBRE AS FALAS DOS PARTICIPANTES

4. BREVE COMENTÁRIO SOBRE AS FALAS DOS PARTICIPANTES

Após a transcrição e leitura do material obtido com a realização dos encontros com os pacientes, foi possível observar uma particularidade em relação às manifestações quanto aos objetos escolhidos. Com relação aos objetos escolhidos, dentre aqueles apresentados, podemos destacar, no primeiro encontro, dois eixos de organização, quais sejam:

- O objeto escolhido teve relação com recordações de sua infância ou de tempos felizes. A boneca e a bola trouxeram recordações da vida tranquila e sem estresse e dos momentos da criança que ficou para trás e que hoje tem dificuldades de lidar com o mundo adulto. As borboletas acendem o desejo de ter a oportunidade de fazer escolhas livres que lhe falta na vida adulta. Ela quer ser livre assim como Lóri personagem de Clarice Lispector[2], mas sabe que seria inútil ter mais liberdade, pois sua condição não a deixaria fazer uso dela.

> G: ... *E boneca pra mim traz lembrança de infância, que a gente não tem com o que se preocupar com nada. (...) ...então a boneca está relacionada com isso..com a tranquilidade da infância..hj as crianças estão um pouquinho mais estressadas, mas na minha época a gente não tinha estresse praticamente nenhum...então é isso que tá relacionado*. . [G. 39 anos. 1º Encontro. 15/08/2013][3]

> E: *Eu escolhi a bola porque desde pequenininho sempre fui invocado com a bola..joguei muito futebol..50 anos e ainda corria de 10 no meio de campo...era gostoso demais...disputei a terceira divisão, fui treinar até no Palmeiras, mas não deu certo...*.[E.77 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]

> C: *Eu peguei esse quadro porque eu gosto de uma casa bem arrumada, bem chique mesmo, coisas que chama a atenção..pra mim é o tudo! Depois as borboletas, livre, que eu quando eu era criança também eu corria atrás delas...eu adorava borboleta...até hoje eu gosto! Eu acho que a borboleta é livre pra fazer o que ela quer, então é isso que eu quero...quero ser livre, na minha meta...sempre fazendo coisas direta e ir pra frente!* [C. 1º Encontro. 15/08/2013]

[2] LISPECTOR, Clarice. Uma aprendizagem ou O Livro dos prazeres. Rio de Janeiro: Rocco. 1998, 159 p.

[3] Para identificação das pessoas participantes, optei por indicar seu nome por uma letra, com o intuito de preservar sua identidade. Seguem-se a idade, se encontro ou entrevista e a data em que ocorreu sua fala.

- Os objetos escolhidos têm relação com atividades que os participantes realizam no seu cotidiano que os fazem sentir-se bem e os mantém equilibrados emocionalmente. Procuram nas atividades diárias um alívio para o seu estado de espírito, como cozinhar, rezar e ouvir musica. Daí as escolhas recaírem na espátula de bolo, no livro e no CD. Ao invés de cápsulas com composição química, música, para curar a alma; palavras escritas como forma alternativa de tratamento e uma maneira de se acariciar; cozinhar, a arte de depurar os sentimentos em sabores.

> F: *...eu peguei um livro pq eu gosto de ler...gosto de ler muitas orações pq eu sou católica..então é tudo no livro né..então isso aqui é especial pra mim*. [F. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> A: *Eu ia pegar o livro que é que mais me atrai né? Só que ela pegou...daí de tudo o que tinha o que eu mais gosto, tb gosto muito de música clássica, Mozart eu sou fâ...adoro, então me chamou a atenção. Não tem nada a ver com eu tá aqui, Mozart, tem....adoro Mozart, gosto demais (...) Acho que se eu ficar ouvindo Mozart eu não tomo um remédio! Acalma, dorme...*[A. 63 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> B: *Bom, eu cheguei perto da mesa, os dois objetos que eu tinha olhado pegaram aí eu vi que o que tinha na mesa e me chamou a atenção foi essa espátula, primeiro pq quando eu to muito estressada eu gosto de cozinhar, segundo pq ela me lembra meu pai, pq é igualzinho uma colher de pedreiro e dá pra construir...e na cozinha ela me lembra bolo de chocolate..rsrs...Ela me lembra três coisas: cozinhar eu adoro, é uma coisa que eu faço pq eu gosto quando eu to estressada, eu acho que cozinhar é uma coisa que faz vc esquecer os problemas, construção significa pra mim muita coisa, a gente constrói a vida um dia de cada vez e principalmente pq tá relacionado com uma colher de pedreiro que meu pai é pedreiro..um tijolo de cada vez e me faz lembrar do meu pai que meu pai me trouxe muitos ensinamentos de pai e mãe. E relacionado ao tema medicamento, cozinhar ajuda a me controlar, constuir eu consigo construí um auto controle*. [B. 42 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> D: *Eu peguei o carrinho pq eu trabalhei 40 anos no ramo de automóveis, tenho paixão por carro e gosto demais..viajei muito na minha vida, muito mesmo...conheci o Brasil quase inteiro só de automóvel....*[D. 72 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]

A ideia de utilizar palavras escritas como forma alternativa de tratamento faz parte, também, de um projeto da artista cênica e escritora Larissa Menghin, chamado “Santo Remédio”, inspirado nas poesias em cápsulas. Os frascos de remédio contêm cápsulas para curar dor de cotovelo, matar a saudade, sorrir, enviar para amigos, se apaixonar. A recomendação no rótulo alerta para

“Poeme-se sem moderação”, “Leia sempre ao alcance de crianças”, “Poesia pode causar vício, consulte um livro, leia de tudo”. Deixo registrado também, o endereço para acesso: (http://www.poemese.com/pequenices/um-santo-remedio).

Os objetos escolhidos pelos participantes do grupo despertaram lembranças e a esperança de se sentirem melhores hoje, como outrora, uma forma de substituir as cápsulas por atividades prazerosas.

No segundo encontro, alguns participantes, ao apontarem objetos que não escolheriam, relatam que estes também os remetem aos momentos da vida passada, mas que não desejam reviver: o relógio que aprisiona; o espelho que revela a perda da jovialidade, pois não encontra na *figura exterior os ecos da figura interna*; a coleira que remete à obediência a quem educava com o “não”; a espátula que lembra o bolo que não pode comer à vontade.

> C: *Ah! Eu não pegaria o relógio! Porque eu vivi a minha vida inteira correndo atrás dele e ele dando ordem pra mim...então hoje eu me aposentei de relógio. Lá em casa nem tem. Eu só uso esse daqui de pulso. Não quero saber mais de relógio. A vida inteira ele mandou em mim...a vida inteira! É cinco e meia, quatro e meia...era um horror! Então o relógio eu não quero!* [C. 2º Encontro. 06/10/2013]

> A: *Eu não pegaria o espelho! Não tem nada a ver comigo! Não sou vaidosa, não tenho vaidade, não tenho e não vou ter nunca porque já tentei ver se melhorava, mas não melhora. Minha vaidade tá tudo na minha irmã! Então...foi tudo mal distribuído em casa né? Saiu tudo com o filho errado! (...) Então o espelho, pra mim, é totalmente dispensável! Posso fazer assim ó* (passando a mão no cabelo)*...levantar de manhã na chácara e nem olhar no espelho pra pentear o cabelo...faço isso e tô boa pra passar o dia. Pra mim é dispensável!* [A. 63 anos. 2º Encontro. 06/10/2013]

> C: *Você não escolheria o espelho, eu também não escolheria! Pensei que fosse uma coisa só...pq ele é a imagem da gente lá na frente! O que a gente deixou tudo lá atrás ficou...o que vc vê lá na frente é hoje, eu sei! Você é velha, você tem cabelo branco, vc tem bigodinho...é assim! (...) não gosto de ver no espelho...não gosto mesmo!! Eu lembro como eu era e agora o que eu sou! Além de tudo sou doente! Sou revoltada com o espelho!* [C. 2º Encontro. 06/10/2013]

> B: *Eu não escolheria a coleira! Porque eu nunca gostei, assim, de passear com um cachorro que não obedecesse...que nem o da minha mãe eu até passeio, entendeu? Pq eu não preciso por na coleira...ela não sai de perto de gente, se a gente fala pra ela “não atravessa”, ela não atravessa...mas ficar com um animal que você tem que prender, ficar puxando pra cá, pra lá, nunca gostei! (...) Eu não sei se é por causa disso...mas quando eu era criança eu vi um cachorro dentro de casa comer todos os pintinhos da galinha que a gente tinha, a gente era criança e eu mandava ele parar e ele*

> *não parava....então pode ser que seja ligado a isso, porque é o único fato que eu lembro que tem a ver com não obedecer!* [B. 42 anos. 2º Encontro. 06/10/2013]

> D: *Isso aqui ela que disse que é de fazer bolo né? Eu não faria porque eu sou o tipo da pessoa que eu faço aquilo que eu sei*! [D. 72 anos. 2º Encontro. 06/10/2013]

Nos depoimentos, é relevante destacar que a relação do paciente com o medicamento difere para as duas entrevistadas. Enquanto para uma, o antidepressivo é um apoio para evitar a irritação, intolerância e mau-humor nas relações pessoais, para a outra, ajudou a distanciar seu pensamento do foco dos problemas e, assim, conseguir se reequilibrar. Esse reequilíbrio levou-a a tomar a atitude pessoal de interromper o tratamento com o antidepressivo.

A entrevistada *B* concorda que é possível sentir-se bem frente aos problemas de saúde ou da vida pessoal utilizando terapias complementares como terapia de grupo, medicina chinesa, prática de Yoga, uso de Florais e que é importante tentar manter-se equilibrada, para conseguir enfrentar o problema sob um ângulo diferente. Para *A*, a única terapia complementar que considera eficaz é a acupuntura, por ter tido uma experiência positiva com este tipo de tratamento. Ela não acredita que outras práticas terapêuticas sejam efetivas, a não ser a tendência dominante do uso do medicamento.

> B: *Eu acho que existe a possibilidade sim. Como eu disse antes, o remédio é só um paliativo, para desfocar. Se vc consegue sem o medicamento desfocar, existe. Pode não ser adequado para todos os casos, cada caso é um caso. Existem desde as depressões leves até aquelas mais profundas, onde a pessoa se suicida. Então tem que haver um estudo...tanto é que existem até florais hoje pra depressão e também a terapia de grupo, existe um monte de coisas e eu não descarto nenhuma. Principalmente as que vêm da medicina chinesa, eu gosto muito dessa parte. Só que assim, dependendo do grau né? Vai ter grau que não vai conseguir dar conta.* [B. 42 anos. Entrevista. 11/04/2014]

> B: *Hoje eu acho que eu associaria uma dose menor, como eu vinha tomando ultimamente, com alguma outra terapia alternativa. Poderia ser que usasse as duas. Pra não ficar uma dose alta como muitas pessoas às vezes se enterram no medicamento. Por ela ser a maneira mais forte e mais rápida, por ser droga, como diz o nome, às vezes eu acho que tem casos que são indicados sim. O que eu vejo às vezes é gente que não tem necessidade do medicamento, visto assim, pela visão do profissional, então quando não consegue a receita, faz uso de florais ou de homeopatias ou de outras coisas que são vendidas sem receita, pra se automedicar, porque não conseguiu a*

> *receita do medicamento alopático (...) Aí então são os casos que poderiam ser tratados com outras coisas, né..tanto que o medico já não deu...Mas uma coisa que eu tô interessada em fazer e que dizem que ajuda muito tanto pra depressão, tanto pra estresse como pra um monte de coisas é fazer YOGA. É um relaxamento e ajuda você a enxergar seu próprio interior e equilibrar, é uma coisa que mexe com o equilíbrio mesmo. E uma pessoa que tá equilibrada não precisa de medicamento. Hoje eu diria assim, que eu vou procurar me manter equilibrada pra não precisar mais. Que é o que eu acho que as pessoas deverias estar fazendo mais. Tentar se manterem equilibradas (...).*[B. 42 anos. Entrevista. 11/04/2014]

> A: *Eu não sei se eu acreditaria...por exemplo, eu não acreditava em acupuntura, hoje eu acredito. Eu tive uma crise de ciático, tomei um monte de injeção de Tramal, de um monte de coisa, no COT, aqui no PS e a única coisa que passou foi duas sessões de acupuntura que o Dr. Luís Henrique fez em mim. Mas tirou assim que foi uma coisa maravilhosa e hoje eu sou fã. A dentista que eu passei lá na APCD me falou de acupuntura pra esse problema de...se eu conseguir resolver com acupuntura, pra mim vai ser ótimo, não vou tomar Carbamazepina, não vou querer nada. Vou tentar resolver, alguma coisa assim. Mas não sei quanto tempo, se vou ter que fazer pro resto da vida, o que que tem pra fazer. Eu não sou muito em acreditar em remédios de planta, em homeopatia, essas coisas...sei lá! Acho que toda a vida eu usei alopatia então, floral essas coisas sou meio descrente, né?* [A. 62 anos. Entrevista. 24/04/2014]

Portanto, a divergência entre os dois depoimentos situa-se tanto na convicção de que é possível viver bem sem usar antidepressivos optando por outro tipo de abordagem clínica como na crença de que terapias complementares podem ser usadas concomitantemente com as terapias convencionais.

EU DIREI QUE... MAS
É MELHOR NÃO CONTAR
O ARGUMENTO, NÃO É MESMO?

MEDICALIZAÇÃO VERSUS VIDA QUALIFICADA:

APONTAMENTOS

5. MEDICALIZAÇÃO VERSUS VIDA QUALIFICADA: APONTAMENTOS

5.1. Estado de Exceção e Vida Qualificada

Antes de abordar a questão central desse capítulo, ou seja, a influência da biopolítica na vida humana, sinto a necessidade de expor, aqui, o caminho por mim percorrido concernentes às leituras e que me fizeram entender a importância da vida qualificada e sua diferença conceitual da qualidade de vida.

O filósofo italiano Giorgio Agamben, em sua obra "HOMO SACER – O poder soberano e a vida nua I" (2010) é o autor principal com quem tento dialogar aqui a fim de compreender a relação política – ou biopolítica – que perpassa a transformação da *vida sacra* em uma vida digna de ser vivida.

Na Grécia antiga existia uma dificuldade de definir com uma única palavra o que chamamos hoje de *vida*. Nesse sentido, dois termos distintos eram utilizados: *zoé*, que representava o simples fato de viver, comum a todos os seres vivos (animais, homens e deuses), e entendida também como vida nua, e *bíos*, que apontava a maneira de viver inerente a um indivíduo ou uma sociedade (AGAMBEN, 2010).

O que caracteriza a democracia moderna com relação à clássica é a reivindicação e liberação da *zoé*, procurando transformar o *viver* em *viver bem* ou a *vida nua* em *forma de vida*, encontrando, assim, o *bíos* da *zoé* (AGAMBEN, 2010). Qual o sentido, portanto, para o ser humano, de apenas viver, sem traçar formas de viver?

Para Michel Foucault, filósofo de grande influência para Agamben, no início da Idade Moderna, a vida natural começa a integrar os mecanismos e cálculos do poder estatal, transformando, assim, a política em *biopolítica*. Então, segundo o francês, *biopolítica* é uma tecnologia que o Estado utiliza para incluir nos cálculos da gestão de poder os mecanismos biológicos dos indivíduos. Dessa forma, a espécie humana passa a fazer parte do cenário político, em oposição ao que definimos de sociedade como um simples conjunto de sujeitos (HACHEM; PIVETTA, 2011). Para Foucault, então, o evento decisivo da modernidade é constituído pelo ingresso da *zoé* na esfera da *pólis*, a politização da vida nua como tal.

Nesse sentido, então, os conceitos de *zoé* e *bíos* indicavam, respectivamente, a vida natural e a vida qualificada, sendo que a primeira era excluída do mundo da política, uma vez que neste só poderia existir a vida politicamente qualificada (ALVAREZ, 2003).

A partir daí, a importância da vida biológica e da saúde da nação passa a aumentar aceleradamente para o poder soberano, o qual progressivamente vai se transformando em "governo de homens". Na mesma época, com o desenvolvimento e o triunfo do capitalismo, as fábricas precisavam de corpos dóceis e disciplinados para aguentarem a jornada de trabalho. Esse controle disciplinar só foi possível pelo novo biopoder, que *criou para si, por assim dizer, através de uma série de tecnologias apropriadas, os corpos dóceis de que necessitava* (AGAMBEN, 2010, p.11).

> C: *Ah! Eu não pegaria o relógio!* [C. 2º Encontro. 06/10/2013]
>
> Milena: *Não pegaria o relógio? Por que a senhora não pegaria esse relógio?*
>
> C: *Porque eu vivi a minha vida inteira correndo atrás dele e ele dando ordem pra mim...então hoje eu me aposentei de relógio. Lá em casa nem tem. Eu só uso esse daqui de pulso. Não quero saber mais de relógio. A vida inteira ele mandou em mim...a vida inteira! É cinco e meia, quatro e meia...era um horror! Então o relógio eu não quero!* [C. 2º Encontro. 06/10/2013]
>
> A: *Eu durmo com uma lanterna do meu lado...acordo a noite toda...aponto ela no relógio e vejo 2h.."Opa! tenho mais quatro horas pra dormir!"...daqui a pouco tô apontando de novo..."Opa! três e meia!" E fico a noite toda assim..várias vezes apontando pro relógio!! Rsrs...se eu não puser o relógio perto e não fizer isso aí eu vou ficar com a preocupação de acordar e aí eu não durmo!Aí eu vou a noite inteira acordada!* [A. 63 anos. 2º Encontro. 06/10/2013]

Nestas falas, o relógio se apresenta como uma tecnologia apropriada para o exercício do controle disciplinar necessária ao capitalismo. Podemos notar na fala de C e de A que o relógio era tão poderoso que funcionava como um poder soberano e controlador das atividades diárias e até do tempo necessário ao descanso.

Segundo Agamben (2010) o Estado moderno está fundamentado no estado de exceção - criado pelo poder soberano - o qual excluía a vida nua e, ao

mesmo tempo, a capturava pelo ordenamento, constituindo, assim, o inteiro sistema político. No processo disciplinar, o poder estatal faz do homem enquanto ser vivente o seu próprio objeto político. No mesmo passo, coincidentemente com o nascimento da democracia moderna, entra em movimento outro processo: aquele em que o homem como vivente apresenta-se, agora, como sujeito do poder político, e não mais como objeto.

O conceito de soberania se anuncia como um paradoxo, segundo o autor italiano, pois *o soberano está, ao mesmo tempo, dentro e fora do ordenamento jurídico* (p. 22). O soberano tem o poder de decretar o estado de exceção e de suspender, portanto, a validade do ordenamento. Por esse motivo ao mesmo tempo que pertence ao ordenamento jurídico, o soberano permanece fora deste, pois cabe a ele a decisão de suspender *a* validade da lei, colocando-se legalmente, então, fora da lei (AGAMBEN, 2010). Sobre o ordenamento jurídico é importante para criar uma situação normal. E somente o soberano é quem tem o poder de determinar definitivamente se este estado de normalidade deve imperar de fato. *Todo direito é direito aplicável a uma situação* (AGAMBEN, 2010, p.23).

Quanto ao estado de exceção, este é determinado pela suspensão da ordem ou do que é normal ou geral. A exceção é o ato de excluir e caracteriza-se como sendo um caso singular, excluído da norma geral. Não podemos definir o estado de exceção, portanto, como o caos que antecede a ordem, mas sim como a situação decorrente da suspensão desta. Agambem (2010) completa ainda que

> Não é a exceção que se subtrai à regra, mas a regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui como regra, mantendo-se em relação com aquela. O particular "vigor" da lei consiste nessa capacidade de manter-se em relação com a exterioridade. (AGAMBEN, 2010, p. 25).

Martins (2010), apoiado em Agamben, nos explica que o *estado de exceção* tornou-se uma prática regular de governo, inclusive em países onde a democracia impera. Elucida, ainda, com uma citação do filósofo italiano, que nas democracias ocidentais a universalização sem precedentes das normas de segurança, como técnica habitual de um governo tende, cada vez mais, substituir a declaração de um *estado de exceção*. O paradigma de segurança enquanto necessidade fundamental do estado e dos cidadãos transforma-se em fonte primária

do próprio direito. Isto posto, uma democracia protegida não é democracia, quando de seu amplo significado e, dentro desse modelo de democracia está-se caminhando para um sistema político representado pelo regime totalitário (MARTINS, 2010).

O nazismo alemão, segundo o mesmo filósofo, é um exemplo para entendermos a origem do *estado de exceção*. Sua interpretação a respeito do regime fascista vai além de amenidades ou da dimensão do evento, considerando esse sistema político como um marco importante de passagem. *Tal evento é um ponto crucial de inflexão onde foram expostas as vísceras do paradoxo do poder soberano e a vida nua. Nele vigorou mais do que nunca o paradigma do estado de exceção como regra* (MARTINS, 2010, p. 07).

Agamben utiliza uma figura do direito romano arcaico para representar a condição da vida nua diante do poder soberano: o *homo sacer* (homem sacro, sagrado), que é aquele que pode ser morto sem que sua morte sofra penalidade. A figura do *homo sacer* preserva em si características, as quais, inicialmente, podem ser consideradas contraditórias. Como a sacralidade de uma pessoa torna a sua morte impunível? Além disso, apesar de ser aquele que pode ser morto sem que sua morte sofra qualquer tipo de penalidades, também não é digno de ter uma morte segundo os rituais da época, como borrifar mola salsa (tipo de farinha branca salgada) e vinho em todo sacrifício em honra das divindades (AGAMBEN, 2010).

Para o filósofo, a divergência das interpretações modernas com relação ao *homo sacer* é correspondida pela perplexidade dos *antiqui autores*. Alguns autores, como Mommsem, Lange, Bennett, Strachan-Davidson, entendem a sacralidade como "*o resíduo enfraquecido e secularizado*" de uma fase obsoleta onde o direito religioso e o penal não se diferenciavam e a condenação à morte significava um sacrifício à divindade. No entanto, outros autores acreditam que por ser *sacer*, não pode ser objeto de sacrifício, pois já está sob a posse dos deuses ínferos originalmente, não sendo necessário torná-lo para tanto. *Se o homo sacer era impuro ou propriedade dos deuses, por que então qualquer um podia matá-lo sem contaminar-se ou cometer sacrilégio?* (AGAMBEN, 2010, p. 76).

Na exceção soberana, a lei é aplicada ao excepcional sendo desaplicada. Do mesmo modo, o *homo sacer* pertence a Deus como insacrificável e

é incluído na comunidade como matável. *A vida insacrificável e, portanto, matável, é a vida sacra* (AGAMBEN, 2010, 84).

Sendo assim, o *homo sacer* vive uma condição de sacralidade. No entanto, encontra-se preso numa exclusão e está exposto à uma violência (morte), a qual não é classificada como sacrifício, nem como homicídio, nem como execução de uma condenação e nem como sacrilégio (AGAMBEN, 2010).

Agamben (2010) levanta uma questão sobre a existência de uma conexão entre as estruturas da soberania enquanto estado de exceção e a *sacratio*, e se nessa conexão ambas as estruturas esclarecerem-se mutuamente. Segundo o autor, uma hipótese é a de que o *homo sacer*, reintegrado ao seu lugar próprio (tanto do direito penal quanto do sacrifício), teria sua vida originária presa ao *bando soberano e conservaria a memória da exclusão originária através da qual se constitui a dimensão política* (AGAMBEN, 2010, p. 84).

Ainda segundo o filósofo *soberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício, e sacra, isto é, matável e insacrificável, é a vida que foi capturada nesta esfera* (AGAMBEN, 2010, p. 85).

O *homo sacer*, então, é aquele capturado no bando soberano, ou seja, aquele que a vida é matável e insacrificável. A esta vida, que faz parte do conteúdo primeiro do poder soberano, dá-se o nome de *vida nua* ou *vida sacra*. Portanto, a produção da vida nua caracteriza-se pelo préstimo original da soberania. É claro que o que se deseja hoje é que a sacralidade da vida se oponha ao poder soberano como um direito humano em todos os sentidos. No entanto, contrariamente, o que se tem é a vida sujeita a um poder de morte, exposta à uma relação de abandono (AGAMBEN, 2010).

Seguindo a hipótese de Agamben e, se esta estiver correta, a sacralidade pode ser considerada, então, na ordem jurídico-politica, a forma originária da implicação da *vida nua*; sendo assim, a combinação das palavras que formam a expressão *homo sacer* abrange o conceito de algo como a relação "política" originária, ou seja, a vida enquanto, na exclusão inclusiva, serve como referencia à decisão soberana (AGAMBEN, 2010).

Outras Mafaldas não entenderiam, como esta entendeu, que o conceito de democracia enquanto soberania exercida pelo povo, na maioria dos casos parece funcionar somente no dicionário. Na realidade, para que um excluído seja incluído socialmente, a lei deve ser aplicada na sua exceção, cujo poder de aplicação é do Estado enquanto soberano.

Sendo assim, a vida natural (*zoé)* é excluída do mundo da política, uma vez que para existir neste, só poderia existir a vida politicamente qualificada (*bíos)* (AGAMBEN, 2002). Nesse sentido, a vida nua é considerada descartável e eliminável. Na vida moderna, a vida nua encontra-se constantemente "*na corda bamba, a mercê da vontade do soberano*", conferindo uma noção de vida desqualificada e indigna de ser vivida, ocultada e reprimida durante o processo civilizador e humanizador da história, presente na biopolítica. *A vida excluída, reprimida e suprimida do sistema político moderno é a própria condição fundante do sistema politico atual* (MARTINS, 2010, p.10).

Com o surgimento da Biopolítica, que pode ser pensada como uma noção conceitual, no campo do fazer humano, a espécie humana passa a ser mais importante do que a sociedade, entendida como simples conjunto de sujeitos a espécie humana passa a ser mais importante do que a sociedade, entendida como simples conjunto de sujeitos. Daí, a assunção da biopolítica como uma tecnologia,

pela qual entende-se que o biopoder é, então, um conjunto de técnicas, de mecanismos, cujo desenvolvimento se dá a partir de um saber-poder, capaz de fazer intervenções diretas na vida humana (HACHEM; PIVETTA, 2011).

Diante disso, o Estado interfere na vida dos indivíduos por meio de várias ações como, por exemplo, regulação da proporção de nascidos e óbitos, da taxa de reprodução, da fecundidade da população, etc. (HACHEM; PIVETTA, 2011).

Segundo esses autores, a intervenção biopolítica tornou-se importante na segunda metade do século XVIII e início do século XIX, quando o mundo capitalista passava pelas transformações da Revolução Industrial. Assim, as técnicas disciplinares a fim de manter os corpos dóceis, "adestrados", não eram mais suficientes e, então, seriam necessários novos mecanismos (biopolítico) para tornar possível o desenvolvimento do modo de produção capitalista – o fortalecimento dos homens era fundamental para que as forças produtivas pudessem expandir-se. A partir desse momento o *direto de fazer morrer ou deixar viver* foi ampliado e passou-se a admitir também o *fazer viver ou deixar morrer* enquanto práticas soberanas (HACHEM; PIVETTA, 2011).

Nesse novo cenário, o Estado passa a entender que variáveis como o clima, a disposição geográfica, os valores morais e religiosos, por exemplo, assumem influência relevante na vida dos sujeitos, ou seja, não é simplesmente o conjunto de sujeitos que tem importância. Nesse contexto, os sujeitos passam a ser considerados como grupo e, então, o elemento central que sofrerá as intervenções biopolíticas é a população (HACHEM; PIVETTA, 2011).

Isto posto, as ações do Estado voltam-se para o fortalecimento dos sujeitos que fazem parte da população e também para o combate dos males que podem atingí-la, garantindo que as forças produtivas cresçam e se fortaleçam constantemente. A essas ações dá-se o nome de Gerência calculada da vida (HACHEM; PIVETTA, 2011).

O biopoder é aparelhado pelos campos da medicina e da estatística, os quais foram valorizados a partir da nova organização social (sociedade de segurança), marcada pela ruptura do discurso científico e valorização do saber. A partir de então, o Estado conseguiu atuar biopoliticamente (HACHEM; PIVETTA, 2011). Nesta esfera, situa-se o estudo aqui proposto aproximando as questões levantadas sobre a medicalização dispensada a pacientes - participantes neste

estudo - que pouca informação, ou nenhuma, chega aos usuários. Saberes que poderiam ser acionados, coadjuvantes de um mais adequado entendimento do porquê este ou aquele medicamento e do porquê do próprio medicamento, não são considerados. É o que posso inferir como ruptura do discurso científico para com a valorização do saber.

Para Foucault "sociedade de segurança" refere-se às sociedades modernas, ou seja, aquelas em que os cálculos do governo integram as técnicas pertinentes à biopolítica. O filósofo francês agrega a esse conceito o de norma ou noção de normalidade, que exprime sujeitar os corpos a um padrão que se considera normal (homeostase). Essa sociedade, chamada também de normalizadora, funciona com base nos dispositivos de segurança, por meio dos quais *a vida da população é gerida de modo global, considerando-se a totalidade de casos que a acometem, e não os casos individuais*. Nesse sentido, o Estado não proíbe e nem obriga, mas normaliza (HACHEM; PIVETTA, 2011).

> E: *Eu tenho 77...fiz agora dia 02...graças a Deus vivo mais ou menos, vivo bem com a minha esposa, Graças a Deus...tem umas briguinhas assim, mas muito ... daí 2 minutos já tá....(...) Coisa de casal mesmo...não tem problema não...a única coisa mesmo que me preocupa é a diabete..rsrs...Um dia ela tá alta, outro dia ela abaixa, que dá calafrio...mas cuida bem o médico e tal, não posso nem reclamar e...Graças a Deus.* [E. 77 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]

Nesta fala, é visível a noção de normalidade na qual o viver "mais ou menos bem" e a resignação com a doença exprimem a sujeição do corpo a um padrão. Essa condição, ao conviver com os pequenos problemas conjugais e com a doença funciona como um dispositivo de segurança individual, reforçado pelo poder médico que "cuida bem". Nota-se aí, também, a presença da crença religiosa como outro fator de segurança muito forte, pois a expressão "graças a Deus" foi repetida três vezes numa mesma interferência.

Esses dispositivos de segurança não atuam diretamente sobre a população, pois visam ao mesmo tempo consolidar os princípios positivos da sociedade, favorecer o convívio social, dispor as construções de maneira adequada, permitir o escoamento da água e a circulação do ar e conter os possíveis riscos que

venham atingir a população, como por exemplo, as doenças, os roubos, os acidentes etc. Assim, a população é atingida pelos dispositivos ao passo que se relaciona com o meio (HACHEM; PIVETTA, 2011).

2.2. Medicina Social e Biopolítica

Diversos são os momentos em que Foucault aborda a questão da biopolítica em seus estudos. Mais especificamente entre os anos de 1974 e 1979, pedagogicamente, podemos dividir sua obra em cinco formulações que confrontam a política com outro domínio, aparentemente exterior à ela: saúde, guerra, sexualidade, segurança e economia. Com certeza essas abordagens não são distintas entre si, existindo uma semelhança entre elas (NETO, 2008).

Cronologicamente, o primeiro confronto lecionado pelo francês é a relação da política com a saúde e, por ser a de principal interesse para esse trabalho, não discutirei aqui a elucidação da associação da política com os demais domínios.

Primeiramente a biopolítica se constituiu devido à problematização da medicina. De acordo com Neto (2008) podemos analisar a ligação entre política e medicina com base em duas perspectivas complementares: a primeira é a de que o Estado absorve as funções da medicina (o que podemos chamar de Estatização da medicina) e a segunda é o inverso, ou seja, a formação da autoridade medical, por meio da qual o médico passa a assumir uma posição de destaque, nas *relações de poder que atravessam o tecido social*, tornando-se, portanto, uma autoridade politica. Assim, o médico exerce um importante papel político em uma sociedade que está cada vez mais controlada pela norma de tipo medical, isto é, pelo recorte entre o que é normal e o que é anormal (NETO, 2008).

Nesse sentido, para uma sociedade capitalista o que importava mais e o que estava acima de tudo era o biopolítico, o biológico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica.

Foucault (1999) leciona que a medicina moderna, cientifica, nasceu no fim do século XVIII a partir do surgimento da anatomia patológica e levanta um

questionamento sobre a possibilidade de considerá-la individual ou não. Para ele, a medicina moderna é social, tendo uma tecnologia de corpo social como contexto.

Para o filósofo francês, com o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e inicio do XIX houve uma socialização do corpo enquanto força de trabalho. Por isso acredita que nesse momento ocorreu a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva (FOUCAULT, 1999)

Apesar disso, defende a ideia de que o corpo não foi atingido primeiramente pelo poder médico como força de trabalho; não foi o corpo proletário que foi assumido em princípio pela medicina, o que, segundo o autor, só aconteceu na segunda metade do século XIX. Dessa forma, Foucault (1999) resgata três etapas na formação da medicina social: *Medicina de Estado, Medicina urbana e Medicina da força de trabalho.*

5.2.1. Medicina de Estado

Segundo Foucault (1999) a Medicina de Estado desenvolveu-se na Alemanha no inicio do século XVIII e caracteriza-se, por um lado, pelo conhecimento do Estado tanto a respeito dos recursos naturais da sociedade e a condição de sua população, quanto o funcionamento do seu aparelho político; e, por outro lado, pelo conjunto de procedimentos extraídos e acumulados pelo Estado e que permitiram que seu funcionamento fosse melhor. É válido retomar que a Alemanha só se tornou um Estado unitário durante o século XIX e, durante o percurso de desenvolvimento das pequenas unidades pouco estatais é que se desenvolveram também os conhecimentos estatais e a preocupação com o funcionamento estatal da sociedade.

Outra razão para o progresso da ciência do Estado, segundo Foucault (1999), é a paralisação do desenvolvimento econômico da Alemanha no século XVIII, após a guerra dos 30 anos e os grandes acordos assinados entre França e Áustria.

Foucault (1999) explica que no período entre o final do século XVI e início do XVII todas as nações da Europa preocuparam-se com a condição de saúde de sua população, segundo o momento político, econômico e científico ocorrido naquela época e caracterizado pelo mercantilismo. O mercantilismo, no entanto, não

pode ser entendido somente como uma teoria econômica, mas também como uma prática politica que controla *os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias e a atividade produtora de população* (FOUCAULT, 1999, p. 82).

O aumento da produção da população, do número de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo constituem a doutrina do mercantilismo. É a partir dessas características que se estabelecem fluxos comerciais que tornam possível a entrada de maior volume de dinheiro no Estado (FOUCAULT, 1999).

Nesse panorama, os grandes Estados passaram a calcular a força ativa de suas populações, Na França instituíram-se as estatísticas de nascimento e mortalidade; já na Inglaterra esses cálculos começam a aparecer somente no século XVIII. No entanto, nessas nações, o Estado se preocupava somente com as taxas de natalidade e mortalidade e com o índice da saúde da população, sem que houvesse uma intervenção efetiva para aumentar o nível de saúde da população (FOUCAULT, 1999).

Em oposição à política da França e da Inglaterra, o Estado alemão desenvolve uma prática médica centrada, de fato, na melhoria do nível de saúde da população. Essa nova política médica é evidenciada por duas particularidades (FOUCAULT, 1999):

- um método mais efetivo para observação da morbidade, em oposição aos simples quadros de nascimento e morte, baseada nos dados solicitados aos hospitais e médicos, e registros dos diversos episódios epidêmicos ou endêmicos observados;

- normalização da prática e do saber médicos. A formação médica passou a ser determinada pelas universidades e pela própria instituição médica. Eclodiu, então, a normalização do ensino médico e o Estado passou a controlar os programas de ensino e a concessão dos diplomas. *O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha*;

- a atividade dos médicos era controlada por uma organização administrativa, cujo papel é o de acumular as informações transmitidas pelos médicos, analisar como estes realizam a observação da população, conferir quais os tratamentos estão sendo dispensados à população, verificar como se reage frente à uma epidemia etc e, a partir dessas informações, o Estado emite ordens à prática médica.

- nomeação, pelo governo, de funcionários médicos, devendo estes responsabilizar-se por uma região, onde exerciam sua autoridade, enquanto detentores do saber. Nesse momento, apareceu o médico como administrador de saúde.

É a partir dessas características que se instituiu a Medicina de Estado na Alemanha, a qual não se preocupava com a formação da força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias. Fundava-se na preocupação com o próprio corpo dos indivíduos enquanto população, sociedade e, por esse motivo, essa força estatal deve ser aperfeiçoada e desenvolvida (FOUCAULT, 1999).

5.2.2. Medicina Urbana

No final do século XVIII surge na França um modelo de medicina social centrado na urbanização, ou seja, no desenvolvimento das estruturas urbanas, diferentemente da Alemanha, onde a medicina social, como já vimos, tinha como suporte a estrutura do Estado (FOUCAULT, 1999).

Nessa época, mais precisamente entre 1750 e 1780, as grandes cidades francesas eram tidas como *multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais* (p. 85) onde dominavam duas forças distintas, autossuficientes e competentes: uma representada por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações e outra retratada no poder Estatal, como o representante do rei, o chefe de polícia, os representantes dos poderes parlamentares (FOUCAULT, 1999).

Foucault (1999) nos conta que na segunda metade do século XVIII as grandes cidades francesas passaram a ter necessidade de se organizarem como unidade, ou seja, o corpo urbano se ordenaria coesamente, homogeneamente e dependente de um único poder bem regulamentado. Essa reorganização das cidades surgiu por razões tanto econômicas quanto politicas marcadas pelo estabelecimento de relações comerciais dentro da nação e, até mesmo internacionais; e também pelo surgimento de uma população operária pobre, representada pelo proletariado no século XIX, que proporcionou um crescimento das tensões políticas no interior da cidade.

Grupos pequenos distintos se opunham uns aos outros, mas se neutralizavam e se equilibravam. Porém, essa relação tornou-se mais simples, caracterizando-se como uma inquietação entre rico e pobre, plebe e burguês, *que se manifesta através de agitações e sublevações urbanas cada vez mais numerosas e frequentes* chamadas de revoltas de subsistência (p. 86). Essas, por sua vez, ganharam força e foram as responsáveis pelas grandes revoltas coexistentes da Revolução Francesa (FOUCAULT, 1999).

À medida que o tecido urbano se desenvolvia surgiram mais fábricas e oficinas, a população se aglomerava e estava cada vez mais numerosa; apareceram epidemias urbanas, mais cemitérios etc. Em resposta a todo esse crescimento despertou na população um sentimento que o filosofo francês refere-se como medo urbano, ou seja, medo da cidade, angústia diante da cidade (FOUCAULT, 1999).

À vista desses acontecimentos, o autor propõe um questionamento a respeito das providências que foram tomadas para dominar esses acontecimentos médicos e políticos, que afligiam a população, mencionando o modelo político-médico no século XVIII. Esse modelo, então, baseava-se no esquema político-médico da quarentena, utilizado anteriormente na Idade Média (séculos XVI e XVII) e caracterizado pela medicina de exclusão. Segundo o estudioso o *mecanismo de exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros* (FOUCAULT, 1999, p. 88).

A Medicina Urbana na segunda metade do século XVIII, portanto, se define como um aperfeiçoamento desse esquema político-médico de quarentena e, segundo Foucault (1999), consiste em três grandes objetivos: analisar as regiões onde havia aglomeração de pessoas, confusão e risco no espaço urbano; monitorar e estipular a boa circulação do ar e da água, uma vez que se acreditava que o ar influenciava diretamente no organismo humano e na água; organizar as *distribuições e sequências* (expressão do próprio Foucault), isto é, alocar de maneira adequada os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade (por exemplo, fontes de água, esgoto, material de decomposição).

A noção de salubridade e de higiene pública resulta desse último objetivo da Medicina Urbana. A salubridade é entendida como a situação das coisas, do meio e seus componentes, permitindo uma melhor condição de saúde e, nas

palavras de Foucault, *é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos*. Higiene pública, a saber, é o controle político científico do meio social (FOUCAULT, 1999).

5.2.3. Medicina da Força de Trabalho

A medicina que se preocupa com os pobres, com a força de trabalho, com o operário foi o terceiro e último alvo da Medicina Social.

Na França, a Medicina Urbana baseava-se na não interferência na habitação privada e, ainda, não considerava o pobre, a plebe como perigo para a saúde da população em geral. O pobre assumia uma condição de existência urbana e, embora houvesse o amontoado, este não era suficientemente grande a ponto da pobreza ser considerada uma ameaça.

> Os pobres da cidade eram pessoas que realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los etc. Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana (FOUCAULT, 1999, p. 94).

A nova forma de Medicina Social aparece, portanto, na Inglaterra, no inicio do século XIX, onde sucedeu o mais importante e acelerado desenvolvimento industrial e proletário da época. A partir daí e fundamentando-se na *Lei dos pobres* a medicina inglesa passa a ser social; e a instituição dessa legislação compreendia um controle médico do pobre. Aparece, então, uma noção ambígua de assistência: se, por um lado, os pobres tinham o direito à saúde e eram atendidos nas suas necessidades, por outro, as classes ricas estavam protegidas de epidemias originárias da classe pobre, que tem a possibilidade de se tratar sem grandes despesas ou, até mesmo, gratuitamente (FOUCAULT, 1999).

Ainda na Inglaterra, em torno de 1870, à legislação médica da *Lei dos pobres* foi acrescentada a organização de um serviço pautado no controle médico da população, denominado *health service*, que além de atender igualmente toda a população, possuía médicos que dispensavam cuidados à população em geral, e não cuidados individualizados (FOUCAULT, 1999).

Em oposição a esse controle médico inglês desencadearam-se muitas reações violentas da população, reivindicando, não só na Inglaterra, mas em diversos países, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quisessem. Enfim, as resistências médicas objetivavam lutar contra a medicalização, permitindo que as pessoas não sofressem o controle exercido pela Medicina Social (FOUCAULT, 1999).

Por fim, Foucault (1999) nos explica que a Medicina Social inglesa foi aquela que prosperou e é considerada singular por proporcionar a realização de três sistemas médicos, simultâneos e justapostos: uma medicina assistencial dedicada aos mais pobres; uma medicina administrativa preocupada com problemas gerais da população (vacinação, epidemias etc.); e uma medicina privada, que favorecia uma camada social com condições de remuneração em troca da saúde.

Assim, como já ressaltei anteriormente, a biopolítica constitui-se nas práticas pelas quais a saúde passou a fazer parte das tarefas do Estado, ou aquelas utilizadas pela sociedade capitalista para regular a saúde da população. Neto (2008) explica que para Foucault a saúde pública não se opõe aos interesses da burguesia. Para ele, desde o século XVIII, a medicina social acompanhou a consolidação do capitalismo, tornando-se a saúde da população o espeque dos mecanismos de poder desse sistema econômico. *A medicina social, a medicina de Estado, a medicina urbana, a higiene pública, a medicalização intensa e compulsória da vida, se tornaram estratégias para o controle social* (NETO, 2008, p. 49).

Outrora, uma intervenção médica só acontecia quando existia a doença e quando era solicitada pelo paciente. No entanto, ao se estabelecer um poder médico, essas duas condições são ignoradas e passa-se a tratar não apenas a doença, mas também a saúde, sem levar em conta uma requisição do paciente. Assim, âmbitos que eram externos à medicina como a escola, o tribunal, a empresa, passam a integrar a figura do médico (NETO, 2008).

Medicalizar a vida, entendido aqui como a influência do poder médico (ou poder medical como refere Neto (2008)) significa reduzir a autonomia individual, uma vez que a saúde e a vida, desde o período gestacional até o último momento que antecede a morte, transformam-se em objetos de uma normalização médica obrigatória.

Recorro novamente à personagem Mafalda, do cartunista QUINO, e relaciono essa autonomia individual reduzida ao grau de liberdade que cada um tem sobre sua vida.

Mafalda pode ter tido uma conclusão considerada estúpida pela Liberdade, mas que é uma percepção real, ou seja, o tamanho da autonomia individual está relacionado na razão direta com o grau de liberdade que temos, uma vez que este é controlado pelas instituições, como o poder médico, o poder dos laboratórios farmacêuticos e o Estado, por exemplo.

Sob o conceito econômico, os corpos entram no mercado como usuários de saúde e não apenas como força de trabalho e, nesse sentido, a saúde é percebida como mercadoria. Assim, as indústrias farmacêuticas e de exames de diagnóstico, ao mesmo tempo em que apresentam altas taxas de faturamento e oneram os cofres públicos, não acarretam, nessa mesma proporção, melhorias no estado geral da saúde (NETO, 2008).

Enfim, retomo o filosofo italiano Giorgio Agamben, que compreende que a vida nua (ou *zoé*) é o simples viver, isto é, uma vida privada de qualquer qualificação política; e *bíos* refere-se a uma vida qualificada ou seu modo particular de vida. Para ele, a modernidade caracteriza-se pela politização da vida nua, uma condição em que a *zoé* passa a saber que é integrante da *pólis*, das estruturas políticas do Estado (HACHEM; PIVETTA, 2011).

O médico personaliza o poder da sociedade e este poder se evidencia mais quando a prática medica se dá junto a uma população de baixa renda. Na tirinha acima, o pai da Mafalda é funcionário de uma companhia de seguros, portanto um representante da classe média, tradicionalmente excluída social e politicamente, não partilhando da mesma cultura do médico. Neste sentido, o pai da Mafalda “vê” o médico num pedestal em relação a ele, levando-se em conta que o próprio médico se apresenta como tal: “A*h, que ótimo!”*

Atualmente, aquele que tem o poder de decisão sobre o valor ou desvalor da vida dos indivíduos é quem representa o soberano. Dessa maneira, o cerne da decisão soberana não está nas mãos apenas de um chefe de Estado ou num gabinete. Muitas vezes médicos e cientistas, por exemplo, detém o poder de decidir sobre a vida jurídica e politicamente relevante (aquela que merece ser vivida), estabelecendo os limites além dos quais haverá somente vida sacra (HACHEM; PIVETTA, 2011).

5.3. Medicalização Social e Biopolítica

5.3.1. Uma Cultura de Medicalização

No Brasil, tem-se notado um aumento no consumo de medicamentos controlados, em especial de ansiolíticos (benzodiazepínicos) e antidepressivos. Tem-se observado que a utilização desses medicamentos, classificados pela Organização Mundial de Saúde como psicotrópicos, cada vez mais objetiva mudar o comportamento, o humor e as emoções humanas na sociedade ocidental

contemporânea (ANDRADE et al, 2004). Nesse sentido, Baldessarini (1995, apud ANDRADE et al, 2004) destaca que o uso desses medicamentos ocorre por duas razões: uma delas com o intuito de modificar o *comportamento normal* produzindo, assim, estados alterados de sentimento com propósitos religiosos, cerimoniais ou recreacionais; e outra com o objetivo de aliviar sintomas mentais.

Estima-se que 1 a 3% da população ocidental já fez uso regularmente por mais de um ano de benzodiazepínicos, que representam um dos medicamentos mais usados em todo o mundo. Dados do CEBRID de 2003 (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) apontam que em 2001 no mundo todo foram consumidas cerca de 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos. Uma pesquisa de 2005 do mesmo órgão realizada em 108 municípios do país com mais de 200 mil habitantes mostra que a prevalência, na população, de uso na vida de benzodiazepínicos, representa cerca de 5,6% do total de utilização de drogas psicotrópicas (exceto Tabaco e Álcool) (CARLINI, GALDURÓZ, NOTO, et al, 2006). Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2002, apud ANDRADE et al, 2004) um em cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, quase sempre feita por clínico geral.

Uma matéria publicada no portal Carta Maior (www.cartamaior.com.br) em fevereiro de 2014 divulgou que no ano de 2012 o mercado brasileiro de antidepressivos ganhou R$ 1,85 bilhão e foram vendidas 42,33 milhões de caixas de antidepressivos, o que significa que uma entre cinco pessoas consumiram uma caixa por ano. A reportagem traz ainda que, segundo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), em cinco anos, as vendas dessa classe de medicamentos aumentaram 48% (TUBINO, 2014).

Outra informação relevante que a matéria nos traz é que, o órgão responsável por enumerar as diferentes classes de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, a Associação de Psiquiatria Americana, relacionou um aumento de 26 para 395 na quantidade de doenças mentais, desde o final da II Guerra Mundial. Isso significa que a indústria farmacêutica, mais especificamente aquela voltada para a produção de medicamentos psiquiátricos, está faturando em cima da farsa do aumento de doenças mentais, tendo como cúmplices os próprios médicos, que como já está provado, são financiados pelos laboratórios (TUBINO, 2014).

Um estudo da Universidade de Harvard concluiu que existe um movimento no sentido de catalogar os comportamentos e afetos humanos por meio de uma imperceptível conjuração entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria, para desenvolver um medicamento adequado para cada um deles.

Além disso, o uso abusivo de medicamentos não fica limitado a apenas ao uso de medicamentos psicotrópicos. Medicamentos para tratamento da Hipertensão e Diabetes vêm sendo cada vez mais prescritos, tornando "polimedicamentosa" a maioria dos pacientes. Percebe-se esse fato frente ao tratamento de usuários com dificuldade de adesão ao tratamento e de entendimento e aceitação da doença. Como consequência, o usuário não faz uso corretamente de seus medicamentos e seu estado de saúde fica sempre descompensado. Dessa forma, o prescritor acaba aumentando a dosagem e a quantidade de medicamentos para conseguir controlar a doença, e o usuário tem, então, uma polifarmácia para ingerir durante o dia.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, p.2) o uso incorreto de medicamentos *inclui o uso de um medicamento errado para uma condição específica, o uso de medicamentos de eficácia duvidosa, emprego de fármacos de segurança questionável e uso de doses inapropriadas*, esta última influindo sobremaneira para que ocorra o uso irracional de medicamentos – o qual vai além do que dispôs a OPAS em 2003.

A ansiedade, por exemplo, é referida como nervosismo e é uma resposta biológica normal para ajudar o organismo a enfrentar desafios. O uso inadequado em doses inapropriadas do "NervoCalm", no caso do Filipe, causou mais danos do que benefícios, deixando o garoto sem reação.

O uso incorreto de medicamentos está cada vez mais fazendo parte da cultura ocidental que supõe que todo mal-estar ou qualquer tipo de sofrimento decorrente do processo civilizatório vem sendo transformado em doença, devendo esta ser extinta, a qualquer preço, por meio medicamentoso (DANTAS, 2009). A este processo sociocultural dá-se o nome de *Medicalização Social*, que consiste no uso desnecessário de medicamentos para tratar sintomas que podem ser curados ou aliviados sem a sua indicação. Dito de outra forma, questões "cotidianas" da vida em sociedade, tais como sentimentos de ansiedade, insegurança, limitação da liberdade, angústias – particulares e/ou comunitárias – são transformadas em situações que necessitam de medicalização. Muitos são os exemplos: comportamentos não aceitos socialmente, performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado.

O cansaço, a intranquilidade, o nervosismo e o desequilíbrio, como citados no diálogo irônico com a Mafalda na tirinha abaixo, são considerados normais pela interlocutora, que por coincidência, é a Liberdade, personagem da tirinha anterior apresentada. Porém, com a biopolítica surge a necessidade de controlar e disciplinar os corpos, essencial para manter a normalidade. Nesse sentido, sentir-se bem e feliz é o que é buscado pela medicalização, visto que o medicamento torna-se uma ferramenta segura para enfrentar quase todos os problemas da vida (DANTAS, 2009). Logo, sentimentos como felicidade, alegria e bem-estar é que são determinados como normal.

Sendo assim, o conceito de normalidade frequente nos dias atuais, justifica a medicalização enquanto dispositivo biopolítico do Estado. Neste caso, a

medicalização é um poder médico imposto sobre a vida das pessoas, que compromete a liberdade de escolher como buscar ser feliz.

No diálogo das personagens de QUINO, ilustrado acima, o próprio médico, inusitadamente, conclui que nada ainda foi inventado contra a suposta normalidade, deixando implícito que nem mesmo os medicamentos têm esse poder. A personagem Liberdade entende que cansaço, intranquilidade, preocupação, nervosismo, desequilíbrio e ansiedade são sentimentos habituais, conquanto normais. É incrível a conotação de “liberdade” como sendo capaz de dar uma interpretação incomum a sentimentos generalizados no cotidiano das pessoas.

Dantas (2009) explica que na sociedade ocidental moderna, o processo de medicalização foi se transformando cada vez mais em uma das maneiras mais eficientes e rápidas de aliviar o sofrimento psíquico e os problemas que dominam o dia-a-dia. Nesse sentido, o medicamento acabou se tornando a solução mais rápida para resolver todo e qualquer problema da vida na época atual. Segundo o autor, todos os âmbitos da vida contemporânea são regidos por necessidades, as quais são incessantemente produzidas, ou seja, as experiências que cada individuo passa devem ser ao máximo aproveitadas, vividas intensamente, uma vez que podem provocar sensações que durem um curto período de tempo. *O desprazer, o incomodo, o cansaço, o mal-estar, enfim, qualquer negação que se interponha a uma vida de infinitos prazeres deve ser rapidamente aniquilada.* Com isso os indivíduos acabam tornando-se menos tolerantes frente a qualquer ameaça de desconforto. Diante disso, os medicamentos aparecem como mercadorias que oferecem prazer, possibilitando que os indivíduos aproveitem veemente todos os prazeres da vida, ou seja, no imaginário popular, são subsídios para que possam viver melhor todas as situações do seu cotidiano.

De acordo com o artigo publicado em 10 de fevereiro de 2014, no portal Carta Maior, já citado acima, o psiquiatra e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dr. Miguel Chalub, acredita que atualmente estamos vivendo em uma época em que predomina a medicalização da tristeza, ou seja, a tristeza está sendo confundida com depressão, tanto por pacientes como pelos próprios médicos. Ficar triste ou entediado já nos coloca numa categoria de depressivos. Sabe-se que a depressão está ligada com a produção de serotonina, porém sua causa ainda não está bem definida. O que se pode considerar é que a origem da depressão está na

infância, porém abordar esse assunto é muito angustiante. *As pessoas não querem mexer nas feridas e preferem colocar um esparadrapo* (TUBINO, 2014, p.3).

Mafalda, confirmando seu espírito perspicaz, mostra-se atenta às enfermidades sociais que nos deprimem, entristecem e ferem nossos sentimentos. De modo irônico e sarcástico, ela simula a intenção de usar um simples esparadrapo para curar males da alma e lamenta não ser possível fazê-lo. Mas, nessa atitude, podemos vislumbrar uma certa convicção íntima da Mafalda de que podemos cuidar de nós mesmos, recorrendo a cuidados quase minúsculos como grudar um curativo na pele, basta somente colar, mas que, na alma, ficam inviabilizados. Talvez porque a alma, tal qual a borboleta da participante C. dos encontros do grupo, orienta-se, paradoxalmente, por excesso da liberdade, que o corpo não comporta; e então, o inusitado de "e como se faz...?". Talvez sejam esses os cuidados que devemos dedicar a nós mesmos ou ao menos tentar.

Na fala abaixo, a entrevistada se refere ao passado para explicar a causa que a levou a tomar antidepressivos. Sempre foi considerada “a forte” da família e aquela capaz de administrar e resolver todos os problemas, tanto pelo pai na infância, quanto pelo marido desde a época de namoro até hoje. Além disso, ela relata seu relacionamento com a mãe na infância e como se sente em relação a ela hoje em dia:

> *A: O gastro que me acompanha no Hospital das Clínicas, que faz acompanhamento do intestino irritável. Ele disse que meu intestino irritável, eu fiz todos os exames, é de fundo emocional. Como eu não tomo calmante, eu não tenho a depressão da tristeza. Não é que eu não tenha. Eu aprendi a resolver os problemas, os conflitos. Então eu administro tudo. Por isso que eu arrebento os meus dentes também e por isso que eu acabo com o intestino também. Eu sempre fui considerada a forte da família. Desde pequena exigiram isso de mim. Eu era pequena, meu pai dizia: “A é forte!”. Eu*

> *sempre fui mais saudável de todos os meus irmãos. Então eu sempre fui...tive que responder com essa força. Meu pai exigia que eu fosse forte, minha mãe exigia que eu fosse forte. Quando, por exemplo, minha mãe teve câncer, meu pai não contou pra ninguém. Eu tava gravida de sete meses, ele contou pra mim. Então era assim! Ela é a mais forte, então descarrega em cima dela que ela aguenta. Porque às vezes você tem vontade de soltar, soltar as amarras que eu falo, e eu não posso nunca me deixar abater. Puxa, eu tenho sempre que lutar e administrar? Às vezes dá vontade de se soltar, de sofrer um pouco, chorar um pouco e eu não posso! O Paulo nunca aceitaria que eu tivesse um chilique. Nunca, nunca! Engraçado...isso desde quando comecei a namorar ele eu percebi isso nele. Ele tem uma dificuldade muito grande de aceitar frescura. Então, pra ele vai ser frescura sempre! Qualquer coisa nesse sentido vai ser frescura sempre.* [A. 63 anos. Entrevista. 24/04/2014]

> A: *Acho assim, independentemente da maneira que a gente quer construir, tem coisas que acontecem que fazem que a vida seja diferente do que aquilo que a gente deseja, tá? Então são situações que de repente a gente enfrenta, que não era aquilo que a gente esperava, aí vem tristeza, vem aborrecimento, vem uma serie de coisas...eu procuro não me deixar abalar pelas coisas, né? Mas tem coisas que marcam a gente. O problema meu de infância, por exemplo. Nunca tive carinho da minha mãe, só do meu pai...meu pai sim, pegava a gente no colo. Eu era casada, meu pai me pegava no colo ainda. Minha mãe nunca, minha mãe sempre foi fria, minha mãe tinha a gente como empregada dela..as filhas eram empregada, até hoje! E agora ela tá lá de presente pra mim...eu que mais aguento. E é duro vc ter que cuidar de uma pessoa por quem vc não sente aquele carinho que vc deveria sentir...eu não sinto! Vejo ela como uma velhinha..tenho pena, gosto assim, né? Mas dizer pra vc que a relação de amor que eu tinha com o meu pai era diferente, dela não chega nem perto, sabe? Então isso tudo aborrece muito a gente. Então são situações, vc tem que enfrentar..uns enfrentam separação de marido..eu Graças a Deus não tenho isso!* [A. 63 anos. Entrevista. 24/04/2014]

Dados da OMS mostram que aproximadamente 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados de maneira inadequada (BRASIL, 2010). O valor comercial que os medicamentos adquirem como mercadoria juntamente com a *função simbólica* que estes exercem, como solução de qualquer situação em que as pessoas se encontram fora daquilo que é considerado normal e pode ser curado com um simples comprimido, contribui para o uso indevido e indiscriminado de medicamentos. Por esse modo, o uso indevido de medicamentos é considerado como um problema de saúde pública.

O Sistema de Saúde no Brasil encontra-se saturado, devido a um crescimento exagerado da demanda por serviços de saúde. A escassez de médicos e a insatisfação desses profissionais no setor público interferem na qualidade do atendimento ao usuário, uma vez que cada profissional é obrigado a atender muitos

pacientes num período de uma hora. Diante desse quadro, em que as filas de espera por uma consulta são grandes e o atendimento não é satisfatório, uma parte da população ainda se esforça em manter um plano de saúde particular. Com isso, o setor privado, também acaba enfrentando os mesmos problemas em relação ao número de consultas disponibilizadas, formando-se, então, uma fila de espera de meses. Nesse sentido, as consultas são rápidas, não permitindo que os profissionais tenham tempo suficiente, disposição e preparo para ouvir o usuário/paciente em seu sentido amplo, conhecendo-o como um todo e reconhecendo-o como um ser-humano singular. Devido a essa saturação do sistema, tanto particular quanto privado, a alternativa encontrada pelos profissionais para dirimir “rapidamente” as queixas dos usuários é a medicalização.

5.3.2. A Medicalização como Biopolítica

Para Foucault quando se discute o poder é necessário que os conceitos clássicos de lei ou soberania sejam ignorados, pois, para esse renomado filósofo, na modernidade, o poder é exercido gradativamente em uma esfera que não é a da lei, mas sim a da norma, influenciando de forma positiva a constituição da individualidade, em oposição à ideia de que esta é cerceada pela normalização (CASTRO, 2009).

Castro (2009) explica que, segundo Foucault, nas sociedades ocidentais modernas existem duas formas distintas de exercício do poder: a disciplina, que representa o poder cujo escopo são os indivíduos, e a biopolítica, que se refere ao poder exercido sobre as populações. Assim, o biopoder é configurado por essas duas estruturas, disciplina e biopolítica, e caracteriza-se por considerar a vida biológica como objeto do poder moderno. Portanto, a compreensão da normalização se dá por meio do processo de legitimação da vida dos indivíduos e das populações.

Dessa maneira, a normalização está, historicamente, acompanhada da medicina, a qual ocupou e ocupa papel fundamental na formação do exercício moderno do poder. O sistema de funcionamento da medicina, à medida que vai se tornando mais vasto tende a preocupar-se com questões que estão para além das

enfermidades, constituindo, então, a partir do século XVIII, as condutas, os comportamentos, o corpo humano (CASTRO, 2009).

Nesse sentido, medicalização refere-se a esse recurso determinado pela função política da medicina e pela proporção indefinida e sem limites assumida pela intervenção do saber médico (CASTRO, 2008).

Historicamente, ou mais precisamente, a partir do século XVIII se estabelecia um modelo de medicalização para tratamento das doenças coadunado com o saber científico, tal como fala Foucault na obra *O nascimento da clínica*. Czeresmia e Freitas (2003 apud LEFEVRE & LEFEVRE, 2007) destacam tal prática como *uma visão fragmentada e reducionista do conceito de saúde*. Por sua vez, Ignácio e Nardi (2007) apontam que *como atualização do método clínico, por meio da medicalização o paciente se torna objetivado a partir de uma verdade que representa um saber legitimado sobre uma determinada espacialidade corporal, atuando assim como normalizador da vida.*

Cabe ressaltar que esse modelo biomédico de erradicação de doenças, entre os séculos XVII e XVIII encaixa-se ao que Foucault chama de *biopolítica* que, de acordo com o pensador francês refere-se:

> A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante...que se fez em direção não da anátomo-política do corpo humano, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (Foucault, 2002, p. 289)

Ignácio e Nardi (2007) explicam que, para Foucault, a biopolítica baseia-se na ação do Estado em controlar os indivíduos da mesma maneira que controla a população. O processo de medicalização é interior à biopolítica, uma vez que age como uma forma de individualização do poder. Dessa forma, a medicalização assume também essa dupla faceta, controlando os corpos individualmente e utilizando as ferramentas de gestão da população.

Vê-se então que, desde o século XVIII, assim como observou Foucault, a medicalização vem formando um tripé biopolítico, produzido pela *dependência*, *assistencialismo* e *individualismo*, sobre o qual se apresenta construída uma relação de poder que vem contribuindo para que ocorram mudanças nos *processos de subjetivação*. Esses elementos, atuando em conjunto, representam formas (im)potentes de controle individual e coletivo (IGNÁCIO, NARDI, 2007). Assim, os sujeitos, que se encontram cada vez mais encapsulados dentro desse sistema biopolítico, acabam preferindo fazer uso de medicamentos, por considerarem ser mais fácil do que adotar hábitos de vida diferentes.

Nas falas abaixo retiradas das reuniões de grupo e das entrevistas individuais, alguns participantes reconhecem que somente o medicamento não basta para mantê-los equilibrados emocionalmente e procuram nas atividades diárias um alívio para seu estado de espírito, como cozinhar, rezar, ouvir música e rememorar momentos de tranquilidade da infância.

> F (..) *.eu peguei um livro porque eu gosto de ler...gosto de ler muitas orações porque eu sou católica...então é tudo no livro né...então isso aqui é especial pra mim"*. [F. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> A: *(...) também gosto muito de música clássica, Mozart eu sou fâ...adoro, então me chamou a atenção. Não tem nada a ver com eu tá aqui, Mozart, tem....adoro Mozart, gosto demais...(...) Acho que se eu ficar ouvindo Mozart eu não tomo um remédio! Acalma, dorme...* [A. 63 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> B: *(...) aí eu vi que o que tinha na mesa e me chamou a atenção foi essa espátula, primeiro porque quando eu tô muito estressada eu gosto de cozinhar, segundo porque ela me lembra meu pai, porque é igualzinho uma colher de pedreiro e dá pra construir...e na cozinha ela me lembra bolo de chocolate..rsrs...Ela me lembra três coisas: cozinhar eu adoro, é uma coisa que eu faço porque eu gosto quando eu to estressada, eu acho que cozinhar é uma coisa que faz você esquecer os problemas, construção significa pra mim muita coisa, a gente constrói a vida um dia de cada vez e principalmente porque tá relacionado com uma colher de pedreiro que meu pai é pedreiro..um tijolo de cada vez e me faz lembrar do meu pai que meu pai me trouxe muitos ensinamentos de pai e mãe. E relacionado ao tema medicamento, cozinhar ajuda a me controlar, constuir eu consigo, construí um autocontrole.* [B. 42 anos. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> G: *Bom, eu peguei a bonequinha porque primeiro eu adoro boneca, se fosse uma Barbie ou uma Suzi eu tinha pegado sem vacilar.rs..em casa tem um guarda-roupa só de Barbie e Suzi e eu tive uma filha que me ajudou a continuar meu sonho de ter as bonecas. E boneca pra mim traz lembrança de infância, que a gente não tem com o que se preocupar com nada.....apesar de hoje eu me sentir feliz, tranquila, calma..eu passei por muita coisa que se não fosse a minha filha eu não teria aguentado, apesar de eu ter precisado, tá assim entre aspas, num suporte, digamos assim, no medicamento que eu to*

> *tomando, pouco, mas to..mas assim, eu acho mesmo que se não fosse a minha filha eu não teria tido forças pra nada, teria afundado no remédio..a A tá aí, me conhece muito mais..rsrs...então a boneca está relacionada com isso..com a tranquilidade da infância..hj as crianças estão um pouquinho mais estressadas, mas na minha época a gente não tinha estresse praticamente nenhum...então é isso que tá relacionado.* [F. 1º Encontro. 15/08/2013]
>
> B: *Pra mim foi uma ajuda. Um momento difícil que eu passei que me fez entrar num quadro depressivo. Quem me passou esse medicamento...até no começo achei que não ia fazer efeito, depois fui sentindo aos poucos e....agora que eu não estou mais tomando eu vejo que foi só um momento e foi só como uma ajuda mesmo. Melhora? Melhora! E faz você não pensar tanto assim no problema. Mas é só um desvio de foco, que se a gente treinar a gente acaba aprendendo fazer depois com o tempo... sem medicamento...é desvio de foco. Eu enxergo dessa maneira.* [B. 42 anos. Entrevista 11/04/2014]

Embora os autores das falas acima realizem atividades no dia a dia que os façam sentir-se bem, eles não as assumem textualmente como prática diária substitutiva do medicamento. A fala de B, porém, nos mostra que ela foi capaz de desenvolver o controle de suas emoções sem o uso do medicamento, e não relata nenhum substitutivo do mesmo.

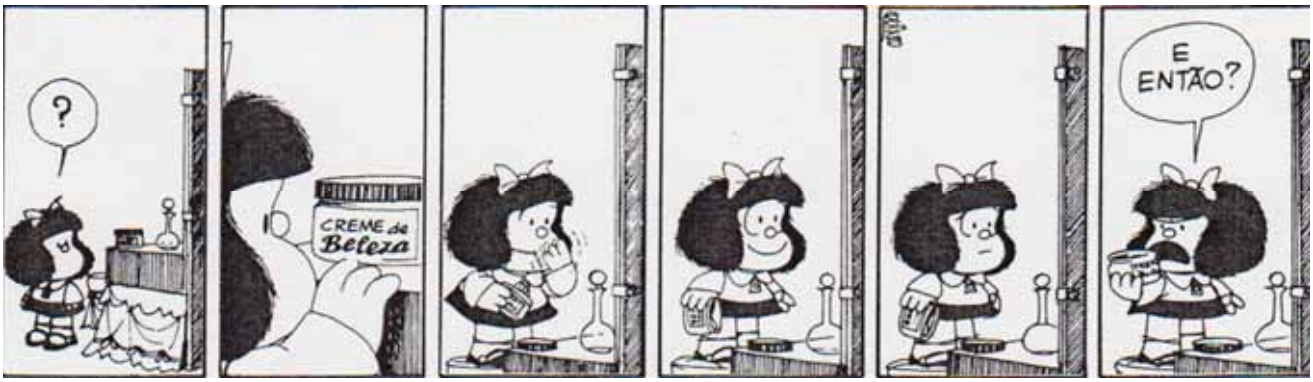
Nesse sentido, vale ressaltar que a biopolítica medicamentosa toma cada vez mais força através da indústria farmacêutica que, por meio da propaganda de medicamentos e uma gama cada vez mais diversificada de produtos– versões lights e integrais de alimentos, suplementos alimentares, cosméticos para retardar o envelhecimento, entre outros – dissemina e intensifica na sociedade a promessa e os ideais daquilo que meandros generalizados da biopolítica estabelece como *qualidade de vida*. Contudo, há que se destacar que grande parte da população não tem sequer acesso aos alimentos necessários para sua subsistência, quanto mais para os produtos dessa indústria capitalista “saudável”, os quais, diga-se de passagem, são caríssimos.

Outro fator que contribui para a massificação da indústria farmacêutica é o conceito de que, no contexto capitalista, um corpo saudável é igual a um trabalhador que tem condições físicas para produzir, ou seja, a saúde é tida como o principal valor humano na sociedade capitalista porque significa força de trabalho e, consequentemente, produtividade.

Por outro lado, entre os artifícios da indústria farmacêutica, encontra-se a tão propalada estratégia de influenciar os prescritores de seus produtos a receitá-

los, muitas vezes, sem necessidade, dando-lhes em troca viagens e congressos, por exemplo.

Neste contexto, o profissional farmacêutico, que no setor da saúde pública volta-se para o controle da regulamentação e da gestão dos medicamentos, procurando garantir o uso correto de medicamentos e uma farmacoterapia de qualidade, vê-se diante de um dilema: seguir as orientações de medicalização provenientes das prescrições médicas ou tentar mudar esse modelo biopolítico regido pela dependência, pelo assistencialismo e pelo individualismo?



O CUIDADO DE SI COMO PRÁTICA DE VIDA: UMA ALTERNATIVA POSSÍVEL DE RUPTURA NO CENÁRIO BIOPOLÍTICO DE MEDICALIZAÇÃO

6. O CUIDADO DE SI COMO PRÁTICA DE VIDA: UMA ALTERNATIVA POSSÍVEL DE RUPTURA NO CENÁRIO BIOPOLÍTICO DE MEDICALIZAÇÃO

Foucault (2005) inicia seu estudo sobre o cuidado de si a partir de leituras de textos dos primeiros séculos, os quais, segundo ele, nos apontam a importância de se voltar à *atenção que convém* para consigo mesmo.

> É a modalidade, a amplitude, a permanência, a exatidão da vigilância que é solicitada; é a inquietação com todos os distúrbios do corpo e da alma que é preciso evitar por meio de um regime austero; é a importância de se respeitar a si mesmo (...) (FOUCAULT, 2005, p. 46)

Se retornarmos aos mundos helenístico e romano, perceberemos que houve um crescimento de um "individualismo", onde as peculiaridades de uma vida privada tornam-se possíveis, bem como os valores de comportamentos pessoais e o interesse por si próprio. Porém, essa moral rigorosa, como nos explica Foucault (2005), não se tornou mais forte por causa da autoridade pública, mas sim pelos quadros político e social enfraquecidos que já vinha interferindo na vida dos indivíduos e que os levou a buscar na filosofia regras de conduta mais pessoais: os indivíduos não eram tão fortemente inseridos nas cidades, viviam mais isolados uns dos outros e, consequentemente, mais dependentes de si próprios.

O filósofo nos explica que, com relação a esse individualismo, podemos distinguir três fenômenos:

- a atitude individualista que está evidenciada pelo *valor absoluto* conferido ao individuo em sua particularidade e pelo seu *grau de independência*, quando relacionado ao grupo a que pertence ou às instituições que depende.

- a valorização da vida privada, isto é, as relações com a família, com as atividades domésticas e o interesse por bens materiais são considerados importantes.

- a intensidade das relações consigo, caracterizada pela maneira como o individuo é colocado a se ter como o próprio objeto de conhecimento e campo de ação a fim de se transformar, se corrigir, se regenerar e chegar à própria salvação.

Quando essas atitudes estão ligadas entre si, os valores da vida privada passam a ser intensificados ou ainda quando a intensificação da particularidade individual estiver associada à importância conferida às relações consigo. Sendo assim, de acordo com Foucault (2005), o contexto em que surge o individualismo, e este se torna crescente, caracteriza-se por um fenômeno historicamente antigo e que se encontra no seu auge durante o imperialismo, período em que a austeridade sexual torna-se exigência. Nessa época desenvolveu-se a *cultura de si*, ou seja, as relações de si para consigo foram valorizadas e intensificadas (FOUCAULT, 2005).

Segundo o francês, a cultura de si é dominada pelo princípio de que é necessário *ter cuidado consigo*, e nos leciona que *é esse princípio do cuidado de si que fundamenta a sua necessidade*, *comanda o seu desenvolvimento e organiza a sua prática* (FOUCAULT, 2005, p.49). E complementa, ainda, que essa norma cuja conduta é o *ocupar-se consigo mesmo* é uma necessidade imperiosa presente em muitas doutrinas diferentes. Esse preceito tornou-se um comportamento e infiltrou-se em maneiras de viver; *desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas*; estabeleceu, assim, uma prática social, na qual as relações interindividuais, as trocas e as comunicações prevalecem. Enfim, o cuidado consigo mesmo proporcionou *certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber* (FOUCAULT, 2005, p. 50).

A partir de suas leituras filosóficas, Foucault encontrou no pensador Epícteto (55-135 a.c.) a melhor organização de pensamento sobre o que entende sobre o cuidado de si. Para sua teoria, o filósofo grego se utiliza da comparação entre os animais e os seres humanos. Refere-se aos animais como seres que estão à nossa disposição, sem que precisem se ocupar com eles, pelo simples fato de já encontrarem, na natureza, ”tudo pronto” para sua sobrevivência. Já o ser humano é dotado da razão, que lhe confere a capacidade de cuidar de si próprio. Então, *o homem é na natureza o ser que foi encarregado do cuidado de si próprio*. Para Epícteto, então, o cuidado de si é um *privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objetos de toda a nossa aplicação* (FOUCAULT, 2005, p. 53).

O cuidado consigo mesmo, por se tratar de uma *epimeleia*, ou seja, um conjunto de ocupações, requer tempo, uma vez que inserir a cultura de si no

decorrer do dia ou da vida torna-se um problema. Os estóicos, isto é, os moralistas pragmáticos da época, já referenciavam esses momentos de voltar-se para si mesmo. Segundo Foucault (2005), esse tempo é destinado à exercícios, tarefas práticas, atividades diversas. Assim, ocupar-se de si não deve ser entendido como sinecura, como algo que não dê muito ou trabalho algum. Nessa prática incluem-se

> os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades. Existem as meditações, as leituras, as anotações que se toma sobre livros ou conversações ouvidas, e que mais tarde serão relidas, a rememoração das verdades que já se sabe mas de que convém apropriar-se ainda melhor (FOUCAULT, 2005, p. 56).

Incluem-se também, no ocupar-se de si, as conversas com amigos ou pessoas em quem se confia, durante as quais são apresentados os sentimentos, inclusive conselhos dados e recebidos. Enfim, o trabalho de si consigo mesmo e a comunicação com outras pessoas estão ligadas ao desenvolvimento de uma atividade de palavra e de escrita, que surge com o cuidado de si (FOUCAULT, 2005).

Na entrevista, a paciente *B* coloca de maneira clara o conhecimento das necessidades dela consigo mesma, como podemos conferir abaixo:

> B*: Então eu acho que os momentos felizes com a família, cuidar um pouco de você mesma, ter uma hora pra você, tirar uma hora pra você relaxar, pra você ouvir aquela musica que você quer.... você falar assim..."não, agora não vou ficar só pensando nos outros, vou tirar um pouco pra mim também", porque isso também é necessário pra vida da gente. Eu não tava tendo tempo de fazer isso quando comecei a tomar o remédio.* [B. 42 anos. Entrevista. 11/04/2014]

Sendo assim, essa atividade voltada para si mesmo compõe uma prática social, e não um exercício da solidão, como parece. Na prática do cuidado de si, ao se buscar o outro em quem se acredita ter capacidade para ajudar (dando direcionamentos ou conselhos), faz-se uso de um direito; e é considerado um dever quando se ajuda o outro ou quando se recebe suas lições com gratidão (FOUCAULT, 2005).

O mesmo autor explica, ainda, que desde a Grécia antiga o cuidado de si está intimamente ligado ao pensamento e à prática médica. Segundo ele, o aumento do cuidado médico é percebido na cultura de si e pode ser explicado como

uma maneira particular e veemente de atenção com o corpo. No entanto, esse cuidado com o corpo não se baseia na valorização do vigor físico, com práticas como a ginástica e os treinamentos esportivo e militar, as quais contribuíam para a formação de um homem livre.

Esse cuidado com o corpo pode ser traduzido como o cuidado com a própria alma, pois a morte, a doença e o sofrimento físico não são estabelecidos como verdadeiros males. Além disso, quando os males do corpo e da alma (cólera, paixão amorosa, inveja) se comunicam entre si, favorecendo a troca entre seus mal estares, é o momento de se prestar atenção nas práticas de si: *lá onde os maus hábitos da alma podem levar a misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma* (FOUCAULT, 2005, p. 62).

Plutarco chegou a afirmar que filosofia e medicina lidam com um único e mesmo campo sendo que o elemento central é o conceito de "*patos*" que se aplica tanto à paixão quanto à doença física (FOUCAULT, 2005). Daí patologia ser o ramo da medicina que se ocupa da natureza e das modificações produzidas no organismo por doenças. Deste modo, os estóicos organizaram uma grade de análise para os males do corpo e da alma em ordem crescente de desenvolvimento e cronicidade. O esquema distinguia inicialmente a disposição para os males e serviram como guia comum à medicina do corpo e à terapêutica da alma.

Proclivitas	Exposição às doenças possíveis
pathos (affectus)	Perturbações
nosema (morbus)	Doença já estabelecida quando a perturbação instalou-se no corpo e na alma; mais grave e mais durável
aerogratio (arrhostema)	Estado de doença e de fraqueza
*kakia,aegrotatio (*inveterata, vitium malum*)*	Mal inveterado que escapa a qualquer cura possível

Os estóicos apresentaram também, esquemas para os diferentes estados e para as diferentes formas possíveis de cura, por exemplo, fazendo

distinção entre os que se curam total ou parcialmente de seus vícios e aqueles que se veem livres de suas doenças, mas que não se livraram de suas afecções; ou entre aqueles que recuperaram a saúde, mas que ainda se apresentam fragilizados pelas disposições que não eliminaram. Estas noções permitiam aplicar o mesmo tipo de análise teórica, tanto aos distúrbios físicos quanto às desordens morais, com o mesmo objetivo, qual seja, o de ocupar-se deles, cuidá-los e quiçá curá-los. Algumas palavras que se aplicam em medicina como, por exemplo, *calmantes* e *tonificantes* eram utilizadas regularmente para os cuidados da alma. *A melhoria, o aperfeiçoamento da alma que se busca na filosofia, a "paideia*" *que esta deve assegurar, é tingida cada vez mais com as cores médicas.* (FOUCAULT, 2005, p.60).

Foucault cita Epicteto, Galeno e Plutarco. Ele relata que Epicteto, insistia que sua escola fosse tomada como um "dispensário da alma" e não apenas um lugar de formação. Ele dizia que a escola de um filósofo era um gabinete médico, lugar onde os discípulos deveriam tomar consciência de sua condição como de um estado patológico, e que se apresentassem a título de doentes. Ele dizia: *Quereis aprender os silogismos? Curai primeiro vossas feridas, estancai o fluxo de vossos humores, acalmai vossos espíritos* (FOUCAULT, 2005, 61).

Galeno considerava, enquanto médico, que era de sua competência, além de curar os desvios do espírito, cuidar também das paixões tidas como energia desregulada, e dos erros que nascem com as falsas opiniões. E Plutarco dizia que os males do corpo poderiam ser detectados pelo pulso, pela bile, pela temperatura e pelas dores. Mas, as doenças da alma passam despercebidas ou são tomadas por virtudes: a cólera por coragem, a paixão amorosa por amizade, a inveja por emulação, a covardia por prudência.

O filósofo nos leciona que a prática de si pressupõe que o sujeito se forme frente a si mesmo, como um indivíduo que sofre de certos males e que deve cuidá-los, sozinho ou com a ajuda de alguém com habilidade para isso. Nesse caso, o sujeito não deve ser considerado ou se considerar como um simples indivíduo imperfeito, sem conhecimento e que é preciso ser corrigido, formado e educado. Cabe a cada um descobrir que se encontra numa situação de necessidade, e que é fundamental receber ajuda. Citando Epícteto, Foucault (2005, p.63) esclarece que

esse é *o ponto de partida da Filosofia: dar-se conta do estado em que se encontra a nossa parte dominante*.

> A medicina não era, a esse título, simplesmente concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Ela também devia, sob a forma de um corpus de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividades e com o meio.(Foucault, 2005, p.106)

Havia, entretanto, certa divergência a respeito do grau e da forma de dependência em relação à autoridade médica. A crítica se referia à maneira como os médicos se apoderavam, nos mínimos detalhes, da existência de seus clientes, como faziam os filósofos dirigindo a alma de seus seguidores. A medicina, além das técnicas de intervenção nos casos de doenças, definia maneiras de viver e de se relacionar com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono. Havia controvérsias de quem achava que não deveria submeter-se aos cuidados médicos quando se estava bem de saúde.

> É útil, ou melhor, necessário para todo mundo compreender, dentre os objetos de ensino, não somente as outras ciências como também a medicina, e escutar os preceitos dessa arte, para que sejamos, frequentemente, para nós próprios conselheiros perfeitos em relação às coisas úteis para a saúde; (.....) ora, é cansativo e impossível sempre dirigir-se ao médico para todos esse detalhes. (FOUCAULT, 2005, p.107)

Esta citação pode ser considerada um dos princípios da prática de si cuja existência racional não deveria ser ignorada. Isto implica numa percepção do mundo, de certa forma médica. Eram preceitos que diziam respeito aos elementos do meio ambiente como portadores de efeitos positivos ou negativos para a saúde: desde a arquitetura da casa, os cuidados pessoais durante as diferentes estações do ano, a escolha dos alimentos, os exercícios a serem praticados assim como os locais adequados para isto.

Michel Foucault compreende que o mais importante dos cuidados que se deve ter consigo mesmo é o zelo com o corpo e a alma e, para que isto seja possível, é necessário manter atitudes constantes sobre seu próprio ser, ou seja, é imprescindível que se adote sobre si próprio a função e o comportamento de um vigia noturno, sendo capaz de manter o controle sobre tudo o que se passa com o seu ser e a sua volta, sem que nada passe despercebido (BOLSONI, 2012).

Apesar das práticas de si serem importantes, estas não são individualistas, ou seja, estão incluídas num contexto de práticas sociais. A fim de que sejam possíveis, as práticas sociais precisam da presença do outro e, assim, o cuidado de si se destaca no sentido de que ninguém é capaz de cuidar sozinho de si, sendo estabelecido, portanto, a troca de cuidados com o outro. Porém, é importante que primeiro venha o próprio cuidado, para depois ser possível o cuidado com o outro (BOLSONI, 2012).

Bolsoni (2012) refere que não se pode afirmar que o filósofo francês defende essas formas do cuidado de si dos estóicos, mas sim, que ele defende as técnicas de cuidado de si utilizadas por ele. Mesmo assim, Foucault afirma que não é possível transportar à nossa atualidade essas técnicas utilizadas há dois mil anos. E ainda, vale lembrar que, para o estudioso, o cuidado de si se desenvolveu ao longo de seu percurso, assumindo novas dimensões e significados.

Foucault acredita que a primeira mudança visível no significado de cuidado de si é o fato de ter se fortalecido como impreterível a todos e em todo o tempo, sem que fosse preciso condições de status. Dessa forma, o cuidado de si é manifestado como um princípio incondicionado, ou seja, como regra que se aplica à todos, sem se preocupar com o status e sem ter uma finalidade técnica, profissional e social. Outro elemento que contribuiu para essa mudança é o fato de que o ocupar-se consigo ganha *um sentido com finalidade em si mesmo*, visto que quem se deve ter cuidado é o eu com o intuito de seu próprio cuidado de si e *não mais ocupar-se consigo para governar os outros* (BOLSONI, 2012, p. 7).

Bolsoni (2012) explica ainda que o imperativo “conhece-te a ti mesmo” não foi extinto, mas recebeu o sentido de exercício do conhecer a si mesmo por envolver a prática de si mesmo e referir-se a uma forma de atividade vigilante que deve ser constante, desvelada, regrada. Dessa forma, a finalidade em si mesmo e se ocupar consigo mesmo como prática de vida devem ser o objetivo do cuidado de si, o qual tem que ser realizado de maneira crítica e inventiva sobre si mesmo.

Na tirinha acima, a Mafalda entende a frase “Conhece a ti mesmo”, lida talvez no que pode ser seu manual de estudos, como um conselho e não como uma prática de si, que deve ser contínua. Ao leitor, à leitora, cabe articular frase e prática de si, pelo que nos dá a pensar, Mafalda.

Sendo assim, considerando que o cuidado de si seja uma prática permanente para toda a vida e que tem como objetivo a garantia do exercício contínuo da liberdade, conclui-se então que o cuidado de si contribui para a formação do sujeito ético. Vale dizer que, entende-se como ética a prática da liberdade, mas uma liberdade reflexionada. Os sujeitos que integram essas práticas da liberdade devem ocupar-se de si mesmos, a fim de que seus pensamentos e ações, segundo suas vivências, fiquem equipados de valores morais adquiridos com sua experiência de vida para cuidar dos outros. (GIRALDO; ZULUAGA, 2013).

Na prática do cuidado de si, segundo Bolsoni (2012), as decisões do sujeito são impulsionadas por um controle que está associado ao corpo, evidenciando-o. Essas decisões, por estarem intimamente ligadas às ações do sujeito, são responsáveis pela sua constituição e, consequentemente, os controles adotados exteriormente passam a integrar o ser humano, transformando-se muitas vezes, em um autocontrole. Entretanto, se essa constituição for buscada de maneira singular, por meio de um olhar próprio e autônomo do sujeito, este passa a não sofrer mais estímulo de ideais exteriores. Sendo assim, Foucault evidencia que o homem livre, capaz de conduzir sua vida de maneira saudável e certo de que está inserido na sociedade, não deve prender-se a alguns princípios.

O cuidado de si, para Foucault, compreende três enfoques fundamentais: o primeiro está relacionado a uma atitude com respeito a si mesmo, com respeito aos outros e com respeito ao mundo. Em segundo lugar, está relacionado com uma forma de atenção, de olhar, ou seja, ter a preocupação consigo mesmo requer certa maneira de considerar o que se pensa e o que acontece no pensamento. E, por último, a ideia de cuidado de si aponta para uma série de ações, tanto exercidas sobre si mesmo, quanto àquelas relacionadas ao cuidado de si mesmo (GIRALDO; ZULUAGA, 2013).

Como já exposto acima, o cuidado de si, além de representar uma atitude consigo mesmo, também está associado a atitudes com o outro e com o

mundo. Então, pode ser considerado uma forma de vigilância sobre o que se pensa, sobre o pensamento e, ao mesmo tempo, constitui uma maneira de agir, por meio da qual um se transforma a partir do momento que se responsabiliza pelo outro. *O cuidado do outro, que está implícito na ação, pressupõe um cuidado ético de si mesmo* (GIRALDO; ZULUAGA, 2013, p. 191). Logo, para se relacionar com os outros é preciso considerar o desenvolvimento do cuidado de si. Não se consegue ter resultados sobre o outro sem antes ter realizado esse cuidado consigo mesmo.

Sendo assim, segundo Giraldo e Zuluaga (2013) o termo *bioética* compreende a ética do cuidado de si e dos outros e nos explicam, retomando o conceito de reflexão ética em Foucault como prática reflexiva da liberdade, que esse conceito de liberdade significa levar conhecimento para outro. A bioética, portanto, deve se preocupar com a exaltação da vida humana e a vida em geral, pois é um exercício político para o bem comum, necessário para que a sobrevivência da espécie seja garantida. Dessa maneira, o cuidado de si implica no reconhecimento da existência do outro e que este outro tem um valor.

Pode-se considerar, ainda, que a bioética do cuidado de si e dos outros é essencial nos profissionais de saúde e requer práticas que envolvam acolher o outro, doente ou vulnerável, pensar no outro e poder prever suas deficiências, preocupar-se com o outro, ou seja, respeitar seus direitos e sua dignidade. A contribuição da bioética do cuidado de si e dos outros, portanto, se faz pela humanização de atuação no âmbito dos profissionais de saúde, contrapondo-se ao excesso da técnica, da tecnologia, da gestão, dos empresários, e também vai contra a despersonalização e burocratização do que se considera saudável (GIRALDO; ZULUAGA, 2013). Por conseguinte,

> La bioética del cuidado muestra la necessidade de oponerse al paternalismo y contractualismo, al recuperar el significado auténtico de la alianza terapêutica entre paciente y o profissional de la salud en la construcción de um diálogo continuo e interpersonal (PALAZZANI, 2008, apud GIRALDO; ZULUAGA, 2013).

Seixas e Birman (2012) realizaram um estudo sobre a construção histórica da ideia de obesidade enquanto doença, a partir da análise dos conceitos de normal e patológico, a fim de demonstrar o percurso que a antiga concepção de cuidado de si foi sendo substituída pela medicalização da vida na atualidade. Nesse

estudo os autores referenciam o sociólogo Alain Ehrenberg para compreender, a partir de suas reflexões sobre a depressão, que a obesidade transitou por uma série de fatores determinantes, o que definiu a imprecisão existente nas margens entre o normal e o patológico. Segundo Ehrenberg a depressão, na década de 40, foi exaltada do seu papel secundário e passou a ser descrita como uma síndrome a ser descrita nos manuais de diagnósticos. Para ele, o aumento da depressão relaciona-se diretamente às mudanças no contexto normativo no final do século XIX e, consequentemente, nas modificações da própria individualidade, bem como a uma crescente medicalização da vida.

No final do século XIX o sujeito era duplamente controlado pelo poder disciplinar, ou seja, pelas proibições tanto anteriores quanto exteriores a ele e também pela disciplina do corpo, que conduzia seu comportamento de fora. Seixas e Birman (2012) explicam que, para Ehrenberg, na contemporaneidade a depressão surge como o esmorecimento de um sistema disciplinar de gestão de condutas, *cujas regras de autoridade e conformidade aos interditos forneciam às classes sociais um destino e uma identidade* (SEIXAS; BIRMAN, 2012, p.17). A partir desse novo cenário os sujeitos estavam submetidos, então, à soberania individual, na qual o individuo passa a elaborar suas próprias regras, apoiando-se apenas em suas capacidades e aptidões para individualizar-se. Se, no contexto disciplinar o conflito em relação às proibições impostas foi o responsável pelo aparecimento do sofrimento psíquico, nesse novo panorama de normatividade, a exigência de elaborar suas próprias regras para conseguir o bem-estar provocou um sentimento de insuficiência nos sujeitos, o que também se apresenta como um obstáculo. *A imposição da individualização tornou-se regra comum, e o pessoal não é mais do que um artificio normativo, demonstrando o caráter também impessoal dessa nova norma* (SEIXAS; BIRMAN, 2012, p. 18).

Retomando-se, então, o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder, podemos considerar que o corpo sempre foi tomado como o *lócus* de consolidação do poder. Sendo assim, na biopolítica moderna a determinação sobre a vida e a morte desloca-se da figura do soberano para a do médico, porém continua correlata de uma pulverização da vida nua nos corpos individuais. Nesse sentido, o cuidado de si se apresenta distante do apelo individualista da contemporaneidade,

pois *invoca a não-passividade, o desprendimento contínuo de nosso eu conformista* (CANDIOTTO, 2010, p. 161).

PROFISSIONAL FARMACÊUTICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

7. O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Carta de Ottawa de 1986 propõe que a *saúde* deve ser entendida como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver. Essa nova maneira de compreender a saúde destaca sua importância para uma vida social e economicamente produtiva. O mesmo documento define como *promoção à saúde* um processo pelo qual os indivíduos são capacitados para conseguirem controlar e melhorar a própria saúde. Dessa forma, a saúde tem um conceito positivo, entendendo-a como sinônimo de visão ampliada, sendo também importantes os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. De acordo com a mesma Carta, a obtenção da saúde não se dá somente pelo atendimento à doença, sendo necessários também outros recursos como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, necessitando, então, da participação de outros setores para que sejam mobilizados (OLIVEIRA, 2005, LEFEVRE, LEFEVRE, 2007).

A Promoção à Saúde, portanto, visa a mudança do conceito atual que a sociedade tem de saúde – como simplesmente ausência de doença - e de doença – como uma fatalidade propriamente socioantropológica. Contudo, para que essa proposta se efetive há que se conseguir erradicar definitivamente as doenças ou ao menos eliminá-las de maneira duradoura, uma vez que a atuação desse sistema de promoção de saúde visa atingir as causas primeiras das doenças e não simplesmente evitar que se manifestem nos indivíduos e no coletivo (LEFEVRE, LEFEVRE, 2007). Ao que se percebe, tal proposição é utópica, uma vez que a grande maioria das pessoas tem seus processos de subjetivação balizados pela concepção biopolítica de doença. Mas, o que é utopia? Seria a busca pela vida perfeita? Um sonho que se busca para realizar? O jornalista Eduardo Galeano nos conta em video que Fernando Birri, diretor de cinema argentino, ao proferir palestra para estudantes, respondeu à seguinte pergunta de um deles:"- Para que serve a utopia?" Ao parafrasear Birri, Galeano diz:

> A utopia está no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Se caminho dez passos, ela se afasta dez passos. Quanto mais eu a busco, menos eu a encontrarei porque ela vai se afastando à medida que eu me aproximo. Boa pergunta, não? Para que serve? Pois a utopia serve para isso, para caminhar (GALEANO, E.

> Tradução livre a partir de http://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs).

Lefevre e Lefevre (2007) mencionam que nos relatórios das conferências mundiais em torno da Promoção de Saúde destacam-se as perspectivas de favorecer espaços para que as pessoas adquiram autonomia a fim de tomar decisões a respeito de aspectos que afetam suas vidas bem como a capacitação das pessoas para alcançar o controle sobre sua saúde e suas condições de vida.

Ter autonomia implica no individuo ser capaz de escolher o que é bom para si, de maneira esclarecida e livre, entre as alternativas a ele apresentadas e compreender as consequências de suas escolhas, seguindo seus valores, suas expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. *A pessoa autônoma deve ter liberdade de manifestar sua vontade, isto é, deve estar livre de coações internas ou externas de monta que a impeçam de exercer suas escolhas* (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p.152).

Autonomia, então, refere-se à possibilidade da pessoa se mover dentro de uma margem própria de decisão e de ação. Se o individuo não tem a possibilidade de escolher o que acontece com ele, deve ser capaz de escolher o que fazer diante da situação que lhe é apresentada, ou seja,

> ele pode escolher dentro do possível, realizando uma ação autônoma. A ação autônoma também pressupõe que exista liberdade de ação e requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas. Assim sendo, se a pessoa é autônoma, ela é responsável pelos resultados e consequências de seus atos. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p. 153).

Dentro da bioética, portanto, o respeito à autonomia da pessoa, dos grupos humanos e da coletividade deve determinar as ações relativas à promoção de Saúde, reconhecendo que estes são os protagonistas de sua vida e, por isso, devem decidir e tomar decisões. Os direitos das pessoas, seus motivos e suas razões devem ser sempre levados em conta.

Desde a publicação da Carta de Ottawa ficaram estabelecidas algumas preocupações da promoção de saúde, dentre elas a de desestimular comportamentos e estilos de vida que resultam em condições de vida e saúde precárias. Fumantes, alcoólatras, usuários de drogas ilícitas, consumidores de sal ou

gordura em excesso, sedentários ou ainda aqueles que não se previnem durante o ato sexual estão na lista de pessoas cujos estilos de vida são considerados como "não saudáveis".

No entanto, é válido dizer que, ao realizar ações de Promoção de Saúde que tem como intenção a mudança nos estilos de vida, deve-se ter o máximo de cuidado para evitar a intrusão nos assuntos dos indivíduos e das famílias, *desrespeitando posições minoritárias ou divergentes daquelas hegemônicas na sociedade, em busca de "atitudes saudáveis"* (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p. 153).

O filósofo inglês John Stuart Mill (1806-1873), segundo Lefevre e Lefevre (2007) estabelece que a autoproteção deve ser a única razão pela qual a sociedade tem o direito de interferir na liberdade de qualquer um dos seus membros, ou seja, a redução de danos ou malefícios a outros indivíduos ou à própria sociedade deve ser a única finalidade aceitável para que o poder estatal ou social suplante a vontade do individuo. Como exemplo, podemos citar as leis ou regulamentos que impedem fumar em ambientes fechados acessíveis ao público, restringindo a autonomia individual. Essas normas tornam-se eticamente válidas, pois tem o objetivo de evitar que danos ou malefícios involuntários sejam causados a terceiros, mas não porque impedem a pessoa autônoma de fumar.

De todas as estratégias importantes da Promoção à Saúde na contemporaneidade pode-se destacar, segundo Carvalho e Gastaldo (2008, p. 2030), *a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias.* Importante destacar que tais estratégias visam a atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação popular e da necessidade de elaboração de outras práticas educativas – que em muito têm se limitado a apenas intervir sobre os hábitos e estilos de vida dos indivíduos. São esses princípios que dão subsídios a essas estratégias (CARVALHO, GASTALDO, 2008). Tem-se, então, que alguns dos objetivos da Promoção à Saúde consistem na garantia de *condições dignas de vida* e na possibilidade de indivíduos e coletivos terem maior controle sobre os determinantes de sua saúde.

Resta claro, portanto, que uma comunidade consciente dos seus direitos de cidadãos e atuante junto aos serviços de saúde é de extrema importância

para a Promoção da Saúde, dentro do conceito radical de educação em saúde, que tem como objetivo o fortalecimento das populações a fim de que o coletivo e o individual possam enfrentar adequadamente o processo saúde-doença. Por esta forma, na perspectiva atual de promoção de saúde, as relações educativas não se destinam apenas à prevenção de doenças como no antigo conceito de saúde pública, mas sim na preparação do indivíduo para a luta por uma vida mais saudável, estimulando-o a tomar decisões sobre a sua própria vida, que segundo Oliveira (2005) significa *uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno*. Contudo, é justo destacar, que o presente estudo, sob a ótica das leituras foucaultianas dispostas anteriormente, chama atenção para a possibilidade desses discursos e/ou *dispositivos* de autonomia a partir da educação, ou melhor, da atuação do profissional farmacêutico como educador, já estarem corrompidos ou cooptados pelos ardis biopolíticos da medicalização, mitigando cada vez mais a autonomia do indivíduo – sua *vis viva* – ao invés de empoderá-lo, torná-lo potente e pleno de vida.

É válido ressaltar que, cotidianamente, as ações do farmacêutico como educador no âmbito da saúde pública, têm se restringido a confecção e distribuição de folhetos informativos e divulgação dos mesmos em atividades realizadas em locais públicos. Ações muito aquém do profissional potente que se faz necessário em tal campo da promoção da saúde a fim de, além de ocupar-se com sua sólida formação e atuação social, voltar-se para o fornecimento de condições para que os usuários sejam capazes de se responsabilizarem pela própria saúde e serem capazes de modificar suas formas de viver e, assim, promover a própria saúde e as condições para o desenvolvimento de uma sociedade saudável.

Na situação abaixo, em que o personagem usa o recurso do medicamento para acalmar um simples sobressalto da esposa, exemplifica a ausência de autonomia e de autogoverno e o quanto a medicalização se tornou um poder arraigado que subjuga os indivíduos levando-os a se submeterem às forças do poder dos medicamentos. Por sua vez, o farmacêutico parece ter descoberto ironicamente, ao dispensar o “NervoCalm”, o papel importante que ele tem sobre a vida das pessoas. Ao mesmo tempo, fica explícita a cultura arraigada da automedicação, ou seja, diante de uma situação de desconforto, a primeira providência é procurar uma farmácia.

O enfraquecimento do profissional farmacêutico é um fenômeno que tem crescido paulatinamente e se iniciado, justamente nos bancos acadêmicos a partir de questões curriculares que não apresentam reciprocidade da área de formação junto às Ciências Naturais, além da falta de articulação dessas com outras áreas do conhecimento, como Educação e Ciências Humanas (SORDI, BAGNATO, 1998).

Os discursos ou as metas propostas pelas instituições formadoras baseiam-se na formação de profissionais de saúde críticos. Contudo, a maneira de desenvolver e atingir os objetivos de uma formação crítica, que supera a retórica e efetiva medidas concretas, nem sempre é explicitado neste processo. O modo como a educação é entendida, como fazê-la, como trabalhar com ela em sala de aula determinam, em grande parte, se uma formação profissional acontece num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador tecnicista.

De acordo com Sordi e Bagnato (1998) dependendo da maneira como é realizada, a ação educativa pode ser usada como meio de dominação ou libertação de indivíduos. O espaço de dominação se interessa pela formação de sujeitos *dependentes, não críticos, acomodados às informações recebidas, sem criatividade e capacidade de refletirem sobre a realidade que vivem ou onde irão atuar* (p. 85). Essa maneira de educar é que chama a atenção dos grupos que detém o poder, uma vez que sujeitos “dominados”, passivos e não questionadores são fáceis de serem manipulados e governados. Já o espaço de libertação permite que a ação educativa seja voltada à constituição de *indivíduos* críticos, independentes, questionadores, capazes de refletirem sobre suas realidades

educacional, social, política, econômica, cultural e outras e, portanto, instrumentalizados para viabilizar as rupturas no instituído.

Resta claro que uma formação deficiente provoca um hiato entre as teorias e as práticas do campo farmacêutico, deixando o estudante de tal segmento despido de atitudes e conteúdos crítico/reflexivos – base e potência de um profissional potente e atuante. Acredita-se que um dos principais veios de empoderamento do profissional farmacêutico ocorreria, justamente, por meio do campo ou, mais especificamente, de sua função como educador. Momento em que tal profissional se dispõe como responsável em apresentar um recorte ou uma perspectiva do uso correto de medicamentos, auxiliando prescritores e assistidos na construção de seus procedimentos de promoção da própria saúde, bem como, da saúde da população em geral.

A Organização Mundial de Saúde atualmente reconhece que o farmacêutico é o profissional mais capacitado para comandar ações voltadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos (ARAÚJO et al, 2008). A assistência farmacêutica é uma grande área que pode ser dividida em duas subáreas diferentes, porém complementares, sendo uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento, ou seja, garantia de acesso e outra relacionada à tecnologia de uso do medicamento, onde se enquadra a atenção farmacêutica, ação esta restrita ao farmacêutico (ARAÚJO et al, 2008).

O uso incorreto de medicamentos por seus usuários e dispensadores tornou-se um problema para o campo da saúde pública. Nesse sentido, uma das propostas que permeiam o fazer do profissional farmacêutico é manter-se mais tempo na dispensação de medicamentos, salientando que essa ação vai muito além do que simplesmente fornecer informações. Dessa forma, configura-se uma relação pedagógica junto a seus auxiliares e assistidos, o que poderia ser denominada *educação farmacêutica*.

Afirmo, então, que uma das responsabilidades do farmacêutico é a de ser educador, tanto de seus assistidos como de seus auxiliares, sempre visando à promoção do uso racional de medicamentos. No entanto, sabe-se também que existe uma precariedade no serviço público de saúde no que diz respeito à assistência farmacêutica, visto que não se pode contar com um profissional responsável por apenas um estabelecimento farmacêutico. Ainda que a Legislação

Sanitária 5991/73, garanta a presença do farmacêutico em tempo integral na farmácia, há uma mobilização da classe farmacêutica no sentido de assegurar a assistência integral aos usuários do setor público, uma vez que é evidente a resistência por parte dos gestores municipais em ampliar os serviços de assistência farmacêutica. Sem isso, a população fica desassistida e carente de elementos para o estabelecimento de uma relação saudável com a medicamento.

Arrais et al (2007) explicam que o fato do farmacêutico não estar presente em todas as farmácias públicas e privadas impede o uso racional de medicamentos. A melhoria da qualidade do serviço é atingida por meio do resgate da relação médico-paciente e farmacêutico-paciente, onde a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação compõem basicamente este processo. Demonstram ainda que, na maioria das vezes, os dispensadores não se preocupam em coletar dos pacientes informações que possam ser úteis na prevenção de agravos.

É sabido que na realidade das farmácias públicas e privadas o ato da dispensação é realizado na maioria das vezes por auxiliares/técnicos de farmácia e balconistas, ficando o farmacêutico ocupado com as questões técnico-administrativas do estabelecimento relacionadas ao medicamento. Uma vez, então, que o farmacêutico não tenha condições de atender a todos os pacientes, é importante realizar o treinamento de toda a equipe da farmácia, para que se tenha uma boa comunicação com o paciente, a fim de se minimizar os riscos e se aperfeiçoar os benefícios no atendimento, caso contrário essa ação continua a ser tratada como *um ato de entrega de um produto desprovido de sua função técnica e profissional* (ANGONESI, 2008).

A dispensação, de acordo com a Politica Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) é uma das atividades da assistência farmacêutica sendo, portanto, privativa do farmacêutico e consiste no *ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento*. A ação de dispensação de medicamentos está amplamente inserida no conceito de *acolhimento* dentro de uma farmácia e permite que o farmacêutico ou o dispensador crie um vínculo com o usuário/paciente, pois consiste em uma ação pessoal e

individual, na qual as barreiras são superadas, permitindo que um diálogo se estabeleça.

Mas, como já afirmei, o papel do farmacêutico como educador não se restringe apenas à dispensação de medicamentos. Dentro da saúde pública a participação em grupos de educação em saúde junto às unidades de saúde também faz parte de suas atividades. Esses grupos podem ser realizados com os usuários, famílias e na comunidade, devendo ser abordados diferentes temas que fazem parte da real necessidade da comunidade dos usuários em que se está trabalhando, além de ser entendida como um processo e não apenas como uma atividade ou intervenção pontual.

O objetivo desses processos educativos é modificar a visão simbólica conferida por cada comunidade às práticas de saúde e à utilização de medicamentos que contribuem para a manutenção de hábitos que prejudicam a saúde. Além disso, os grupos de educação em saúde podem ser também realizados com os profissionais das equipes de saúde, tais como ESF - Estratégia Saúde da Família e Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a fim de que se tornem aptos a orientar seus usuários a respeito dos procedimentos necessários para terem acesso aos medicamentos, recursos e serviços da Assistência Farmacêutica, bem como realizar a vigilância do uso dos medicamentos nos territórios (BRASIL, 2010).

Outra atividade privativa do farmacêutico é a atenção farmacêutica. Essa nova prática da profissão tem se difundido rapidamente e é uma nova maneira de se pensar sobre a atenção ao paciente, uma vez que o profissional retoma seu papel perante a sociedade, qual seja ele o de se corresponsabilizar pelo bem estar do paciente, trabalhando para evitar que sua experiência de vida fique comprometida devido a um problema decorrente de um tratamento farmacológico (VIEIRA, 2007). Nessa nova prática, portanto, o farmacêutico tem como foco principal o usuário de medicamentos e não o produto medicamentoso. Ao exercer esse novo modelo de assistência ao assistido, o farmacêutico intenta encontrar alternativas de intervenções a fim de evitar que possíveis problemas afetem a eficácia e a segurança do tratamento. Ademais, evita o uso, sobreuso e uso desnecessário de medicamentos (FEGADOLLI et al, 2010).

No que tange a função do profissional farmacêutico como educador, a prática da atenção farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico

destacam-se como potentes alternativas para a constituição de relações sociais e experiências singulares de vida. Diante de tais atividades nota-se que o paciente/assistido é o principal beneficiado, uma vez que mobiliza o profissional farmacêutico na multiplicidade de suas atribuições e competências, ou seja, educação em saúde, orientação farmacêutica, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além de registro e promoção de atividades realizadas com o paciente/assistido, mensurando e avaliando os resultados desta que se mostra como protótipo de relações potentes e salutares.

Diante do exposto, portanto, vê-se a importância do profissional farmacêutico como educador contribuindo sobremaneira nos processos dos usuários dos serviços públicos de se responsabilizarem pelo cuidado de si, revelando a educação em Saúde como principal estratégia para a sua Promoção. Essa mudança de atitude vem contribuir para desarticular os poderes biopolíticos e os processos de medicalização que hoje imperam soberanos promovendo não a saúde, mas novas formas de doenças, nos diversos contextos da sociedade ocidental contemporânea.

CONSIDERAÇÕES...

8. CONSIDERAÇÕES...

Ao iniciar meus estudos para a realização deste trabalho, movida pelas minhas angústias e inquietações relacionadas aos dilemas vividos na minha prática como profissional no campo farmacêutico, não imaginava que estaria iniciando uma viagem ao passado para dialogar com Platão e Epicteto, pensadores que me foram apresentados pelos filósofos contemporâneos Agambem e Foucault. Repito que tais dilemas estão ligados à questão dos limites da minha profissão impostos pelas relações estabelecidas com outros ramos de saberes e poderes envolvidos no cenário da saúde pública.

Agamben ensinou-me a diferença entre *zoé* e *bíos*, conceitos definidos na Grécia antiga para distinguir o simples fato de viver comum a todos os seres vivos (*zoé*) e os modos de viver inerente a um indivíduo ou sociedade (*bíos*).

Michel Foucault e Giorgio Agamben me mostraram que não há sentido para um ser humano apenas viver. É preciso traçar formas de viver, evento que se constituiu, na modernidade, pela inclusão da espécie humana no cenário político. Foucault me apontou, também, a relação da política com a saúde na sociedade capitalista afirmando que se o Estado toma decisões sobre a vida, ou seja, quando a política não reconhece outro valor senão a vida, o homem se torna um sujeito político, tornando indistintos *zoé* e *bios*. Deste modo, o corpo é uma realidade biopolítica. Assim, aprendi que o processo de medicalização, enquanto uma estratégia ou dispositivo biopolítico do Estado, considera a situação do sofrimento como não sendo normal e determina que o uso de medicamentos é a melhor opção para “bloquear” as emoções.

Foucault resgatou ainda para mim da antiga cultura grega o que vem a ser o “ter cuidados consigo”, tema consagrado por Sócrates. Ensinou-me que isto significa o imperativo de ocupar-se consigo mesmo, aperfeiçoar a própria alma com a ajuda da razão, regra necessária para todos os homens, cerne da arte da existência. Por sua vez, Epicteto marcou a mais alta elaboração filosófica desse tema quando definiu o ser humano nos Diálogos, como o ser a quem foi confiado o cuidado de si (FOUCAULT, 2013).

Com Agamben, influenciado pelas ideias de Foucault, aprendi que *vida qualificada* faz contraponto com o tipo de vida desqualificada, débil, massificada – uma vida nua, resultante dos modos de vida produzidos pelas estratégias de promoção de saúde no cenário biopolítico da saúde pública.

E neste cenário de múltiplas ideias, partindo dos conceitos de vida qualificada aprendidos com Agamben e biopolítica, medicalização e cuidado de si a partir das lições de Foucault, iniciei minha análise da situação atual da Saúde Pública no Brasil que, em resumo, não leva em conta a individualidade e as particularidades dos sujeitos que atende, mas apenas como usuários subordinados às tecnologias nem sempre eficazes e seguras para recuperação da saúde.

Desta análise, interessou-me a possibilidade do farmacêutico, enquanto educador, contribuir para que o "cuidado de si" se torne uma prática na vida da população usuária dos serviços públicos de saúde, conquistando a autonomia necessária para serem capazes de tomar decisões sobre suas vidas, capacitando-a para exercer o controle sobre sua saúde, modificar suas formas de viver e, assim, promover a própria saúde e as condições para o desenvolvimento de uma sociedade saudável, recomendações que constam das conferências mundiais de Promoção da Saúde.

O cuidado de si consiste num processo reflexivo pelo qual a pessoa adquire noção de si mesmo e de suas próprias qualidades e características. Refere-se à capacidade de incorporar gradualmente algumas práticas salutares e normas básicas de autocuidado, bem-estar e segurança. Nesse processo de prática de si a pessoa se relaciona consigo mesmo, constituindo-se e reconhecendo-se como sujeito. Conhecer a si mesmo é tido como um exercício por envolver a prática de si mesmo, referindo-se a um tipo de atividade cuidadosa que deve ser contínua, atenciosa e regrada. O cuidado de si, portanto, deve ser realizado de maneira crítica e inventiva sobre si mesmo.

Como já expus, o papel do farmacêutico enquanto educador se dá no sentido deste profissional esclarecer, fornecer informações técnicas e auxiliar na formação de uma consciência política de seus assistidos, atuando sempre em prol da saúde da população. O paciente tem o direito de escolher o que é melhor para a sua vida e sua saúde, porém deve ser esclarecido sobre as vantagens e

desvantagens dos processos de saúde, caso sua escolha seja não mudar o estilo de vida.

É válido destacar que a formação inicial do farmacêutico é reduzida numa visão técnica, ou seja, da tecnologia como um fim em si mesma e não a serviço da saúde. É certo, ainda, que também se inclui nessa formação as atribuições essenciais de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde humana, permitindo-lhe colocar em prática as atividades que o configuram enquanto educador, tais como a dispensação de medicamentos, a atenção farmacêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico, e os grupos de educação em saúde, como já citado no capítulo anterior. No entanto, a formação desse profissional não inclui sua formação social, e nem sua capacitação enquanto educador, embora sua atuação seja basicamente na comunidade.

O farmacêutico, enquanto educador, pode ajudar os pacientes com relação ao seu tratamento no sentido de melhorar sua condição de saúde sem que eles se tornem usuários e dependentes do medicamento. Mas, este mister não deve ser um trabalho solitário de apenas um elemento que compõe a equipe de Saúde de uma unidade, no caso apenas do farmacêutico enquanto educador cuja relevância, porém já foi e será enfatizada mais de uma vez nestas páginas. Mais do que um trabalho, é uma modalidade de prática social enquanto ação política no campo da saúde que deve contar com o envolvimento de todos os que, de uma forma ou de outra estão empenhados na verdadeira promoção da saúde, para além da prescrição pura e simples; da dispensação automática dos medicamentos; da sujeição dos corpos a um padrão; da intervenção do saber médico sem limites e subordinados às indústrias farmacêuticas; da *Medicalização Social*, que consiste no uso desnecessário de medicamentos para tratar sintomas que podem ser curados ou aliviados sem a sua indicação; da prescrição e uso de medicamentos de eficácia duvidosa, enfim, de tudo aquilo que se configura hoje como normalidade. O objetivo é desarticular os poderes/saberes biopolíticos de medicalização que reinam soberanos promovendo não a saúde, mas novas formas de doenças, nos diversos contextos da sociedade ocidental contemporânea.

A meu ver, uma das principais estratégias de se promover gradativamente essa ruptura no cenário biopolítico de medicalização começa pela implantação definitiva, pelos poderes públicos, das práticas médicas integrativas e

complementares (PICs) nos serviços públicos de saúde, oferecendo aos usuários opções de formas de tratamento. Esta estratégia se configura como uma ação poderosa, uma vez que sua implantação é uma decisão política do gestor público. Porém, como toda ação política, esta também não está isenta de pressões externas que se sobrepõem às necessidades da comunidade. Daí a importância do fator autonomia: os indivíduos e a coletividade devem ser respeitados no seu direito de tomar decisões sobre suas vidas e de escolher a que tipo de tratamento desejam ser submetidos. A autonomia para decidir sobre a própria vida é uma dos importantes aspectos do cuidar de si.

Porém, como nos alerta Lefevre e Lefevre (2007), não somos os únicos responsáveis por nosso estilo de vida "não-saudável" se não tivemos autonomia para nos conservarmos saudáveis, ou seja, se não existirem alternativas disponíveis e aceitáveis para que o indivíduo se oriente por outros caminhos. Fatores sociais, ambientais, econômicos e as condições de trabalho são condicionantes externos determinantes no processo saúde-doença e como são problemas coletivos e ambientais, a responsabilidade é da sociedade.

Além disso, os mesmos autores insistem que para que a decisão seja realmente autônoma é necessário também que ela esteja livre de coerções internas que afetam sua escolha. Neste caso, o peso das emoções e dos fatores psíquicos divide a responsabilidade com os condicionantes sociais.

Considero que, ao ouvir os pacientes usuários dos serviços públicos de saúde na expectativa de obter informações acerca dos seus processos e condicionamentos que possivelmente os levaram ao adoecimento e sobre seus sentimentos em relação ao tratamento a que vêm se submetendo, suas falas apontaram o peso destes fatores de coerção interna no cerceamento da autonomia para fazer escolhas conscientes. Durante as entrevistas, nas quais o assunto foi diretamente abordado, as duas interlocutoras fizeram referência a outras formas possíveis de tratamento, mas deram suas opiniões apenas quando foram instigadas.

Outra estratégia importante na ruptura deste cenário de medicalização e que diz respeito à função educativa do farmacêutico é a participação em grupos de educação em saúde que tem como objetivo levar o paciente a compreender o processo saúde-doença, oferecendo informações técnicas e conhecimentos para que novos hábitos de vida sejam adotados, corresponsabilizando-os na participação

do seu tratamento e na manutenção da sua saúde. Portanto, o cuidado consigo mesmo é um conceito que diz respeito a atitudes de cidadania, pois reconhece a responsabilidade que cada um tem no seu próprio destino e no da comunidade em que vive.

Assim, podemos dizer que os objetivos da atividade educativa em saúde conduzem ao desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais não só por meio de informações técnicas, mas também pelo desenvolvimento da consciência política que incrementa o poder das comunidades para atuar em prol de sua saúde, conforme perseveram Lefevre e Lefevre (2007).

Na mesma perspectiva, a Carta de Ottawa preconiza o desestímulo aos comportamentos e estilos de vida não saudáveis que resultam na debilidade das condições de vida e saúde. E enquanto ações de Promoção de Saúde, desencorajar atitudes não saudáveis também é uma ação educativa concernente ao educador farmacêutico. Neste sentido, Lefevre e Lefevre (2007) recomendam que as abordagens devem respeitar posições individuais ou divergentes dos pacientes, seus direitos, seus motivos e suas razões.

Reiterando a posição da Organização Mundial de Saúde, esta reconhece que o farmacêutico é o profissional mais capacitado para comandar ações voltadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos. Essas ações envolvem, além dos usuários, os dispensadores cujo mau desempenho pode se tornar um problema para o campo da saúde pública. Nesse sentido, outra proposta que permeia o fazer do profissional farmacêutico é manter-se mais tempo na dispensação de medicamentos, salientando novamente que essa ação vai muito além do que simplesmente fornecer informações. Dessa forma, configura-se uma relação pedagógica junto a seus auxiliares e assistidos, o que poderia ser denominada *educação farmacêutica*.

É válido destacar que a formação inicial do farmacêutico é reduzida numa visão técnica, ou seja, da tecnologia como um fim em si mesma e não a serviço da saúde. É certo, ainda, que também se inclui nessa formação as atribuições essenciais de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde humana, permitindo-lhe colocar em prática as atividades que o configuram enquanto educador, tais como a dispensação de medicamentos, a atenção farmacêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico, e os grupos de educação em saúde, como já

citado no capítulo anterior. No entanto, na formação desse profissional não estão incluídas disciplinas da área social e nem sua capacitação enquanto educador, embora sua atuação seja basicamente na comunidade.

Nesta perspectiva, reafirmo a importância e a responsabilidade do farmacêutico na função de educador, tanto de seus assistidos como de seus auxiliares. Considero, por isso, de fundamental interesse social incluir no currículo de formação profissional do farmacêutico a formação pedagógica.

Ainda no que tange à função do profissional farmacêutico como educador, a prática da atenção farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico destacam-se como potentes alternativas para a constituição de relações sociais e experiências singulares de vida. Diante de tais atividades nota-se que nem só o paciente é o principal beneficiado, uma vez que, como já foi dito, mobiliza o profissional farmacêutico na multiplicidade de suas atribuições e competências, ou seja, educação em saúde, orientação farmacêutica, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além de registro e promoção de atividades realizadas com o paciente, mensurando e avaliando os resultados desta que se mostra como protótipo de relações potentes e salutares.

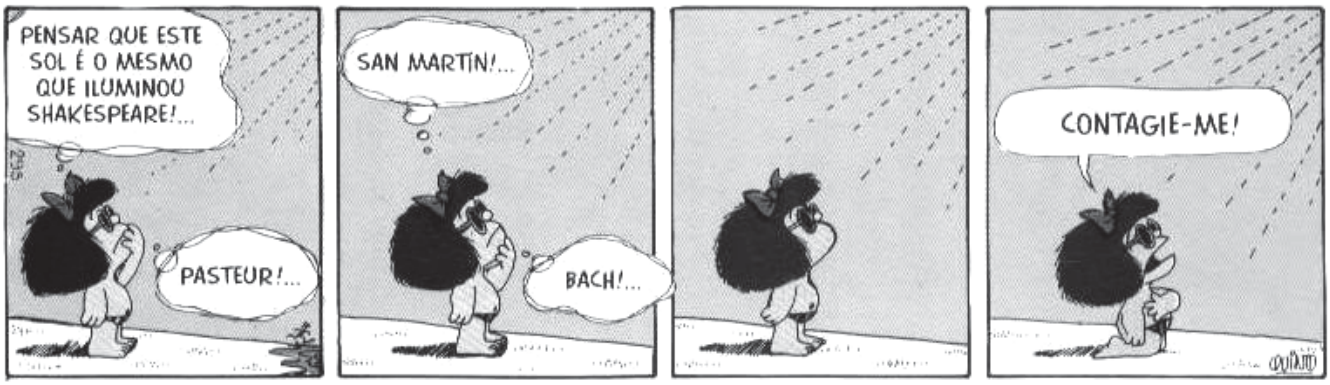
Assim, a prática de atenção farmacêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico, a participação em grupos de educação em saúde, a dispensação de medicamentos acompanhada das imprescindíveis informações corretas de uso dos mesmos, as palestras educativas para a população em geral, as instruções sobre os riscos do adoecimento e a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida que valoriza o cuidar de si são instrumentos mediadores no processo educativo em saúde onde o educador farmacêutico promove a mediação entre o conhecimento e o paciente. Por meio da persuasão, esta mediação objetiva a mudança de estilo de vida e a tomada de decisões autônomas de cada indivíduo e, por extensão, de toda a comunidade que pode levá-los a um processo de transformação de caráter voluntário e intencional que só se pode chegar, conforme nos dispõe Saviani (1997), por um processo deliberado e sistemático.

Esta prática pode representar uma mudança de paradigma no conceito de Saúde Pública onde a ação do educador farmacêutico, enquanto prática social, contribui para a elevação a um grau intelectual superior de desenvolvimento para que a população atendida progrida intelectualmente em direção à sua autonomia

para fazer escolhas que dizem respeito à sua vida e à sua saúde. Não objetiva somente a instrumentalização técnica permanecendo no nível próximo ao espontâneo, mas à apropriação de novos conceitos que permitam que o paciente tenha controle consciente de suas ações e liberdade de escolha, com a consequente superação do conceito de saúde como recurso para a vida, mas como um objetivo de viver.

Nesse sentido, o saber passa a ser apropriado, dominado e internalizado, passando a ser operado no interior de nossa própria estrutura orgânica. Saviani (1997) nos explica que só se aprende quando se adquire um *habitus*, uma disposição permanente, ou seja, quando um objeto de aprendizagem se converte em uma espécie de segunda natureza. Porém, esse processo exige tempo e esforços enormes. Quando o alcançamos passamos a praticar com tanta naturalidade que se torna difícil ou até mesmo impossível nos imaginar desprovidos dessa característica.

Concluindo, o farmacêutico ao desempenhar a função de educador visa a transformar a sociedade, que a partir da apropriação de novos elementos culturais enquanto instrumento para criar novas objetivações, transforma assim a realidade. A finalidade, portanto tem caráter revolucionário uma vez que fica evidente que se trata de articular toda a sociedade em torno de seus interesses.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEM, Giorgio. **Homo sacer:** o poder soberano e vida Nua I. Trad. Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

ALVAREZ, Marcos César. Giorgio Agamben e o Homo Sacer. **Revista Mediações**. Londrina, v. 8, n. 1, p. 131-134, jan/jun 2003.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 40, n. 4, out/dez 2004.

ANGONESI, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 629-640, 2008.

ARAUJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.13, supl., p. 611-617, 2008.

ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; BARRETO, Mauricio Lima; COELHO, Helena Lutéscia Luna. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, abr. 2007.

AUTOMEDICAÇÃO. [Editorial], **Revista da Associação Médica Brasileira.** São Paulo, v. 47, n. 4, p. 269-270, 2001.

BOLSONI, Betania Vicensi. O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizada. In: IX ANPEDSUL. Seminário de Pesquisa em educação da região sul, 2012, Caxias do Sul. **Filosofia da Educação**. Caxias do Sul, 2012.

BRASIL. MS. Portaria no 3.916, 30 out. 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de nov. de 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 28 nov 2009.

BRASIL. ANVISA. LEI N.º 5.991, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de dez. de 1973. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis> Acesso em: 22 agosto 2011.

BRASIL. ANVISA. PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substância e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dez. de 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006, 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasilia, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasilia, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasilia, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 22/02/2014.

CANDIOTTO, Cesar. Ética e Política em Michel Foucault. **Trans. Form. Ação**, Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; et al. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo** as 108 maiores cidades do país - 2005 / Supervisão E. A. Carlini; Coordenação Jose Carlos F. Galduroz; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2006.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 2029-2040, 2008.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**; tradução Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 2009. 66p.

CHAMMÈ, S.J. Corpo e Saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n.2, p. 3-17, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O que é o SUS**. 2008. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html>, Acesso em 14 mai 2014.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 563-580, set/dez. 2009.

FEGADOLLI, Claudia, et al. A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. **Revista Espaço**

para a Saúde. Londrina, v.12, n.1, p. 48-57, dez. 2010. Disponivel em www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em 29 de janeiro de 2011.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI C. M. WHOLQoL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-99, 2003.

FLORES, Oviromar. A Educação em Saúde numa Perspectiva transformadora. In: Ministério da Saúde. FUNASA. **Educação em Saúde**: Diretrizes. Brasilia: FUNASA, 2007. p. 8-15.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France – 1975-1976*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. A cultura de Si. In: _____. **História da sexualidade 3:** o cuidado de si. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. 8 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.p.45-73.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. São Paulo: Graal. 14ª ed. 1999.

GALEANO, Eduardo. **Para que serve a Utopia?** Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs&hd=1>. Acesso em: 24 de fev. De 2014.

GAZZINELLI, Maria Flavia, et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan-fev, 2005.

GIACÓIA Jr., O. Desafios contemporâneos: o pensamento. Palestra realizada no programa *Café Filosófico CPFL* gravada no dia 25 de setembro de 2009, em Campinas, como parte do módulo *Como a filosofia pode nos ajudar a enfrentar a crise contemporânea*. Disponivel em: <http://www.cpflcultura.com.br/video/ integra-desafios-contemporaneos-pensamento-oswaldo-giacoia-jr>. Acesso: 17/05/2010.

GIRALDO, Luiz Fernando Garcés; ZULUAGA, Conrado Giraldo. El cuidado de si e de los otros em Foucault, principio orientador para la construción de una bioética del cuidado. **Discusiones Filosoficas**. Colombia, ano 14, n. 22, p. 187-201, jan/jun. 2013.

GLERIANI, José Luiz. Homeopatia – Estresse, doença e bem-estar. **Domínios**. São José do Rio Preto. 2014. Sem paginação. Disponível em: <http://revistadominios.com.br/index.php/colunista/detalhes/335/homeopatia-estresse-doenca-e-bem-estar> Acesso em: 28 jun. 2014.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L.. Representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set-out, 2002.

HACHEM, D.W.; PIVETTA, S.L. A Biopolítica em Giorgio Agamben e Michel Foucault: O Estado, a sociedade de segurança e a vida nua. **Rev. De Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v.10, n.10, p. 340-361, jul/dez. 2011.

HOPFER, K. R. MACIEL-LIMA, S. M. Grounded Theory: avaliação crítica do método nos estudos organizacionais. **Rev. FAE**, Curitiba, v.11, n.2, p.15-24, jul./dez. 2008.

IGNACIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. **A medicalização como estratégia biopolítica**: **um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul**. *Psicol. Soc.* [online]. 2007, vol.19, n.3, pp. 88-95. ISSN 0102-7182.

LAVADO, Joaquim Salvador (Quino). **Mafalda**. Trad. Mônica Stahel M. da Silva. 1 ed brasileira., São Paulo: Livraria Martins Fontes. 1991, 420p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde**: a negação da negação. 1 ed. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007, 166p.

MACHADO, M.F. A.S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARODIN G, MALDANER O. A. Relação educativa entre farmacêutico e usuário em postos de distribuição de medicamentos da rede pública. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 610-617, dez, 2006.

MARSHALL AND ROSSMAN. **Designing Qualitative Research**, Sage Publications: London, 3rd Ed., 1999, p. 115.

MARTINS, Jasson da Silva. Estado de exceção e biopolítica no pensamento de Giorgio Agamben. In: Revista **Tessituras**. ISSN: 2177-0441-n2-nov/2010. Disponível em: http://www.docentesfsd.com.br. Acesso em: 09/09/2012.

MOTA, D. M. et al. A farmácia comunitária, a automedicação e o farmacêutico: projeções para o século XXI. **O Mundo da Saúde**: São Paulo, ano 24, v. 24, n. 2, p. 98-105. mar./abr. 2000.

NETO, LEON FARHI. Biopolítica como tecnoligia de poder. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**. Florianópolis, v.5, p. 47-65, jan./jul. 2008.

NETO, O.C.; MOREIRA, M.R; SUCENA, L.F.M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, n. 13, 2002, Ouro Preto. Pôster. Belo Horizonte: Cedeplar/Face/UFMG, 2002, p. 1-25. Disponível em: < http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2012.

NICO, L. S. et al. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 789-797, 2007.

OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio-jun, 2005.

OPAS - Unidade de Medicamentos e Tecnologia. Organização Panamericana da Saúde. **Uso Racional de Medicamentos**. OPAS/OMS, 2003, 15p. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340027553usoracionalmedicamentos.pdf> Acesso em: 25 set 2011.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud.** Genebra: OMS, 1990**.** 49p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **The Role Of The Pharmacist In Health Care System.** Vancouver, Canadá: OMS, 1997. 49p.

SEIXAS, Cristiane Marques; BIRMAN, Joel. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 13-26, 2012.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia Histórico-Crítica:** primeiras aproximações. 6ed, Campinas: Autores Associados, Coleção Polêmicas do Nosso Tempo,1997, 128p.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. 33ed. Campinas: Autores Associados. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 2000, 94p.

SORDI, M.R.L.de; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, abril 1998.

SPADA, Kadija. **A função educativa do farmacêutico no sistema único de saúde.** In: Congresso Nacional de Educação, 7º, 2007, Curitiba. Anai do VII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE [recurso eletrônico]: saberes docentes: edição internacional. Curitiba: Champagnat, 2007. Disponivel em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-180-01.pdf> Acesso em 20/02/2014.

TUBINO, Najar. A indústria farmacêutica: quanto vale a loucura industrializada? **Blog Carta Maior**. 2014. Sem paginação. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/detalheImprimir.cfm?conteudo_id=30223&flag_destaque_longo_curto=L>. Acesso em: 08 abr. 2014.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

WHO. Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília; 1998, pp. 11-8.

MEU CONSELHO É QUE VOCÊS FIQUEM SATISFEITOS SEM PERGUNTAR POR QUÊ

APÊNDICES

APÊNDICE A - TRANSCRIÇÃO DOS DIÁLOGOS DO 1º ENCONTRO DIA 15 DE AGOSTO DE 2013

Participantes: M.R.B.R. (A)

I.C. (B)

C.D. (C)

C.G. (D)

P.S. (E)

D. (F)

R. (G)

Milena*: Então pessoal é assim...eu tenho vários objetos aqui e aí eu queria que cada um escolhesse um que mais chama a atenção. Podem vir aqui na mesa..podem escolher....*

F: *A...acho que eu peguei o que você queria pegar né?*

A*: Não...foi a primeira coisa que eu olhei, mas não tem problema pq eu achei uma outra coisa aqui....deixa eu desligar o celular antes que alguém da minha casa liga atrás de mim...pra evitar aqueles que..."onde cê tá?"....*

Milena*: Então primeiro, antes da gente falar desses objetos, vão segurando ele, vai cheirando, vai sentindo...antes de tudo eu precisava que vocês falassem o nome de vocês. Quando eu for transcrever, eu tenho que guardar a voz e o nome pelo menos pra eu poder colocar lá, pelo menos a letra...vou nomear vocês com letra...letra A, letra B, letra C....então eu preciso saber quem é. Então, por favor, me fala o nome, pelo menos o bairro que*

mora....meu nome é fulano, eu tantos anos e moro no bairro tal...sou casado , sou solteira, sou viúva, tenho namorado, não tenho....só falem isso pra mim, por favor...Pode começar...

A*: Eu tenho 63 anos e 10 meses mais ou menos, faço 64, moro na Vila Rezende, sou casada, vivo bem com meu marido e me chamo A...se você não conhecer a minha voz...*

B*: Tem que conhecer né...ficou tempo lá né?...*

Milena: *De longe....*

C: *Eu sou C...moro aqui mesmo, pertinho....sou viúva e vivo assim...uma vida comum...*

B*: Meu nome é B sou casada, moro do bairro da proximidade aqui no Vila Fátima, sou enfermeira e tenho 42 anos.*

D*: Meu nome é D...eu sou viúvo, mas tenho namorada...e moro na rua Marechal Mascarenhas de Moraes número 8, Nova Piracicaba, tenho 72 anos..em novembro, se Deus quiser, 18, faço 73...*

A: *Depois do meu dia..eu depois dele.....eu faço no dia seguinte...*

E*: E..., moro na Rua Manoel Conceição, 96, casado...o senhor tem setenta e?*

D*: 2*

E: *Eu tenho 77...fiz agora dia 02...graças a Deus vivo mais ou menos, vivo bem com a minha esposa, Graças a Deus...tem umas briguinhas assim, mas muito____ daí 2 minutos já tá....*

Milena*: coisa de casal....*

E: *coisa de casal mesmo...não tem problema não...a única coisa mesmo que me preocupa é a diabete..rsrs...*

Milena*: Bendito diabetes! Rs...né Sr. D...*

E: *Um dia ela tá alta, outro dia ela abaixa, que dá calafrio...mas cuida bem o médico e tal, não posso nem reclamar e...Graças a Deus.*

D: *Outro dia eu tive um transtorno muito grave, sozinho...caí..bati a cabeça, fez até um calo, mas displicência minha...eu sei que a gente tem que ter a alimentação de 3 em 3 horas no máximo....esqueci..olhei...quando você....não sei é o seu caso né...porque a diabete causa isso...em quem toma insulina...olhando pra sopa...você já começa assim, você perde a noção das coisas..e a sopa eu joguei fora ao invés de comê-la né...já tava aquecida e tudo...eu mesmo que faço, sei cozinhar, sei fazer tudo..aprendi primeiro com a minha mãezinha e depois com a minha querida.... 39 anos de vida feliz. Eu tenho duas filhas, um filho, 3 netas, 2 netos e 1 bisneto..*

Milena*: Já tem bisneto? Como passa o tempo....!*

E*: Eu não tenho neto nem bisneto...tenho 77 anos..*

Milena*: Não tem neto?*

E*: Não tive essa felicidade ainda! Minha filha não abriu a fábrica ainda....*

F: *Meu nome é F, moro no bairro Santa Rosa. Gosto demais do pessoal da Vila, me tratam muito bem porque eu pego remédio lá tá...tenho problema com o meu marido com diabetes...meu marido tem diabetes, tem um monte de problema né...eu levo ele em 9 médicos...e inclusive o D falou que ele caiu, aconteceu uma coisa que nunca aconteceu com o Antonio...subiu a diabete, pq a dele nunca é baixa...pq a dele é mais de 350 de manhã sem por o pé no chão...eu não sei mas deu como uma falta de ar, falta de ar...tava vendo que tava querendo dá um infarte e eu ainda não consegui uma consulta com o cardiologista....ele tem diabete muito forte e toma os remédios controlados...*

D*: Ele não toma insulina ainda?*

F*: Toma....*

E*: Quantas vezes o senhor toma?*

D: *Cedo 35 MG e a noite 5 MG...mas tá meio descompensado...eu até precisaria ter uma consulta com o cardio, o Dr Roberto de Campos, que foi maravilhoso, me salvou a vida em 2006...ele me salvou pq me botou urgente pra eu fazer cateterismo...andava 4 km ali em frente a prefeitura todo dia e um belo dia eu comecei a sentir uma dor aqui e aqui...aí ele falou urgente faça o cateterismo..o médico falou vc tem duas opções..ainda brincou*

comigo...operar ou operar...a equipe maravilhosa do Groppo e Coimbra me salvou..eles me operaram, em 4 dias tive alta e depois de 15 dias eu já tava guiando de novo..em Piracicaba eu acho excelente os médicos....Graças a Deus...eu não perco a fé, sou católico e rezo o terço todo dia! E se eu não rezasse...Meu Deus!! O que eu faria poucos dias atrás por causa de uma pessoa! Mas como eu quero encontrar com as minhas queridas que já se foram, meus pais queridos, minhas irmãs e meus irmãos que já se foram...eu tenho muita fé em Deus, creio piamente que nós vamos ter o juízo final, por isso que eu deixei nas mãos de Deus...eu sempre deixo....

G: *Meu nome é G, tenho 39 anos até hoje e..amanhã é meu aniversário...*

Todos*: EEhhhh..felicidades..(cumprimentos)*

G: *eu sou daqui da Vila Rezende mesmo, separada, mas tenho uma amizade muito linda de irmã e irmão com meu ex marido, que muita gente fala que é incomum..tenho uma filha de 11 anos e sou feliz do jeito que eu sou...*

Milena*: Então..já apalparam os objetos aí...eu queria então que cada um falasse pra mim porque que escolheu esse objeto e o que esse objeto tem a ver com vocês estarem aqui hoje...Vou dar uns 2 minutinhos pra vocês pensarem pq tudo que eu já falei, já expliquei da pesquisa...se alguém quiser começar a falar..fiquem a vontade...*

F: *Eu falo...eu peguei um livro porque eu gosto de ler...gosto de ler muitas orações porque eu sou católica..então é tudo no livro né..então isso aqui é especial pra mim.*

Milena*: Jóia..e o que ele tem a ver com você estar aqui hoje?*

F*: Hoje a razão é a A...lembrou eu do coração dela, ela sabe de quanto eu tava precisando, entendeu, ouvir acho que a sua palavra...talvez venha me ajudar e especializar mais na doença do meu marido, pq eu passei fases muito difíceis. Se for outra pessoa, em 10 anos o que eu passei não aguentaria o barco e deixaria ele pra trás.*

Milena: *O que fez aguentar esse barco?*

F: *Porque ele é o amor da minha vida! Eu casei com ele não é assim por uma causa...e pelas minhas filhas né, que são tudo pra mim...minhas duas filhas....*

A: *eu ia pegar o livro que é que mais me atrai né? Só que ela pegou...daí de tudo o que tinha o que eu mais gosto, tb gosto muito de música clássica, Mozart eu sou fâ...adoro, então me chamou a atenção. Não tem nada a ver com eu tá aqui, Mozart, tem....adoro Mozart, gosto demais..*

Milena: *Consegue fazer alguma relação com o que vamos discutir aqui?*

A: *Consigo! Acho que se eu ficar ouvindo Mozart eu não tomo um remédio! Acalma, dorme...consigo sim...*

B*: Bom, eu cheguei perto da mesa, os dois objetos que eu tinha olhado pegaram aí eu vi que o que tinha na mesa e me chamou a atenção foi essa espátula, primeiro porque quando eu to muito estressada eu gosto de cozinhar, segundo porque ela me lembra meu pai, porque é igualzinho uma colher de pedreiro e dá pra construir...e na cozinha ela me lembra bolo de chocolate..rsrs...Ela me lembra três coisas: cozinhar eu adoro, é uma coisa que eu faço porque eu gosto quando eu to estressada, eu acho que cozinhar é uma coisa que faz você esquecer os problemas, construção significa pra mim muita coisa, a gente constrói a vida um dia de cada vez e principalmente porque tá relacionado com uma colher de pedreiro que meu pai é pedreiro..um tijolo de cada vez e me faz lembrar do meu pai que meu pai me trouxe muitos ensinamentos de pai e mãe. E relacionado ao tema medicamento, cozinhar ajuda a me controlar, construir eu consigo construí um autocontrole.*

G*: Bom, eu peguei a bonequinha porque primeiro eu adoro boneca, se fosse uma Barbie ou uma Suzi eu tinha pegado sem vacilar.rs..em casa tem um guarda-roupa só de Barbie e Suzi e eu tive uma filha que me ajudou a continuar meu sonho de ter as bonecas. E boneca pra mim traz lembrança de infância, que a gente não tem com o que se preocupar com nada.....apesar de hoje eu me sentir feliz, tranquila, calma..eu passei por muita coisa que se não fosse a minha filha eu não teria aguentado, apesar de eu ter precisado, tá assim entre aspas, num suporte, digamos assim, no medicamento que eu to tomando, pouco, mas to..mas assim, eu acho mesmo que se não fosse a minha filha eu não teria tido forças pra nada, teria afundado no remédio..a A tá aí, me conhece muito mais..rsrs...então a boneca está relacionada com isso..com a tranquilidade da infância..hj as crianças estão um pouquinho mais estressadas, mas na minha época a gente não tinha estresse praticamente nenhum...então é isso que tá relacionado.*

E*: Eu escolhi a bola pq desde pequenininho sempre fui invocado com a bola..joguei muito futebol..50 anos e ainda corria de 10 no meio de campo...era gostoso demais...disputei a terceira divisão, fui treinar até no Palmeiras, mas não deu certo porque lá é_____e eu era pobrinho, baixinho..*

A: *Não fala mal do nosso time....!*

E: *Eu não falo..eu sou palmeirense até debaixo d'água...eu peguei por causa disso...eu gosto muito de futebol, não tem nada eu acho com a história daqui...fiquei contente com o convite...toda hora a gente vai lá pegar remédio..turminha legal, boa.....adoro ir lá...nem que não precise de remédio eu vou lá amolar um pouco...rsrsrs*

Milena*: Levar umas balinhas....rsrsrs...*

E*: O problema da bola foi isso...gostei muito da bola, então apareceu justo a bola e eu falei é a bola que eu quero, se alguém pegar..rsrs.....gostei do papo até agora, mas eu vou fazer uma pergunta...a gente pode pensar pra participar mais disso, de repente a gente tem algum problema lá, não sei, ela conhece direitinho eu..fiquei 10 anos com a padaria, agora to meio devagar...mas eu gostaria de pensar um pouquinho...eu nunca gosto de dar cano em coisa nenhuma..hehe..*

Milena*: Fica a vontade!*

E*: Isso...então eu gostaria de pensar um pouquinho mais, chegar aqui e...quinta-feira às cinco horas eu tenho que ir lá...então gostaria de pensar um pouquinho pra dar uma resposta definitiva...eu posso dar a reposta pra Dona A...eu tenho muita amizade com a irmã dela também..*

A*: Namorada dele (apontando o Sr D)!*

E: *Aaaaiiii..tá vendo! Eu conheci....tá vendo que beleza! Nossaa, eu converso muito com ela!! Então era isso que eu queria falar...*

Milena*: Fica tranquilo Sr E...não é obrigado a participar, é um convite...*

E*: Você entende o que eu to dizendo...mas a gente tá meio véio também..o Sr não, o senhor tem setenta e pouco, eu tenho quase oitenta...eu já fiz muita coisa nessa vida...Graças a Deus!*

C*: Eu peguei esse quadro porque eu gosto de uma casa bem arrumada, bem chique mesmo, coisas que chama a atenção..pra mim é o tudo! Depois as borboletas, livre, que eu quando eu era criança também eu corria atrás delas...eu adorava borboleta...até hoje eu gosto! Eu acho que a borboleta é livre pra fazer o que ela quer, então é isso que eu quero...quero ser livre, na minha meta...sempre fazendo coisas direta e ir pra frente!*

D*: Eu peguei o carrinho porque eu trabalhei 40 anos no ramo de automóveis, tenho paixão por carro e gosto demais..viajei muito na minha vida, muito mesmo...conheci o Brasil quase inteiro só de automóvel...e .... no ramo de automóveis 40 anos eu participei de diretoria..em 1962 nós vendíamos Galfini, AeroWillis, Bordini...em 93, carwillis, na Rua Augusta, 2656. A última empresa que eu trabalhei foi o CAOA, que quer dizer Carlos Alberto Oliveira Andrade, é o dono...e é uma potência pq nunca diversificou, ficou só nesse ramo, se especializou naquilo, se atém a isso...eu conheci vários empresários, inclusive a família Simons, que era irmão do ministro Roberto Simons, que ficou de se associarem com pessoas que só sabem fazer coisas erradas né, abriram concordata, foram a falência...o CAOA não, tá aí firme pq ele fica só num ramo...fazer uma coisa e fazer bem feito, tá de parabéns e é isso que tem que se fazer mesmo, ficar direto centrado numa coisa só...aí que a pessoa consegue vencer com mais facilidade. E é isso...por isso que eu to com o carrinho...rsrs..*

Milena*: E o que esse carrinho tem a ver com o senhor tá aqui hj? O senhor consegue relacionar com alguma coisa?*

D*: Bom..o problema, por exemplo, da minha doença, que é uma doença séria, né, muito séria..inclusive outro dia, imagina eu esquecer de tomar água com açúcar, era só ter tomado água com açúcar, pronto! Precisou o vizinho...eu até cheguei a gritar...cheguei no ponto de gritar!! Gritei: Meu Deus me salve! Eu sempre peço a Deus né...e o vizinho escutou, veio e tocou a campainha e gritou: Seu D, o senhor já tomou água com açúcar? Pronto!!!*

C*: Ele te salvou!!*

D*: Foi, claro! Ele me salvou!!! E é o que eu falo, eu rezo o terço todo dia...*

E*: Tem que andar com bala no bolso!*

A*: Ele anda com balinha no bolso!*

D*: mas eu tava dentro de casa...isso qualquer um tá sujeito..acontecer alguma coisa. Por mais que a pessoa seja medrosa como eu sou de repente acontece uma coisa. Tava até com vergonha..pq que eu vou me expor...mas eu sempre fui um homem..a minha vida é um livro aberto. Quem me conhece sabe! Eu não tenho falsidade das coisas...e gosto das pessoas mais simples possível. As mais simples é que são as especiais. AS pessoas cheia de "trique-trique", conheci muitos empresários cheios de "trique-trique"..todos se ferraram na vida! (.....)*

Milena*: Então pessoal...eu preciso encerrar pq a gente tem um horário. Desculpa cortar o assunto...depois a gente faz um papo só de futebol! pq eu quero saber mais do verdão! Rsrsrs...*

Olha, eu me surpreendi com o que vocês me trouxeram hoje...eu sabia que ia ser bom apesar que a quantidade de pessoas não foi tanta, mas foi o esperado...eu já pude imaginar que o material tá riquíssimo. Então desde agora eu já agradeço vocês por aceitarem o convite, por participarem, por dizerem coisas tão ricas...eu senti cheias de vida mesmo...até me emocionei, mas me segurei..rsrs..essa semana depois de tanto problema, de tanta coisa que eu tinha pra fazer, é até um desabafo....eu tava bem ansiosa por hoje, porque é a primeira vez que eu to coletando os meus dados e eu posso dizer que não podia ter sido melhor! Então eu agradeço desde já e gostaria muito que quem pudesse comparecer no próximo, acho que vai ser melhor ainda porque vai ser sempre um pouco nesse estilo...a gente vai continuar com os mesmos objetos na próxima semana e vai ter outra atividade...sempre meia horinha...vamos marcar pra daqui 15 dias...dia 29...o que vocês acham?

D*: eu venho porque eu quero saber mais!*

****Por motivos pessoais de cada participante ficou agendado então para o dia 05 de setembro

APÊNDICE B - TRANSCRIÇÃO DOS DIÁLOGOS DO 2º ENCONTRO
DIA 06 DE OUTUBRO DE 2013

Participantes: M.R.B.R. (A)

I.C. (B)

C.D. (C)

C.G. (D)

Milena: *Bom, pra começar...hoje tem duas atividades. Vocês lembram desses objetos? Eu queria que vocês, de novo, olhassem pros objetos..não precisa pegar..quem se sentir a vontade pode pegar, mas eu queria que vocês olhassem pros objetos e me dissessem qual objeto vocês não escolheriam de jeito nenhum e por quê. Podem pensar, podem olhar...*

C: *Ah! Eu não pegaria o relógio!*

Milena: *Não pegaria o relógio? Por que a senhora não pegaria esse relógio?*

C: *Porque eu vivi a minha vida inteira correndo atrás dele e ele dando ordem pra mim... então hoje eu me aposentei de relógio. Lá em casa nem tem. Eu só uso esse daqui de pulso. Não quero saber mais de relógio. A vida inteira ele mandou em mim... a vida inteira! É cinco e meia, quatro e meia... era um horror! Então o relógio eu não quero!*

Milena: *E hoje então a senhora tá livre dele?!*

C: *To livre dele! Se quiser saber a hora em casa tem que procurar esse pequenininho aqui, onde ele tá pra ver a hora. Não tem relógio!*

Milena: *Quando que a senhora tomou essa decisão de não ter mais relógio?*

C: *Desde que depois... meu marido morreu. Daí meu marido morreu, não tinha horário mais pra nada... meus filhos vão trabalhar, almoçam lá, outro janta lá, então não tenho horário pra nada...faço uma coisinha rápida ali e não tenho horário pra nada mais!*

Milena: *Muito bem! Um dia vou ser assim também!*

C: *Um horror! Quase virou minha cabeça do avesso! Eu costurava, eu vivia dia e noite com o relógio na mão! De noite! Deitava mais ou menos meia noite, uma hora da manhã, quando era quatro, cinco horas estava de pé outra vez e eu lá com o relógio em cima da máquina... ah não!*

A: *Eu não pegaria o espelho!*

Milena: *Por que não?*

A: *Não tem nada a ver comigo! Não sou vaidosa, não tenho vaidade, não tenho e não vou ter nunca porque já tentei ver se melhorava, mas não melhora. Minha vaidade tá tudo na minha irmã! Então... foi tudo mal distribuído em casa né? Saiu tudo com o filho errado! Agora o resto, com tudo eu tenho afinidade... bola, eu já joguei futebol de salão, pá de bolo, eu adoro fazer bolo, guia de cachorro eu adoro cachorro, música clássica eu escolhi da outra vez, adoro! Boneca... tenho boneca ainda no guarda roupa...livro, é a minha fuga pra tudo! Quadro... um quadro bonito na parede eu gosto...e celular..é útil e eu não vivo mais sem ele...rs. Então o espelho, pra mim, é totalmente dispensável! Posso fazer assim ó (passando a mão no cabelo)... levantar de manhã na chácara e nem olhar no espelho pra pentear o cabelo...faço isso e tô boa pra passar o dia. Pra mim é dispensável!*

Milena: *É um objeto que incomoda ou não?*

A: *Não, não me incomoda...mas sou indiferente! rsrs...*

Milena: *Mas o relógio incomoda!?*

C: *Ô...incomoda!!*

A: *Eu gosto de relógio!*

Milena: *Por quê?*

A: *Pra não perder hora!*

C: *Eu não preciso mais!!!...*

A: *Eu durmo com uma lanterna do meu lado...acordo a noite toda...aponto ela no relógio e vejo 2h..”Opa! tenho mais quatro horas pra dormir!”...daqui a pouco tô apontando de novo...”Opa! três e meia!” E fico a noite toda assim..várias vezes apontando pro relógio!! Rsrs...se eu não puser o relógio perto e não fizer isso aí eu vou ficar com a preocupação de acorda e aí eu não durmo! Aí eu vou a noite inteira acordada!*

C: *Você não escolheria o espelho, eu também não escolheria! Pensei que fosse uma coisa só...porque ele é a imagem da gente lá na frente! O que a gente deixou tudo lá atrás ficou...o que você vê lá na frente é hoje, eu sei! Você é velha, você tem cabelo branco, você tem bigodinho...é assim!*

A: *Eu olho pro espelho e falo “E eu com isso?” rsrsrs...*

Milena: *O que incomoda mais...o relógio ou o espelho?*

C: *acho que os dois iguais...não gosto de ver no espelho...não gosto mesmo!! Eu lembro como eu era e agora o que eu sou! Além de tudo sou doente! Sou revoltada com o espelho!*

B: *Eu não escolheria a coleira!*

Milena: *Por que?*

B: *Porque eu nunca gostei, assim, de passear com um cachorro que não obedecesse...que nem o da minha mãe eu até passeio, entendeu? Porque eu não preciso por na coleira...ela não sai de perto de gente, se a gente fala pra ela “não atravessa”, ela não atravessa...mas ficar com um animal que você tem que prender, ficar puxando pra cá, pra lá, nunca gostei!*

Milena: *Tem algum sentimento, assim, que te remete a coleira, pra você não gostar tanto de cachorro, de passear com o cachorro?*

B: *Não é do cachorro!!*

Milena: *De passear...*

B: *Acho que do animal que não obedece!*

A: *O meu cachorro! Hahaha...o meu cachorro nem a coleira a gente consegue colocar!*

B: *Eu não sei se é por causa disso...mas quando eu era criança eu vi um cachorro dentro de casa comer todos os pintinhos da galinha que a gente tinha , a gente era criança e eu mandava ele parar e ele não parava....então pode ser que seja ligado a isso, pq é o único fato que eu lembro que tem a ver com não obedecer!*

Milena: *É..porque a cachorra da sua mãe obedece, pelo que você está falando!*

B: *Obedece! Ela não precisa de coleira! Então o problema não é o animal...*

C*: Eu tenho uma lá e dois gatos...adoro! amo!*

A: *Gato?*

C: *O gato e o cachorro...*

A: *Eu adoro gato!*

C*: Os dois....tenho dois gatos e um cachorro...*

Milena*: Ai que gostoso.. E o senhor, Seu D?*

D: *O que eu não gostaria daqui?*

Milena: *O que o senhor não pegaria de jeito nenhum...o que o senhor não tem afinidade...*

D: *Isso aqui ela que disse que é de fazer bolo né? Eu não faria pq eu sou o tipo da pessoa que eu faço aquilo que eu sei!*

B: *Mas nem comer o senhor comeria?*

D: *Comer sim...*

B: *Isso serve pra cortar...*

D: *cortar tudo bem , mas....seria coisa assim mais...eu não gostei disso..e a própria boneca né? Prefiro boneca de carne, mas de pano assim....*

Milena: *Então o senhor não tem afinidade com boneca?*

D: *Nunca tive...rsrsrsrs...*

D: *a minha doença é muito diferente...eu até me sôo um pouco diferente...pq após o almoço..hoje mesmo, sabe qual foi minha sobremesa? Ontem foi morango, hoje foi sorvete. Porque eu tenho medo, entende? Dali a pouco de cair...e antes de vir pra cá me alimentei...comi cinco pão de queijo daqueles grandes, com guaraná...justamente pra não ficar muito tempo sem comer...*

C: *se não dá hipoglicemia daí a coisa...*

D: *da maldita insulina!!*

Milena: *Bendita! Porque se não fosse a insulina não teria tratamento, né?*

D*: é..tudo bem...mas a gente precisa realmente...porque às vezes cedo...às vezes eu fico pensando "hoje a noite vou comer um chocolate"...tenho sempre chocolate em casa...às vezes eu arrisco e como .Ontem mesmo eu comi um chocolate, sabe quanto deu hoje cedo? 115! Se eu não tivesse comido..mas um só...daquele sorvete também é só um pouquinho..tudo controlado, entende? Mas houve dia de eu chegar e estar com cinquenta e pouco...e olha que a noite eu só tomo cinco de insulina, durante o dia, de manhã eu trinta e cinco. Eu não sei também se o fato em São Paulo, antes de vir pra cá, no próprio posto de saúde tinha médico e eu acho que isso, até se está sendo registrado aí né...então todos os postos de saúde devia ter um médico cardiologista, por sinal é um excelente cardiologista o Roberto de Campos...eu acho um médico ímpar, ele que me salvou a vida quando eu fui operado das três pontes de safena...agora o que falta em Piracicaba é endocronologista...Não tem!! O único que tem é lá do Posto central e um dia eu pedi..o Dr Fred fez um encaminhamento para esse endocrinologista. Eu conversando com ele e tal e ele não deu a mínima...eu falei "escuta doutor, eu acho que eu deveria vir aqui, ficar consigo pro tratamento... tudo bem, o Roberto de Campos é cardiologista...!"..."não..mas você deve continuar com ele e tal...se acontecer de você piorar...!" Esses dias eu contei aqui que eu caí lá em casa, me deu uma crise baixou de cinquenta, não é? Eu podia ter morrido, podia ter batido a cabeça e morrido! Porque? Tá certo que aquele dia eu atrasei um pouquinho a janta. Eu já tinha esquentado a sopa e fiquei olhando pra sopa e dá um branco e você nem sabe que tem que comer! Peguei e joguei fora a*

sopa...mas aí eu comecei a gritar "Meu Deus! Me Salve!! Meu Deus todo poderoso me salve!!". Eu tenho muita fé em Deus, como hj mesmo já te falei que eu rezo o terço toda noite, meu vizinho, que é um advogado gritou "Seu D! Toma água com açúcar!Esqueceu?!"...putz...aí...Obrigado meu Pai! Tomei água com açúcar, agradeci depois...porque não tava em condições de agradecer né? Mas eu acho que é muito deficitário pra todos os doentes que tem diabetes em Piracicaba deveria ter um endocrinologista!!.....

C: *Mas os médicos....são todos...eu trato com do convênio, mesma coisa. Eu peguei receita lá, toma insulina...e pronto.*

D: *Eu não esquento muito a cabeça, sabe. Porque tem médicos e médicos. Quer dizer, os que amam aquilo que faz, porque eu sempre amei a minha profissão no ramo de automóveis...eu gostava demais...eu amava a minha profissão. Sempre trabalhei, fui muito dedicado com isso. Até no final o grupo CAOA fez um trabalho de campo e eu adorei porque redescobri São Paulo. Cinco anos visitando clientes, seguradora, correto...até por isso até o Dr Roberto de Campos disse, né, e os médicos fizeram cateterismo em mim e disseram "O pior que você teve na sua vida foi estresse...é isso que às vezes interrompe as artérias"....colestreol, triglicérides e tal. Puxa, eu não bebo, não fumo e porque eu tive isso? Porque era pra ter. Em 97 comecei a emagrecer e fui em três médicos. Eu não queria de forma nenhuma passar a tomar insulina pq eu sabia que é uma coisa que depois que começa vai até o fim da vida. Então todos disseram "você quer voltar ao seu peso normal e tal... você tem que tomar insulina". Comecei com insulina. Na época, inclusive, tive nos melhores médicos, pagava plano executivo, tinha médico...as empresas que eu sempre trabalhei tinham excelentes convênios, né...Porque muita gente olha pra mim e diz "Pô...mas você parece bem mais novo!"...porque eu me cuido, né? Não fumo desde 34 anos de idade, nunca mais fumei. Beber eu parei em 04 de janeiro de 98....não tomo uma gota de álcool...eu sei que vai fazer mal e porque que eu vou tomar? Muita gente foi embora antes de mim por causa disso, porque acha que pode tudo, né? O organismo não aguenta.*

A: *Ainda bem que eu não tenho diabetes, viu Porque se eu tivesse eu morria. Eu gosto de doce...eu bebo uma cervejinha..não resisto.*

D: *Tem uma coisa que você não pode escutar um não...se beber fica bravo, vou num lugar e eles falam Não pra mim....rsrsrs....Hoje eu vi..o fato nem era comigo. Estive lá no Postão hoje com o médico otorrino e tal..tá tudo bem...eu vi um senhor que chegou, um*

senhor, uma senhora e tal, bem pobrezinhos pelo jeito deles e tal...e ele era de Santa Terezinha..."Nós chegamos tarde por causa de Santa Terezinha...". E a atendente virou pra ele e disse "Ah não..o limite, o senhor tinha que ter chegado aqui até no máximo oito e meia, já são nove horas, agora não dá". Custava....eu quase levantei e fui lá...que eu sei que eles vão me falar alguma bobagem e eu não vou gostar...peguei e deixei..."O senhora vai ter que ir no posto de saúde de Santa Terezinha, marcar de novo a consulta e tal"...custava ela ter encaixado a consulta e tal? É umas coisas no Brasil que eu...rs.

B: *Não são eles que falam não. A gente ir falar pro médico e o médico falar assim "fala pra ele que não"... aí é a gente ter que falar o não..e a gente tem que ouvir o não do médico e depois ver a cara feia do cliente, pra gente é muito mais difícil...porque o médico jamais vai falar não pro cliente...ele vai falar não pra nós da enfermagem, pra nós funcionários e somos nós que falamos não pro balcão, pro paciente e o paciente acha que é má vontade da gente, mas não é.*

Milena*: Posso interromper a história pra gente dar continuidade? Vou colocar uma música pra vocês, vou dar a letra...quem consegue ler ou quem tiver dificuldade, presta atenção na letra e depois a gente conversa um pouco.*

MUSICA: Construção (Chico Buarque)

Milena*: Vocês conheciam assa musica? Do Chico Buarque...Ouvir a música trouxe alguma sensação? Vocês prestaram atenção?*

A*: Sempre traz! Eu acho que essa musica deprime. Deprime assim porque por exemplo...a primeira parte é aquela pessoa conformada com tudo que vai trabalhar e morre. A Segunda parte não é uma pessoa conformada é uma pessoa que está sempre esperando o pior...ele já sai despedindo como se..beijou o filho como se fosse o último, então já sinto como uma pessoa, não é bem conformado, mas é aquele que está deprimido. E o terceiro é um cara que faz as coisas automaticamente, que já não está se importando. E depois vem essa parte que é a mais importante Por toda essa merda de vida, Deus lhe pague! É isso...*

Milena: *"Por esse pão pra comer, por esse chão prá dormir*
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir,
Deus lhe pague"

"Pela cachaça de graça que a gente tem que engolir
Pela fumaça e a desgraça, que a gente tem que tossir
Pelos andaimes pingentes que a gente tem que cair,
Deus lhe pague Pela mulher carpideira pra nos louvar e cuspir
E pelas moscas bicheiras a nos beijar e cobrir
E pela paz derradeira que enfim vai nos redimir,
Deus lhe pague"

A: *É deprimente! Chico Buarque é um poeta maravilho! Mas é uma música que...sei lá... você fica morrendo de dó da pessoa nessa situação.*

C: O duro é que fica estorvando o mundo também...tá toda hora morrendo na contramão...

A: *Ele morrer na contramão...quer dizer, o coitado é tão coitado que até isso foi ruim pra ele...ele morreu na contramão atrapalhando o transito. Eu tinha um amigo tão humilde...acho que foi uma das pessoas mais humildes que eu já conheci...hoje tem escola como o nome dele José Agostinho Forti. Foi amigo de adolescência. E ele era tão humilde que até pra morrer...foi atropelado por uma bicicleta..bateu a cabeça, ficou ruim no Rio De Janeiro e morreu. Até pra morrer ele foi humilde...ele podia até ter sido um avião, mas foi uma bicicleta que atropelou ele...é o tipo de coisas que você fala "Pô, a pessoa parece que se arrasta a vida inteira, né?"...*

C: E esse cara, alguém dessa música aqui então, tá no mundo só pra estorvar.

A: *Só pra sofrer!*

C: *Não fez nada...*

A*: Não! Ele faz de bom...ele é pedreiro! Ele come feijão com arroz como se fosse um príncipe, entendeu? Não tem mais nada pra comer, mas ele agradece a Deus porque tem feijão com arroz, né? ...*

C: *Esse feijão com arroz aqui lembra também quando eu era criança que não tinha coisa pra comer...então quando tinha arroz e feijão tava muito bom.*

A*: Pra mim nunca faltou, Graças a Deus....em casa sempre teve...*

C: *Na minha faltou! Hoje sim...hoje Graças a Deus...*

A: *Trabalhou muito a minha mãe pra poder ter...mas assim, eu me lembro que frango era só de domingo, carne era só de domingo e durante a semana era batatinha, verdura..e coisa assim, ovo...agora carne era só de domingo. Mas eu tenho a impressão que era costume da época....eu nunca senti...*

B: *Era sim..pq era recessão do pós-guerra...era tudo caro. No pós guerra teve muita dificuldade de encontrar alimento, porque tudo na época da guerra era tudo voltado pra fazer equipamentos e armamentos e remédios..então até os países que não entraram na guerra que nem o nosso, que só dava suporte o que que aconteceu, tudo era muito caro, muito muito caro e ainda por cima tinha que mandar alimento pra socorrer os feridos...então era muito muito caro.*

A: *O pessoal foi desviado do trabalho da agricultura, da criação para a parte de fabrica, então, quer dizer, mudou muito o perfil da pessoa...então quem tinha família com filho, que ia ajudando a plantar uma roça, a ajudar a colher, de repente o filho tava na indústria trabalhando, e os velhos ficavam sozinhos e... assim era.*

Milena: *Tem alguma coisa da letra dessa musica que vocês podem usar ou aproveitar da vida de vocês, que já viveram, que vivem hoje...?*

B: *Você fala como referência?*

Milena: *alguma coisa que tocou vocês da vida...alguma coisa da letra da musica que tenha tocado vocês...uma frase....vocês prestaram atenção no ritmo da musica? O que aconteceu com a musica?*

C: *O ritmo é bonito!*

Milena: *Ela foi começando devagar...*

C: *O ritmo é muito bonito!*

Milena*: É uma batida forte, né?*

C: A letra já...mas a música!!

Milena: *A senhora não gostou da letra?*

C: *Pra falar pra vc que não, é mentira...mas eu achei muito assim, chocante...porque eu vivi um pouco disso....na minha época e tem hoje gente vivendo isso aí, que nem o mundo não melhorou nada, em nada...então a letra é...não sei se é a palavra certa falar...muito agressiva..não sei se é isso daí que eu quero referir, mas a musica é muito bonita! A música toca o coração...*

D: *Tudo isso é super verdadeiro porque as pessoas são todas iguais. Só que as categorias, os níveis sociais, as pessoas são muito egoístas e são muito.... deprimem o pobre...eles tratam... a maneira, né, de ser de todos eles, a arrogância, a prepotência uma grande maioria da nata da sociedade do Brasil e do mundo são assim. Então depende muito que cada um procura quebrar isso. Eu mesmo quebrei muito isso na minha vida, mas por peito, por encarar, por enfrentar. Porque quem não enfrenta, quem não aceita muita coisa da sociedade ele fica completamente aquém da sociedade. Até hoje isso existe. As famílias elas às vezes deixam até determinada pessoa....a Helena, a minha querida, a pessoa que eu mais amei assim na minha vida....depois de três anos que ela estava aqui, ela veio aqui por causa da família dela, só que a irmã dela logo morreu, ela considerava a irmã dela uma segunda mãe, era mais idosa que ela...e o Antonio Vello, que também é um senhor profissional, um homem maravilhoso...por eles não, mas pela família dela, da maioria, ela falou; "Bem, eu me arrependi de ter trazido você pra cá"...porque ele só convidava porque ela lembrava do dia do aniversário de todas as sobrinhas, de todos os sobrinhos, de todos os irmãos, todas as irmãs...então eles pegavam e convidavam, mas porque ela ligou..mas aos poucos ela foi...nunca dei palpite e nunca falei...ela falou" Bem, eu to super arrependida de ter vindo morar aqui. Tirar você do seu teto, da sua família, dos seus filhos, das suas filhas...". Aí*

começou..não demorou mais uns dois anos e ela começou a ficar doente. A sociedade em si, as pessoas não são muito sinceras, elas não se doam, elas tem medo de se doar.

A: *Não é medo...eu acho que é preconceito!*

D: *Preconceito é algo que mais existe!! É isso! É preconceito!*

A: *Eu me lembro assim...uma mulher desquitada a gente não podia conversar. Não importava se a culpa não fosse dela, se era o marido que não prestava. A mulher desquitada era mal vista, mesmo se a culpa fosse do marido...então ninguém podia ter amizade com mulher desquitada porque ela era vista como uma aquela que vai roubar o marido da outra. Não faz muito, eu me lembro de uma conversa entre duas vizinhas! "Nossa, coitada da Dona Margarida, vc viu? O filho dela ta namorando uma moça que usa calça comprida!" Então, quer dizer, como mudou daquele tempo pra cá isso! Mudou muita coisa, mas a gente ainda traz coisas assim, de família mesmo, que nem a irmã da minha avó não se casou com o Sr. Sud Menucci pq ele era italianinho. E como ela era de família paulista quatrocentona enorme...imagina Sud Menucci hj tem escola dele aqui, tem cidade com o nome dele...mas ela casou-se com um suíço. Suiço era bom de casar, mas italianinho não. Porque era feio. Minha mãe foi a primeira da família a casar com um italiano, que era meu pai, porque todo mundo torcia o nariz. Preconceito. E hj em dia torce o nariz para homossexual, torce o nariz...quer dizer, ninguém ta enxergando o ser-humano mais. E ainda a gente continua enxergando aquilo que a pessoa representa, sabe...o gay é gay, a moça é sapatão, não sei o que...então as próprias pessoas olham aquela condição da pessoa, mas ninguém está olhando para a pessoa.*

D*: A própria meretriz tem seu valor!*

A: *Claro que tem!*

D: *Eu nunca fui chegado nesse tipo de mulher e tal, mas respeito....porque é um ser-humano! Então ela tem , às vezes, muitos motivos pra chegar lá. A própria minha querida, ela era preterida porque? Porque ela foi amante de um grande usineiro e tal..e daí? Qual o problema? E se a esposa dele não sabia ser esposa, na acepção da palavra, porque tem*

muitas mulheres que não sabem segurar um casamento, não dão aquele amor que um homem precisa, entende? E as coisas acontecem, mas ela sempre foi preterida e ... não vou falar uma coisa aqui pq vai ficar muito chato. Mas foi mais ou menos por isso...os grandes usineiros, os grandes milionários, eles se aproximam de mocinhas ingênuas e tal e oferecem um mundo de coisas...é lógico que a moça vai se perder com esse homem! É claro que vai!! Foi o que aconteceu com ela...Bom, no final da vida eu falei " Bem...você antes de morrer, você tem que confessar, não preterir a igreja católica, absolutamente!". Porque ela tava mais com a igreja evangélica e eu levei o padre...ele que me casou junto com minha querida na igreja. Então, esse padre da Igreja Nossa Senhora dos Prazeres, Edvaldo, ela ficou sozinha, eu saí, tava até com a cunhada dela, e quando eu cheguei nela assim, bem antes dela morrer, ela tava feliz, disse que o Nosso Senhor Espirito Santo desceu ali e tirou tudo! Porque ela foi entregue pra esse homem pela própria igreja. Tem muita gente que acha que o mundo não é assim...Tem tanta coisa errada nesse mundo, que o Demônio ta em cima de todo mundo!

A*: Em cruzamento de rua, vem aquela moça toda suja, toda assim..."me dá um dinheiro pra comprar alguma coisa?" Dou! "Trabalhar ninguém quer né? " Peraí um pouquinho...você daria emprego na sua casa pra uma pessoa assim?*

C: *Não..*

A: *Não daria! Então a gente é hipócrita. Porque a gente fala e a gente é a primeira a não dar oportunidade pra pessoa melhorar. Isso é hipocrisia e a gente tem muito disso! Você vê uma pessoa lá deitada no chão bêbado e caído...peraí, você fez alguma coisa? Você deu a mão pra ele? Um dia chegou uma mulher de rua pro meu filho pedindo dinheiro e meu filho tinha só 2 reais, ele deu pra ela, mas pôs a mão nela assim e deu um abraço assim do lado dela e falou "ó, só tenho 2 reais, mas ta aqui, compra um pão doce, alguma coisa". Essa mulher, quando sentiu o abraço dele, mas ela levou um susto, pq eu acho que há muito tempo ninguém encostava a mão nela. Ela é suja, mal cheirosa. Meu filho mais velho é um santo, ele tem um coração que ele, sabe, não existe! Ele não se contentou de dar o dinheiro só. Ele teve pena dela e deu um abraço, um aconchego nela...essa mulher, de perto, a gente viu que ela não acreditava naquilo....e a gente erra muito assim, pq a gente vê os outros como pessoas sujas, como drogado, como isso, como aquilo, como gay e a gente torce o nariz. E ninguém pensa o que a pessoa sente, né? Que essa pessoa tem sentimento tanto quanto nós...*

Milena: *Essas falas aqui, de preconceito, de pessoas que são preconceituosas, de gente de rua, de meretrizes, de pessoas que traíram...como é que a gente, na letra da musica que a gente ouviu, não sei se vcs concordam comigo, mas eu acho que ele não fala de uma pessoas em especifico. ...*

B: *Não...fala de três pessoas diferentes...*

Milena: *de três pessoas diferentes...?*

B: *No meu ponto de vista é. O primeiro vive sonhando, o segundo é pé no chão e o terceiro não está nem aí...cada um é diferente do outro.*

Milena: *Eu posso dizer que ele está relatando três tipos de pessoas, três tipos de trabalhadores?*

Todos: *Sim...*

Milena: *Tem a ver um pouco com o que a gente falou? Olha, nos falamos da pessoa que vive na rua pedindo dinheiro, nós falamos das meretrizes, nós falamos das pessoas que tem preconceito e o Sr D. disse que...ele conseguiu referir essa pessoa como as pessoas mais ricas...eu não sei..será que tem alguma coisa a ver com nosso dia-a-dia essa música?*

C: *Eu falei que tinha algo a ver comigo....também...e que machuca a gente, sabe?*

Milena: *É isso que eu queria saber...o que que deprime?*

C: *Deprime as palavras que está escrita aí, que está na música..*

Milena: *A situação que ele passa?*

C*: A situação...e é duro falar que ainda passa...ainda existem pessoas assim...*

B: *Ó..até na última estrofe que você falou que é a parte mais importante, um agradece pelo pão pra comer, o outro pela cachaça de graça, quer dizer, é o pinguço, o que não tá nem aí com nada, e o outro pela própria morte, quer dizer, que é pior com aquele que não está nem aí com nada...ele ta agradecendo a morte... pelas moscas bicheiras a nos beijar e cobrir pela paz derradeira que enfim vai nos redimir...quer dizer, ele tá cansado dessa vida, ele ta querendo a morte. Então são três tipos de pessoas. O primeiro agradece pela vida por pior que ela seja, mas ele agradece pelo pão, por ele ter concessão pra sorrir, que ele é feliz...*

A*: Ai Pelo amor de Deus...!!*

B: *O segundo pela desgraça que ele é obrigado a inspirar e ter que tossir e pelos andaimes que ele tem que cair...ele tem que cair? Isso é dele...e o terceiro já....*

Milena: *Eu trouxe essa música porque eu acho que ela fala da vida atual, do dia-a-dia...eu acho que, pense numa cidade viva. O que é uma cidade viva? A gente não tem isso? Não tem todos os tipos de trabalhadores, aquele movimento, é carro vindo, construção que não acaba e se não fossem as pessoas que construíssem tb não teria...e o que essas pessoas vivem?*

A: *Nada! Vivem o dia-a-dia empurrado, tudo numa sequencia numa rotina automática...*

Milena: *Aí ó...Amou daquela vez como se fosse a última, beijou a mulher como se fosse a última...é sempre aquela vida...não sabe se vai voltar, não sabe se vai continuar...*

D*: Aquela rotina...e os políticos principalmente do Brasil, de Brasília, são todos corruptos, sem-vergonha, que não acreditam em Deus Pai todo poderoso...quando eles morrerem eles vão ver o que é bom pra tosse. Porque eles vão ter que responder pra Nosso Senhor por tudo o que fizeram na vida. E o Brasil era pra ser um país maravilhoso com toda a riqueza que tem um povo que trabalha, que luta como eu lutou, tantos amigos meus que já se foram e que lutaram e moças e mulheres que eu conheci na minha vida e temos um país de políticos corruptos ladrões...*

B: *Que nem o Senhor falou...o povo brasileiro é um povo trabalhador..o Senhor vê assim aqui no Estado de SP...eu já vi noutros lugares e até aqui no Estado de SP tem gente que não quer trabalhar e o governo incentiva quem não quer trabalhar com a bolsa família....O Senhor imagina que uma pessoa consiga colocar o colchão na areia na beira do mar e viver do peixinho que ela pesca do mar e usar feito apoio pra ela como residência, um pedaço de barco? Eu vi famílias assim...não foi uma família, foram várias. Estendiam o colchão na ponta da praia na areia, usavam barco de apoio, tipo assim, pra guardar os pedaços de lenha, os peixes pescados porque eles comiam os peixes e dormiam na beira da praia e não trabalhavam pra sair dali..então eu acho que a gente vê...a gente tá muito ligado com o mundo da gente, então a gente acha que todo mundo é igual a gente, todo mundo trabalha igual a gente, todo mundo tem a vida da gente...só que não é assim...tem quem trabalha mais do que a gente e quem não quer trabalhar...tem quem pode ficar sem trabalhar e quem ficar sem trabalhar sem poder....então nesse Brasil tem muita...tem desde ...a diferença não é só racial e nem financeira..*

D: *Mas o principal...o povo ..nosso povo é pouco esclarecido que não se atém às noticias diariamente, não lê um jornal, não tem nada, não lê nada...então tem dois tipos de homem, aquele que trabalha...homem e mulher né....o que trabalha e o que não gosta de trabalhar. Então são aquelas pessoas braço curto, então o governo Lula, eles estão aí até hoje da Dilma, porque auxilio isso, auxilio não sei o que, auxilio não sei o que lá, auxilio não sei o que...e esse dinheiro todo é desviado lá...e os funcionários públicos federais, que ganham uma fortuna pra fica de boca calada porque eles sabem de todos os podres de todos os políticos...*

A: *E vai continuar assim...*

Milena*: Deixa eu fazer a última pergunta...a gente já vai encerrar mesmo...como foi o grupo hoje pra vocês? Rapidinho...*

A*: Eu gostei!*

C*: Eu também gostei...podia até ficar um pouquinho mais!*

D: *Eu gostei...a participação de todas vocês foi maravilhosa...*

C: *É por isso que eu não gosto de relógio!*

Milena: *Eu tb não gosto de relógio não!!*

B*: Assim..eu mais ouvi do que falei né? Pouco falei...ainda tenho que pensar pra responder..*

Milena: *você gostaria de ter contribuído mais? Ou você não falou porque não tinha o que contribuir?*

B*: Eu achei que a musica não dizia muito respeito com a minha realidade...então eu acho que isso dificultou tb...não que eu não entendi..mas é assim...não foi o que mexeu comigo..*

Milena*: Não te tocou?*

B*: Não, não...realmente tem coisas que mexem mais, outras que mexem menos...não fez muito alusão ....*

Milena*: Eu posso marcar uma entrevista com vocês?*

D*: Pode*

Milena*: Aí a gente vai conversando, sem relógio...tá? É claro que a entrevista eu vou conduzir de uma forma que eu preciso coletar os dados, mas eu quero que vocês fiquem muito a vontade pra falar...eu vou deixar vocês o mais a vontade possível..só preciso saber de algumas coisas...*

B*: Eu acho que vai fluir mais numa entrevista do que no grupo...*

D*: Perguntas e respostas, é isso?*

Milena*: Não não..é um bate-papo...mas eu tenho que conduzir..não dá pra eu deixar muito solto, se eu vir que está fugindo muito do que eu preciso saber a gente volta pro assunto...*

B*: Eu acho que no grupo foge muito...*

Milena*: Então eu entro em contato com vocês...*

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DO DIÁLOGO DA ENTREVISTA

DIA 11 DE ABRIL DE 2014

I.C. (B)

Milena – *Eu trouxe essa música pra gente ouvir...não sei se você já ouviu...*

(B) Eu não gosto muito desse tipo de música...às vezes assim eu leio as letras, mas assim...não é o meu perfil...

Milena – *entendi...o que você gosta de ouvir?*

(B) Eu gosto de sertanejo...ouvir ..e rock antigo, assim dos anos 60...Raul Seixas também eu gosto...

Milena – *Eu escolhi a musica para tentar direcionar o que a gente vai conversar...vamos lá...vou colocar, daí a gente vai lendo e depois a gente conversa...*

MUSICA: O que é, o que é?

Milena: *E aí? O que você achou da musica?*

(B) *Eu acho que eu fico também com as respostas das crianças..rsrs...embora muita coisa é verdade né? Que nem, ninguém sabe se a vida é sofrimento ou se ela é alegria ou se ela é lamento...ela é feita de tudo um pouco...é a gente que tem que fazer valer os momentos. É isso que eu acho. Que nem, por exemplo, esse momento que eu to vivendo, uma conquista pra mim de ter conseguido me sentir bem sem o medicamento...eu achei que isso foi uma conquista que a gente não pode deixar de usar esses momentos que a gente tá melhor pra deixar de ficar tomando um medicamento que não tá sendo necessário pra aquele momento...deixar só pra hora da necessidade. Porque não é tomar ele que vai fazer as coisas mudarem, né? Aqui tá escrito como fala...que ela é maravilha e é sofrimento, né? Só que se a gente for ficar focando no sofrimento, a gente vai ser uma pessoa infeliz, mesmo com o medicamento. Então a gente tem que focar na alegria pra poder se libertar do medicamento e de outras coisas também e que não fazem bem. Mas realmente a melhor resposta é a das crianças...que a criança não enxerga a vida como um adulto...*

Milena: *É a pureza né?*

(B) *Eles enxergam a brincadeira, eles não tem a preocupação nem o peso da responsabilidade nas costas...eles enxergam o mundo através do olhar de inocência pura...tanto é que eles sorriem 10, 20 vezes mais que em adulto!*

Milena: *É até agradável ficar do lado de criança né? É muito bom né? Essa música particularmente sempre me emociona eu tenho ela como...só um desabafo aqui...uma música pra vida mesmo.*

(B) *É aquilo né? A gente não pode se focar no problema...*

Milena: *Não, não pode!*

(B) *O problema não é porque você fica pensando nele que ele vai diminuir ou sumir. Mas você vai ficar doente! Então eu to nesse momento agora de estar enxergando por um foco melhor!*

Milena: *Gostei muito de saber dessa notícia! É uma novidade muito boa pra mim! Gostei mesmo! Então a gente pode dizer que você concorda com a maneira que ele coloca a vida pra gente? Que ele define?*

(B) *Eu concordo porque a vida realmente é maravilhosa se você souber viver ela sem focar os problemas. Ela.... tem dor? Tem! Mas não existe nenhuma rosa que não tem espinho, até hoje não conseguiram...*

Milena: *E o que é a vida pra você? Ou como você entende a sua vida ou o viver no geral?*

(B) *Bom, existem vários ângulos, eu tenho um leque muito grande de visão. A vida ela é um aprendizado, porém ela é um aprendizado que a gente aprende fazendo escolhas. Então eu vou escolher o que eu quero aprender e que meio quero usar pra aprender. Através de espelhos? Sem viver o que a pessoa viveu? Ou quero viver a vida que a pessoa viveu, dar cabeçada na parede pra depois eu aprender? Então tem a escolha e tem a vivência, mas eu escolho o que eu vou viver. Muito embora às vezes a gente, mesmo escolhendo, pensa que fez a escolha certa e lá na frente vai ver que poderia ter feito uma escolha melhor, daí não adianta mais, mas na vida toda da gente é um*

aprendizado. Ela é...eu não diria de luta tá? Mas de conquistas... você enxerga como você quiser. É lógico, você luta pra conquistar alguma coisa? Luta. Mas se você for focar na luta você vai ficar focando no problema. Então eu foco na conquista. Que nem...esses últimos dois anos tem sido de conquista. Quando eu fui pra Rio Claro, fui pra um ambiente muito bom...até que quando eu saí de lá as meninas choraram! Eu comparei pra elas como se fosse um pedaço da minha vida que eu caminhei por um jardim, que só trouxe amizades boas, coisas boas pra mim, mas que agora é um outro momento e que eu tinha que dar essa passo na minha vida. Então eu fui pra Paulínia que me chamou como sendo uma nova conquista, porque poucas pessoas eu vejo passar em tantos concursos como eu...e você tem que ir de degrau em degrau, uma conquista por vez, ninguém vai alcançar o topo da escada sem subir um passo de cada vez. E é assim que eu enxergo a vida...através...não sei se eu consegui expressar bem pra você, mas é desse jeito..

Milena: *Eu acho que conseguiu sim! Faz quanto tempo que você está em Paulínia?*

(B) *Fez um mês dia 05.*

Milena: *Você falou que está onde lá?*

(B) *No APH – Atendimento pré hospitalar.*

Milena: *E você tá gostando?*

(B) *To gostando e to aprendendo realmente muita coisa que nunca tinha trabalhado em APH...Isso ta me fazendo voltar a estudar...já fui procurar um livro, pra ver como poder fazer da melhor qualidade o trabalho, né? Então...porque ninguém sabe tudo nessa vida, né? Quem fala que sabe é mentiroso...não existe...você pode dominar um assunto e ser ignorante em outro totalmente. Então isso me trouxe forças pra mim voltar a estudar de novo. Eu to vivendo um momento muito bom na minha vida, por vários motivos.*

Milena: *Como é que vc sente, então, a sua vida, depois disso que vc me falou?*

(B) *Eu sinto que eu fui abençoada. Teve momentos difíceis? Teve! Não existe nada assim muito de mão beijada pra gente. Mas de muitas formas eu fui privilegiada.*

Milena*: E aí, vc não está mais tomando o medicamento né? Mas como avalia ou como vc vê tomar esse tipo de medicamento? Como foi pra você?*

(B) *Pra mim foi uma ajuda. Um momento difícil que eu passei que me fez entrar num quadro depressivo. Quem me passou esse medicamento...até no começo achei que não ia fazer efeito, depois fui sentindo aos poucos e....agora que eu não estou mais tomando eu vejo que foi só um momento e foi só como uma ajuda mesmo. Melhora? Melhora! E faz você não pensar tanto assim no problema. Mas é só um desvio de foco, que se a gente treinar a gente acaba aprendendo fazer depois com o tempo... sem medicamento...é desvio de foco. Eu enxergo dessa maneira. Pode ser que um dia eu precise voltar a tomar porque eu não consiga desviar o foco? Pode! Porque dependendo do tamanho que está o problema, o tamanho que você enxerga isso. Então não vou dizer que não é válido. É válido, mas hoje eu enxergo que a gente tem que esperar o máximo pra tomar, ter, assim, realmente uma necessidade, não fazer uso indiscriminado, que eu to me sentindo muito bem sem ele.*

Milena: *Você retirou aos poucos ou simplesmente falou vou parar de tomar? Foi com acompanhamento a retirada ou não?*

(B) *Não foi com acompanhamento, porém eu achei que eu já tava preparada pra deixar de tomar. Não vou mentir pra você que foi com acompanhamento porque não foi. Mas eu achei que nesse momento da minha vida...na verdade foi assim...ele acabou e eu demorei uma semana pra ir atrás e pegar a receita...no fim eu falei "nossa, essa semana eu não precisei dele, né? Eu vou esperar mais um pouco.!" E esse mais um pouco foi passando e quando eu vi não tinha mais necessidade dele. A verdade foi essa.*

Milena: *E isso já faz três meses? Não precisa mais?*

(B) *Três meses...não to sentindo nenhuma necessidade!*

Milena: *que ótimo! você estava tomando só um por dia?*

(B) *Só um por dia! Essa diminuição eu já tinha feito devagar. No inicio ele passou dois por dia com o tempo passei a tomar um só, eu mesma também, foi por conta própria e...*

Milena: *E foi... você tá ótima! Tomou por quanto tempo?*

(B) *acho que foi uns quatro ou cinco anos...*

Milena: *O que você tem pra me falar a respeito de bem-estar, qualidade de vida. Você pode comentar pra mim o que é sentir-se bem?*

(B) *Eu acho, na minha opinião, sentir bem é você ta em paz, feliz com o momento e com a circunstância...conseguir ficar sem ficar se preocupando o que vai acontecer amanhã...amanhã deixe pra amanhã...um passo de cada vez. Eu to vivendo assim hoje esse momento e pra mim fez diferença, bastante! Uma coisa que eu não estava enxergando e eu passei a enxergar muito, que às vezes a gente...é o foco que a gente tem né? Eu não tava conseguindo enxergar minha família do jeito que eu to enxergando agora. Embora sempre fui família, mas dependendo do tanto, do tamanho que você vê o problema você não enxerga o resto que ta atrás do problema, né? Que ás vezes pode ser muito melhor que o problema. Então eu acho que os momentos felizes com a família, cuidar um pouco de você mesma, ter uma hora pra você, tirar uma hora pra você relaxar, pra você ouvir aquela musica que você quer.... você falar assim..."não, agora não vou ficar só pensando nos outros, vou tirar um pouco pra mim também", porque isso também é necessário pra vida da gente. Eu não tava tendo tempo de fazer isso quando comecei a tomar o remédio. Foi uma época que eu tava fazendo minha faculdade, me passaram pro noturno, eu chegava em casa tinha um monte de coisa pra fazer, então eram três jornadas....e como sou uma pessoa que não gosto de deixar nada pra trás, principalmente pela profissão, se eu saísse de lá sem checar uma prescrição, de medo que alguém desse de novo o medicamento, eu ficava com aquilo na cabeça ...enquanto não ligasse pra pessoa e não falasse eu não tinha paz. Eu cheguei a levantar de madrugada pra falar pras pessoas que eu já tinha checado....eu achei que o que desencadeou isso foi colocar eu no noturno naquele momento. Hoje eu encaro um noturno diferente. Porque não estou mais tendo que estudar...*

Milena: *Então, pra você,, se sentir bem é? Resume pra mim...*

(B) *Estar de bem com vida e com a família!*

Milena: *e com que frequência você se encontra nesse estado?*

(B) *Ah...ultimamente eu tenho me sentido assim...desde que eu fui pra Rio Claro. Isso faz um ano. É lógico...tem momentos e momentos...a gente não é 24h por dia feliz...tem momentos de perdas, de preocupação, momentos de concentração por um estudo ou por uma atividade, mas eu acho que to me sentindo realizada com tudo que tem acontecido na minha vida. A única coisa que faltaria pra mim ainda acho que seria a maternidade.*

Milena: *E você pensa nisso ou não?*

(B) *Penso, mas a gente tem problemas. Eu casei já sabendo dos problemas do meu marido né? E depois ele passou por uma cirurgia no único testículo bom dele, que o outro tinha varicocele. Aí ele ficou traumatizado porque a gente tava indo no medico pra procurar ajuda pra gente engravidar e ele tem essa doença. E aí ele meio que deixou de lado...e como casei já sabendo do problema dele que ele era quase estéril eu não me vejo com muita chance de ficar cobrando.*

Milena: *Só pra eu encerrar aqui...o que você acha ou pensa de um tratamento sem medicamentos? Relacionando aos medicamentos que eu estou estudando e que você já fez uso...*

(B) *Eu acho que existe a possibilidade sim. Como eu disse antes, o remédio é só um paliativo, para desfocar. Se você consegue sem o medicamento desfocar, existe. Pode não ser adequado para todos os casos...cada caso é um caso. Existem desde as depressões leves até aquelas mais profundas, onde a pessoa se suicida. Então tem que haver um estudo...tanto é que existem até florais hoje pra depressão e também a terapia de grupo, existe um monte de coisas e eu não descarto nenhuma. Principalmente as que vem da medicina chinesa...eu gosto muito dessa parte. Só que assim...dependendo do grau né? Vai ter grau que não vai conseguir dar conta.*

Milena: *Você acha que na situação que você começou a tomar o medicamento, se você tivesse tido a oportunidade de fazer um tratamento sem medicamento, você toparia?*

(B) *Não tinha condições. Naquele momento não. Eu tava sob um estresse muito grande e eu não conseguiria.*

Milena: *Se você passasse por uma outra situação de estresse que vc precisasse retornar a tomar o medicamento...*

(B) *Eu não tenho nada contra o medicamento, não sou contra o medicamento. Só acho que ele tem que ser usado no momento da necessidade, como eu usei.*

Milena: *Você acha que você procuraria um medicamento ou buscaria um tratamento sem medicamento, agora?*

(B) *Hoje eu acho que eu associaria uma dose menor, como eu vinha tomando ultimamente, com alguma outra terapia alternativa. Poderia ser que usasse as duas. Pra não ficar uma dose alta como muitas pessoas às vezes se enterram no medicamento. Por ela ser a maneira mais forte e mais rápida, por ser droga, como diz o nome, às vezes eu acho que tem casos que são indicados sim. O que eu vejo às vezes é gente que não tem necessidade do medicamento, visto assim, pela visão do profissional, então quando não consegue a receita, faz uso de florais ou de homeopatias ou de outras coisas que são vendidas sem receita, pra se automedicar, porque não conseguiu a receita do medicamento alopático. Ou às vezes até pegam do vizinho emprestado. Aí então são os casos que poderiam ser tratados com outras coisas, né..tanto que o medico já não deu...Mas uma coisa que eu to interessada em fazer e que dizem que ajuda muito tanto pra depressão, tanto pra estresse como pra um monte de coisas é fazer YOGA. É um relaxamento e ajuda você a enxergar seu próprio interior e equilibrar...é uma coisa que mexe com o equilíbrio mesmo. E uma pessoa que tá equilibrada não precisa de medicamento. Hoje eu diria assim, que eu vou procurar me manter equilibrada pra não precisar mais. Que é o que eu acho que as pessoas deverias estar fazendo mais. Tentar se manterem equilibradas, porque é o desequilíbrio que leva a necessidade do medicamento. O emocional mexe com tudo né? Aí entra em pane até os hormônios.*

Milena: *Os homeopatas dizem que para o organismo estar em equilíbrio, vc precisa estar bem no que eles chamam de tripé: físico, mental e emocional. É isso que eles consideram tá em equilíbrio.*

(B) *Então, eu acho que eu to nesse momento. Porque a única coisa que tava um pouco descontrolada era o meu emocional e agora tá equilibrado, então...físico a gente tem alguma coisa assim...uma pressão alta, uma coisa assim, mas nada que fale assim, nossa! Tá doente! São coisas crônicas já!*

Milena: *Você tem pressão alta ou não? Tem!? Faz tratamento?*

(B) *Tomo todo dia Losartana e Atenolol com Clortalidona. Diariamente. Eu já tinha taquicardia quando criança né. Sempre fui taquicárdica. Aí depois que eu tava no segundo ano de faculdade comecei a ter hipertensão. Já fiz tudo que precisava fazer de exames cardiológicos, fiz esteira, fiz eco fiz tudo..não dá nada. Aí a médica falou pra mim que era emocional. Aí depois que passou uns cinco anos que eu fiz investigação e tudo...aí eu falei "bom, se não é o cardíaco, eu vou ver o renal né?" Não deu nada também. E não é uma coisa assim que seja só...tem pico quando eu fico nervosa. Não..se eu não tomar o remédio ela fica num nível alto...já chegou a 18 por 11 quando eu tava ainda assim, antes de acertar o remédio pra mim...*

Milena: *Quando vc começou a tomar foi muito antes do seu problema ou não?*

(B) *Foi junto!*

Milena: *É pode ter sido emocional, se a gente pensar um pouco né?*

(B) *Se fosse só o emocional, eu iria ainda ter pressão alta? Porque causou um desequilíbrio..só que a hipertensão manteve.(...)*

Milena: *Bom..acho que é isso! É bom..traz um sentimento gostoso de estar aqui e você dividindo isso comigo! Isso é muito bom! Essa conversa foi ótima! Obrigada viu?!*

(B) *Obrigada eu por me conceder essa oportunidade!*

APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DO DIÁLOGO DA ENTREVISTA DIA 24 DE ABRIL DE 2014

M.R.S.B.R (A)

(A) Essa música eu identifico com o livro pequeno príncipe...

Milena: *por que?*

(A) Quando fala a pureza da criança, a maneira de ver a vida, você constrói os relacionamentos e o pequeno príncipe é isso...uma construção de relacionamento...tudo é tão simples, na verdade, não precisa complicar nada, tudo simples. E essa letra também é mais ou menos isso., né? Tem gente que sofre por pouco..

Milena: *mas o Pequeno Príncipe não mora sozinho no mundinho dele?*

(A) Mas ele desce e conversa lá com quem ele faz amizade e..sei lá...ele dá uma lição de vida! Rsrs

Milena: *Você concorda com a maneira de ver a vida que o compositor nos coloca?*

(A) Acho assim...independentemente da maneira que a gente quer construir, tem coisas que acontecem que fazem que a vida seja diferente do que aquilo que a gente deseja, tá? Então são situações que de repente a gente enfrenta, que não era aquilo que a gente esperava...aí vem tristeza, vem aborrecimento, vem uma serie de coisas...eu procuro não me deixar abalar pelas coisas, né? Mas tem coisas que marcam a gente. O problema meu de infância, por exemplo. Nunca tive carinho da minha mãe, só do meu pai...meu pai sim, pegava a gente no colo. Eu era casada, meu pai me pegava no colo ainda. Minha mãe nunca, minha mãe sempre foi fria, minha mãe tinha a gente como empregada dela..as filhas eram empregada, até hoje! E agora ela tá lá de presente pra mim...eu que mais aguento. E é duro você ter que cuidar de uma pessoa por quem você não sente aquele carinho que você

deveria sentir...eu não sinto! Vejo ela como uma velhinha..tenho pena, gosto assim, né? Mas dizer pra você que a relação de amor que eu tinha com o meu pai era diferente, dela não chega nem perto, sabe? Então isso tudo aborrece muito a gente. Então são situações, você tem que enfrentar..uns enfrentam separação de marido..eu Graças a Deus não tenho isso! Enfrentar velhice...enfrentar a velhice é um saco! E é uma coisa que eu percebo já em mim, limitações que eu não tinha! E eu to tendo limitações! Aí você fala "putz!" Aí você olha no espelho, vê a quantidade de ruga, vê o bagaço que você tá, fala "gozado, por dentro eu ainda não to assim"! E eu acho que a gente nunca vai se sentir...só que vc leva um susto quando você olha no espelho, às vezes! Mas eu falo "deixa pra lá"! Não tem o que fazer!

Milena: *É a vida...rsrsrs*

(A) É a vida!

Milena: *Como você entende a vida ou o viver?*

(A) Ah! Eu acho que é um presente, porque se você pensar na quantidade de pessoas que morrem na infância e que não chegam a nascer, tudo isso...eu acho que a vida é um presente. Não é todo mundo que tem as mesmas condições, então criar uma criança num ambiente desfavorável, por exemplo, ela não vai ter as condições de uma outra criança criada num lugar melhor. Mas de repente ela pode descambar pra um lugar errado, então a vida vai ser errada. Eu acho que aí é culpa de um monte de coisa...sociedade, família que não liga, cada coisa..então tem...sei lá..a gente não tem o que fazer muito, a gente pode ajudar, mas eu acho que não cabe tudo pra gente resolver, né? Então a vida pra mim é um presente. Às vezes a pessoa recebe esse presente embrulhado num papel ruim e vai a vida inteira sem abrir o presente, ficando só com o papel ruim. E outros não. Outros jogam o papel ruim fora e procuram melhorar.

Milena: *Então a vida é um presente?*

(A) Pra mim é um presente, uma dádiva de Deus.

Milena: *O que você tem pra me falar sobre bem-estar/qualidade de vida?*

(A) Qualidade de vida é saúde, paz de espírito, dinheiro também, pra você poder ter um conforto, ter um lazer também, um descanso. Eu acho muito necessário o lazer, o ócio também...e é isso aí! Bem-estar e qualidade de vida é isso! É conforto, é saúde, é uma casa boa pra você morar, aí entra o conforto também, o lazer, dinheiro pra você desfrutar o lazer, senão ....Isso é bem-estar.

Milena: *Bem-estar e qualidade de vida é mesma coisa pra você?*

(A) Acho que a qualidade de vida traz o bem-estar. Se você tiver uma má qualidade de vida você não vai sentir bem-estar...

Milena: *Você pode comentar o que é sentir-se bem?*

(A) É difícil eu me sentir mal. Muito difícil, alguém me aborrecer. Eu tenho uma facilidade muito grande de perdoar e de largar pra lá. Então eu sou meio refratária que as pessoas me machuquem. Não é refratária..é o fato de deixar pra lá. Então quem pensa que está me machucando, nem sabe que daqui a pouco eu já não liguei mais praquilo, já perdoei, já esqueci, já to dando risada, não to nem aí. Mas me sentir bem é eu poder descansar, poder ler, isso é muito importante..meu lazer maior é a leitura..é poder ver alguma coisa na televisão, quando eu to gostando de ver, ninguém me interromper, as horas de descanso...eu gosto muito do meu trabalho, então me sinto bem. Voltei de férias, nossa! Como eu gostei de trabalhar aquele primeiro dia! Eu tava com saudade, eu me sinto bem em atender as pessoas, em orientar as pessoas, isso me dá uma satisfação enorme. Ver, por exemplo, quando eu to com a minha família reunida, os filhos! É uma coisa muito gostosa! Eu me sinto muito bem! E quando to longe de problemas, eu e meu marido se sente bem juntos, né! Eu fico longe às vezes de aborrecimento, que nem nessas férias fui pra chácara, então fiquei longe da minha mãe uma semana! Eu e ele só foi muito bom, porque a gente volta a se enxergar com os olhos de antigamente. Porque eu andava assim numa fase de pouca paciência com ele...a velhice..então ele vai ficando limitado. Ele tem uma limitação muito grande com aparelho eletrônico, com celular, com controles de televisão, de vídeo, de dvd e da parabólica, da net. Eu tento explicar, mas é tão difícil de entender...e eu às vezes não tenho paciência. Ele era tão inteligente!ele liderava tanta coisa e agora...então..eu paro e penso: "coitado! ele não merecia essa dificuldade". Mas

eu acho que essa limitação faz parte do envelhecimento, né? Então quando to eu e ele sozinho, a gente se enxerga melhor, a gente tem mais paciência um com o outro, fica mais gostoso. E quando eu to em casa eu fico irritada com ele. E eu via, nessa última semana de férias, aquele cuidado que ele tinha pra não me acordar de manhã pra me deixar descansar mais tempo. Eu acordo muito fácil, qualquer mexidinha na cama eu acordo. Mas eu percebia que ele levantava devagarzinho procurando não me acordar, não fazer barulho. Quando eu levantava, o café tava feito, tava tudo na mesa já pra mim...que coisa gostosa né, esse cuidado! E aqui a gente quase não tem. Isso não dá tempo. Eu levanto antes dele, venho trabalhar correndo, ele levanta depois de mim, aí ele liga perguntando uma coisa ou outra e a gente acaba se irritando mais.

Milena: *E falando em se sentir bem, com que frequência você se encontra nesse estado?*

(A) De me sentir bem? A maior parte do tempo eu me sinto bem. Eu não sou de me sentir mal. Eu tenho mágoas, tenho. Tenho mágoas com a minha mãe, tenho magoas com filhos, com ex-nora...tenho magoas. Só que isso não me impede de me sentir bem. Aquilo que falei, eu deixo pra lá. Mesmo a coisa que magoou, que machucou, que marcou, eu tento entender que a pessoa também teve limitações, então procuro ver dessa maneira. A pessoa agiu assim porque também ela...sei lá como é que foi a vida dela.

Milena: *você ainda tá tomando né, o medicamento?*

(A) Fluoxetina? Tomo. Eu comecei a tomar dois por dia quando eu percebi que eu ficava irritada com o Paulo e melhorei com isso. Eu percebi que a minha paciência tava muito pequena com ele..ele falava e eu já respondia. E eu comecei notar que eu estava ficando intolerante. Já não era mais falta de paciência. Já tava intolerante. Aí, por minha conta, como eu tinha de muito tempo ela guardada em casa sem tomar, que eu não tomava, juntava, dava pro meu irmão, dava pra minha cunhada, eu nunca tomava. Quando eu percebi que eu estava assim eu parei de dar e comecei a tomar, comecei a tomar duas. Aí eu falei com o meu médico e ele falou "ótimo! Continue tomando duas!". E eu melhorei bastante, eu acho.

Milena: *O que é pra você, tomar esse medicamento?*

(A) É um saco lembrar! Porque eu esqueço! Aí quando eu vejo já tomei o café da manhã. Eu tomo a Fluoxetina, eu engulo junto com o pão que eu mastiguei, se não ela para no caminho e fica queimando, dói, é desagradável demais! Então eu comecei a engolir junto com alimento. Eu to tomando café da manhã, mastiguei o pão, a hora que eu vou engolir coloco o comprimido junto e engulo junto. E às vezes quando eu vou pra chácara eu esqueço. Às vezes fico dois dias sem tomar, quando eu lembro eu tomo. Eu não gosto de tomar remédio! A verdade é essa! Nem antibiótico. Eu começo a tomar antibiótico e no quinto dia já...esqueci de tomar, já atrapalhei tudo. A Imipramina que eu tenho pra intestino irritável eu lembro fielmente. Agora o Dr Joao mandou eu tomar Carbamazepina.

Milena: *Por que?*

(A) Por causa do bruxismo. Eu arrebentei os implantes. Eu entrei lá na APCD pra fazer os implantes de novo, fazer prótese de novo. Eu quebrei ó! Então eu estou com essa meia placa, que eu quebrei também, pra poder falar!Aí ele falou que a Carbamazepina ajuda! Mandou eu tomar um por dia. Começando com meio a noite e depois mais meio de manhã também pra ver como eu me sinto. Eu esqueço de tomar meio de manhã, to só tomando meio a noite. Ah! Eu fujo de remédio Milena! Eu faço o possível..não gosto de tomar remédio.

Milena: *Como que você se sente fazendo uso desse medicamento?*

(A) Me sinto melhor! Eu acho que eu fiquei mais tolerante, mais tranquila que eu tava.

Milena: *E quando que foi a primeira vez que você entrou em contato com ela? A Fluoxetina, você lembra?*

(A) Quando meu pai morreu. Há nove anos. Só que eu tomei um mês e parei. Aí durante uns oito anos eu dei pra todo mundo a aminha Fluoxetina e não tomei. Aí eu comecei a tomar faz um ano.

Milena: *Foi o psiquiatra, neurologista que deu pra você? Você lembra?*

(A) *Foi o gastro. O gastro que me acompanha no Hospital das Clínicas, que faz acompanhamento do intestino irritável. Ele disse que meu intestino irritável, eu fiz todos os exames, é de fundo emocional. Como eu não tomo calmante...eu não tenho a depressão da tristeza. Não é que eu não tenha. Eu aprendi a resolver os problemas, os conflitos. Então eu administro tudo. Por isso que eu arrebento os meus dentes também e por isso que eu acabo com o intestino também. Eu sempre fui considerada a forte da família, desde pequena exigiram isso de mim. Eu era pequena, meu pai dizia: "A é forte!". Eu sempre fui mais saudável de todos os meus irmãos. Então eu sempre fui...tive que responder com essa força. Meu pai exigia que eu fosse forte, minha mãe exigia que eu fosse forte. Quando, por exemplo, minha mãe teve câncer, meu pai não contou pra ninguém. Eu tava gravida de sete meses, ele contou pra mim. Então era assim! Ela é a mais forte, então descarrega em cima dela que ela aguenta. E meu marido infelizmente exigiu isso de mim também. Porque às vezes você tem vontade de soltar, soltar as amarras que eu falo, e eu não posso nunca me deixar abater. Puxa, eu tenho sempre que lutar e administrar? Às vezes dá vontade de se soltar, de sofrer um pouco, chorar um pouco e eu não posso! O Paulo nunca aceitaria que eu tivesse um chilique. Nunca, nunca! Engraçado...isso desde quando comecei a namorar ele eu percebi isso nele. Ele tem uma dificuldade muito grande de aceitar frescura. Então, pra ele vai ser frescura sempre! Qualquer coisa nesse sentido vai ser frescura sempre. Ele não vai enxergar. Comigo, né? Porque com a filha ele entende que ela tem pânico, com outras pessoas ele entende...mas comigo não. Comigo eu tenho que administrar e resolver. Então eu aprendi! Porque veja só uma coisa, eu só arrebentei os meus dentes depois que eu voltei pra Piracicaba. Enquanto eu morava em São Paulo. Não tinha problema nenhum, eu tava ótima! Sorriso lindo, tudo bonito. Foi vir pra cá e começar a conviver com os problemas da minha família, de quem eu me afastei quando eu casei, vinha como viagem, passeava, voltava, dois três dias...nunca ficava vários dias, só era visita. A partir do momento que eu vim pra cá essa família suga. Minha mãe suga os filhos, leva problema de um irmão pro outro...ela vai jogando, despejando...eu comecei com esse problema de bruxismo aqui em Piracicaba, depois que eu voltei.*

Milena: *E isso faz quanto tempo?*

(A) Vinte e dois anos! Que eu voltei pra cá! Como eu queria ter ficado em São Paulo! Adoro São Paulo, me sinto em casa lá ainda. Só sinto raiva de eu não ter mais uma casa pra voltar. Quando eu saio que eu vou fazer alguma coisa, chega no fim da tarde eu to cansada eu queria ta com a minha casa lá pra voltar pra minha casa! Minha! Como era antes. Isso eu sinto falta. Eu acho que eu nasci pra morar em cidade grande!

Milena: *O que será que tem a cidade grande além de agitação?*

(A) Pra mim? Tem tudo! Tudo o que você precisa tá na mão. E uma coisa muito gostosa da cidade grande é que você não tem nem sequer que cumprimentar o vizinho. Você não conhece ninguém! Você não precisa falar bom dia ou boa tarde pra todo mundo, você passa...eu acho isso ótimo! O anonimato da cidade grande é uma delicia. Ninguém te perturba e você não perturba ninguém. É uma delicia! Sabe, você sai do jeito que você quiser sair, se o sapato tiver machucando eu tiro o sapato e anto com ele na mão, não tem que dar satisfação pra ninguém. Agora, se eu chegou aqui na minha casa com o sapato na mão vai ter vizinho falando "Nossa, machucou o pé?, O que foi? Bláblábláblá..." Sabe? Eu não gosto dessas coisas. Acho que eu vivi muito tempo em São Paulo assim, tinha sim, mas não vizinhos. Falava pelo telefone. Isso que era gostoso. Nem bom dia, nem boa tarde! A não ser que seja muito do lado, que você sai e dá de cara assim, você dá bom dia e boa tarde só. Como é gostoso! Ninguém sabe da vida da gente!

Milena: *O que você acha ou pensa de um tratamento sem medicamento?*

(A) Eu não sei se eu acreditaria...por exemplo, eu não acreditava em acupuntura, hoje eu acredito. Eu tive uma crise de ciático, tomei um monte de injeção de tramal, de um monte de coisa, no COT, aqui no PS e a única coisa que passou foi duas sessões de acupuntura que o Dr Luis Henrique fez em mim. Mas tirou assim que foi uma coisa maravilhosa e hoje eu sou fã. A dentista que eu passei lá na APCD me falou de acupuntura pra esse problema de...se eu conseguir resolver com acupuntura, pra mim vai ser ótimo, não vou tomar Carbamazepina, não vou querer nada. Vou tentar resolver, alguma coisa assim. Mas não sei quanto tempo, se vou ter que fazer pro resto da vida, o que que tem pra fazer. Eu não sou muito em acreditar em remédios de planta, em homeopatia, essas coisas...sei lá! Acho

que toda a vida eu usei alopatia então, floral essas coisas sou meio descrente, né? Análise... que nem, minha irmã é analista, eu também tenho um pé atrás. Porque eu acho que a pessoa pode ser manipulada, você não sabe se o teu analista vai te manipular. Se ele não for totalmente correto? Ser humano é ser humano. Você tanto pode pegar uma pessoa maravilho que queira mesmo ajudar como você pode pegar uma pessoa que usa aquilo apenas como um trabalho e queira que você saia logo e deixa seu dinheirinho aí pagando a consulta e que faça aqui mais como um serviço, não como uma vocação, então eu não sei se eu acreditaria numa coisa assim.

Milena: *Você aponta acupuntura, homeopatia, análise, que mais?*

(A) Agora..uma coisa boa, por exemplo, que eu acho muito bom pra quem tem...eu já fiz, que eu acho que acalma bem, ajuda na concentração, é artesanato. Eu fiz muito bordado, tapeçaria...tapeçaria eu adoro! e eu fiz durante muito tempo bonecas. Então eu pintava, tinha facilidade na pintura do rosto, eu pintava o rosto pra todo mundo, fazia as carinhas, passava massa e tudo e depois fazia a maquiagem, o rosto. Fazia cada boneca linda, depois fazia abajour com as bonecas, fazia um monte de coisa. Então isso eu acho que traz uma tranquilidade muito grande, um bem-estar muito grande, talvez se eu tivesse fazendo isso direto, não estaria nem apertando os dentes assim. É uma coisa que eu acho que ajuda muito. E aquilo que uma vez eu comentei com você, acho que foi com você, que eu li num jornal, uma pesquisa alemã que eles perceberam nas pessoas que mais dependiam de antidepressivo, de calmante, então eles começaram a pôr centros comunitários de lazer. Então era lugar pra caminhada, aparelhos pra exercício, aulas de coisas assim, e musicas e apresentações, show, ouvir musica clássica, aulas gratuitas de musica, de computador, e não sei o que, e eles perceberam depois de um tempo que naqueles bairros diminuiu muito o consumo desse tipo de medicamento. Isso quando eu li, eu falei "é isso mesmo!". Eu tomo mais por causa de aguentar a convivência com o Paulo, que eu to sem paciência. Se não, não taria tomando a Fluoxetina. O Imipramina eu tomo pro intestino irritável, que ele me manda tomar mesmo, eu já tomo já há dezenove anos. E ele tinha dado antes o Amitriptilina, mas me secou a boca de uma maneira tal que eu não quis nem saber.

Milena: *Muito bem!! É isso! Obrigada por enquanto!*

ANEXOS

ANEXO A – LETRA DA MÚSICA "CONSTRUÇÃO" (CHICO BUARQUE)

Amou daquela vez como se fosse a última
Beijou sua mulher como se fosse a última
E cada filho seu como se fosse o único
E atravessou a rua com seu passo tímido
Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
Sentou pra descansar como se fosse sábado
Comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe
Bebeu e soluçou como se fosse um náufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão feito um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego

Amou daquela vez como se fosse o último
Beijou sua mulher como se fosse a única
E cada filho seu como se fosse o pródigo
E atravessou a rua com seu passo bêbado
Subiu a construção como se fosse sólido
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas
Tijolo com tijolo num desenho lógico
Seus olhos embotados de cimento e tráfego
Sentou pra descansar como se fosse um príncipe
Comeu feijão com arroz como se fosse o máximo
Bebeu e soluçou como se fosse máquina
Dançou e gargalhou como se fosse o próximo
E tropeçou no céu como se ouvisse música
E flutuou no ar como se fosse sábado
E se acabou no chão feito um pacote tímido
Agonizou no meio do passeio náufrago
Morreu na contramão atrapalhando o público

Amou daquela vez como se fosse máquina
Beijou sua mulher como se fosse lógico
Ergueu no patamar quatro paredes flácidas
Sentou pra descansar como se fosse um pássaro
E flutuou no ar como se fosse um príncipe

E se acabou no chão feito um pacote bêbado
Morreu na contra-mão atrapalhando o sábado

Por esse pão pra comer, por esse chão pra dormir
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir
Deus lhe pague

Pela cachaça de graça que a gente tem que engolir
Pela fumaça e a desgraça, que a gente tem que tossir
Pelos andaimes pingentes que a gente tem que cair
Deus lhe pague

Pela mulher carpideira pra nos louvar e cuspir
E pelas moscas bicheiras a nos beijar e cobrir
E pela paz derradeira que enfim vai nos redimir
Deus lhe pague

ANEXO B – LETRA DA MÚSICA “O QUE É, O QUE É? (GONZAGUINHA)

Eu fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita

Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz

Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita

Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz

Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita

E a vida
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida de um coração
Ela é uma doce ilusão
Hê! Hô!

E a vida
Ela é maravilha ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é?
Meu irmão

Há quem fale
Que a vida da gente
É um nada no mundo
É uma gota, é um tempo
Que nem dá um segundo

Há quem fale
Que é um divino
Mistério profundo
É o sopro do criador
Numa atitude repleta de amor

Você diz que é luta e prazer
Ele diz que a vida é viver
Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é
E o verbo é sofrer

Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé
Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser

Sempre desejada
Por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte
Só saúde e sorte

E a pergunta roda
E a cabeça agita
Eu fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita

Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz

Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será

Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita