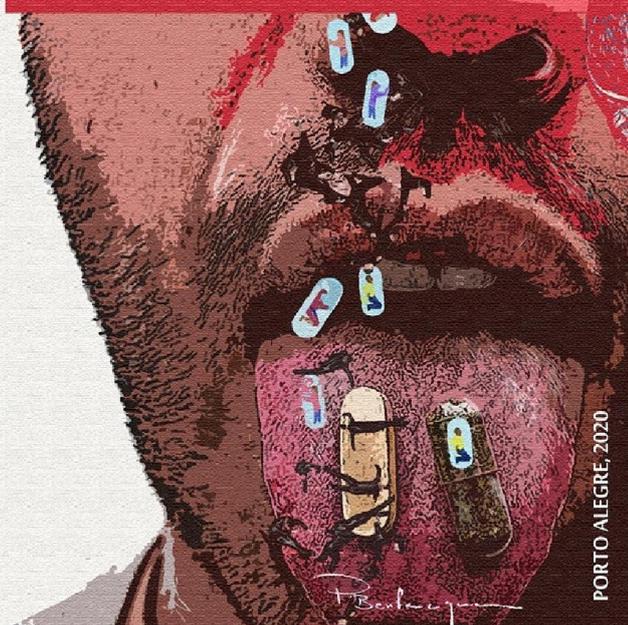


ARTESANIA® NO MANEJO DO FICAR BEM

FERNANDA DOS SANTOS DE MACEDO



UMA POSOGRAFIA DOS USOS DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS
E SUAS ARTICULAÇÕES SEMIÓTICO-MATERIAIS



PORTO ALEGRE, 2020



Descrição da capa: a ilustração da capa ocupa quase a totalidade da folha, o fundo possui uma textura em tons acinzentados. Trata-se de uma montagem com várias figuras sobrepostas para remeter à artesanania no manejo das aflições descrita na tese. No canto superior esquerdo aparece o título da tese em letras maiúsculas na cor azul, ARTESANIA NO MANEJO DO FICAR BEM, disposto como segue: alinhada à esquerda, a palavra ARTESANIA (sobrescrito o símbolo que indica marca registrada, ou seja, a letra erre maiúscula dentro de um círculo) e, abaixo dela, também alinhado à esquerda, completa-se o título com as palavras NO MANEJO DO FICAR BEM, em fonte um pouco menor. Logo abaixo, alinhado à esquerda, está o nome da autora da tese FERNANDA DOS SANTOS DE MACEDO, em letras maiúsculas, em uma caixa de texto com bordas finas azuis. Abaixo do nome da autora da tese, alinhada à esquerda, há a gravura em preto e branco da ponta de dois dedos em formato de pinça segurando um conta-gotas. O conta-gotas goteja minúsculas pessoas, fora e dentro de cápsulas em direção à língua de um homem, com barba curta, do qual se vê somente parte do rosto, de frente, ocupando mais da metade do quadrante inferior esquerdo, invadindo o quadrante inferior direito da gravura, boca semiaberta, a língua recebendo as gotas. Na mesma linha, porém em oposição ao conta-gotas, no quadrante superior direito, vê-se uma mão direita em concha, de tom cinza mais escuro que o do fundo da gravura, contendo diversos comprimidos brancos. Abaixo da mão, está um frasco cilíndrico âmbar, sem tampa, levemente inclinado para baixo, com comprimidos em seu interior e ao seu redor, sobre uma mancha cinza no mesmo tom da mão, com um risco vermelho. Essa mancha cinza, abaixo e ao centro, toca semicírculos concêntricos vermelhos, que parecem ser parte de um alvo, colorindo a área entre eles; ao lado e em direção ao centro, a mancha e o arco são interrompidos. Contíguo a esses elementos, há uma alusão a uma rede de conexões, através de vários pontos ligados por linhas retas que formam ângulos dando uma impressão tridimensional. Essa rede vai da direita até o centro da página, tocando algumas das pequenas figuras de pessoas que estão sendo lançadas pelo conta-gotas e avançam da esquerda ao centro. Um pouco abaixo do centro da página, há uma tarja vermelha, que remete à tarja presente em caixas de medicamentos, em que está escrito o subtítulo da tese, em letras maiúsculas na cor branca: UMA POSOGRAFIA DOS USOS DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS E SUAS ARTICULAÇÕES SEMIÓTICO-MATERIAIS. O desenho do rosto do homem inicia justaposto à tarja vermelha na altura do nariz e vai até o queixo. A tarja deixa transparecer a continuidade de alguns desenhos que iniciam na parte superior da página, incluindo a mancha cinza que, abaixo da tarja, termina no formato de um pórtico, no quadrante inferior direito, sobre uma página de dicionário. Neste quadrante, parte sob a tarja vermelha, parte fora dela, observa-se a cabeça e

face de um homem de perfil até a altura da boca. O homem possui bigode. Há um corte transversal na testa de modo a evidenciar o cérebro. A imagem do rosto do homem remete a uma ilustração científica. No quadrante inferior direito, próximo ao centro, há uma máquina de costura antiga que está sobreposta a uma página de dicionário em que as palavras estão em letra miúda. Mais à direita que ao centro da parte inferior da página, entre a máquina de costura e o homem que recebe as cápsulas vindas do conta-gotas, ao lado de sua língua, há a referência à cidade e data de conclusão da tese escrita com as letras na vertical, na cor branca: Porto Alegre, 2020. Na ponta da língua, encontra-se na cor branca a assinatura do artista que produziu as ilustrações, Paulo Bevilacqua.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL -
PPGPSI

Fernanda dos Santos de Macedo

ARTESANIA NO MANEJO DO *FICAR BEM*:
uma posografia dos usos de antidepressivos e ansiolíticos e suas articulações semiótico-
materiais

Porto Alegre

2020

Fernanda dos Santos de Macedo

**ARTESANIA NO MANEJO DO *FICAR BEM*:
uma posografia dos usos de antidepressivos e ansiolíticos e suas articulações semiótico-
materiais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Produção de Subjetividade

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Macedo, Fernanda dos Santos de
Artesania no manejo do ficar bem: uma posografia
dos usos de antidepressivos e ansiolíticos e suas
articulações semiótico-materiais / Fernanda dos Santos
de Macedo. -- 2020.
210 f.
Orientadora: Paula Sandrine Machado.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional,
Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. (Bio)medicalização. 2. Aflições. 3. Materialismo
Relacional. 4. Antidepressivos. 5. Ansiolíticos. I.
Sandrine Machado, Paula, orient. II. Título.

Fernanda dos Santos de Macedo

**ARTESANIA NO MANEJO DO *FICAR BEM*:
uma posografia dos usos de antidepressivos e ansiolíticos e suas articulações semiótico-
materiais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Aprovada em 29 out. 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. João Manuel Calhau de Oliveira
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Marcia Oliveira Moraes
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Paula Sandrine Machado (orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

A feitura desta tese foi coproduzida com diversos actantes: páginas de livros e PDFs; debates na UFRGS, em cafés ou vídeo chamadas para compartilhar ideias; mensagens de *WhatsApp*; gravadores; cadernos para rabiscar; palavras postas em circulação; risos; ônibus; pernas ágeis; suor e cansaço; palavras de incentivo; abraços para confortar; lágrimas para aliviar; alimentos para sustentar; chimarrão e chás para acordar; corpos disciplinados em frente de um computador; diversos dedos ágeis a digitar; entre outros tantos. Nesse momento, registro meu imenso agradecimento aos actantes humanos e instituições que cooperaram posograficamente neste trabalho:

Primeiramente, meu agradecimento às/aos interlocutoras/es que permitiram que esta pesquisa fosse mais uma prática em suas vidas. Agradeço pelas conversas compridas, as respostas por *WhatsApp*, a abertura para que eu compusesse seus itinerários e rotina.

Às/aos informantes-chave, que não posso nominá-los por questões éticas, mas que com agilidade e presteza possibilitaram que encontros acontecessem e balizaram o processo de construção de vínculos com os/as interlocutores/es.

À minha orientadora, Paula Sandrine Machado, pela parceria que construímos ao longo desses anos, de confiança, compartilhamento e muito aprendizado. Sou grata por sua leitura cuidadosa e por acreditar e me ajudar a enxergar que existia uma tese. Agradeço imensamente suas generosas e criativas contribuições não apenas neste trabalho, mas que constituíram minha formação acadêmica.

Agradeço à banca examinadora pela disponibilidade em se engajar nesta leitura e compartilharem seus saberes. A Henrique Nardi, Marcia Moraes e Soraya Fleischer, por suas contribuições preciosas no delineamento desta tese, já na ocasião da banca de qualificação que balizaram o desenvolvimento deste trabalho. A Rosana Castro e João Manuel de Oliveira, por toparem juntar-se a nós na banca de defesa. Ao Henrique também, que durante a trajetória da pós-graduação, através de seus apontamentos cirúrgicos e valiosos em meus textos, proporcionou importante crescimento acadêmico.

Às/Aos integrantes dos coletivos de discussão e trabalho - Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) e Centro de Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero, Diversidade Sexual e Raça (CRDH) - pelas discussões, pelos compartilhamentos e pelas desconfortações que foram fundamentais para que este trabalho tomasse forma. Em especial, a Dani Dell'Aglio, Flávia Novais, Raquel Basilone, Sara Guerra e Lucas Besen, que foram parcerias de estudo nesse campo sobre materialidades, juntas

desbravamos e nos enredamos posograficamente em teorias e conceitos. À Priscila Detoni, por apostar no meu trabalho e motivar a ir adiante. À Marília Saldanha, por mostrar a conjugação entre academia e leveza. Agradeço, assim, pelas amizades que foram se fazendo nos corredores da UFRGS, nas reuniões e que perpassam a vida.

Às colegas da turma de doutorado e com quem performei uma amizade para além da universidade: Gisele De Mozzi, Jéssica Prudente, Fernanda Martins, que trouxeram delicadeza, força e afeto à trajetória acadêmica e também a este texto. Agradeço, ainda, à Jéssica por sua generosidade e perspicácia, que trouxe contribuições essenciais ao trabalho e me instigou a encontrar fôlego e as potências da tese.

Ao William, meu companheiro em realmente todos os momentos, e quem com amor e presteza tomou conta dos aspectos rotineiros para que se fizesse um ambiente de imersão e performance de uma tese. Pelo carinho, conforto e amor diário.

À minha família, minha mãe (Maria Luisa), meu pai (Wilson), meu irmão Renato, pelo apoio, pela torcida e pelo incentivo para que eu cursasse uma pós-graduação. A minha vó Tetê, que fez perpassar por toda a família a importância dos estudos para a vida e sempre estimulou que eu seguisse estudando. Em especial, a minha mãe, por estar sempre junto mesmo longe, por sua escuta acolhedora, pelo compartilhamento de saberes e práticas, e por suas contribuições a esta tese.

Ao Paulo Bevilacqua, pelo belo trabalho na capa da tese, que exprime um efeito inicial de um olhar posográfico a cada detalhe posto em composição. Obrigada pela dedicação em transpor de modo deslumbrante o argumento da tese.

Às equipes do CAPS Viver e do CAPS IJ de Guaíba, pela parceria no cuidado compartilhado e territorial, bem como aos/às usuários/as desses serviços. Agradeço por ser nesses encontros cotidianos que muitas das questões suscitadas nesta tese reverberam e que novas perguntas emergem.

Àqueles/as que, por meio de transcrições, revisões e traduções, contribuíram tecnicamente com este trabalho: Lucas Besen, Tauane Schroeder, Marcio Friedl, Juliane Schiefelbain.

Ao PPGPSI, que me possibilitou uma formação crítica e inventiva, buscando repensar qual psicologia queremos fazer.

À UFRGS, que tornou possível uma formação gratuita em uma universidade de excelência.

À CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado.

Muito obrigada!

RESUMO

A presente tese emerge da curiosidade em investigar como cotidianamente antidepressivos e ansiolíticos estão compondo vidas, articulando-se a diferentes actantes e, nessas conexões, performando objetos. Através de uma metodologia artesanal que enfoca um fazer pesquisa processual, as práticas de manejo das aflições foram tecidas como objeto deste estudo. Dessa forma, busco complexificar a discussão sobre (bio)medicalização a partir da perspectiva atenta aos marcadores sociais de diferença, sobretudo de gênero, raça e classe e, também, à dinâmica cotidiana e à localidade das articulações entre distintas materialidades. O problema de pesquisa recai em investigar como 'antidepressivos' e 'ansiolíticos', ao conectarem-se com outras substâncias, dosagens, relações com os efeitos colaterais, gestão de estoques, usuários/as, profissionais, serviços de saúde, receitas, familiares, entre outros actantes, podem materialmente operar no manejo das aflições, performando distintas realidades nas práticas em que se engajam. Para tanto, propus a experimentação de um método posográfico - que implica um acesso às práticas aos poucos, em suas minuciosidades e desde aquilo de mais trivial que as conformam. A pesquisa se fez ao acompanhar pessoas que se reconhecem como tomando algum medicamento dos grupos chamados antidepressivos e/ou ansiolíticos. Parti de dois pontos iniciais para a construção de redes de indicação: o âmbito universitário, especialmente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e uma Unidade de Saúde (US), localizada na região sul de Porto Alegre/RS. Assim, seguindo as substâncias, o trabalho de campo foi construído a partir de entrevistas, observações na US, na Farmácia Distrital e no acompanhamento de algumas das entrevistadas de ambas as redes. As articulações teórico-metodológicas desta pesquisa baseiam-se nos estudos feministas pós-estruturalistas e interseccionais, bem como no materialismo relacional (especialmente, na autora Annemarie Mol). Visando descrever as montagens que vão sendo feitas à medida que as substâncias conectam-se às trajetórias de vida, conjecturei dois modos de gestão da emoção: “coletivização das aflições” e “racionalidade científica”. Tendo em vista que as montagens estão coordenando as versões de objetos, argumento, também, que tais modos de gestão assinalam, sobretudo, a performance da depressão como múltipla e apontam para um fazer específico mediado pelos usos de substâncias: a multiplicação de si. Argumenta-se que uma abordagem centrada nas práticas, com um olhar posográfico e interseccional, produz fraturas na homogeneização do fenômeno da (bio)medicalização e naquilo considerado como do campo da saúde mental. Nesse sentido, ao multiplicar a realidade, ampliam-se vivências, ampliando-se para além de e, por vezes, implodindo diagnósticos que enquadram e enrijecem

sujeitos, profissionais, cuidados com a saúde. Pretende-se, assim, abrir linhas com as quais se possam tecer contribuições a um debate nas políticas públicas de saúde ao perseguir os questionamentos suscitados pelas realidades múltiplas feitas nas práticas envolvidas no manejo das aflições cotidianas.

Palavras-chave: (Bio)medicalização. Aflições. Materialismo Relacional. Interseccionalidades. Antidepressivos. Ansiolíticos.

ABSTRACT

The present thesis emerged from the curiosity to investigate how antidepressants and anxiolytic medications are composing lives daily, intertwined with different actors, and, within these connections, performing objects. Through an artisanal methodology that focuses on making procedural research, the managing of the afflictions were knitted as the object of this study. This way, I seek to make the discussion about (bio)medicalization more complex in coming from a perspective that is aware of the social markers of difference, specially gender, race, and class; as well as the daily dynamics, and the location of the articulations of distinct materialities. The problem of this research falls into investigating “antidepressants” and “anxiolytics” when connecting to other substances, dosages, relation to side effects, stocking management, professionals, users, health services, prescriptions, and family, among other actors. This could effectively operate in managing the afflictions, performing distinct realities in the practices being engaged on. For this, I proposed experimenting with a posographic method - which implies a slow access to the practices. The research was done by following up people who recognized themselves as taking some sort of medication from the groups called antidepressant and/or anxiolytic. I started from two different points to build a network of indications: the university sphere, especially from the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS); and a health unit (US), located in the south side of Porto Alegre/RS. This way, following the substances, the field work was built from interviews, observations in the health unit, in the local pharmacy, and in the follow up of a few of the interviewees from both networks. The theoretical-methodological guiding framework of this research is based on the post-structural and intersectional feminist studies, as well as the relational materialism (especially the author Annemarie Mol). Seeking to describe the settings that are being created as the substances connect to the life paths, I conjectured two ways for managing emotions: “collectivization of the afflictions” and “scientific rationality”. Seeing that the settings are coordinating the versions of the objects I also argue that such ways of managing mark, over all, the performance of depression as multiple and point out to a specific making mediated by the use of substances: the multiplication of self. It is argued that an approach centered on the practices, with a posographic and intersectional view, produce fractures in the homogenization of the (bio)medicalization phenomenon and on what is considered the mental health field. This way, by multiplying the reality, life experiences are broadened, and taking it beyond, at times, making diagnosis, that frame and stiffens the subjects, professionals, and health care process, implode itself. It is intended, this way, to open up lines making it possible

to build contributions to a debate in public politics of health by pursuing the questions brought up by multiple realities made up in the practices involved in dealing with daily afflictions.

Key-words: (Bio)medicalization. Afflictions. Relational Materialism. Intersectionalities. Antidepressants. Anxiolytics.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA Alcoólicos Anônimos

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitária/o de Saúde

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS Atenção Primária em Saúde

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECTS Estudos de Ciência, Tecnologia e Sociedade

ESF Estratégia Saúde da Família

GAM Gestão Autônoma da Medicação

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

ISRN Inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina

ISRS Inibidor seletivo da recaptação de serotonina

ISRSN Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina

IP Instituto de Psicologia da UFRGS

NUPSEX Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PPGPSI Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

REMUME Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RS Rio Grande do Sul

SMSPA Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre

SNGPC Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDPM Transtorno Disfórico Pré-menstrual

TOC Transtorno obsessivo-compulsivo

TPM Tensão Pré-menstrual

TRI Transporte Integrado

UBS Unidade Básica de Saúde

UFMS Universidade Federal de Santa Maria

US Unidade de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VD Visita Domiciliar

WHO Organização Mundial da ou de Saúde (sigla inglês)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 ENREDAMENTO COM SUBSTÂNCIAS: PONTOS DE ALINHAVO NA COSTURA DE UM PROBLEMA DE PESQUISA	25
1.1 A tecelagem - tramas entre substâncias: dos propósitos inventivos de uma tese	26
1.2 Conhecer os aviamentos - um recorte sobre antidepressivos e ansiolíticos nas produções acadêmicas brasileiras	30
1.3 Customizar - aflições cotidianas: buscando dar nome ao viver e ao sofrer	35
1.4 Cerzir - o remendo miúdo de materialidades: sobre as particularidades desta tese	38
1.5 Seguir os fios soltos e fazer nós: nota sobre objetos e fronteiras	42
2 A PERFORMANCE DE UMA PESQUISA A CONTA-GOTAS: INFORMAÇÕES PARA A LEITURA	45
2.1 Por um método "posográfico": modos de usar	46
2.2 Composição - perspectiva materialista relacional	49
2.2.1 Princípio ativo - coordenações, cooperações	50
2.2.2 Excipiente - saúde mental revestida e a tentativa de produzir sulcos	53
2.2.3 Excipiente - soluções interseccionais, dissolvendo e absorvendo trajetórias de vida	58
2.3 Pesquisacínética: movimentos para tecer o campo	61
2.3.1 Interações: Rede de indicações UFRGS	62
2.3.1.1 Biodisponibilidade: a velocidade e extensão de uma "gota" de <i>WhatsApp</i>	62
2.3.1.2 Abrindo as caixas: minha estreia no campo dos escitaloprans, citaloprans, clonazepans	66
2.3.1.3 Posso te acompanhar? A continuidade da pesquisa e a negociação das observações	68
2.3.2 Interações: Rede de indicações Unidade de Saúde - ensaio de permeabilidade: atravessar barreiras, entrar em circulação	70
2.3.2.1 Da gestão aos morros	70
2.3.2.2 Colocando o pé no barro	74

2.4 Em caso de dúvidas: sobre ponderações e performances éticas	77
2.4.1 O que devo saber antes de iniciar as observações?	78
2.4.2 Efeitos adversos	79
2.4.3 O que devo fazer para garantir a confidencialidade?	81
2.5 Fazer pesquisa, fazer realidades: como esta tese funciona?	83
2.5.1 Para além das prescrições: uma alquimia epistemológica	85
3 UM PSICOFÁRMACO NÃO FAZ NADA SOZINHO: INTERAÇÕES NO ESPAÇO-TEMPO	88
3.1 Modo de gestão da aflição: coletivização das emoções	92
3.1.1 <i>Mas diz que é bom falar, né?</i> - Das conversas na área: para circular um ar e as palavras	92
3.1.2 A fluoxetina nossa de nem todos os dias	94
3.1.3 A topografia do cuidado: acidentes, limites e relevos locais	100
3.1.3.1 Portas, janelas e olhos sempre abertos: <i>Não posso me afundar no controlado por causa da guriazinha</i>	101
3.1.3.2 Erupções vulcânicas e o monitoramento constante	107
3.1.3.3 Territorializar e multiplicar: redes e fluxos da atenção à saúde	112
3.1.4 Ampliando horizontes: outras estratégias de manejo	120
3.2 Modo de gestão da aflição: a racionalidade científica	126
3.2.1 Uma andorinha só não faz verão: solidariedade acadêmica	126
3.2.2 Se a primavera está longe, é preciso buscar novos rumos: adaptar e sobreviver - articulações entre escolaridade, classe, raça e tempo	130
3.2.2.1 Sobre a nossa vez: um sol que não nasce igual para todo mundo	134
3.2.2.2 Por um ninho no vácuo e a necessidade de continuar a bater asas	138
3.2.3 No intervalo em/entre gotas, acontece muita coisa	140
3.2.4 Privatização das aflições e profissionalização do cuidado	143
3.3 Amarrações provisórias: linhas do espaço-tempo	146
4 DEPRESSÃO COMO MÚLTIPLA E A MULTIPLICAÇÃO DE SI	149

4.1 Os imbricamentos físico-morais, psicológicos-biológicos, mente-corpo: dividir, conectar, sentir	151
4.2 A Depressão múltipla	153
4.2.1 Fronteiras e versões da depressão	155
4.2.2 Desenhar fronteiras, fazer versões: entre depressão e ansiedade	159
4.2.3 A depressão é tudo isso e mais um pouco: articulações interseccionais	161
4.2.4 A política dos enredamentos na experiência da biomedicalização	170
4.3 Multiplicação de si	175
4.3.1 A subjetividade em trânsito	175
4.3.2 <i>Cadê eu?</i> : o estranhamento de si	178
4.3.3 Ser quem eu sou, não ser quem eu sou, ser quem eu quero ser: o manejo da existência	181
4.3.4 Ontologias políticas: entre experimentações e negociações	184
5 LINHAS TORTAS, PONTOS FROUXOS E MUITOS NÓS: A TAREFA DO ARREIMATE	188
REFERÊNCIAS	193

APRESENTAÇÃO

Cartelas de Dorflex[®] dando forma a uma árvore de Natal. Desenhos de cápsulas "Happy Pills" estampando uma linha de produtos. Memes de cachorros fofos tomando Rivotril[®] de canudinho. Mensagens da farmácia em que você tem cadastro ofertando descontos. Uma amiga ouvindo sua queixa e sugerindo um medicamento que irá lhe fazer bem. Um armário de banheiro repleto de remédios, vitaminas, cremes e outras substâncias que prometem aprimorar sua vida. Comprimidos, cápsulas e gotinhas ultrapassam as prateleiras das farmácias e atravessam visceralmente nosso cotidiano.

Existem substâncias para curar, atenuar ou intensificar praticamente todas as doenças, condições, sensações. Fazer uso dessas substâncias parece ser regra e não exceção no mundo atual (Beatriz¹ VARGAS, 2012). Assim, se substâncias referidas como medicamentos estão presentes na vida de quase todas as pessoas, pouco acrescentaria mais um trabalho apenas reiterando a crescente medicalização da sociedade - expressão que comumente assume um caráter acusatório. Portanto, busquei aqui produzir uma torção e direcionar meu olhar para a multiplicidade de práticas, coisas e pessoas, cujas experiências e ações articuladas incidem nos próprios processos de biomedicalização, tensionando-os, recriando-os e, sobretudo, multiplicando-os.

Os objetos iniciais desta pesquisa são substâncias que provocam alterações no humor e comportamento, ou seja, os psicofármacos. Dessa forma, o fenômeno/conceito "medicalização" minuciosamente investigado nesta tese está atrelado à extensão do saber e poder psiquiátrico a todo tecido social que, segundo Michel Foucault (2001), emerge entre final do século XIX e início do século XX.

Temos portanto, de um lado, uma espécie de explosão do campo sintomatológico que a psiquiatria se atribui como tarefa percorrer na direção de todas as desordens possíveis da conduta: invasão da psiquiatria, pois, por toda uma massa de condutas que, até então, só haviam obtido um estatuto moral, disciplinar ou judiciário. Tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora. (FOUCAULT, 2001, p. 203).

Assim, a produção da norma como regularidade funcional e adaptação opõe o "normal" ao patológico e abre espaço para a intervenção psiquiátrica como tecnologia da anomalia (FOUCAULT, 2001). O autor evidencia que, através dessa lógica, a psiquiatria tenha operado por muito tempo delimitando a loucura como uma forma de proteger a sociedade daqueles

¹ Inspirada nas políticas feministas de citação, nesta tese incluirei o prenome das/os autoras/es na primeira menção de cada referência. Essa escolha visa, sobretudo, dar visibilidade às mulheres nas produções acadêmicas.

sujeitos ditos degenerados. Atualmente, a psiquiatria compõe com outros saberes, especialmente o psicológico, o campo da saúde mental, que atualiza e amplia os contornos da normalidade, fazendo novos arranjos biopolíticos².

O termo medicalização é amplamente utilizado tanto na literatura científica, quanto em notícias jornalísticas e conversas cotidianas. Concordo com autores e autoras que entendem medicalização não como um termo homogêneo (Rafaela ZORZANELLI; Francisco ORTEGA; Benilton BEZERRA JÚNIOR, 2014), tampouco como algo que deva ser compreendido em um sentido único e universal, pois é efeito de distintos processos e arranjos histórico-sociais (Sérgio CARVALHO; Camila RODRIGUES; Fabrício COSTA; Henrique ANDRADE, 2015). Em função dos múltiplos usos desse termo, apresentarei algumas conceitualizações, derivações, além de acoplamentos, de modo a situar esta pesquisa nesse debate.

O conceito de medicalização, que surgiu no final da década de 1960, ganha forma devido ao crescimento do número de problemas cotidianos que eram definidos e apropriados em termos médicos - como doenças e/ou transtornos (Paula GAUDENZI; Francisco ORTEGA, 2012). Modo geral, medicalização é um conceito utilizado para descrever o processo de inclusão e manutenção de experiências e comportamentos no escopo da intervenção biomédica. Ou, ainda, como se pode apreender das leituras de Foucault (2004; 2010), diz respeito a uma nova relação moral dos sujeitos com seus corpos, isto é, que reconfigura os processos de produção de subjetividades nas sociedades modernas à medida que a medicina opera como estratégia de saber-poder.

Há outro termo corrente nesse campo, medicamentação, o qual "[...] se refere a um fenômeno cultural amplo que diz respeito às intersecções entre droga, medicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento" (Barbara ROSA; Monah WINOGRAD, 2011, p. 42). Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Eugenia Bianchi e María Cecilia Tamburrino (2010) compreendem a medicamentação como uma das formas adotadas atualmente pela medicalização. Baseando-se em Iriart (2008), as autoras apontam tratar-se de uma forma que se vale da medicação ou do tratamento farmacológico como resposta frequentemente exclusiva do processo medicalizador. Nessas apreensões, a medicalização diz respeito ao processo mais geral em que a prática e o saber médico incorporam as áreas da vida antes reguladas por outras instituições, como a família e a

² Fundamento-me na noção foucaultiana de biopolítica, entendendo-a como uma tecnologia sobre a população e sobre a vida enquanto objetos políticos (FOUCAULT, 2005).

religião (FARAONE *et al.*, 2010), ao passo que a medicamentação se configura como a demanda e a intervenção através de medicamentos.

Na esteira dessas discussões, emerge o conceito de biomedicalização. Com base em Adele Clarke *et al.* (2003), entendo-o não em contraponto à medicalização, mas como sua derivação, como processos que podem ocorrer simultaneamente. A biomedicalização englobaria os processos cada vez mais complexos, multidirecionais e reconstituídos através das novas formas sociais da biomedicina altamente tecnocientífica. Além de evidenciar as inspirações na analítica de Foucault sobre biopoder e biopolítica, a escolha pelo prefixo 'bio' é explicada pelas autoras tendo em vista as mudanças ocorridas tanto em humanos quanto em não humanos, as quais foram possíveis a partir das inovações tecnocientíficas, tais como: biologia molecular, biotecnologias, genômica, transplantes e novas tecnologias médicas. Essas inovações redirecionam a produção de conhecimento sobre saúde e biomedicina, a distribuição e o gerenciamento das informações, além de seu consumo (Adele CLARKE; Janet SHIM; Laura MAMO; Jennifer FOSKET; Jennifer FISHMAN, 2003; 2010).

Pareceu-me instigante para esta pesquisa, justamente, que as elaborações de Clarke e colaboradoras descentralizam o foco desses processos de uma esfera essencialmente médica e preocupam-se com as interações entre diversas entidades e tecnologias. De acordo com Elianne Riska (2010), o pós-estruturalismo, destacando-se Foucault, foi uma perspectiva analítica base para o desenvolvimento da teoria da biomedicalização. Em contraposição às teorizações da medicalização, Riska (2010) ressalta que a tese da biomedicalização enfatiza como o corpo é discursivamente constituído através das práticas e do conhecimento biomédico.

A biomedicina, para Clarke *et al.* (2003) é atualmente uma lente através da qual interpretamos, compreendemos e buscamos transformar vidas e corpos. Os/as autores/as valem-se das discussões de Foucault para descrever que as intervenções que produzem sujeitos, além de serem administradas por profissionais da saúde, também são gerenciadas pelas pessoas que as utilizam, como formas de governo de si. Parece fundamental para Clarke e colaboradoras e para Nikolas Rose (2007) pensarem a biomedicalização como inevitavelmente perpassando os processos de subjetivação na sociedade ocidental contemporânea. Isso me instigou a conhecer como os processos de biomedicalização são apropriados e tensionados por sujeitos diversos, tendo em vista os contextos culturais, econômicos, políticos.

Visto que estou atenta ao medicamento como um actante que é “ponto de engate” das redes performadas nesta pesquisa, poderia parecer que estou mais interessada, neste trabalho,

em acompanhar processos de medicamentação. Contudo, o foco aqui é como as substâncias performam agenciamentos e, inclusive, como elas se tornam dispensáveis ou periféricas em muitas das montagens analisadas, o que me fez optar pela utilização do termo biomedicalização para fazer referência ao campo que dialoga com esta tese (exceto quando estiver citando outro termo conforme alguma referência bibliográfica adotada). Utilizo, assim, o termo biomedicalização para me referir às relações com circuitos, instrumentos e saberes biomédicos, assim como aos processos de modelação da saúde através de meios tecnocientíficos - que englobam actantes humanos e não humanos. No que concerne às contribuições teóricas e conceituais a que se propõe a pesquisa, busco complexificar a discussão sobre biomedicalização a partir da perspectiva atenta aos marcadores sociais de diferença e, também, no que se refere à dinâmica cotidiana e à localidade das articulações entre distintas materialidades.

As revisões bibliográficas e algumas discussões travadas durante o percurso de doutorado fizeram perceber que as concepções contemporâneas sobre biomedicalização, tanto na literatura quanto no entender das pessoas, dependem em grande parte do modo de uso e, também, da quantidade/dose envolvida. No entanto, são delimitações bastante sutis entre hipermedicalização, abuso de medicamentos e um uso que se vale de modo adequado das tecnologias bioquímicas. O uso racional é muitas vezes atrelado a um acompanhamento médico, à orientação de farmacêuticos/as (Maira NETTO; Osvaldo de FREITAS; Leonardo PEREIRA, 2012), a usos que se baseiam em evidências científicas, portanto, supostamente seguros e efetivos (Luciano PINTO; Luana SCHULTER; Rafaela SIERTH, Heloisa BIFF; Lineu DEL CIAMPO; Gilmar ERZINGER, 2015). Ao mesmo tempo, na discussão sobre uso racional destaca-se a necessidade de medidas restritivas à livre atuação da indústria farmacêutica e educação continuada para profissionais da saúde, especialmente no que concerne ao marketing farmacêutico (José Augusto BARROS, 2010).

Ao discutir a respeito de estudos sobre medicamentos, Rogerio Azize (2012, p. 134) refere: “Mais comuns o discurso sobre os seus efeitos universais e fluxos globais, menos sobre sua vida local, como são consumidos, interpretados, trocados por gente de carne e osso”. Nesse sentido, Azize ressalta que as ciências sociais e humanas têm o que dizer sobre a produção, os usos, a circulação, a divulgação e a regulamentação de medicamentos. É apostando nas contribuições de uma pesquisa que se volta para práticas cotidianas relacionadas a substâncias que me lancei a acompanhar os popularmente chamados 'antidepressivos' e 'ansiolíticos' e o que eles podem materialmente fazer no mundo em que estão enredados e, ainda, como podem materialmente fazer realidades. Nesse percurso de

investigar conexões e redes, acabei acompanhando mais amplamente o que estou chamando de manejo do *ficar bem*, inclusive nos momentos em que essas substâncias se faziam ausentes do cotidiano das práticas, ainda que em algum momento as tenham integrado.

Atualmente, sou uma psicóloga que compõe a rede de manejo das aflições - para utilizar os conceitos que emprego nesta tese - de várias pessoas que acessam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em que trabalho. Percebo-me enredada em psicofármacos, receitas, vínculos, famílias, contexto social, cuidado em liberdade, rede de saúde e outros tantos actantes³ que irrompem o cotidiano dos serviços e que me interpelam de formas completamente diferentes nesse momento em que estou atuando como profissional de serviços especializados em saúde mental, em comparação àquele em que estava apenas desenvolvendo a pesquisa de tese. Se agora me engajo às substâncias através de um fazer psicológico assistencial⁴, a construção do problema desta pesquisa emerge de um fazer de pesquisadora, inicialmente vinculada aos estudos sobre crack, até seu desdobramento no interesse por outras substâncias, como antidepressivos e ansiolíticos, deslocamento que será apresentado no capítulo um.

No percurso do doutorado, o ponto de partida é o de uma psicologia social de abordagem pós-estruturalista, que se avizinhou à antropologia do corpo e da saúde e aos estudos de ciência, tecnologia e sociedade⁵, por conta de algumas parcerias - especialmente da orientadora desta tese. Emerge daí o interesse por conhecer tramas entre pessoas que usam antidepressivos e ansiolíticos, práticas, esquemas de uso. Tal inquietação exigiu atentar às montagens locais e ao que elas fazem politicamente/materialmente em contextos sociais atravessados por desigualdades sociais específicas. O compromisso em questionar como a

³ Emprego o termo actante conforme conceitualização elaborada por Bruno Latour (2012), através da qual se entende actante como qualquer elemento que atua nas redes. Ele é justamente aquilo que faz a diferença, determina coisas, modifica situações. O que é tão caro a essa conceitualização e que me motiva a utilizá-la é a simetria entre actantes humanos e não humanos nas redes.

⁴ Uso o termo assistencial para indicar a prática profissional que desempenho em dois CAPS, especialmente de acompanhamento psicológico que compõe o Projeto Terapêutico Singular dos/as usuários/as dos serviços.

⁵ Os Estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade (ECTS), segundo John Law (2004), constituem um campo de conhecimento que compreende a ciência como um arranjo de práticas moldadas pelo contexto histórico, organizacional e social. Nessa lógica, o conhecimento científico e a tecnologia, ao mesmo tempo em que estão sendo moldados nessas práticas, também as moldam. Os ECTS foram influenciados por uma série de disciplinas (antropologia, educação, geografia, história e história da ciência, análises organizacionais, filosofia da ciência e sociologia) (LAW, 2008). O presente trabalho guia-se pelas seguintes questões, colocadas por perspectivas pós-estruturalistas aos ECTS, conforme pontuadas por Law: 1) a indissociabilidade entre pesquisa empírica e teoria social, visto que são performadas concomitantemente a depender dos engajamentos que se fazem em campo, e especialmente nos estudos de caso; 2) a separação entre humano e não humano ser efeito das relações; 3) o "social" deixar de ser uma categoria analítica básica, já que também está sendo feito nas práticas. Além disso, o autor enfatiza a contribuição dessas perspectivas em termos de mudança de metáforas (de construção para performatividade) e de uma preocupação com a ontologia, isto é, de como o real é performado relacionalmente nas práticas (LAW, 2008). Tal compreensão aponta para o debate acerca da performance política de múltiplas realidades, questão teórico-metodológica que será explorada nesta tese.

articulação de práticas cotidianas performam mundos é um deslocamento que emerge da perspectiva de Annemarie Mol (2002; 1998). Dentre as potentes contribuições que essa abordagem oferece a pesquisas em psicologia social descritas por Marcia Moraes e Ronald Arendt (2013), destaco dois aspectos: (1) a problematização que recusa qualquer noção de normalidade não marcada, ou seja, uma normalidade estatística generalizante, que fosse independente do contexto no qual o sujeito se encontra; (2) o convite a pensar que se a prática psicológica é performativa, que mundos desejamos engendrar a partir de nossas intervenções. Almejo que tais aspectos continuem reverberando também através desta tese, especialmente ao campo da psicologia social, no qual se inscreve institucionalmente este trabalho.

Ainda, vale ressaltar que, no que diz respeito aos processos de biomedicalização, há uma significativa diferença entre países do Norte e países do Sul - e mesmo no interior de cada um desses países, como discutido por Lilian Chazan e Livi Faro (2016) - diferença essa que, muitas vezes, pode ser ofuscada perante o enfoque do uso de medicamentos como pauta global. Ao desenvolver uma pesquisa sobre práticas e usos cotidianos de substâncias, em um país com profundas iniquidades sociais, torna-se fundamental utilizar a perspectiva interseccional como um dos nós teórico-metodológicos basilares desta tese, buscando, através dela, atentar para marcadores sociais de diferença (como gênero, raça e classe) que também performam e são performados nesses processos. A perspectiva feminista interseccional auxilia a analisar os efeitos que emergem "quando múltiplos eixos de diferenciação - econômicos, políticos, culturais, psíquicos, subjetivos, e empíricos - se cruzam em contextos históricos específicos" (Avtar BRAH; Ann PHOENIX, 2004, p. 2).

Em que pese o poder da indústria farmacêutica em propagar suas descobertas químicas, o impacto dos manuais internacionais (DSM⁶ e CID⁷) que, a cada edição, expandem a possibilidade de transformar experiências da vida em transtornos mentais (Allen FRANCES, 2014), e ainda, a expertise médica que perpassa a costura local, neste texto focarei as perguntas de pesquisa e a descrição no que se pode chamar de uma "biomedicalização de baixo para cima", com foco no cotidiano, justamente para tensionar tal conceito, tão amplamente debatido nas ciências humanas e sociais. Do modo como conduzo esta investigação, entendo que os medicamentos aqui estudados performam coisas humanas e não humanas. Contudo, não performam sozinhos. Uma questão teórico-metodológica perseguida nesta tese é, assim, a capacidade que as práticas cotidianas, banais, possuem de fazer/agir e, ainda, como, com o que e/ou o/ao que elas (se) acoplam.

⁶Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

⁷Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Dessa forma, um dos pressupostos que sustentam a construção do problema de pesquisa é a noção de coprodução (Sheila JASANOFF, 2004) entre dimensões e elementos: indústria farmacêutica, saber biomédico, economia, tecnologia, mídia, políticas públicas, profissionais da saúde, usuários/as das substâncias, internet, bulas, comprimidos de antidepressivos e de ansiolíticos. A coprodução é, para Jasanoff, um idioma que propicia um modo de analisar fenômenos complexos, ressaltando a articulação entre elementos e instituições (como ciência, tecnologia, cultura, política). O idioma da coprodução fornece uma perspectiva analítica e metodológica em direção à biomedicalização a partir das implicações sociais, políticas, culturais que a produzem e indica como os efeitos disso atravessam as práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos. Jasanoff (2004) aponta que as mudanças científicas e tecnológicas estão intimamente relacionadas às dimensões culturais e de poder. Dessa forma, argumenta que os modos pelos quais analisamos tanto a natureza quanto a sociedade são inseparáveis das formas em que escolhemos viver nelas. Suas análises nos levam a entender que o conhecimento científico tanto incorpora quanto adentra práticas, identidades, normas, convenções, discursos, instrumentos e instituições sociais.

Outro importante pressuposto assumido é o de que as pessoas se movimentam de forma bastante particular em relação às inovações tecnológicas em geral e no que se refere às intervenções biomédicas em particular, evidenciando distintos engajamentos com esses aparatos, os quais são atravessados por marcadores sociais de diferença. Assim, tanto a noção de coprodução como a abordagem dos marcadores sociais de diferença auxiliam a pensar sobre antidepressivos e ansiolíticos como inscritos em pautas globais, em regimes normativos mais amplos de regulação sobre o corpo, a saúde e o sofrimento e, ao mesmo tempo, impelem a direcionar nossa perspectiva aos arranjos locais de práticas de uso, às materialidades imbricadas e às montagens particulares que tais arranjos assumem em um mundo considerado amplamente medicalizado. Interesse-me pelas trivialidades que interferem nesse fazer. O movimento de atenção aos detalhes foi, nesse sentido, incrementado através da perspectiva interseccional, uma vez que contribui na análise das dinâmicas entre marcadores sociais que são compartilhados socialmente, mas que se inscrevem nas trajetórias de vida das pessoas a partir de articulações e arranjos particulares entre eles. Dessa forma, o problema de pesquisa aqui delineado busca operar no sentido de tomar substâncias, aflições, corpos, diagnósticos e sujeitos, no modo como estão sendo feitos, atentando, assim, às práticas que compõem esse fazer e às realidades múltiplas nelas performadas.

As articulações teórico-metodológicas desta pesquisa baseiam-se, assim, fortemente nos estudos feministas pós-estruturalistas e interseccionais, bem como no materialismo relacional

(especialmente na autora Annemarie Mol). Aliado a isso, trata-se de uma pesquisa que se situa epistemologicamente e metodologicamente como sendo de inspiração etnográfica⁸. Em vista dos objetivos traçados e dos pressupostos teórico-metodológicos que guiam as perguntas e a construção do objeto, propus a experimentação do que estou chamando de método posográfico - isto é, um método de acesso às práticas aos poucos, em suas minuciosidades e desde aquilo de mais trivial que as conformam. Trata-se, por conseguinte, de um método que propicia montagens desses pedaços que eram performados a cada momento de pesquisa. Essa foi uma aposta, motivada pela praxiografia de Mol, para estudar as práticas de uso de substâncias e o que pode ser performado a cada arranjo que as engajam. Retomando um termo que compõe o título desta tese, interesse-me pelas práticas em suas articulações semiótico-materiais, uma vez que, tomando emprestada a proposta de Donna Haraway (1995), entendo os objetos enquanto ativos, produtores de sentido e de corpos, cujas fronteiras são materializadas na interação social. Logo, proponho uma pesquisa que atente para o vínculo complexo e irreduzível entre significados e corpos.

Para perseguir o problema desta pesquisa, acompanhei pessoas que se reconhecem como tomando algum medicamento dos grupos chamados antidepressivos e/ou ansiolíticos⁹. O contato com os/as interlocutores/as ocorreu através de redes de indicação. Para a construção dessas redes, parti de dois pontos iniciais: o âmbito universitário, especialmente a partir da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e uma Unidade de Saúde (US), localizada na região sul de Porto Alegre/Rio Grande do Sul (RS). O trabalho de campo nesta tese foi construído por entrevistas com pessoas que fazem uso de ansiolíticos e/ou antidepressivos,

⁸ Neste trabalho, não é empregado o método etnográfico como propriamente e, complexamente, é desenhado no bojo da antropologia (Urpi Montoya URIARTE, 2012). Ao ser uma pesquisa que acompanha práticas que performam objetos e realidades, em certa medida a noção de campo é pulverizada, dificultando “um mergulho profundo e prolongado na vida cotidiana desses Outros”, característica da etnografia ressaltada por Uriarte (2012, p. 5). Dentre os pressupostos descritos por Uriarte (2012) que conformam o fazer da etnografia, destaco: o movimento de desenraizamento crônico, evidenciado pelo o interesse pelo Outro, isto é, com a Alteridade em sua singularidade e, sobretudo, “levar a sério”(p. 10) a palavra das pessoas; bem como “uma formação para ver o mundo de maneira descentrada” (p. 10). Apesar de não possuir a formação antropológica, que investe na costura entre teoria e campo etnográficos de forma singular, ao assumir os pressupostos supracitados, entendo a presente pesquisa como possuindo uma inspiração etnográfica. No capítulo dois, será melhor desenvolvida a articulação entre etnografia e praxiografia que engendram a estratégia metodológica proposta nesta tese.

⁹ Há diversas classes e nomes para esses medicamentos descritos na bibliografia médica. Aqui, enumero algumas. As duas primeiras classes de antidepressivos foram os tricíclicos (ADTs), como a amitriptilina, imipramina, entre outros; e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs), por exemplo, isocarboxazida, fenelzina e tranilcipromina. Após, surge a classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) - como o citalopram, a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina. Há antidepressivos mais recentes que surgiram no intuito de associar o vasto espectro de ação dos antidepressivos clássicos à tolerabilidade e segurança dos ISRSs, sendo esses: moclobemida, trazodona, nefazodona, bupropiona, reboxetina, mirtazapina e venlafaxina (Ricardo MORENO; Doris MORENO; Márcia SOARES, 1999). A respeito dos ansiolíticos, entre os principais tipos utilizados estão os benzodiazepínicos (e.g. Diazepam, Clonazepam). Há, também, a classe azapirona (como a buspirona). (Roberto ANDREÁTINI; Roseli BOERNGEN-LACERDA; Dirceu ZORZETTO FILHO, 2001).

observações feitas na US, na Farmácia Distrital e com algumas das entrevistadas de ambas as redes (em suas casas, nos serviços de saúde e em locais onde circulam).

Além de compor a aposta metodológica desta tese, a posografia também opera esteticamente no texto. O vasto material empírico exige uma pipeta precisa para transformá-lo em articulações potentes de serem compartilhadas. Esta é uma pesquisa em trânsito. Assim como o campo, a escrita continuou sendo feita em trajetos, em diferentes momentos. Uma escrita das brechas. Em pequenas doses, este texto ganhou forma. A harmonia deste trabalho necessitou de inúmeras idas e vindas para um cerzir delicado que pudesse sustentar elementos variados e dissonantes, tal como uma colcha de retalhos. Junto a isso, o/a leitor/a é convocado/a a uma leitura a conta-gotas. Em diversos momentos, tanto na construção do problema quanto nas descrições provenientes do trabalho de campo, serei detalhista ao apresentar como os actantes vão compondo as redes de engajamento.

A presente tese está dividida em quatro capítulos. No primeiro, é apresentada a construção do problema de pesquisa. Assim, discorro sobre narrativas e práticas que me levaram a questionar a hierarquização entre substâncias psicoativas para, a partir disso, tomar as práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos como um objeto de pesquisa inicial, que vai se transformando ao longo do percurso traçado pela posografia. Nesse capítulo, apresento outros trabalhos sobre psicofármacos e argumento sobre o que esta tese pode contribuir aos estudos em torno da biomedicalização e ao campo da saúde mental. Retomo as decisões tomadas do ponto de vista dos operadores conceituais adotados e das perspectivas teórico-metodológicas que fundamentaram a pesquisa e que, concomitantemente, construíram os objetos sobre os quais ela se debruça. Tais perspectivas, do modo como busco operacionalizá-las, ajudam a pensar que, no gerenciamento das aflições cotidianas, diversas práticas e entidades, além dos antidepressivos e ansiolíticos, cooperam para performar aflições, diagnósticos, corpos, sujeitos.

No capítulo dois, são abordadas as amarrações que estruturam esta tese: entre metodologia e conceitos, teoria e campo, materialidade e socialidade, passado (no campo) e presente (na escrita), entre pesquisadora e interlocutores/as. Dessa forma, busco delinear os nós teórico-metodológicos tramados nesta pesquisa. O primeiro diz respeito à estratégia para acompanhar práticas de uso de substâncias e conexões entre os actantes da rede de manejo das aflições; o segundo nó emerge da dificuldade de operar a partir da materialidade quando se trata de uma prática referente ao campo das sensações, das emoções, dos pensamentos; já o terceiro nó teórico-metodológico pressupõe o atravessamento dos marcadores sociais da diferença na experiência de manejo das aflições, e aponta para a necessidade de encontrar

maneiras de acessar dimensões interseccionais a partir de uma perspectiva das práticas e das materialidades. Ainda nesse capítulo, discorro sobre o trabalho em campo, especialmente sobre a construção das redes de indicações de pessoas entrevistadas e aspectos éticos.

O objetivo do capítulo três é explorar as montagens que vão sendo feitas à medida que a substância (ponto de engate das redes) conecta-se às trajetórias de vida. A partir da junção de peças, foi possível conjecturar campos de performance que assinalam dois modos de gestão da emoção: o primeiro é chamado de “coletivização das emoções”, delineado a partir do acompanhamento de quatro mulheres que compuseram a Rede US; o segundo, “racionalidade científica”, o qual inclui cinco universitários/as da Rede UFRGS. A escolha por descrever montagens em conjuntos e não de forma isolada visou, sobretudo, acessar e enfatizar as conexões correspondentes, coordenadas ou dissonantes nos modos de gestão das aflições. Dessa forma, conjecturo os campos de performance como zonas que atualizam essas conexões de heterogêneos.

No quarto capítulo, busco perseguir a questão de como, através do método posográfico, é possível conhecer uma realidade performada como subjetiva (que diz respeito aos sentimentos, emoções, pensamento). A linha de argumentação passa por tomar dimensões que comumente são consideradas dicotômicas (físico-moral) como entidades intrinsecamente constitutivas. Assim, discuto neste capítulo sobre algumas realidades feitas nos acoplamentos entre substâncias e outros actantes no espaço-tempo das práticas de manejo das aflições cotidianas, isto é, as versões da depressão e de si. Por fim, nas considerações finais construo os arremates sobre as contribuições desta tese enquanto uma experimentação metodológica para pesquisar posograficamente práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos. Apresento ainda alguns fios lançados que abrem questões ao campo das políticas públicas em saúde mental, bem como exponho os tensionamentos que essa tese faz ao campo de estudos sobre biomedicalização.

1 ENREDAMENTO COM SUBSTÂNCIAS: PONTOS DE ALINHAVO NA COSTURA DE UM PROBLEMA DE PESQUISA

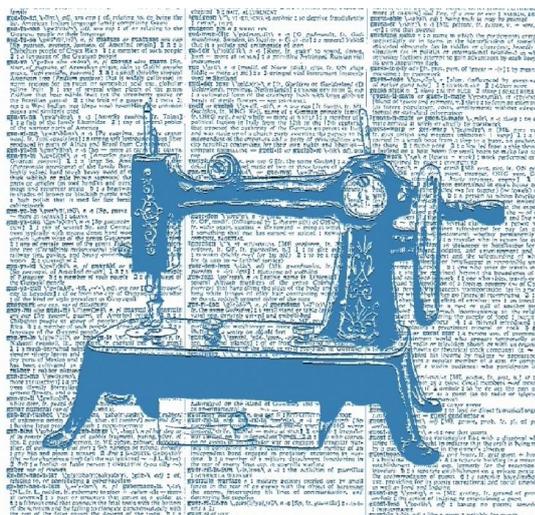


Ilustração 1

Autor: Paulo Bevilacqua

Descrição: gravura de uma máquina de costura antiga que está sobreposta a uma página de dicionário em que as palavras estão em letra miúda. Toda a ilustração é na cor azul em fundo branco.

Este capítulo versa sobre a emergência do problema desta pesquisa ao mover-se na direção dos questionamentos sobre o imbricamento entre ciência, política e sociedade. Inauguro o capítulo apontando como interrogações suscitadas durante a pesquisa de mestrado influenciaram na decisão por estudar antidepressivos e ansiolíticos. Em seguida, apresento as revisões bibliográficas realizadas no Portal de Periódicos da CAPES em diversos momentos do percurso de doutorado, visando apresentar parte da produção acadêmica brasileira - especialmente das ciências humanas, saúde coletiva/pública - sobre uso de antidepressivos e ansiolíticos em interface com processos de (bio)medicalização¹⁰.

Ainda, discorro como tais revisões (em conjunto com outros textos também referências nesse debate) forneceram rastros e dúvidas que balizaram o delineamento do problema desta pesquisa. A partir disso, explico de que modo a presente tese busca contribuir com diferentes estratégias metodológicas, análises e questionamentos a esse campo de estudos. Para concluir o caminho investigativo que conformou o problema de pesquisa, explico, ainda, as decisões tomadas do ponto de vista dos operadores conceituais empregados e das perspectivas teórico-

¹⁰ Em alguns momentos, utilizo o prefixo bio entre parênteses, tendo em vista que diz respeito a referências que discorrem ou sobre biomedicalização ou sobre medicalização.

metodológicas. Finalizo o capítulo com uma breve ponderação sobre a performance do(s) objeto(s) de estudo ao conduzir uma pesquisa que reitera que os objetos se fazem em práticas articulatórias.

1.1 A tecelagem - tramas entre substâncias: dos propósitos inventivos de uma tese

O uso de drogas/substâncias¹¹ que podem exercer efeitos sobre o organismo - como alterar os sentidos, induzir à calma ou à excitação, atenuar sofrimentos e dores, suscitar comportamentos, propiciar sensações e percepções, potencializar alegrias, tristezas e desejos - não é privilégio ou infortúnio das sociedades contemporâneas. As drogas sempre estiveram presentes nas diversas culturas, sendo usadas por inúmeros motivos, como: lazer, cura, rituais religiosos e espirituais, festividades (Márcia TOTUGUI; Miriam GIOVANNI; Francisco CORDEIRO; Marcelo DIAS; Pedro DELGADO, 2010). Entretanto, a emergência do que atualmente denomina-se "problema das drogas" remete-se à passagem dessas substâncias à regulação pelo saber médico a partir do século XVIII (Maristela MORAES, 2008), bem como à difusão dos ideais morais do "*Temperance movement*"¹², do protestantismo" (Ilana MOUNTIAN, 2004 p. 1) e, conseqüentemente, da política proibicionista. Ainda hoje, as concepções sobre drogas sustentam-se no imbricamento de discursos político/jurídico/econômico/moral, já que isso define tanto o que é considerado droga, como quais dessas substâncias serão alvo dos regimes de controle e de proibição ou quais terão seu uso naturalizado.

Apesar de a maioria das pessoas usar alguma substância (lícita ou ilícita), ou ainda fazer combinações entre elas, há uma categorização de usos mais ou menos legítimos, mais ou menos desviantes dos códigos morais socialmente compartilhados. Tal categorização envolve a combinação de uma série de elementos, sendo sustentada por diferenças entre quem é o/a usuário/a, qual substância é usada, o tempo de uso, como, com o que e em que circunstância se usa. O termo substância engloba nomenclaturas que são ambíguas e contextuais: remédios, drogas, medicamentos.

Os diferentes discursos sobre usos e usuários/as de drogas e suas reproduções/reverberações nas práticas de saúde têm feito parte de meus questionamentos

¹¹ Usarei os termos substâncias e drogas para me referir tanto às consideradas ilícitas quanto às lícitas, exceto quando me apropriar de termos utilizados pela bibliografia.

¹² O movimento de temperança tendo principal expressão nos Estados Unidos da América, envolveu uma série de ações visando a abstinência alcoólica. Resultou, principalmente, na Lei Seca na década de 20.

desde a graduação, quando participei de um grupo de pesquisa¹³ e comecei a estudar drogas, saúde e mídia. Durante o mestrado, realizei uma etnografia sobre práticas de cuidado com gestantes que fazem uso de crack, pesquisa¹⁴ na qual emergiram algumas das reflexões que utilizo nessa (re)construção do problema de tese. Os discursos que produzem substâncias como drogas ou como medicamentos configuraram um campo de embates importante no desenrolar da dissertação.

Em minha dissertação, discuto que as hierarquias em torno das substâncias psicotrópicas se baseiam em uma economia moral (Didier FASSIN, 2008; 2009), a qual diz respeito aos princípios construídos nos processos culturais, e que influenciam e moldam decisões individuais, políticas e sociais. No trabalho de campo, percebi um contexto, especialmente o hospitalar, em que determinadas substâncias (entendidas como *remédios*) possuíam centralidade no tratamento voltado ao uso de outras substâncias (ditas *drogas*). Frequentemente as mulheres estavam vinculadas a esses serviços porque o abuso de drogas já havia atingido um nível elevado de prejuízo às suas vidas ou provável risco ao bebê que estavam gestando. No entanto, o uso de medicamentos prescritos igualmente alterava o modo de vida daquelas pessoas (sonolência, lentidão, incontinência urinária, sedação, perda do entusiasmo, mais vigor, atenção, tranquilidade).

Desse modo, indagava-me sobre o uso dessas substâncias que, assim como o crack, intervêm no corpo e modificam comportamentos. Por que as pessoas que usam crack são posicionadas como abjetas, objetos de exclusão? Nessa linha, questionava por que o uso de outras substâncias, como benzodiazepínicos e Ritalina®, podem ser entendidos/desejados/prescritos como objetos de melhora da saúde? Por que razões o uso e a dispensação de inibidores de apetites, como a sibutramina, podem ser reivindicados e discutidos por usuários/as e profissionais da saúde sem as insígnias morais dirigidas àqueles que lutam pela legalização da maconha? Nessa perspectiva, as atenções se voltavam a outros questionamentos: para como economia, racionalidades científicas, práticas de usos de substâncias, não apenas informam modos de lidar e dar significado a elas, mas interatuam ativamente na produção desses objetos e suas fronteiras. Logo, levar em conta as substâncias nas redes - e não tomá-las como objetos independentes das práticas que os fazem - auxilia a pensar como essas relações que atravessam e são atravessadas por substâncias também se

¹³ Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”- Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, coordenado pela Professora Adriane Roso.

¹⁴ A economia moral na atenção a gestantes que usam crack: uma análise das práticas cotidianas de cuidado. Dissertação. PPGPSI/UFRGS, 2016.

conectam a outros campos, tais como o das políticas públicas, dos direitos sociais e o da bioética, entre outros.

Tendo em vista o intuito de analisar essas tênues fronteiras que se delineiam a partir da interligação de discursos, os inibidores de apetite apareceram, preliminarmente, como objeto potente para análise na tese, uma vez que, nos últimos anos, foram foco de discussões e conflitos¹⁵ entre instituições como a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e o Poder Legislativo. Dessa forma, a análise de emagrecedores parecia evidenciar os processos sociais, políticos, econômicos e morais que produzem essas substâncias ora como lícitas, ora como ilícitas, variando, também, para quem essas substâncias podem ser prescritas - sendo o diagnóstico de obesidade uma das principais situações em que o uso é legalizado e indicado.

O problema delineado no anteprojeto de tese - analisar como os usos que as pessoas fazem de inibidores de apetite podem ser pensados a partir do conceito de agência voltada ao campo das modificações corporais - sofreu desestabilizações ao longo do percurso de doutorado. A dúvida quanto à potência dos emagrecedores para discutir a agência, provocada pela crítica feminista, mais ainda aquelas levantadas pelo ativismo gordo¹⁶; e a percepção de que a proibição legal dos inibidores de apetite faz emergir outras alternativas para a perda de peso, como o uso de alguns antidepressivos e ansiolíticos, provocaram deslocamentos na proposta inicial. Assim, um novo tema começou a emergir à medida em que passei a seguir os discursos sobre antidepressivos e ansiolíticos, tanto aqueles encontrados nas produções científicas sobre obesidade/controlado de peso como em outras produções médicas e no cotidiano de minhas relações. Fui me deparando, nessa aproximação, com uma profusão de possibilidades de usos e experiências relacionadas a tais substâncias.

Em algumas menções feitas quando ainda sustentava os inibidores de apetite como substância em questão na tese, os antidepressivos eram medicamentos que surgiam no diálogo com colegas e amigos/as, tanto por serem usados como substitutos aos inibidores de apetite quanto por terem um uso "banalizado" (muitas pessoas usam), por serem fáceis de conseguir, enfim, por serem auxiliares em tratamentos com emagrecedores ou os substituírem em seu

¹⁵ Alguns embates sobre a regulação das substâncias consideradas psicotrópicas anorexígenas evidenciam-se nos seguintes documentos: Nota técnica nº 038 (ANVISA, 2015); Decreto Legislativo nº 273 (BRASIL, 2014); Lei nº 13.454 (BRASIL, 2017a).

¹⁶ Segundo Natália Rangel, a militância antigordofóbica envolve um processo de desescolarização do saber sobre saúde relacionado aos corpos e de desescolarização dos próprios corpos, assim, "os/as ativistas gordos/as buscam desafiar as ideias negativas e estigmatizadoras voltadas às pessoas como a associação de gordura com feiura e doença, bem como melhorar a acessibilidade a espaços físicos para pessoas gordas buscando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, acabar com o preconceito e incentivar a convivência com as diferenças das pessoas." (RANGEL, 2017, p. 3). A autora destaca a influência feminista na emergência do ativismo gordo no Brasil, contudo, ressalta que essa não é uma característica essencial para o engajamento das mulheres gordas no ativismo.

objetivo. No entanto, o que passou a chamar atenção para a potência de ter os antidepressivos como objeto de reflexão foram os propósitos inventivos do uso que iam se explicitando nessas conversas.

Assim, a própria "escolha"¹⁷ por esses psicotrópicos ocorre ao acompanhar como a noção de biomedicalização vai se engendrando nesses encontros e narrativas. Em relatos de fóruns de discussão virtuais que versavam sobre antidepressivos ou medicamentos de modo geral, foi citado o uso de antidepressivos devido à ejaculação precoce. Outros relatos referem-se ao uso dessas substâncias para atenuar sintomas da menopausa, como auxiliares no tratamento de dores crônicas, enxaqueca, compulsão alimentar, bruxismo, ou simplesmente para acalmar. Além, obviamente, de serem bastante utilizadas no tratamento de depressão e sofrimentos mentais graves. Ademais, era possível observar, nesses fóruns e nas conversas informais na minha rede relações que, para as mesmas "causas", as pessoas acionam diversos esquemas de uso - manipulam doses, variam prescrições, fazem combinações com outras substâncias ou práticas.

Observar essa multiplicidade de experiências com antidepressivos auxiliou a extrapolar o enquadre diagnóstico da depressão e me levou a pensar sobre variadas sensações e situações da vida às quais tais substâncias se prestam. O giro do olhar em direção a essas sensações e experiências - abordadas aqui como aflições cotidianas para se referir de modo amplo a sensações e emoções relacionadas a preocupações e/ou sofrimentos - e as redes heterogêneas nas quais se inscrevem e atuam, fez emergir outro encontro: com os ansiolíticos. Estes também são acionados como estratégia na alteração/manutenção dos estados de ânimo ou para lidar com as aflições, estando constantemente em relação com os antidepressivos, tanto nos relatos das pessoas quanto na literatura¹⁸ que acessei, ora através de comparações, substituições, ora como complementação, entre outros arranjos.

Dentre tantos fármacos utilizados na cultura ocidental, os antidepressivos e ansiolíticos parecem se destacar por serem alvo de preocupações no âmbito da saúde pública, mas também por figurarem entre os psicotrópicos mais solicitados e/ou prescritos atualmente. Conforme o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC (ANVISA, 2011), os princípios ativos utilizados nos

¹⁷ Empleo a palavra 'escolha' entre aspas por questionar a ideia de que ao produzir pesquisa escolhemos conscientemente nossos objetos. Deixamos que eles se mostrem a nós. Ainda, porque não se trata de descobrir um problema, mas possibilitar que ele emerja.

¹⁸ Trata-se dos primeiros artigos, teses e livros que acessei sobre medicalização e antidepressivos, especialmente das seguintes áreas: farmácia, saúde coletiva, saúde pública, psicologia. Esses artigos abordavam conjuntamente os antidepressivos e os ansiolíticos através da menção sobre usos combinados, comparações entre as substâncias e a alta prevalência de prescrição/consumo dessas no contexto brasileiro.

antidepressivos e ansiolíticos ocupam quatro posições entre as cinco primeiras formulações industrializadas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 de maior consumo no Brasil.

Embora ainda escassas, as pesquisas que se valem de dados longitudinais para análise de prevalência de consumo de psicofármacos contribuem para uma visão mais ampla do panorama brasileiro. Dois estudos mais recentes ilustram isso. Em relação ao clonazepam (ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos), o estudo de Rafaela Zorzanelli; Fabíola Giordani; Lusiele Guaraldo; Guacira de Matos; Arnaldo de Brito Jr.; Márcia de Oliveira; Renata Souza; Renata Mota e Suely Rozenfeld (2019), a partir de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da Anvisa, identificou que, entre os anos de 2009 e 2013, no Estado do Rio de Janeiro, o consumo de clonazepam em miligramas cresceu quase 500%, e o número de farmácias e drogarias incorporadas pelo SNGPC-Anvisa aumentou quase 40%. No trabalho de Simone Rohte (2019), em que foram analisados dados extraídos do sistema informatizado da farmácia pública de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, observou-se que, em 2011, 9% da população do município fazia uso de algum medicamento sujeito a controle especial e, em 2017, esse percentual aumentou para 25%. Em relação aos antidepressivos, destaca-se que, entre os anos de 2008 e 2017, os mais prescritos nessa localidade foram Amitriptilina 25 mg e Fluoxetina 20 mg. Informações como essas são um incentivo para uma aproximação do cotidiano das práticas de uso, que vise conhecer como essa profusão de números e comprimidos atravessa e compõe a vida das pessoas.

1.2 Conhecer os aviamentos - um recorte sobre antidepressivos e ansiolíticos nas produções acadêmicas brasileiras

Tendo definido os antidepressivos como substâncias a perseguir durante o percurso de doutorado, em 2016 busquei mapear os trabalhos que abordassem a articulação entre antidepressivos, medicalização e felicidade. Naquele momento, eu movia uma curiosidade sobre os antidepressivos enquanto “pílulas da felicidade”, visto que, em diversos discursos que lia e ouvia, o aludido alto consumo desses psicofármacos era relacionado à pressão social contemporânea em manter e ostentar um estado permanente de felicidade. Tal associação passou a se mostrar menos relevante à medida que aprofundava a revisão bibliográfica, bem

como durante a pesquisa de campo, visto que há um *continuum* amplo de sensações e emoções que as pessoas buscam modular ao usar antidepressivos.

Assim, utilizei as seguintes combinações de termos, *antidepressivos* AND *medicalização*; *antidepressivos* AND *felicidade* no Portal de Periódicos CAPES, selecionando para leitura quatro artigos na primeira busca e seis na segunda. Foram desconsiderados artigos repetidos, bem como aqueles que apenas mencionavam os antidepressivos dentre outras substâncias sem uma discussão seja sobre o psicofármaco, seja sobre processos de (bio)medicalização ou mesmo sobre cuidado em saúde mental atravessado pelos usos de substâncias. Contudo, incluí estudos em que o objetivo pressupunha análise de psicofármacos diversos, quando os antidepressivos eram indicados como as principais substâncias prescritas/utilizadas (Ieda LAMB, 2008; Deivisson dos SANTOS, 2009).

Com intuito de atualizar essa revisão bibliográfica, em 2020 refiz a busca no Portal de Periódicos CAPES com os mesmos descritores. Dentre os resultados para os termos *antidepressivos* AND *medicalização*, selecionei seis artigos para leitura; ao passo que para os termos *antidepressivos* AND *felicidade*, três produções. Excluí todos os artigos que já estavam contemplados nas revisões para o projeto de tese, bem como alguns que apenas citavam os antidepressivos conforme critérios supracitados na primeira revisão. Entre os nove resultados, quatro artigos foram publicados em data posterior à revisão realizada em 2016. Nesse sentido, para uma busca textual materializar determinado conteúdo em nossa tela de computador, diversas articulações são necessárias, nesse caso, inclusive o periódico precisa ser indexado em certas bases de dados. Assim, os cinco anteriores a 2016 podem não ter aparecido na busca por algum misterioso arranjo de elementos que, naquele momento, fez com que eles não estivessem nas bases de dados que alimentam o Portal da CAPES. Ou, ainda, poderiam estar lá e não terem se mostrado significativos para a pesquisadora que eu era naquele momento. Julguei interessante agregar à pesquisa algumas produções que enfocam a relação do trabalho com o sofrimento mental e a medicalização (Sara PICHETH; Elisa ICHIKAWA, 2015; Luciano PEREIRA, 2011), nesse momento, uma vez que o campo empírico evidenciou a importância da vida laboral nas redes de engajamento e no manejo das aflições.

Dentre os resultados de ambas as revisões bibliográficas (19 produções), sete tratavam da depressão como elemento central - tanto como causa da qual deriva um uso ou um estímulo ao abuso de antidepressivos quanto como foco da discussão do texto. Tais produções apresentam em alguma medida uma discussão crítica a respeito da edificação da depressão

como epidêmica¹⁹. Alguns aprofundam a discussão sobre a inflação da nosografia psiquiátrica, ou seja, o alargamento de vivências e sintomas que passam a ser diagnosticados como transtornos mentais, e como isso acarreta maior uso de psicofármacos (PEREIRA, 2011; Elton CORBANEZI, 2018; Giovana SOARES; Sandra CAPONI, 2011; Orlando COSER, 2003). Também, há os que discorrem sobre perspectivas teórico-clínicas a respeito das depressões e/ou ponderam sobre o tratamento do sujeito que está em sofrimento (Urania Tourinho PERES, 2002; COSER, 2003; Leandro TAVARES, 2010; Denise MARTIN; Aline CACOZZI; Thaise MACEDO; Sergio ANDREOLI, 2012). Modo geral, esses trabalhos são críticos a um hipercrecimento da demanda, prescrição e consumo de psicofármacos que desconsidera questões sociais atreladas (por exemplo, perdas, vivências generificadas, relações de trabalho na contemporaneidade, entre outros aspectos). Dentre esses, dois estudos são da área da sociologia, três da psicanálise, e dois enquadram-se no campo mais amplo da saúde pública/coletiva.

Os demais resultados foram divididos em dois grupos: a) textos sobre prescrição e consumo de psicofármacos; b) textos que apresentam uma reflexão crítica sobre o processo de divulgação/prescrição/uso de medicamentos, bem como discussões mais amplas do campo da saúde mental. No primeiro conjunto, encontram-se textos que versam sobre: a prescrição e dispensação de psicofármacos, entendendo esses como componentes do dispositivo de medicalização (LAMB, 2008); a comparação do uso de psicotrópicos na atenção básica entre equipamentos com e sem arranjos da clínica ampliada (SANTOS, 2009); o uso racional de antidepressivos e benzodiazepínicos entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012); o consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares a partir das concepções das pessoas sobre o consumo (Reginaldo MENDONÇA, 2009); a caracterização da população em uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde - APS (José Sandro MEDEIROS FILHO; Dulcian de AZEVEDO; Tiago PINTO; Glauber SILVA, 2018); o consumo de psicotrópicos por indígenas do povo Xukuru de Pesqueira/Pernambuco (Valquiria BARBOSA; Luana CABRAL; Ana Carla

¹⁹O caráter epidêmico associado à depressão refere-se ao fato de ela estar totalmente inserida em nosso cotidiano, de modo que não há mais espaço para sentir, para sofrer e elaborar perdas, insucessos, lutos (Letícia MACHADO; Rodrigo FERREIRA, 2014). Sandra Caponi (2010) lança críticas a determinadas utilizações de classificações como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e efeitos dos diagnósticos de depressão. Segundo Caponi, a consolidação da depressão como epidemia do século foi sustentada pela criação de uma rede de interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, de diagnósticos por imagem. A autora não desconsidera a existência de um fenômeno patológico que pode gerar sofrimentos extremos, mas sugere que não se pode deixar de considerar a existência de um processo diagnóstico e de biologiação que é capaz de produzir a própria condição que visa explicar.

ALEXANDRE, 2019); as representações sociais do uso de ansiolíticos e antidepressivos por bancários (PICHETH; ICHIKAWA, 2015). Com exceção desta última pesquisa citada, realizada com bancários de uma instituição privada, todas as produções das revisões que se dedicam a pesquisar com sujeitos, indagando sobre consumo de psicofármacos, foram desenvolvidas em serviços públicos de saúde (por exemplo, Unidade Básica de Saúde/UBS, farmácias, Núcleo de Atenção Psicossocial).

O segundo grupo de textos diz respeito: à pharmaceuticalização da vida, isto é, a tendência global de usufruir da medicação, a partir de um posicionamento crítico de que seu emprego requer o exercício do pensamento (Cléber SILVA, 2015); à construção discursiva midiática referente aos antidepressivos (Ericson SAINT CLAIR, 2013); à articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de Campinas/São Paulo (Rosana Onocko CAMPOS; Carlos Alberto GAMA; Ana Luiza FERRER; Deivisson dos SANTOS; Sabrina STEFANELLO; Tiago TRAPÉ; Karime PORTO, 2011); à análise de publicações científicas para compreender o uso do DSM como instrumento para fundamentar os diagnósticos de transtornos mentais (Fernanda MARTINHAGO; Sandra CAPONI, 2019); à tendência no século XXI de uso de medicamentos como mercadoria banalizada na busca por um bem-estar ou felicidade (Thais SANGIORGI; Ingrid BARREIROS; Mário Luís CESARETTI, 2014).

Foram acrescentados os ansiolíticos como uma das substâncias em questão no projeto após as primeiras leituras e conversas que evidenciavam a aproximação em relação aos motivos de usos de ansiolíticos e antidepressivos, especialmente os estados de ânimo. Por isso, no começo de 2018, realizei uma revisão bibliográfica no Portal de Periódicos CAPES com o intuito de verificar o que continha a respeito dos usos de ansiolíticos. Realizei, então, duas buscas, a primeira utilizando como descritores os termos *ansiolíticos* AND *medicalização*, da qual resultaram 18 produções bibliográficas; e a segunda utilizando *ansiolíticos* AND *felicidade*, resultando em oito documentos. Retirei os artigos que apenas mencionavam, na discussão teórica, os ansiolíticos dentre outras substâncias, ou só os citavam como uma das substâncias utilizadas pelos/as participantes das pesquisas, sem o desenvolvimento de uma discussão sobre usos, substâncias e combinações entre elas. Excluí, igualmente, uma apresentação de uma edição de periódico que apenas citava os trabalhos que contemplavam medicalização naquela edição, sendo que um dos textos já estava contemplado na revisão deste projeto. Ainda, foram desconsiderados dois textos que se repetiram na revisão sobre antidepressivos e nas duas buscas sobre ansiolíticos (TAVARES, 2010;

MARTIN *et al.*, 2012). Após essas exclusões, restaram quatro artigos na busca sobre ansiolíticos e medicalização e nenhum na busca sobre ansiolíticos e felicidade.

Assim como a revisão com os antidepressivos, em 2020 refiz a busca no Portal de Periódicos CAPES, obtendo como resultado 22 produções para os termos ansiolíticos AND medicalização e seis textos para ansiolíticos AND felicidade. Nesta última, não havia nenhuma produção nova, contudo na primeira foram selecionados mais seis novos textos para análise.

No primeiro contato com essa revisão, evidenciou-se, através dos títulos e resumos dos textos, a relação entre ansiolíticos e mulheres. Do total de artigos (10), seis enfocavam pesquisas com participantes mulheres, destacando: a discussão sobre dependência química de ansiolíticos em mulheres, analisando, também, a relação que se estabelece entre a mulher, o medicamento e o serviço de saúde (Lúcia de Fátima CARVALHO; Magda DIMENSTEIN, 2004); a compreensão dos motivos, crenças e valores associados ao consumo indevido de benzodiazepínicos por mulheres (Ana Rosa SOUZA; Emérita OPALEYE; Ana Regina NOTO, 2013); as estratégias de cuidado e o apoio psicossocial oferecidos a mulheres adultas residentes de assentamentos rurais, sendo que perante queixas de sofrimento psíquico dessas mulheres, o único recurso despendido na atenção primária é a prescrição de medicação ansiolítica (Maria da Graça COSTA; Magda DIMENSTEIN; Jáder LEITE, 2015); a compreensão das experiências de sofrimento psíquico de mulheres usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, a partir da perspectiva dessas mulheres, enfatizando o impacto de fatores psicossociais sobre a saúde mental (Ana Célia CAVALCANTE; Raimunda SILVA, 2011); as representações a respeito dos nervos e de nervoso na comunidade do Campeche, na cidade de Florianópolis/Santa Catarina, privilegiando o ponto de vista das mulheres sobre seus sofrimentos de nervos (Maria Lucia da SILVEIRA, 2000); o discurso de profissionais de saúde e das mulheres usuárias de uma UBS e de um CAPS acerca do abuso de benzodiazepínicos, e como tal fenômeno é justificado pelo mal-estar causado pela condição social (Lia SILVEIRA; Arisa ALMEIDA; Camila CARRILHO, 2019);

Outros três textos podem ser agrupados em estudos descritivos sobre consumo e dispensação de ansiolíticos e/ou psicofármacos. O trabalho de Suely da Silveira, Andréa de Carvalho, Marcelo Dalla Vecchia e Walter Melo (2016) investigou a dispensação de psicofármacos em um município mineiro de pequeno porte, através de registros de dispensação pela rede pública de saúde em 2012. Aponta-se que os ansiolíticos são a segunda classe de medicamentos mais prescritos (33,8%), e que houve uma predominância de consumo de psicofármacos entre mulheres (67,6 %). Por fim, no artigo, ressalta-se a

necessidade de incentivar o uso racional de psicofármacos. Utilizando os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados da Anvisa, Zorzanelli *et al.* (2019) buscaram estimar a prevalência do uso de clonazepam no Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 a 2013. O resultado da análise indica crescente consumo de clonazepam nesse período, e as/os autoras/es ponderam sobre o aumento de diagnósticos que têm levado ao tratamento farmacológico para condições que não se enquadrariam em síndromes clínicas.

O terceiro artigo desse conjunto propõe, através de análise estatística, conhecer a distribuição e a frequência de consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos, bem como avaliar a correlação entre consumo e características demográficas, epidemiológicas, econômicas e sociais (Ângelo José de AZEVEDO; Aurigena de ARAÚJO; Maria Ângela FERREIRA, 2016). A partir desse estudo, indica-se que o consumo de benzodiazepínicos tem crescido no Brasil, especialmente nas capitais de maior densidade demográfica e percentual de médicos. A relação entre ansiolítico e gênero é, igualmente, apontada nesse artigo ao se valerem de outro estudo para mostrar que o consumo de benzodiazepínicos apresentou o dobro da prevalência entre as mulheres, quando comparado aos homens, em capitais da região Sul do Brasil.

O último texto, que não se encaixa nos conjuntos supracitados, dedica-se a analisar práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde, e indica uma necessidade de aprimorar a incorporação de estratégias psicossociais no cuidado em saúde mental, e não se limitar ao tratamento farmacológico (Raquel FROSI; Charles TESSER, 2015). Nessa seção, apresentei as produções bibliográficas brasileiras que apontam para o cenário de pesquisa sobre antidepressivos e ansiolíticos, especialmente nos campos da saúde coletiva/pública e ciências sociais. A seguir, descrevo como a presente pesquisa vai tomando sua forma a partir de questões suscitadas por essas e outras produções referências no campo de estudos sobre (bio)medicalização e saúde mental.

1.3 Customizar - aflições cotidianas: buscando dar nome ao viver e ao sofrer

No bojo dos estudos sobre biomedicalização, customização é um termo utilizado por Adele Clarke *et al.* (2003) para discorrer sobre processos que enfocam a individualização e personalização de mudanças comportamentais e de estilo de vida. Tal particularização dos seres humanos produz - ao mesmo tempo em que oferta - tanto um "controle sobre" o corpo por meio de intervenção médica quanto uma "transformação" do corpo, de si mesmo, da saúde (CLARKE *et al.* 2003). Ainda, essas autoras destacam que a customização centra-se em uma

individualização, posto que tanto o aprimoramento corporal quanto a “promoção da saúde” torna-se possível por um conhecimento acerca de suscetibilidades individualizadas e patologias potenciais. Tomo emprestado esse termo para contar como, dentre tantas referências que me incitaram e motivaram, esta pesquisa foi sendo customizada, ou melhor, foi sendo inscrita e escrita em suas montagens e engajamentos peculiares. Tal tarefa inicia nessa seção e continua sendo fiada ao longo da tese. Por isso, a seguir discuto algumas condições/situações associadas ao uso de psicofármacos em produções acadêmicas, e de que modo, ao segui-las, o escopo desta pesquisa foi tomando forma.

Grande parte dos textos provenientes das revisões bibliográficas²⁰ associam os usos de ansiolíticos e antidepressivos à depressão e à ansiedade. Ao mesmo tempo, a prescrição e utilização dessas substâncias para outras condições são discussões recorrentes nas produções acadêmicas, tais como, lidar com a insônia, fugas dos problemas (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013); angústia, mal-estar ou dificuldades (Indara BEZERRA; Maria Salete JORGE; Ana Paula GONDIM; Leilson de LIMA; Mardênia VASCONCELOS, 2014); culpa, raiva (Eliana DIEHL, Fernanda MANZINI; Marina BECKER, 2010); inclusive, como elucida Maria Lucia da Silveira em uma entrevista, calmantes e outros psicotrópicos estão sendo recursos comumente lançados para "tratar" frustrações ou insatisfações na vida pessoal ou no trabalho, dificuldades de relacionamento, privações materiais, tristeza e até desânimo (Carmen TORNQUIST; Sônia MALUF, 2010).

Frente a esse cenário, compreendido como de medicalização da vida, diversos artigos se posicionam de modo a questionar a crescente promoção e prescrição de substâncias para as mais variadas situações, principalmente quando entendido como um uso indevido e irracional - por exemplo, o uso prolongado de ansiolíticos (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). A expansão dos usos de ansiolíticos e antidepressivos para além das prescrições para o que é compreendido enquanto transtorno mental (nesses casos, principalmente, ansiedade e depressão), possibilita observar que há outras condições, sensações e experiências performadas através dos gerenciamentos dessas substâncias.

Aposto, neste projeto, em operar com o termo "aflições" para dar conta das variadas sensações e experiências que fazem parte do cotidiano das pessoas. Esse termo é utilizado por outros autores e autoras que desenvolvem estudos sobre saúde mental e medicalização. Os dois principais trabalhos encontrados que enfocam as aflições e suas inter-relações com o uso

²⁰ Refiro-me a dois tipos de revisões bibliográficas, as quais compõem a discussão na tese: a revisão no Portal de Periódicos CAPES, a partir dos descritores e dos critérios mencionados anteriormente; e uma revisão seguindo trabalhos citados em obras consultadas que pareciam interessantes ao projeto e aqueles mencionados como referências para o campo.

de medicamentos são do campo da antropologia: o de Angel Martínez Hernáez (2010), da Universitat Rovira i Virgili (Espanha) e o do grupo em Santa Catarina, que desenvolveu uma pesquisa coordenada por Sônia Maluf e co-coordenada por Carmem Tornquist. O primeiro estudo aborda a construção de um "novo mercado das aflições" (HERNÁEZ, 2010, p. 113) - em outras palavras, a emergência de novos diagnósticos e o crescimento da venda de antidepressivos; o segundo enfocou os cruzamentos entre gênero, saúde e aflição, e cuja abordagem destaca a análise das políticas públicas, do ativismo político e das experiências sociais em relação ao consumo de psicotrópicos e à atenção à saúde.

A pesquisa do grupo de Santa Catarina foi realizada junto a mulheres de bairros periféricos em Florianópolis e buscou ampliar a percepção e os discursos sobre o sofrimento para além das concepções de corpo, saúde e doença, e atentando para as dimensões sociais e históricas das aflições dessas mulheres (MALUF, 2010). Assim, descrevem que tais mulheres relacionam seus sentimentos de aflição ao contexto de sua vida cotidiana no bairro, a problemas econômicos, dupla jornada de trabalho, entre outras questões sociais e políticas da vida (MALUF, 2010). Justamente, o termo aflição, nas análises do referido estudo, visa dar conta dos significados sobre sofrimentos conferidos pelas pessoas pesquisadas em suas narrativas, as quais, “além de modelos de saúde, doença, corpo e pessoa, trazem concepções bastante articuladas com as dimensões sociais e históricas de suas vivências” (MALUF, 2010, p. 54).

Já em Hernáez (2010), encontra-se uma discussão sobre como agenciamentos entre a indústria farmacêutica, a biomedicina e a psiquiatria, em um contexto de sociedades capitalistas, podem provocar um processo de naturalização das aflições humanas. Trata-se, para o autor, de uma reorganização dos mal-estares e das adversidades humanas em doenças, tratáveis, portanto, pela ingestão de psicofármacos, especialmente dos novos antidepressivos - inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina (ISRN). Os estudos são semelhantes ao entenderem que a medicalização como solução para problemas da vida, de questões sociais e biográficas, consolida-se através de uma dessocialização e des-historização da experiência da própria pessoa.

Considerando outros desdobramentos da expansão de experiências da vida "comum" como objetos de intervenções em saúde e/ou medicalizadas, Azize (2012, p. 135). aponta:

O uso tão comum da expressão “qualidade de vida” para se referir a um bom motivo para lidar de forma química com um determinado estado físico e/ou mental ajuda a pensar que estamos muito além de uma oposição simples entre normalidades e patologias (AZIZE, 2002). Nossos medicamentos circulam também hoje por uma gestão contínua da saúde, por uma

construção farmacológica do sujeito, para agenciamentos que dialogam com a lógica biomédica, mas que estão para além dela.

Tendo em vista essa ampliação dos usos de psicofármacos nessa tênue fronteira entre tratar doenças, incrementar a qualidade de vida, ou promover uma customização de si, o emprego do termo aflições parece profícuo para descrever experiências e sensações que remetem a incômodos do dia a dia que não são, necessariamente e nem exclusivamente, da ordem dos transtornos mentais, dos diagnósticos, nem da interlocução médica. Logo, abre-se espaço para uma articulação entre os usos de antidepressivos e ansiolíticos e um gerenciamento dessas aflições - que passam tanto pelas práticas de uso das substâncias quanto pelas relações entre pessoas, coisas e outras práticas associadas. Assim, o que pareceu instigante foi direcionar o olhar para essas articulações, acompanhar como pessoas se valem de antidepressivos e ansiolíticos para mudanças de estados de ânimo e como eles podem atuar nessas dinâmicas, ao mesmo tempo em que nelas se modificam.

A intenção que me moveu na escolha desse tema de pesquisa foi poder me aproximar das diferentes entidades (humanas ou não humanas) envolvidas e performadas nos usos de antidepressivos e ansiolíticos para que pudesse enxergar para além de generalizações, tais como: de que todos possuem algum diagnóstico ou condição que requer essas substâncias; de que usá-las é estar assujeitado ao poder biomédico; de que todos os usos são iguais ou muito semelhantes; ou ainda uma discussão voluntarista, de uma suposta liberdade de escolha no uso de algumas substâncias versus uma imposição ou persuasão pelas instituições médicas e farmacêuticas relacionada a outras, sendo este um uso considerado "mais medicalizado". Buscar as nuances nesses processos através da observação e escuta sobre práticas pode contribuir tanto para o debate dos usos racionais frente às pressões da indústria farmacêutica quanto para que o uso de medicamentos não se torne um tema tabu, no qual homogeneizações, estigmatizações e conceitos são repetidos na mesma medida em que o consumo segue sendo realizado.

1.4 Cerzir - o remendo miúdo de materialidades: sobre as particularidades desta tese

De acordo com a revisão bibliográfica, há um vasto número de trabalhos sobre uso de antidepressivos e ansiolíticos que discutem e/ou pelo menos ponderam a respeito da (bio)medicalização/medicamentalização da vida. Muitas das críticas lançadas sustentam-se no argumento do alargamento das classificações diagnósticas de transtornos mentais, e a inter-

relação com as diferentes pressões da indústria farmacêutica em vender terapêuticas para diversas condições, já que, corroborando o argumento de Foucault (2001) no curso sobre os Anormais, de 1974-1975, a definição do que é considerado patológico está cada vez mais abrangente. Há também estudos que relacionam o aumento da medicamentação com a reduzida oferta de estratégias de cuidado em saúde mental para além da prescrição de psicofármacos, alguns indicando, por exemplo, que a precarização das condições de vida e outras questões psicossociais podem estar atreladas ao sofrimento psíquico, como desemprego, violência doméstica, precarização das políticas públicas, entre outros fatores.

Vale destacar que o crescimento da indústria farmacêutica e o acesso viabilizado a recursos como os medicamentos são facilitados pela coprodução com o processo de reconhecermos nossos corpos como passíveis de intervenções biotecnológicas. Isto é, a percepção de um corpo que necessita e pode ser investido e modificado, visando tanto à saúde quanto ao bem-estar (ROSE, 2007). Se todos/as (ou quase) usam substâncias, a biomedicalização parece ser um dos processos que interatuam na produção de subjetividades, assim, não faria sentido pensar que há sujeitos submetidos à biomedicalização da vida em nossa cultura e outros que estariam fora desse jogo. Nessa perspectiva, questiona-se qual o sentido de falar em biomedicalização da vida? Como esse conceito pode ajudar a pensar para além das constatações de que cápsulas, pílulas e comprimidos fazem parte de nosso cotidiano?

De acordo com Rosana Castro (2012, p. 148), as substâncias e suas relações com processos de saúde e doença já constituem um tema de antigo interesse na antropologia. No que diz respeito aos modernos medicamentos:

Em termos gerais, o foco central de todas essas análises está no reconhecimento do medicamento como um objeto que se torna interessante para a disciplina a partir de seus aspectos culturais e simbólicos, que carregam diferentes significados e engendram diversos itinerários e usos em distintos contextos de relações sociais permeadas por doenças, sofrimentos, perturbações fisicomorais ou aflições.

Assim como na revisão bibliográfica apresentada na seção anterior, alguns trabalhos antropológicos, reconhecidos no cenário brasileiro sobre condições comumente chamadas de sofrimento mental, possuíam como objetivo de análise representações, percepções e significados culturais sobre doenças, sofrimento, medicamentos, entre outras. É o caso dos estudos desenvolvidos por Luis Fernando Dias Duarte sobre as perturbações nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras, especialmente as representações sobre o “nervoso” (DUARTE, 2003); bem como o trabalho de Silveira (2000) acerca das representações locais de nervos e de nervoso na comunidade do Campeche; ou ainda a pesquisa de Maluf (2010),

que destaca as narrativas de mulheres sobre sua experiência de aflições, sofrimento e adoecimento, itinerários e estratégias de alívio, bem como discursos das políticas públicas no que tange a gênero, saúde e aflições.

Diferentemente desses trabalhos, meu interesse inicial foi perseguir as substâncias e não os motivos que levam as pessoas a utilizá-las ou suas percepções acerca disso. Esta tese emerge contagiada²¹ por perspectivas que enfatizam as interações e associações entre os actantes (LATOURET, 2012), que propõem uma realidade sempre negociada e múltipla (MOL, 2002), que repensam os conceitos de natureza e matéria, e que se perguntam sobre como operar com eles de forma não dicotômica (Myra HIRD, 2009; Elizabeth WILSON, 2008). Aliado a isso, a discussão sobre processos de subjetivação nas sociedades ocidentais contemporâneas como inevitavelmente perpassados pela compreensão biológica de si e molecularização²² do corpo, proposta por Rose (2007), influenciou a construção das questões que direcionava ao tema das substâncias. Sobretudo em razão de esse autor apontar para um engajamento dos sujeitos na experiência com aparatos e intervenções biomédicas, não necessariamente colado à ideia de uma população “sem expertise” ou “assujeitada” aos profissionais da saúde.

Visando trazer outras contribuições aos estudos no campo da biomedicalização e aflições/perturbações, busquei atentar para as práticas de uso de psicofármacos e, nesse processo, cheguei ao que passei a chamar de práticas de manejo das aflições. Acompanhar as práticas, seguindo a perspectiva praxiográfica de Mol, permite observar objetos que se fazem a cada novo arranjo. Segundo Moraes e Arendt (2013), a ênfase nas práticas, inspirada em Mol, possibilita problematizar o fazer pesquisa no campo das ciências sociais, especialmente no que diz respeito ao modo de conceber o real/o objeto que se pesquisa. Diferentemente de uma investigação que busca conhecer a realidade, em uma pesquisa praxiográfica, pressupõe-se que alguma coisa passa a existir somente em ação e articulação (MORAES; ARENDT, 2013, p. 317), assim: “A questão que interessa ao pesquisador passa a ser a de investigar as conexões, sempre parciais e locais, entre tais realidades e objetos: eles ora se coordenam, ora se chocam, ora um se sobrepõem um ao outro.”

²¹ Utilizo o termo contagiada, visto que eram essas leituras sob as quais eu me debruçava na época de elaboração do problema de pesquisa, devido ao grupo de pesquisa e às disciplinas eletivas. Era nesse contexto teórico que me encontrava e, portanto, é o lugar de produção de conhecimento que me serviu de base e incentivo.

²² O conceito de molecularização proposto por Rose (2007) emerge da análise de que as mudanças que vêm ocorrendo na área dos saberes biomédicos expõem um novo modo de olhar para a vida: agora a vida é identificada, entendida e modificada no nível molecular (canais de íons, atividades enzimáticas, genes, etc.). Isto é, os processos vitais estão sendo compreendidos nos seus aspectos constitutivos mais elementares. A molecularização possibilita que tecidos, células, fragmentos de DNA se tornem visíveis, valorados, decompostos, transportados, comercializados, e isto também se coloca como uma questão política.

Assim, nesta pesquisa, parti das práticas de uso dos antidepressivos e ansiolíticos para acompanhar como os mesmos se inscrevem nos manejos das aflições em diferentes circuitos, em composição com outras substâncias, dosagens, relações com os efeitos colaterais, gestão de estoques, redes de compartilhamentos, etc. Utilizo manejo²³ para descrever a manipulação desses diferentes elementos que atravessam o dia a dia das pessoas e com os quais elas compõem suas vidas. Essa é uma tese sobre essa artesanania cotidiana que faz realidades.

Como essas substâncias emergem, materializam-se, acoplam-se a outras práticas e fazem algo acontecer? No caso da relação com as substâncias, essas práticas são aprendidas e compartilhadas; ao mesmo tempo em que tais práticas estão performando sujeitos, substâncias, gênero, classe, etc. Assim, objetivo costurar as redes de engajamento que foram se mostrando no campo, evidenciando as posografias particulares no manejo das aflições. No decorrer da pesquisa, ao perseguir os psicofármacos foram surgindo outros elementos (como família, renda, relações de trabalho, efeito colateral, entre outros) que evidenciam que há marcadores sociais da diferença que atuam de modo basilar no manejo das emoções. Portanto, conjecturo as interseccionalidades como um nó teórico-metodológico e, abordo, mais especificamente, algumas articulações entre gênero, classe e raça.

A discussão sobre as materialidades que se envolvem no manejo das aflições cotidianas baseia-se na perspectiva de Annemarie Mol, conforme será explicitado adiante. Inspirada por Mol, busco produzir uma tese que persegue a performance de realidades múltiplas, o que sugere o trabalho com as instabilidades, com os arranjos sempre dinâmicos que produzem as substâncias como múltiplas, assim como os corpos, as doenças, as aflições. Mol auxilia a entender um mundo em disputa, em que versões são negociadas, agregadas. Assim, frente a contextos em que intervenções/recursos biomédicos são elementos acionados na gestão das aflições cotidianas, e pressupondo que diversas entidades humanas e não humanas cooperam na performance dos estados de ânimo, o problema de pesquisa recai em investigar como 'antidepressivos' e 'ansiolíticos' ao conectarem-se com outras substâncias, dosagens, relações com os efeitos colaterais, gestão de estoques, redes de compartilhamentos, etc., podem materialmente fazer realidades e se fazerem nessas práticas.

²³ Agradeço a Marcia Moraes por apontar a dimensão da artesanania na composição das realidades conforme pesquisas de Mol na ocasião da qualificação do projeto desta pesquisa.

1.5 Seguir os fios soltos e fazer nós: nota sobre objetos e fronteiras

Definir qual é o objeto da pesquisa é uma questão que persiste durante o percurso de uma investigação. Alguns a delimitam logo. Eu sinto que ela ainda escorrega de minhas mãos. Seriam os psicofármacos? As pessoas que usam os medicamentos? A depressão? A aflição? Após certo tempo de trabalho em campo e algumas discussões teóricas, acalmei a ânsia acadêmica ao considerar como objeto as práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos. Contudo, passado mais algumas idas e vindas pela cidade, trocas de mensagens, encontros para falar sobre comprimidos e tudo o que as pessoas quisessem contar sobre eles, senti que o campo foi ficando menos sobre comprimidos, caixas e receitas e mais sobre afetos, sobre modos de lidar com a vida. Assim, no momento de finalização do trabalho de campo, acomodei como objeto da tese as práticas de manejo do *ficar bem*. Durante a escrita da tese, emergiu como objeto os modos de manejo das aflições.

Assim, os objetos desta tese também foram se fazendo no próprio processo de pesquisa (o que contempla também a escrita). Poderia dizer que, a cada capítulo, o objeto de estudo é performado e multiplicado, uma vez que ele se coproduz com os elementos que estão sendo arranjados naquele espaço-tempo, posto que já se trata de outro momento que não aquele do trabalho de campo. A escrita da tese também compõe a montagem do *fazer existir*, que, conforme será explicitado no próximo capítulo, é uma montagem transitória e parcial possibilitada pela posografia. Conforme Amade M'Charek (2014), as montagens são muitas vezes politicamente motivadas, pois podem criar efeitos políticos. Dessa forma, levar a cabo uma pesquisa que defende que os objetos se fazem nas práticas implica sustentar objetos que se fazem e se desfazem a cada página.

Embora possam existir múltiplas versões dos objetos, eles não são fragmentados. Há, segundo Mol (2002), muitas formas de esses objetos estabelecerem coerência entre si. A autora vale-se do termo coordenação para remeter ao processo de “juntar” as realidades feitas. São multiplicidades coordenadas, através de uma “coerência-em-tensão” (MOL, 2002, p. 84). Ao tomar a performance da arteriosclerose, Mol (2002) destaca que a coerência necessária para se possam reconhecer tais objetos ou estabelecer continuidades entre eles ocorre por combinações ou calibrações dos resultados de testes/exames. Nessas conexões, há lugar para as discrepâncias, pois as múltiplas versões são articuladas, sobrepostas, suprimidas. Assim, se nesta tese descrevo uma depressão que é feita em um consultório, uma fluoxetina que faz um corpo ágil ou, ainda, a performance da pessoa que se quer ser, é porque, de alguma forma, as versões de objetos se coordenaram para fazer existir a depressão, o corpo, o sujeito.

A negociação entre versões não é uma prática livre de interferências, afinal, são práticas situadas. Ao seguir os estudos de Mol (2008), atentamos à multiplicidade ontológica que provoca deslocamentos nos modos de conhecer, na medida em que ela aponta que as condições de possibilidade não são dadas a priori, e sim, invariavelmente, feitas e disputadas. Segundo Mol (2002), ao estabelecer a "coerência-em-tensão" de um objeto, há hierarquias operando (por exemplo, entre "queixas" subjetivas e "achados laboratoriais" objetivantes). Ao longo do presente trabalho, tornou-se evidente uma significativa hierarquia entre os sintomas considerados físicos sobre os considerados emocionais ou mentais, na montagem em que um diagnóstico é feito. A aposta em ontologias políticas²⁴ contribui para desacomodar a abordagem de substâncias como antidepressivos e ansiolíticos enquanto objetos dados e persegui-los em seus efeitos performativos. Além disso, essa perspectiva é instigante para lançar questões ao campo da saúde mental, no sentido de que a noção de ontologias políticas destaca as disputas e tensões entre versões de objetos (corpos, diagnósticos, substâncias, entre outros) desviando de coesões totalizantes e rígidas no manejo das aflições cotidianas.

Retomo, então, o mote desta tese, que é o trabalho com as montagens particulares entre actantes. Também em Donna Haraway encontro sustentação para seguir uma pesquisa que persegue mais a instabilidade dos objetos do que suas estabilizações:

[...] os corpos como objetos de conhecimento são nódulos gerativos material semióticos. Suas fronteiras se materializam na interação social. Fronteiras são desenhadas através de práticas de mapeamento; "objetos" não pré-existem enquanto tais. Objetos são projetos de fronteiras. Mas fronteiras oscilam desde dentro; fronteiras são muito enganosas. O que as fronteiras contêm provisoriamente permanece gerativo, produtor de significados e de corpos. Assentar (atentar para) fronteiras é uma prática muito arriscada. (HARAWAY, 1995, p. 40/41).

Segundo Marcia Moraes (2014), a fronteira sobre a qual Haraway sustenta seu posicionamento a respeito da produção de conhecimento é uma fronteira porosa, espaço de controvérsia, em que são negociados, através de um jogo político e epistemológico, o que por ela passará. Nesse sentido, as autoras destacam um objeto, uma pesquisa, um mundo que se faz nessa oscilação fronteira. Assim, se as fronteiras não são entendidas como meros limites, mas, inclusive, a partir de uma perspectiva política, “no sentido de colocar em jogo o trânsito,

²⁴ Opto por utilizar "Ontologias políticas" em detrimento de "Política ontológica", tradução em português para o termo utilizado em seu artigo de mesmo título, tendo em vista a discussão em entrevista que Mol concedeu a Denise Martin, Mary Jane Spink e Pedro Paulo Gomes Pereira (2018), na qual refere que “ontologias políticas” seria um termo mais adequado, pois o foco é que não há uma versão só da realidade ou uma ontologia. O termo político acoplado indica que as realidades podem ser organizadas de muitos modos, conforme as possibilidades em jogo.

a passagem entre um território e outro” (Ronald ARENDT; Marcia MORAES, 2016, p.18), ampliam-se as possibilidades de como desejamos refazê-las.

As fronteiras performam um ponto entre elementos cuja existência depende dessa relação. Assim, o que conta como depressão, ansiedade, sujeito, conforme descrevo nesta tese, inscreve-se em um projeto de mapeamento de fronteiras e do que elas fazem. Um projeto nada ingênuo nem neutro. Aprendemos com Haraway (1995) que afirmar uma perspectiva parcial e localizada possibilita redesenhar fronteiras dos objetos atentando às realidades que estamos cooperando para performar. Nas próximas páginas, dedico-me a bordar a metodologia do enredamento, que exigiu e fez existir montagens artesanais.

2 A PERFORMAÇÃO DE UMA PESQUISA A CONTA-GOTAS: INFORMAÇÕES PARA A LEITURA

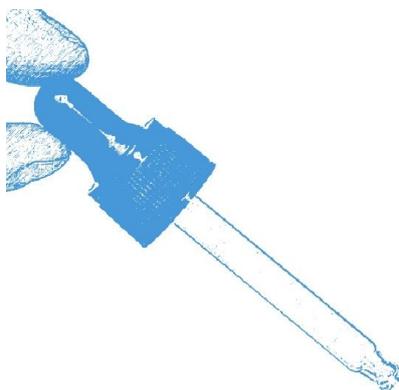


Ilustração 2

Autor: Paulo Bevilacqua

Descrição: gravura da ponta de dois dedos em formato de pinça, segurando um conta-gotas. Toda a ilustração é na cor azul em fundo branco.

Neste capítulo, enuncio os nós teórico-metodológicos que esta tese enredou. Nó pode ser obstáculo e, ao mesmo tempo, elo. Uso o termo "nó" no sentido de conexão de inquietações, objetos, conceitos - os quais possibilitaram a emergência deste estudo - e, também, nó como proliferação, porque foram se criando com as redes (de referência, de engajamentos), ou seja, a cada gesto, pergunta, mensagem de *WhatsApp*. Em uma pesquisa que se baseia na perspectiva de Annemarie Mol, segundo a qual as práticas performam objetos e realidades múltiplas, não há como delimitar linearmente o antes e o depois de um problema teórico-metodológico. Os nós, ao conectarem actantes, fazem as redes, ao mesmo tempo em que as redes fazem, desfazem, refazem os nós. Multiplicam realidades. O termo "nós", com função de sujeito plural, remete à multiplicidade de actantes conectando-se e, dessa forma, de uma pesquisa que se faz coletivamente. Logo, seguir uma metodologia do enredamento não implica necessariamente desatar os nós, mas observar as articulações que emergem e tornam as redes um objeto de pesquisa tão intrigante e complexo.

O primeiro nó teórico-metodológico surgiu com a seguinte indagação: como pesquisar as práticas de uso de substâncias sem necessariamente acompanhar o instante em que elementos da rede estão se engajando, sem o acesso direto ao *enact* da substância. Perseguir as pistas desse nó fez emergir a proposta posográfica. Sobre esse nó discorro na seção 2.1. O segundo

nó diz respeito ao status da materialidade quando se trata de uma prática referente ao campo da "saúde mental". Por fim, o terceiro nó teórico-metodológico remete à questão: como operar com a articulação de marcadores sociais da diferença a partir de uma perspectiva das práticas, das materialidades e das ontologias múltiplas. Esses dois outros nós são apresentados nas seções 2.2.2 e 2.2.3, respectivamente. Entre os nós, nas seções 2.2. e 2.2.1, exponho como a perspectiva materialista-relacional, fundamentalmente inspirando-me em Mol, compõe a articulação teórico-metodológica deste trabalho. Metaforizando a composição de um fármaco, proponho as cooperações e coordenações entre actantes como um princípio ativo que coloca essa tese a funcionar, e os dois últimos nós teórico-metodológicos como excipientes, isto é, o que propicia a particularidade do objeto em questão, conforme será melhor explicado adiante.

Além disso, no presente capítulo, situo o campo de pesquisa que conformou esta tese, especialmente descrevendo a construção das redes de indicação. Ao finalizá-lo, discorro sobre algumas ponderações éticas da pesquisa, bem como discuto o próprio pesquisar como compondo as práticas de usos de psicofármacos sobre as quais debrucei minhas análises neste trabalho.

2.1 Por um método "posográfico": modos de usar

Uma das questões mais impertinentes desde quando comecei a delinear o projeto de tese foi como conhecer práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, a partir de um enfoque nas materialidades. Para além de pensar como delimitar e acessar interlocutores/as da pesquisa, lançava-me ao primeiro nó teórico-metodológico: como investigar práticas de uso dessas substâncias a partir, sobretudo, das falas sobre esses usos. De que modo não me restringir às representações e aos elementos simbólicos das narrativas, mas, através delas, acessar os instantes em que as coisas estão sendo feitas? Haveria possibilidade de estudar o que essas substâncias fazem e como são feitas nas redes envolvidas na gestão das aflições cotidianas?

Por essa areia movediça andei durante o desenvolvimento de toda a pesquisa, e nas páginas seguintes procuro contar algumas estratégias que experimentei para observar as práticas e perseguir redes envolvidas na gestão das aflições. Portanto, apresento a proposta de um método posográfico que, ao atentar para as minuciosidades e suas interações, tornou possível um caminho investigativo que foi se fazendo no cotidiano da pesquisa de campo.

Posologia indica dosagens, pequenas gotas ou alguns comprimidos que, manipulados no tempo, produzem algo (redução de sintomas, eliminação de alguma bactéria, alterações neuronais, crescimento de cabelo, perda de cabelo, espinhas, trombose, sono, alteração nas

taxas de hormônios, etc.), sejam efeitos desejados ou não. Sempre há o espaço do inesperado, afinal, são muitos (f)atores em relação. Posologia pode remeter à prescrição, mas prefiro vê-la enquanto interação. O sufixo 'grafia', em latim *graphein*, significa escrever, descrever. Tomo emprestado esse sufixo de outros métodos que aqui me inspiram, a etnografia e a praxiografia. Por isso, proponho um método posográfico: uma grafia do miúdo, uma grafia a conta-gotas.

Conforme explicitado na apresentação, considero que esta pesquisa tem uma inspiração etnográfica. Em primeiro lugar, pela relação que busquei construir em campo: de abertura para acompanhar os movimentos que o campo conduzia; de reconhecimento dos saberes e informações dos/as interlocutores/as como material privilegiado de análise. Mas, também, devido a algumas características referentes ao método, conforme refiro em minha dissertação (Fernanda de MACEDO, 2016), que são recorrentes em trabalhos denominados etnográficos: observação sistemática em campo; descrição densa em diário de campo; movimento de estranhamento/familiarização; bem como, compreensão do fenômeno enquanto atravessado por um contexto mais amplo.

A praxiografia, conforme a perspectiva de Mol (2002), é uma proposta de filosofia empírica que se vale de métodos etnográficos de investigação. Assim, o interesse investigativo reside em conhecer as praticidades e contar o que se passa quando as acompanhamos. É nas práticas que são feitos objetos, corpos, doenças e realidades múltiplas. Além disso, esses objetos feitos, existem a partir de - e apenas devido a - uma diversidade de entidades que se conectam. Tomando o caso da arteriosclerose, Mol (2002) aponta como ela é feita, por exemplo, no engajamento com: microscópio, médicos patologistas, manuais de patologia, perna amputada.

A pesquisa com as práticas também permite ver quando um objeto entra em disputa: por exemplo, a anemia clinicamente diagnosticada (a pálpebra branca demais e queixa de cansaço) que contrasta com os resultados de exames laboratoriais indicando níveis supostamente saudáveis de contagem de hemoglobinas (MOL, 2008). Dessa forma, os objetos nunca estão sozinhos, dependem de tudo e de todos que estão ativos enquanto estão sendo feitos, "ser é estar em relação" (MOL, 2002, p. 54, tradução nossa). Essa concepção de objeto sustenta a presente pesquisa.

Nesta tese, porém, estamos diante de um objeto/campo de difícil apreensão instantânea, visto que há limitações ao acompanhar a prática de uso de psicofármacos: tanto por eu participar apenas de breves momentos da rotina de cada participante quanto pela ingestão do comprimido não ser uma prática que, por si só, evidencia as redes de engajamento que a ela estão atreladas. Vale destacar que o campo psiquiátrico é uma especialidade ainda centrada na

narrativa do/a paciente e/ou de sua família, porque há poucos recursos biotecnológicos que auxiliam a verificar a atuação dos medicamentos para cada sujeito (há, por exemplo, exame de dosagem de lítio). Modo geral, a prescrição de psicofármacos sustenta-se na experiência do/a médico/a (que é quem prescreve) e na experiência do sujeito que usa - história de vida, sinais e sintomas, efeitos das medicações. Motivada por essas questões, a estratégia para investigar experiências de usos de antidepressivos e ansiolíticos, bem como outras estratégias de manejo das aflições, através de narrativas, foi o gradual acesso a partes das práticas, um acesso a conta-gotas, isto é, posográfico.

Dessa forma, perscrutar as práticas cotidianas relacionadas a substâncias, mais especificamente o que elas podem materialmente fazer no mundo no qual estão enredadas, exigiu acompanhar práticas em suas minuciosidades, especialmente, nas trivialidades do cotidiano as quais estão interferindo e performando realidades sem que, em geral, a elas direcionemos muita atenção. A especificidade do método posográfico implica acessar a performance a partir de um conta-gotas, ou seja, um acesso às práticas aos poucos que, apesar de não capturar a performance da cena do *fazer existir*, possibilita performá-la em outro espaço-tempo. Assim, foi preciso que os/as interlocutores/as fossem narradores/as de suas práticas e compusessem pedaço a pedaço de como/o que eles fazem nos usos de psicofármacos e manejo do *ficar bem*. Porém, essa montagem das práticas também dependeu de quais perguntas foram feitas, como/quando/onde foram feitas. Segundo M'charek (2014), uma montagem é mais sobre fazer do que representar algum objeto. Por isso, nesta tese, busco entoar verbos como “acompanhar” e “descrever”, e esquivar-me de verbos tal qual “interpretar”.

Cada conversa, e/ou observação, fez emergir actantes que produziram uma determinada interação (interlocutores/as, pesquisadora, serviços de saúde, escadarias, comprimidos, farmácias, mensagens de *WhatsApp*, etc.). Certamente, essa performance montada a pequenas doses não é a mesma performance do instante em que, por exemplo, um Rivotril[®] é posto sob a língua, entra na corrente sanguínea, concomitantemente a um fone de ouvido que é colocado, quando a música e a substância se juntam a um corpo, a respiração retoma um fluxo e os pensamentos param de acelerar. A posografia possibilitou uma montagem da cena do *fazer existir*, sempre parcial, localizada, transitória.

2.2 Composição - perspectiva materialista relacional

Produzir uma pesquisa atenta às materialidades e como elas performam sensações, objetos, etc. implica uma postura investigativa de acompanhar as práticas, acompanhar o que está sendo feito, pois, conforme mostra Annemarie Mol (2002), não há objeto anterior e fora das práticas que os fazem. Nesta seção, sistematizo o modo como a perspectiva teórico-metodológica de Mol guiou as perguntas e reflexões teórico-metodológicas desta pesquisa.

Para descrever como os objetos passam a existir dependendo das práticas nas quais são manipulados, Mol (2002) opta pelo termo *to enact*, cuja tradução em português pode ser tanto interpretar/atuar, desempenhar um papel como se estivesse em um teatro, quanto decretar, promulgar. A esse segundo significado que se remete Mol. No livro “*The body multiple: Ontology in medical practice*” (2002), a autora salienta que a palavra performance tem várias conotações apropriadas à metáfora que ela quer recorrer para falar da doença que está sendo feita, mas descarta esse termo, pois carrega uma série de acepções acadêmicas. Por exemplo, segundo a autora, performance pode indicar que há um pano de fundo, onde estaria escondida a realidade de fato. Ou, ainda, pode sugerir que há efeitos performativos para além do momento em que alguma coisa está acontecendo. Em entrevista mais recente (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018), Mol alude que não há grande diferença entre a maneira que ela utiliza o verbo *to enact* para o emprego de performance feito por Judith Butler no que se refere a esse aspecto, já que Butler também não compreende que há um "bastidor" por trás da cena em que algo é performado. Entretanto, visando evitar essa conotação, Mol segue investindo em palavras que evidenciem a dimensão presentificada das interações:

O ponto crucial da mudança para performance/*enacting* é que o presente em si está e permanece instável. Há o aqui e o agora, em que fazendo, *doing*, acontece, mas não é explicado pelo que aconteceu antes. Existem padrões e rotinas, mas sempre há a possibilidade de surpresas. (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018, p. 03).

Tendo apresentado tais ressalvas, nesta tese opto²⁵ por utilizar os termos performance/performar/performativo para operar conforme o sentido que *to enact* tem para Mol (promulgar, fazer existir), com intuito de utilizar palavra de melhor apreensão para leitoras/es em português. Além disso, Law (2004; 2008), imerso nessa mesma perspectiva, também utiliza, além de “*enact*”, os termos “*performative/performance/performativity*”.

²⁵ Nessa discussão, também me guiei pela argumentação para a tradução do termo *enact* de Moraes e Arendt (2013) e pelo comentário de Marcia Moraes na banca de qualificação.

Intencionalmente, uso performance para tentar diminuir a correlação direta com a performatividade de Butler. Em que pese suas teorias se aproximarem em diversos aspectos, não será diretamente utilizada neste trabalho. Mol (2002) também emprega o verbo *to do* (no sentido de fazer), inclusive intitulado alguns dos capítulos de seu livro "*Doing disease*" e "*Doing theory*".

O *doing* ou o fazer, para Mol, é situado localmente e temporalmente e, por isso, a conjugação para o presente contínuo em língua inglesa (*doing*), que exprime uma ação que está acontecendo. Ainda, conforme explicita Marcia Moraes (2015), esse verbo serve para ações que não têm um produto, trata-se de um fazer processual. Essa perspectiva de corpos, doenças, bem como de realidades cotidianamente e interminavelmente sendo feitos e refeitos, é o que Mol busca afirmar com o uso do *doing*. Portanto, atentando a esse ponto gramatical e metodológico, para descrever a maneira das práticas operarem, como tradução do *doing* ou, por vezes, do próprio *enact*, uso as palavras ‘fazendo’, ‘fazer existir’.

2.2.1 Princípio ativo - coordenações, cooperações

Um dos pontos centrais desta pesquisa é analisar as articulações entre as pessoas que usam ansiolíticos e antidepressivos e demais entidades humanas e não humanas envolvidas nessas práticas (médicos/as, outros/as profissionais da saúde, familiares e amigos/as, substâncias, outros/as usuários/as de substâncias, bulas, etc.). Acredito que isso possa ajudar a pensar o que se passa para além da noção de que estamos sujeitos a uma biomedicalização da vida que se sustenta na pharmaceuticalização e no imperialismo médico.

Latour já há muito nos alertou de que objetos não humanos também agem. Através de redes, actantes (humanos e não humanos) movimentam as coisas, modificam situações. Actante, para o autor, é justamente aquilo que não se pode substituir, constitui um evento único, ele "faz a diferença". Assim, a proposta da Teoria Ator-Rede, conforme emprego de Latour (2012), é *seguir* uma rede - associações de entes heterogêneos - e usá-la para descrever. Isto é, não buscar explicar a realidade social e, então, produzir teorias, mas, sobretudo, observar os actantes que já estão lá muito antes de lançarmos nossos olhares investigativos, agindo, diferindo, associando-se. A descrição apresenta uma produção feita pela própria rede. Ao seguir as mediações e controvérsias produzidas por essas associações de actantes, o pesquisador descreve uma realidade que se estabiliza, mas que nem por isso deixa de insistir enquanto um processo em trânsito.

Nesse contexto, surge a questão: como estão sendo coordenadas as versões de realidade? Se os actantes só são actantes quando estabelecem relação, caso fossem mudadas algumas associações, produziriam outras realidades? Como conhecer o que múltiplas realidades fazem e como são feitas? Encontro eco a essas indagações no trabalho de Mol. Em que pese Latour ter aberto questões fundamentais para o campo dos estudos de ciência, tecnologia e sociedade (ECTS) - tais como ter mostrado que o conhecimento científico também é crença (LATOURE, 2002), ter apontado a simetria entre actantes humanos e não humanos, recolocado o social não como um domínio que fornece uma "explicação social" mas como associações a serem observadas (LATOURE, 2012) - nesta pesquisa opto pela noção de ação na rede tal como articulada nas pesquisas de Mol.

Moraes e Arendt (2013), ao discutirem sobre as torções que a proposta de Mol e de outras/os - como John Law e Ingunn Moser - provocam na teoria ator-rede, apontam novas contribuições desse/as ao campo dos ECTS, especialmente a "guinada para a prática" (p. 320), que pressupõe novas formas de produzir perguntas e de elaborar estratégias metodológicas. Assim, "[...] para esses autores, não se trata mais de acompanhar como os objetos se estabilizam em redes, mas sim, de lidar com um processo mais precário, contínuo, fluido, aberto, um modo nunca acabado de fazer existirem realidades" (MORAES; ARENDT, 2013, p. 315).

Mol (2008) aposta que se as realidades são feitas, localizadas - historicamente, culturalmente e materialmente -, elas são, igualmente, múltiplas, direcionando o interesse investigativo para como as práticas performam realidades. Evidenciar que várias realidades coexistem indica, sobretudo, que nessas análises a questão ontológica é sempre política, pois as realidades são modeladas e negociadas por práticas e estão sempre em disputa (MOL, 2008). Dentre tais práticas, encontram-se os métodos de pesquisa, que são, do mesmo modo performativos, engendram mundos (MORAES; ARENDT, 2013).

A perseguição nas ciências pela verdade ou pelo conhecimento mais válido sobre um objeto ou fenômeno perde sentido quando as inflexões de Mol (2008; 2002) levam a perceber que a verdade ou as ontologias são múltiplas, havendo diversas realidades que podem coabitar, contrastar ou se sobrepor no presente, e que, nesses arranjos, performam versões de objetos. A filosofia empírica de Mol mostra realidades dependentes, por exemplo, no diagnóstico de anemia, em que, no método laboratorial está incluído o método clínico (através do qual foram pressupostas as pessoas saudáveis para que seus exames estabelecessem o padrão de normal e patológico). Aponta também para realidades que se afastam, ou colidem, como é a performance clínica da arteriosclerose (queixa de dores nas pernas) e a performance

patofisiológica da arteriosclerose - uma íntima²⁶ espessa. Ou seja, a doença depende das práticas porque a realidade pode se ordenar e coordenar de diferentes modos.

Debruçar-se sobre as práticas exige estratégias metodológicas que atentem ao local. Conforme Mol (2002), os objetos não são os mesmos de um local para o outro - seja o hospital Z ou outros hospitais, seja a perna de uma pessoa viva ou uma perna amputada - pois as práticas e as materialidades engajadas serão outras. É a partir desse viés das práticas e da especificação espacial que parece emergir a praxiografia como proposta metodológica. A praxiografia propõe-se a acompanhar uma estória²⁷ das práticas, mostrando como um objeto passa a existir, o que ele faz/performa. A ideia de performar algo, nesse sentido, sugere dizer que objetos aparecem e desaparecem com as práticas (MOL, 2002), como quando se observa um tecido através de microscópio, quando o paciente relata queixas e os profissionais escutam na clínica, quando se oferece o braço para tirar sangue ou quando o braço apoia na cama da hora de levantar, etc. Para a autora, uma etnógrafa/praxiógrafa que investiga doenças nunca as isola das práticas através das quais são feitas, "ela obstinadamente toma nota das técnicas que fazem as coisas visíveis, audíveis, tangíveis, conhecíveis" (MOL, 2002, p. 33).

Mol (1998; 2002) baseia-se em Georges Canguilhem para explorar, no campo médico, a multiplicidade das normalidades. Para Canguilhem (2012), tanto a saúde quanto a doença tratam de normas estabelecidas entre os viventes e o ambiente. Logo, "O ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais, é sua relação que os torna normais um para o outro" (CANGUILHEM, 2009, p. 56). Isto é, viver é estar em composição, é produzir meio. Justamente quando se suspende a relação com o meio é que se instaura uma ordem patológica. Nesse sentido, o conceito de saudável ou patológico só existe na experiência vivida (CANGUILHEM, 2009).

De acordo com Mol, Canguilhem "considerou a realidade vivida de uma doença que leva uma pessoa a visitar um médico com queixas clínicas como mais importante do que o desvio que pode ser detectado em laboratório" (MOL, 1998, p. 274, tradução nossa). Para o autor (2009), o laboratório é um espaço em que o processo vital é definido pela frequência estatística, em termos objetivos, descolado da interação, ao passo que a clínica contempla a

²⁶ A íntima é a camada mais interna da parede arterial.

²⁷ Utilizo o termo estória quando me refiro à palavra *story* conforme referências de textos de Mol (2002) e John Law e Annemarie Mol (1995), na língua inglesa. Compreendo que, na proposta do autor e da autora é adequado o termo estória para falantes de inglês, já que estória pode significar relato, conto, narrativa, fábula, ao passo que história é comumente utilizada para remeter à disciplina que estuda eventos pelos quais a humanidade passou, e por vezes pode parecer que esse termo deve ter maior compromisso em relatar o que de fato ocorreu. Logo, ao utilizar estória, parece-me que Law e Mol a aproximam de uma montagem que se faz quando se conta algo. Tendo em vista que na língua portuguesa história é utilizada com ambas as significações, no restante das menções me valho dessa única palavra.

história singular do sujeito. Evitando a descontextualização dos campos sobre os quais Canguilhem tece seus conceitos, apreendo que a proposta de Mol (2002) é ampliar as teorizações suscitadas por ele, uma vez que se dedica a acompanhar como vários padrões de diferenciação entre normal e patológico interferem uns nos outros. Mol (1998; 2002) ocupa-se das interferências complexas, que incluem actantes humanos e não humanos nas práticas médicas. E, sobretudo, das tensões entre modos de ordenar e coordenar as múltiplas realidades.

Assim, visto que, nessa perspectiva materialista relacional, o "ser" é sempre "em relação", evidencia-se que diversas materialidades são necessárias para performar um objeto. Nesse sentido, as materialidades só funcionam em arranjos (Sebastian ABRAHAMSSON; Filippo BERTONI; Annemarie MOL; Rebeca MARTÍN, 2015). Analisando o caso de ácidos graxos ômega-3, essas/es autoras/es expõem como as materialidades são relacionais: se o ômega-3 diminui a propensão a atos violentos entre prisioneiros, conforme Jane Bennett defende, ele não o faz sozinho, mas em combinação com vitaminas e minerais, e com pessoas que têm uma deficiência de micronutrientes (ABRAHAMSSON *et al.*, 2015). Entretanto, a questão proposta por eles/as não se trata de identificar que(m) seria responsável pela diminuição da agressão ou melhora do humor, e sim mostrar que a alimentação que preconiza a ingestão de ômega-3 - especialmente para pessoas do Norte - coloca outras questões relacionais em jogo, como a drástica diminuição dos peixes e, conseqüentemente, o desequilíbrio nos alimentos de pessoas no sul, de regiões que contam com peixes para sua sobrevivência.

É impossível distinguir qual - substância, célula, parte do corpo, quantidade do medicamento, peso corporal, usuário/a, prescritor/a, laboratório - e quando se fundem, e são responsáveis e por quais efeitos. Assim, procurei tecer uma metodologia que proporcionasse o encontro com as/nas práticas e suas performances. Nas próximas seções exploro como o segundo e terceiro nós teórico-metodológicos se engajam na performance da presente pesquisa.

2.2.2 Excipiente - saúde mental revestida e a tentativa de produzir sulcos

Excipiente faz parte da composição de um medicamento junto ao princípio ativo, tais como um espessante, corante, entre outros. Eles mudam a farmacocinética, a absorção do

fármaco²⁸. Utilizo aqui o termo excipiente no sentido de ser algo que compõe o fármaco e que é necessário para garantir sua forma e ação. Como nesta pesquisa me disponho a contribuir com novas questões ao campo de estudo das práticas, os excipientes que proponho nesta tese (que remetem ao segundo e terceiro nós teórico-metodológicos) fornecem uma forma, uma ação e um gosto particular ao trabalho.

Nesta tese, será perceptível o protagonismo de Maurícia²⁹ e sua rede de engajamentos. Ela reside no território que é coberto pela Unidade de Saúde em que realizei trabalho de campo. Mau é uma mulher que tem pouco mais de 60 anos (o que a deixa contente por poder usar o *TRI de velho*, como chama a isenção de passagem no transporte público municipal³⁰) e que se autodeclara negra e africana, por conta da ancestralidade. Contou-me que sua bisavó *Não falava nem a nossa língua, sabe? Quando ela tava, assim, bem nervosa, aí que ninguém entendia nada*³¹. Maurícia foi a interlocutora que mais visitei e acompanhei ao longo da pesquisa de campo. Para além da disponibilidade de tempo (está sem trabalhar e passa os dias em casa cuidando de uma sobrinha-neta de um ano de idade), ela teve a disponibilidade de abrir sua casa para mim e deixar que as respostas às minhas perguntas, também, compusessem sua rotina de cuidado.

Maurícia travava conversas compridas, cheias de detalhes e desvios, daquelas boas de etnografar. Ela mesma enfatiza: *gosto de sentar e conversar*. Eu sempre saía de sua casa com um "gancho" para um próximo encontro. Ainda, seja por ter topado de fato a ideia da pesquisa e/ou gostar de companhia em seus trajetos nos serviços de saúde, Maurícia diversas vezes me mandou mensagens de celular com convites para acompanhá-la em alguma consulta agendada, com a psicóloga, com o oftalmologista. Assim, Mau compõe esta tese do início ao fim, tanto por eu tê-la acompanhado em diversos momentos e locais quanto por ela ser uma ótima etnógrafa das suas práticas e ir explicitando as montagens de elementos, sensações, pessoas,

²⁸ Isso aprendi com uma profissional da Farmácia Distrital em que pesquisei. Agradeço a ela pela solicitude em responder minhas dúvidas acerca dos psicofármacos.

²⁹ Todos os/as interlocutores/as da pesquisa e também os/as profissionais e informantes-chave que indicaram pessoas ao estudo receberam nomes fictícios estabelecidos por mim. Com exceção de Maurícia, que foi um nome escolhido pela própria participante em um de nossos encontros. Acredito que isso se deve, justamente, em razão de nosso contato mais prolongado e, assim, o vínculo estabelecido. Também me refiro a ela como Mau, para tentar remeter ao seu apelido. Com as outras/os interlocutores/as, também tentei traçar formas de nomeá-las de acordo com as formas que eram comumente chamadas por mim e pelas pessoas que nos apresentaram, como utilizar apenas apelidos ou a forma de tratamento 'Dona'.

³⁰ No município de Porto Alegre, o sistema de bilhetagem eletrônica no transporte coletivo chama-se TRI (Transporte Integrado). Esse termo é popularmente conhecido para referir-se ao cartão de acesso ao transporte.

³¹ Os excertos das falas dos/as interlocutores/as tanto das entrevistas quanto dos trechos provenientes do diário de campo foram padronizados da seguinte maneira: em trechos menores de três linhas, utilizo itálico no decorrer do texto; e, quando maiores, apresento em recuo à esquerda, com fonte 11. Ainda, o recurso itálico visa destacar a transcrição literal das falas provenientes de entrevistas e diário de campo.

antidepressivos, crenças, serviços, entre tantos outros inusitados que faz compor sua rede de manejo das aflições.

Maurícia: *Eu fui no posto³² consultar com a doutora Marina e ela que descobriu que eu tava com depressão. Eu até tinha escondido dela, né, que eu tava assim. Aí ela começou a fazer perguntas. De certo era meio psicóloga, né? Pergunta, pergunta. E aí eu comecei a chorar na hora, né? E aí ela viu que eu tava com depressão. Aí me encaminhou, ela mesmo me encaminhou o psiquiatra lá no [nome do centro de saúde em que ficava o serviço especializado em saúde mental].*

[...]

Maurícia: *E daí eu tô tomando. Eu tomo... eu não vou te dizer que eu tomo direito os remédios...*

Fernanda [entrevistadora]: *Sim.*

Maurícia: *porque eu não tomo. Ainda mais agora. E eu já tô bem melhor, sabe? Eu acho que 95% da depressão...eu tô... eu tô boa, sabe?*

[...]

Maurícia: *Aí eu me dei bem com esse aí, o amarelinho [referindo-se à amitriptilina³³]. Então quando eu tô querendo mesmo ficar pra baixo eu tomo todos os dias. (Entrevista A - Rede US).*

Ficar para baixo é um modo que Mau utiliza para descrever quando sua depressão está voltando. – *Como é sentir que está voltando?*, pergunto em uma das vezes em que conversávamos na área³⁴ de sua casa. *Angústia, tristeza... Quando veio aquele monte de conta e eu sem receber. Fiquei louca*, enfatiza Mau. Durante a pesquisa de campo, pude acompanhar as modulações de Maurícia em seu uso de antidepressivos, quando precisava ficar alerta para cuidar de crianças, quando sentia-se sozinha pelo fato de as sobrinhas não residirem mais com ela, quando começavam a acumular as contas porque ela estava sem renda e não conseguia a aposentadoria.

Ainda, sobre a rede em que Mau se engaja, é possível descrever como, a partir de suas práticas, objetos vão sendo performados. Ora é o choro que, ao se acoplar com a ida ao postinho e à escuta da médica faz a depressão, ora são as dosagens que ela mesma modula conforme suas sensações ou rotina e que produzem sono ou agilidade.

Ao discutirem que materialidade e socialidade podem se produzir juntas, Mol e Law (1995, p. 291, tradução nossa) trazem fôlego a este estudo: "materialismo relacional não reside

³² Posto ou postinho são os termos êmicos utilizados pelos/as moradores/as do território em que pesquisei, e também por alguns/as profissionais para se referirem à Unidade de Saúde. Eu também passei a usar essa terminologia em muitos momentos. Considerando que o foco da pesquisa é o cotidiano, adotarei esses termos em determinadas ocasiões da tese. A noção de 'termo êmico' ou 'categoria êmica' é comumente utilizada na antropologia para descrever conceitos ou categorias próprias aos/às interlocutores/as da pesquisa.

³³ Amitriptilina foi prescrita para Mau conseguir dormir, e ela também usa quando está com dores.

³⁴ Área é um termo regional para denominar um espaço aberto, mas coberto, contíguo à extensão das casas, tal como uma varanda.

apenas em objetos. É também uma forma de contar histórias". A lógica múltipla do *patchwork*³⁵, conforme apresentam, aponta que as relações sociais e materiais são instáveis, nem sempre irão corresponder ou formar um padrão; também evidencia a força das conexões parciais entre espaços, situações e histórias. Segundo Mol e Law, "materiais" e "sociais" são como pedaços de pano que foram costurados. Tomam, assim, as histórias nessa lógica de constante montagem e remontagem entre elementos "materiais" e "sociais". É através de uma costura local que se amarram alguns retalhos e deixam-se alguns buracos. Mol e Law (1995), argumentam que o materialismo relacional não reside apenas em perseguir objetos, sendo, inclusive, uma maneira de contar histórias. Logo, incitam a pensar que rastreando conexões, percebemos as múltiplas realidades, bem como a considerar como materialidades e socialidades - e mesmo aquilo que parece mais arraigado e instituído no mundo, "a natureza" - podem mudar. Através dessa discussão, encontro modos de escutar, observar e contar as costuras particulares - porém situadas socialmente - que compõem a artesanaria envolvida no manejo das aflições cotidianas.

Ao estudar antidepressivos e ansiolíticos fui entrelaçando-me no dito campo da saúde mental, no qual é possível identificar a instabilidade de actantes, visto que a singularidade se sobrepõe à padronização (das demandas, sintomas, terapêuticas, etc.). Ainda, há uma tendência nesse campo de estudos e de atuação, de dicotomizar corpo *versus* mente. Wilson (2008), autora feminista, contribuiu para investir metodologicamente em uma pesquisa no campo da saúde mental apostando no conexionismo bioafetivo, na importância de observar aspectos "biológicos", "farmacológicos", e seguir o caráter relacional entre comprimidos, órgãos, palavras. Aqui, a lógica do *patchwork* abre espaço para as costuras entre diferentes materialidades, conhecidas através de entrevistas e observações, e um contexto político-social também actante.

Assim, no alinhavo entre actantes é que se emaranha o segundo nó teórico-metodológico: como a perspectiva materialista relacional contribui para pensar um campo das sensações, emoções, pensamentos. Dentre os estudos que se valem de uma perspectiva praxiográfica, muitos se centram em doenças/condições orgânicas - e.g. sobre arteriosclerose (MOL, 2002); anemia (MOL, 2008); hipoglicemia (MOL; LAW, 2004); tuberculose (Isabela das POSSES; Regina MATSUE; Pedro Paulo PEREIRA, 2019). Ou também, sobre substâncias que produzem mudança corporal aparente ou quantificável - sobre uso de anabolizante por lutadores (Juliana CAMILO; Rafael FURTADO, 2017); as performatividades

³⁵ Patchwork pode ser traduzido como uma técnica de artesanato com retalhos. Mol e Law (1995) se valem desse termo para metaforizar como materialidade e socialidade se produzem juntas.

da testosterona (Flávia NOVAIS, 2017). Do mesmo modo, são mais comuns estudos que se debruçam sobre práticas performadas em determinado espaço geográfico, tais como serviços de saúde (e inclusive, de modo a especificar como em setores/áreas de uma mesma instituição objetos diferentes são feitos), laboratórios ou, até mesmo, academias. Assim, nesta pesquisa, em que os actantes estão geograficamente difusos, foi preciso seguir um campo que só foi se fazendo ao pesquisar.

Logo, o desafio enunciado neste nó residiu em adentrar um âmbito considerado "subjetivo", "particular", "íntimo", muitas vezes considerado em uma relação de exterioridade com um corpo físico e, portanto, entendido como menos "material". A posografia emergiu como modo de acessar alguns pedaços compartilhados das sensações e dos pensamentos. Por exemplo, como quando a cada encontro podem-se montar as práticas relacionadas ao *ficar para baixo* vivenciado por Maurícia. Nessas montagens, foi sendo evidenciado que o "subjetivo" também é vivido e pode ser "apresentado" em termos materiais - tal como nas lágrimas derramadas em uma consulta médica que Maurícia faz compor seu diagnóstico de depressão. Além disso, o que é considerado como aspecto físico (taquicardia, enjoo, insônia) é exatamente o que leva as pessoas a buscarem consultórios de psiquiatras e psicólogas/os ou serviços de saúde ou mesmo o que se agrega a um possível diagnóstico.

Contudo, o acesso a essas experiências supõe também inscrever essa materialidade em outros registros temporais, espaciais e de visibilidade, visto que muitas sensações não são acessíveis à observação, tais como: dor no estômago, fissura, fome, culpa, tristeza, *cabeça longe*. A temporalidade possível é aquela do instante em que a pessoa compartilha sobre essa sensação, que pode ter ocorrido naquele momento da observação ou anos antes. O *WhatsApp* foi outro actante que contribuiu para as montagens das práticas narrativas a partir de outras temporalidades, espacialidades e visibilidades. Por exemplo, ao ser instrumento para desmarcar um encontro agendado comigo por ter passado mal na noite anterior. Ou ainda por permitir acesso a outras materialidades como fotos, vídeos. De qualquer modo, o recurso exequível para acessar doses dessas sensações foi estimular que os/as interlocutores/as as descrevessem e, à medida que esmiuçavam histórias relacionadas a essas sensações, eu pedisse que contassem mais detalhes.

2.2.3 Excipiente - soluções³⁶ interseccionais, dissolvendo e absorvendo trajetórias de vida

Nesta tese, repetirei incessantemente a importância dos detalhes. Afinal, o que são as práticas, se não junções de miudezas em interação? O movimento de atenção aos detalhes que interferem na performance foi, também, buscado através da perspectiva interseccional, uma vez que a mesma contribui para enunciar marcadores sociais da diferença que são compartilhados socialmente, mas que se inscrevem nas trajetórias de vida das pessoas a partir de articulações e arranjos particulares entre eles.

As sensações sobre as quais discorro na seção anterior são encarnadas em corpos marcados socialmente e vivenciadas através de trajetórias específicas nas quais tais marcas são articuladas. Maurícia, mulher negra, residente do bairro em que é localizada a US, é solteira e não tem filhos/as, porém cuidou/cuida de sobrinhos/as e, inclusive, precisa modificar a dosagem da amitriptilina que usa à noite para ter disposição no cuidado com as crianças. Ela está sem renda por ter cessado seu auxílio-doença e ainda não ter conseguido se aposentar - o que gera muita preocupação.

Júlia é uma jovem branca, pós-graduanda, que está em um relacionamento e não tem filhos/as. Ela modula o uso de psicofármacos para conseguir dar conta da rotina acadêmica (não ter sono excessivo para ler e participar das aulas, ter motivação para os trabalhos, etc). Na entrevista, Júlia salienta que a ansiedade, frente a um futuro incerto após finalizado o curso, é uma aflição compartilhada entre muitos/as universitários/as.

Em cada trajetória, não só as substâncias se engajam diferentemente como as diferenças atuam na performance da aflição e no seu manejo. Dedico-me a trabalhar as articulações entre trajetórias de vida, marcadores sociais de diferença e manejo das aflições mais detidamente no capítulo três. Nesse momento, elucidado o que entendo por interseccionalidades, o modo como utilizo a noção de marcadores sociais da diferença, e a forma como percorri esse nó.

Proveniente de um embate suscitado no bojo da política e teoria feminista, o conceito de interseccionalidades - justamente proposto e/ou tensionado por mulheres que reivindicavam a pluralidade da categoria mulher (negras, lésbicas, com deficiência, de países ditos de terceiro mundo, travestis, trans) - contribui para atentar às especificidades que diferenciam a experiência de gênero. O feminismo da diferença, conforme alude Larissa Pelúcio (2011, p. 79), salienta um sujeito que é constituído social e culturalmente “em tramas discursivas nas quais gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade e geração não são variáveis

³⁶ Objetivo metaforizar com o sentido de soluções químicas.

independentes, mas se enfeixam de maneira que o eixo de diferenciação constitui o outro ao mesmo tempo em que é constituído pelos demais”.

Inserida nesse debate, Adriana Piscitelli³⁷ (2008) entende que a perspectiva interseccional é um modo de análise sobre como contextos e marcadores afetam mulheres de forma diferenciada e as situam em posições desiguais. Utilizando como exemplo as experiências de migrantes brasileiras, Piscitelli (2008) analisa como as articulações entre gênero, sexualidade, raça e etnicidade/nacionalidade as situam em posições inferiorizadas e produzem efeitos concretos na inserção no mercado de trabalho. Contudo, a autora ressalta que essas mesmas articulações, em certos momentos, podem abrir brechas para negociações nesses contextos migratórios.

Tal conjecturação de Piscitelli (2008), de que as formas de categorização podem limitar, mas também abrir possibilidades para a agência das pessoas, baseia-se nas teorizações de Avtar Brah. Esta última se vale da diferença como categoria analítica e sugere a utilização da noção de articulações entre marcadores sociais de diferença. A partir do trabalho de Brah (2006), surgem duas questões centrais para esta tese: a noção de interconexão e articulação entre marcadores, e as variadas composições que a diferença pode assumir. Os marcadores de diferença não devem ser considerados variáveis independentes, tampouco as articulações devem ser vistas como um somatório de opressões. Brah argumenta, diferentemente, que os marcadores se interconectam e se articulam, mudando um a experiência do outro, visto que uma opressão é constituída pela outra e é constitutiva dela.

Aliado a isso, a autora opera uma noção de que diferença não é invariavelmente sinônimo de opressão e hierarquia: “é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política” (BRAH, 2006, p. 374). Assim, tal perspectiva interseccional contribui para uma análise de como a articulação de marcadores pode situar as pessoas em posições díspares, ao passo que também atenta ao espaço aberto pela agência das pessoas.

Isso posto, os marcadores sociais fazem diferença na forma com que cada grupo constrói a sua experiência, além de que esses atravessamentos inscrevem as materialidades em diferentes relacionalidades. Portanto, atentar para quais marcadores se salientam e como se

³⁷Neste artigo, Piscitelli (2008) mapeia diferentes abordagens teórico-analíticas em torno das interseccionalidades. Dessa forma, ela apresenta uma linha de abordagem sistêmica, na qual destaca Kimberlé Crenshaw como expoente. Discorre, ainda, sobre uma outra linha, de abordagem construcionista, a qual, segundo Piscitelli, enfatiza os aspectos dinâmicos e relacionais da identidade social. Nesta última, situa Avtar Brah e, também, a própria perspectiva com a qual Piscitelli mais se identifica nas análises que empreende em seu artigo.

articulam em cada momento e/ou para cada sujeito é uma perspectiva ético-político-metodológica na qual me guiei nesta pesquisa, o que fez emergir o terceiro nó teórico-metodológico: como acessar dimensões interseccionais a partir da posografia? Como fazê-las conversar com os fazeres e com as ontologias múltiplas? Seriam elas, também, actantes? Seriam objetos? (Como) Se engajariam?

Portanto, para perseguir como os marcadores sociais da diferença estão performando e sendo performados nas práticas de manejo das aflições - atentando às miudezas cotidianas que fazem muito no mundo em que estamos enredados/as - inspiro-me nos trabalhos de Amade M'Charek (2010; 2013), os quais auxiliam a pensar a materialização da diferença nas próprias relações que ajudam a performar. A autora (2010) preocupa-se em argumentar como a diferença é materializada em práticas específicas, pois, segundo ela, diferença é um efeito de interferências e de práticas que incluem também a tecnologia, a ciência. Dessa forma, M'Charek (2010) argumenta que, naquilo que é considerado "biológico", "natureza", há também muita interferência, produção material-semiótica.

Essa noção é potente para esta tese à medida que fornece pistas para abordar os marcadores sociais da diferença enquanto materialidades que se engajam às práticas de performance da aflição e no seu manejo, porém sem recair em essencializações ou tomá-los como dados de antemão. Quando digo não essencializá-los, busco, a partir das provocações de M'Charek, entender como a diferença vai sendo materializada em situações específicas e muitas vezes de forma transitória. Essas são as diferenças frágeis a que ela remete no texto "*Fragile differences, relational effects: Stories about the materiality of race and sex*" (2010), ao contar como um corte de cabelo, somado a uma mulher com um lenço, em um mercado "oriental" de uma cidade da Holanda, e um batom vermelho, vai sendo relacionalmente performada a diferença, a depender da aparição e da conjunção desses elementos.

Não aprofundarei, aqui, a noção de objeto dobrado (M'CHAREK, 2014), tal como ela discorre para analisar como a temporalidade e a espacialidade são incorporadas e tornadas visíveis nos objetos. Sua discussão sobre a raça como objeto dobrado evidencia que as montagens (que congregam história, tempo, tecnologias entre outros actantes) são politicamente motivadas: "Objetos dobrados não são políticos por causa do *quê* é colocado entre eles, mas por causa de *como* eles são dobrados" (M'CHAREK, 2014, p. 50, tradução nossa). Assim, neste momento, enfoco na perspectiva das montagens para pensar sobre a feitura das coisas, isto é, no modo como elas operam na produção de fronteiras entre normal/patológico, aflições, depressão, substâncias, sujeitos. Atentar para essas montagens que consideram a ação dos marcadores sociais de diferença é um desafio lançado nesta tese, que se

propõe, entre outros elementos, a acompanhar a situacionalidade da dimensão interseccional, haja vista que gênero, raça, classe, orientação sexual, entre outros³⁸, vão também sendo feitos em práticas articulatórias, ao mesmo tempo que as compõem e apontam para permanências.

2.3 Pesquisacínética: movimentos para tecer o campo

Tendo em vista o foco nas práticas, a proposta neste trabalho foi acompanhar pessoas que compartilham um tipo de prática - o uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos -, mas que não configuram necessariamente um grupo geograficamente delimitado. O acesso a essas pessoas ocorreu através de redes de indicação mediadas por essas substâncias. Para a construção das redes de indicação, parti de dois pontos "iniciais": o âmbito universitário, especialmente a partir da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, espaço pelo qual já circulo; e uma Unidade de Saúde (US) localizada na região sul de Porto Alegre/RS. O acesso à maioria dos/as interlocutores/as deste trabalho ocorreu através de redes de relações, ou seja, foram indicações de colegas e amigas/os da universidade ou pelos/as profissionais da US. Contudo, alguns/algumas interlocutores/as foram indicados por outras pessoas que participaram do estudo, bem como por amigos de amigos que recebiam o texto apresentando a pesquisa. Logo, o acesso a quatro interlocutores/as foi através da técnica metodológica conhecida como "bola de neve" (Nelma BALDIN; Elzira MUNHOZ, 2011).

A construção de redes para condução da pesquisa em que uma pessoa que conhece a pesquisadora indica participantes para as entrevistas foi mencionada por Eleonora Coelho (2016), em sua pesquisa sobre usos de cloridrato de metilfenidato (Ritalina[®]), como uma opção viável para o desenvolvimento de pesquisas em que a densidade moral do tema, por vezes, inibe a participação de sujeitos desconhecidos. Na presente pesquisa, a existência dessa "pessoa intermediária"³⁹, entre mim e os/as interlocutores/as, acelerou um processo de confiança mútua, estabelecendo certo vínculo, tornando possível o acesso às pessoas, suas histórias, suas casas, processo que, provavelmente, seria mais vagaroso sem essa intermediação. A opção por dois cenários de partida para a formação das redes de indicação de

³⁸ Todos/as os/as interlocutores/as são pessoas cis. Não haver indicações de pessoas trans, tanto na Rede da UFRGS quanto na Rede US, já é um analisador a ser considerado. No decorrer da pesquisa, após conversar sobre isso com colegas e, inclusive, com uma interlocutora da Rede da UFRGS, recebi indicações de homens trans que os informantes-chave supunham que utilizavam os medicamentos em questão na tese. Contudo, eles não se tornaram interlocutores por diferentes motivos: um residia em um município longe de Porto Alegre; outro não utilizava os psicofármacos; e o último entre os que contatei não teve disponibilidade de tempo para participar da pesquisa.

³⁹ Utilizo o termo "informantes-chave" para referir-me àquelas pessoas que indicaram pessoas para participarem da pesquisa.

pessoas entrevistadas deve-se à hipótese de diferença em termos de escolaridade e de segmento socioeconômico e contribuiu para a análise interseccional nos usos de psicofármacos.

Em suma, o trabalho de campo nesta tese foi construído por entrevistas com pessoas que fazem usos de ansiolíticos e/ou antidepressivos, observações na US, observações na Farmácia Distrital e observações com algumas das entrevistadas em suas rotinas (em suas casas, nos serviços de saúde, nos locais que circulam), registradas em diário de campo⁴⁰.

2.3.1 Interações: Rede de indicações UFRGS

A Rede UFRGS foi assim intitulada, pois teve seu início a partir dos contatos que estabeleci na universidade (os quais me indicaram nomes de conhecidos para a pesquisa), e não necessariamente pelo pertencimento dos/as interlocutores/as a essa instituição - em que pese a maioria das pessoas entrevistadas serem ou terem sido estudantes da UFRGS. Após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia (IP), pude iniciar o campo nessa rede.

2.3.1.1 Biodisponibilidade: a velocidade e extensão de uma “gota” de *WhatsApp*

Era uma sexta-feira cinzenta, fria, choveu o dia inteiro. Às 10h37min, comecei a enviar aos meus contatos a seguinte mensagem via *WhatsApp*:

Estou iniciando minha pesquisa de doutorado cujo objetivo é conhecer práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos na gestão das aflições cotidianas. Minha proposta é entrevistar e/ou acompanhar pessoas que usam antidepressivos ou ansiolíticos, maiores de 18 anos, que residam em Porto Alegre ou região metropolitana. A ideia é que a aproximação com os/as interlocutores/as se dê através da indicação de minha rede de contatos. Assim, peço que repassem o convite a pessoas que vocês conhecem e que possam se interessar em participar voluntariamente da pesquisa. Para quem demonstrar interesse em participar podem enviar meu contato ou me repassar o contato dela que apresento mais detalhadamente a pesquisa e os modos de participação.
Muito obrigada!

⁴⁰ Devido à limitação de tempo e espaço, nesta tese não farei menção a todos/as os interlocutores/as, ainda que todas as pessoas tenham contribuído para a análise sobre o manejo das aflições. Frente ao vasto material de campo, foi necessário fazer escolhas para apresentar posograficamente algumas montagens. Por isso, a escolha de conformar dois modos de gestão das aflições, que são descritos no capítulo três.

Direcionei a mensagem ao grupo de pesquisa, bem como a outros/as colegas que conheci na UFRGS e amigas de outras cidades que tinham conhecidos em Porto Alegre. Assim, nesse primeiro momento, dentre participantes de grupos e mensagens individuais, contabilizei quase 50 contatos acionados. Alguns amigos/as logo falaram que eles/as mesmos/as poderiam participar. Expliquei que a proposta consistia em interlocutores/as indicados/as por conhecidos/as meus/minhas, mas que não fossem meus/minhas amigos/as e/ou colegas, considerando que as entrevistas poderiam suscitar um modo de relação e implicar informações que não seria conveniente, do ponto de vista ético, explorar nas minhas redes de amigos/as ou colegas. Recebi alguns questionamentos, por exemplo, se era presencial, se precisava fazer uso no momento, se poderia fazer parte da pesquisa quem utilizasse o medicamento para "outras coisas" (por exemplo, como tratamento por ranger os dentes). Respondi afirmativo para todas as perguntas, e salientei que me interessaria conhecer variados usos, inclusive os esporádicos.

Naquele dia chuvoso, choveram também sugestões de contatos. Ao final da noite, já havia recebido 13 indicações de interlocutores/as para contato via *WhatsApp*. Com algumas pessoas, conversei nesse mesmo dia e, inclusive, já agendei uma entrevista para a segunda-feira seguinte. Praticamente todas as pessoas indicadas, mesmo não se encaixando nos critérios de inclusão (por exemplo, morar longe de Porto Alegre, não fazer uso das substâncias naquele momento), foram muito solícitas e simpáticas. Notei isso pela prontidão da maioria das mensagens, pelo tom informal, pela demonstração de estarem disponíveis a ajudar como se estivessem ajudando uma amiga. Alguns imediatamente se posicionaram criticamente em relação ao uso de medicamentos, outros falaram sobre suas rotinas, quais substâncias usavam. Percebi que o fato de possuímos uma pessoa conhecida em comum possibilitou a construção da confiança entre mim e os/as interlocutores/as, tanto no contato inicial quanto nos momentos posteriores no decorrer da pesquisa. Por exemplo, quando questionavam sobre minha relação com a pessoa que indicou e com outros possíveis conhecidos, e percebiam que realmente eu conhecia os/as informantes-chave, as pessoas pareciam ficar mais descontraídas. Logo, remetiam algum assunto que envolvia essa pessoa, de modo que diversas vezes compartilhamos como conhecemos o/a informante-chave, tornando nossa relação mais situada e, possivelmente, mais confiável.

Visto que meus contatos pessoais cotidianos são praticamente todos do âmbito universitário, grande parte das indicações que recebi foram de graduandos/as e pós-graduandos/as. Logo, essa confiança para participar da investigação e a disponibilidade em ajudar pareciam emergir do fato de saberem como é estar realizando uma pesquisa e buscarem ajudar uma *colega*. Assim, conforme abordarei adiante, o fato de ter interlocutores/as

familiarizados com a prática acadêmica reverberou de modo muito específico, por exemplo, quando os mesmos e as mesmas discutiam não só as informações que traziam sobre seus usos, mas me interpelavam em termos acadêmicos, discutindo a própria pesquisa e os usos de medicamentos de modo mais amplo. Ainda, essa situação produziu em mim uma identificação com suas histórias e suas aflições.

Desde aquela sexta-feira, o *WhatsApp* dava indícios de que seria um ator imprescindível na produção da presente pesquisa. Essa rede social, para além de estabelecer contatos e agendar os encontros, foi espaço de negociação, trocas, avisos, envio de imagens, de informações e também de despedidas. Assim, conectou todos esses actantes que não compartilhavam uma mesma dimensão geográfica nem temporal. O *WhatsApp* efetivamente atuou tornando possível que se formasse a Rede de indicações UFRGS.

Por ser um aplicativo de mensagens instantâneo, permitiu um contato extremamente rápido com as pessoas, ao mesmo tempo que duradouro, pois o campo de pesquisa estava a um *touch* de distância. Dessa forma, os limites do campo não têm uma definição simples. Tanto eu poderia interpelar algum participante a qualquer momento, como eu poderia receber mensagens, inclusive após ter encerrado “oficialmente” a pesquisa. Mesmo na Rede da US, onde havia um espaço relativamente definido no qual os encontros ocorriam, após a troca de número de *WhatsApp* com algumas interlocutoras e profissionais, a definição de ir à campo se pulverizava.

Uma questão metodológica pouco debatida na literatura parece ser a inerente interpelação que as redes sociais produzem no fazer pesquisa. Ao obscurecer fronteiras entre virtual e presencial, o *WhatsApp* inseriu um ritmo peculiar ao trabalho de campo: aquele das rápidas marcações de encontros, mas também dos cancelamentos repentinos; do vácuo de mensagens não respondidas; da multiplicação e simultaneidade de mensagens e pessoas. Ainda, essa rede social foi mais um recurso no modo de acessar as práticas a conta gotas, especialmente por sua instantaneidade deixar emergir espontaneamente histórias, desabafos, novidades - através de letras, vozes e imagens. Dessa forma, o *WhatsApp* inseriu um outro registro na cotidianidade na pesquisa.

Joana é uma participante com a qual conversei bastante por *WhatsApp*. Certa vez, ao combinar de acompanhá-la até seu trabalho, me enviou um vídeo, provavelmente recuperado de alguma câmera de segurança do bairro, da tentativa de assalto pela qual havia passado alguns dias antes, para me contar sobre os possíveis riscos de sair de sua casa muito cedo para trabalhar. Ao me responder que estava bem, entre *emoticons*, enfatiza: *Recém tinha ganho 20 comprimidos de exodus bem capaz que ia deixar levarem*. Essas e outras situações me fizeram

pensar no aplicativo como atualizando dimensões geográficas e temporais em um segundo, em uma tela, em um ou vários *clicks*.

No decorrer dos dias e meses, conforme contava da pesquisa para alguns/algumas amigos/as, fui recebendo mais indicações e, inclusive, algumas que partiram das/os próprias/os interlocutores/as. No total, foram 21 pessoas indicadas na Rede UFRGS. Especificamente essa rede foi sendo composta por duas formas de participação distintas. A primeira fase consistiu em entrevistas e, com os/as interlocutores/as que aceitaram o convite para um segundo momento da pesquisa, realizei algumas observações em espaços onde circulavam.

Para as pessoas indicadas, passei uma mensagem inicial e, conforme iam autorizando, enviava outra mensagem, com mais informações. Trago um exemplo de conversa inicial após receber o contato de uma das interlocutoras, Heloísa, que, nesse caso, não foi uma indicação direta de um/a amigo/a, e sim de alguém que eu não conhecia.

Oi, Heloísa, tudo bem? Recebi teu contato por indicação acredito que de um amigo teu. Sou a Fernanda Macedo, estou começando minha pesquisa de doutorado (do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional PPGPSI/UFRGS) sobre práticas de usos de antidepressivos e ansiolíticos na gestão das aflições cotidianas. Posso te passar mais detalhes para ver se te interessa em participar ?

Apenas quatro minutos depois, ela me respondeu: *Claro. Pode sim*. Logo, retornei com as informações:

Minha pesquisa é com pessoas que usam antidepressivos e/ou ansiolíticos atualmente, por motivos variados. Não precisa ser necessariamente um uso contínuo (todos os dias). A primeira etapa da pesquisa é uma entrevista. Na segunda etapa, com os/as participantes que toparem, combinarei algumas observações em que eu possa acompanhá-las/os em locais que circulam e que julgam serem cenários interessantes para a observação das práticas relacionadas ao manejo de suas aflições. É possível participar apenas da primeira etapa e não da segunda.

Como a participação será presencial, é preciso que você more em Porto Alegre ou região metropolitana. Outros detalhes é que é preciso ser maior de 18 anos e aceitar participar voluntariamente.

Fico à disposição se quiser perguntar mais detalhes dos aspectos práticos, teóricos, metodológicos ou éticos da pesquisa. Se preferir, entro em contato por telefone.

Após dois minutos, ela respondeu que poderia participar das duas etapas, e eu segui a conversa questionando sobre sua disponibilidade de horário para uma entrevista. Heloísa falou sobre sua área de pós-graduação, sua idade, e que seus horários eram bem flexíveis. Ela me pareceu bastante disposta para a realização da entrevista, assim combinamos o horário e o local.

A chuva de indicações daquela sexta-feira e, conseqüentemente, a prontidão de algumas pessoas com quem conversei em conceder uma entrevista, ocasionou uma série de entrevistas com pouco intervalo de tempo entre elas. Com o intuito de não deixar esmorecer a relação que se iniciava, com aqueles que se mostraram disponíveis, já agendava entrevistas logo após essa reação. Assim, na semana que seguiu, realizei três entrevistas. Ao perceber que não estava dando conta de agendar os encontros, realizar as entrevistas, escutar a gravação e repensar, a partir desse material, as entrevistas seguintes, fui diminuindo o ritmo para contatar novos/as interlocutores/as. Dentre as 21 pessoas indicadas, realizei entrevista com nove que toparam participar dessa etapa. O desfecho com as outras 12 foi variado. Para apenas uma eu não enviei nenhuma mensagem, algumas não responderam à segunda mensagem que enviei explicando a pesquisa, ou relataram não terem tempo para participar, algumas não estavam usando os medicamentos naquele momento, outras residiam em cidades distantes de Porto Alegre. Ainda, conjecturo que o fato de a pesquisa incluir também observações, mesmo que dissesse desde o início que a participação na entrevista não vinculava a uma obrigação a participar das observações, pode ter espantado algumas pessoas.

2.3.1.2 Abrindo as caixas: minha estreia no campo dos escitaloprans, citaloprans, clonazepans

Considerando as possibilidades práticas desta pesquisa, conjecturei junto a minha orientadora que o primeiro encontro seria uma entrevista, conforme roteiro estruturado no projeto. Em primeiro lugar, porque as entrevistas são técnicas de investigação conhecidas e, portanto, pensei que seria uma boa estratégia metodológica para apresentação da proposta de pesquisa e para que eu e os/as interlocutores/as nos conhecêssemos. Em segundo lugar, para que as entrevistas servissem a um certo "mapeamento" com essas pessoas indicadas, a partir do qual eu convidaria algumas delas, que tivessem tempo e disposição, para participarem da etapa das observações e outras entrevistas. As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelas pessoas. Por vezes, quando não referiam lugar de preferência, acabava sugerindo que fosse realizado no Instituto de Psicologia ou no Anexo da Saúde/UFRGS. Assim, cinco entrevistas foram realizadas na UFRGS, duas no local de trabalho das interlocutoras, uma em um café escolhido pela interlocutora, e, por fim, uma na casa do interlocutor.

Um tanto atrapalhada e outro tanto empolgada, parti para a primeira entrevista. Havia sido pega de supetão quando o participante sugeriu a entrevista tão logo - naquela sexta-feira chuvosa. Mas sem querer perder a possibilidade que se apresentava para mim, providenciei o que me pareceu

necessário: gravador, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), roteiro de entrevista impresso, etc. Combinamos de realizar a entrevista no Instituto de Psicologia. A sala que eu havia reservado estava ocupada, assim conversa aconteceu na sala do Nupsex (Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero).

18h03min Anderson chegou. Camisa do Internacional, jaqueta bege que colocou nos ombros da cadeira. Na mão trazia uma carteira de cigarro, uma carteira e o celular, os quais posicionou a seu lado direito na mesa. Me apresentei novamente, disse que era doutoranda do PPGPSI. Expliquei que minha pesquisa é sobre práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, e que estou pensando em como eles se conectam a outras substâncias e outros elementos, outras práticas, atividades - por exemplo, terapia, exercícios físicos, yoga - produzindo algo, seja bem-estar, diminuindo as aflições. Ressalto que aflições é um termo que eu estou utilizando nesse momento, mas que são os/as interlocutores/as que irão me dizendo o que eles produzem. Disse também que estou interessada não só nos usos prescritos, mas também naqueles usos para quando algo não está bem. Nesse momento ele, que até então apenas ouvia, me interpela querendo deixar evidente que ele sempre usou com prescrição médica. Entreguei uma cópia e expliquei o TCLE, falei do anonimato, de que as pessoas receberiam nomes fictícios - e ele disse que por ele isso não era um problema. Já ali expliquei que era uma entrevista e que com algumas pessoas que quisessem e permitissem iria fazer as observações, posteriormente. Ele concordava com tudo, depois que soube que ele é mestrando, entendi o rápido ok dele aos trâmites da pesquisa. Falei da guarda dos materiais, dos riscos, do suporte caso a entrevista causasse algum desconforto, de que ele poderia falar algo e depois pedir para retirar da pesquisa. Ele demonstrou estar de acordo com tudo, assinou os dois termos. Perguntei se eu podia gravar, ele assentiu.

Comecei perguntando o propósito do uso de antidepressivos e ansiolíticos, mas acho que isso não foi um bom início. Ele respirou fundo e começou. Depois dele discorrer sobre os motivos de início do uso, vi que teria sido melhor começar com o tipo de medicamento que faz uso. Quando perguntei o que ele tomava, falou vários nomes e minha sensação foi "tela azul"⁴¹ porque naquele momento não conhecia muito sobre os nomes que me falava. Talvez pela minha inexperiência sobre psicotrópicos frente a sua familiaridade, talvez pela atmosfera acadêmica entre nós, a entrevista foi tomando um tom científico, em que ele passou a me explicar uma série de informações sobre os usos de substâncias, suas indicações, seus efeitos. Seguindo a inspiração etnográfica, busquei aproveitar o máximo do compartilhamento de saberes de Anderson e fazer todas as questões que me vinham à mente. (Trecho de Diário de Campo, agosto de 2018)

A partir dessa entrevista, alterei algumas coisas, por exemplo, passei a iniciar perguntando quais eram as substâncias que a pessoa utilizava no momento. Pergunta que geralmente trazia muitos elementos, histórias, e que depois me permitia ir resgatando e aprofundando aspectos que a pessoa havia falado. Outra questão importante que acrescentei após a entrevista com Anderson foi sobre a existência de algum ritual/hábito que é acionado

⁴¹ Esta é uma expressão que remete a uma confusão que deixa a pessoa sem reação. É proveniente da informática, pois remete à tela azul que aparece no computador quando há um erro do sistema operacional que trava o equipamento.

junto ao uso da substância. Tal ideia surgiu quando ele referiu que, toda a manhã: *Eu ponho para fazer o café, e nisso eu fumo um cigarro. Ai quando o café fica pronto eu fumo outro, depois disso eu tomo o antidepressivo.* Nas entrevistas subsequentes, também elaborei novas perguntas e/ou novos modos de fazer as questões. Cada entrevista fazia emergir novas questões, mas também me propiciava um aprendizado sobre esse campo de usos de medicamentos psicotrópicos que eu estava adentrando.

2.3.1.3 Posso te acompanhar? A continuidade da pesquisa e a negociação das observações

Após algumas entrevistas, era hora de iniciar as observações. Como, onde e quem seriam os/as primeiros/as interlocutores/as foram questões que me travaram por algumas semanas. Nesses impasses sobre como seguir a pesquisa, mostrou-se crucial retomar os pressupostos epistemológicos que fundamentam o estudo. Baseio-me em uma psicologia social de abordagem pós-estruturalista, perspectiva na qual não partimos de um objeto de pesquisa pré-estipulado, mas reconhecemos a produção do objeto no fazer da pesquisa. Do mesmo modo, guio-me pelo materialismo relacional, através do qual pude aprender que não há objeto fora das práticas que o fazem. A partir da noção de que não há um objeto *a priori*, entendo, também, que não há um método estabelecido, ou seja, um modo específico de acesso a esse objeto/. Logo, fez sentido naquele momento começar as observações com aquelas pessoas com as quais me sentisse mais à vontade para acompanhar em locais que circulassem, fazer diversas perguntas e, assim, irmos juntas tateando a metodologia. Portanto, não por acaso, mandei mensagens de *WhatsApp* retomando o contato, inicialmente para duas interlocutoras que compartilharam muito de seus sentimentos e suas vivências durante a primeira entrevista, com as quais me identifiquei em diversos aspectos e, sobretudo, por serem pesquisadoras de áreas próximas a minha.

A primeira observação que realizei foi com Heloísa. Consegui acompanhá-la desde sua casa até a *clínica meio popular* - conforme suas palavras -, onde realizou a consulta psiquiátrica. Na clínica, conversamos sobre autoras/es, nossas trajetórias acadêmicas e profissionais, bem como planos futuros. Quando foi chamada para a consulta, aguardei na sala de espera. Logo depois, fomos juntas à farmácia comprar fluoxetina.

Tendo em vista que seria impossível conduzir observações com as/os nove interlocutores/as, nesse segundo momento, busquei acessar pessoas com diferentes marcadores

sociais. No entanto, essa rede se revelou um tanto homogênea, especialmente quanto ao gênero (seis mulheres cis e três homens cis), à raça/cor (oito pessoas brancas e uma pessoa negra), à geração (sete pessoas entre 22 a 31 anos de idade, uma com quase 40 anos e outra com um pouco mais de 50 anos de idade), e orientação sexual (seis pessoas declararam-se heterossexuais, uma homossexual e duas bissexuais). Entretanto, em cada trajetória, evidenciava-se uma articulação de marcadores sociais muito específica. Nesse contexto, questionei sobre a possibilidade de realizar as observações a quase todos/as os/as interlocutores/as com quem realizei entrevistas e que assinalaram naquele momento disponibilidade para tal. Vale destacar que esses convites foram sendo realizados ao longo dos meses em que durou o trabalho de campo, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas em momentos diferentes.

Por fim, a etapa das observações foi realizada com três interlocutoras. Com outros dois interlocutores marquei as observações, mas foram desmarcadas. Uma dessas observações não se efetivou, pois a pessoa mudou-se de Porto Alegre e acabou não retornando no dia em que marcamos. O outro participante havia solicitado para sua psiquiatra que eu o acompanhasse na consulta, porém, segundo ele, a médica não permitiu minha presença, e o contato acabou não sendo retomado. Quanto aos demais, a indisponibilidade de tempo para a etapa das observações foi um dos motivos citados por alguns/algumas interlocutores/as. Ainda, algumas pessoas dariam retorno quando houvesse algum evento que eu pudesse acompanhar (especialmente quando marcassem a consulta médica), e acabaram não me contatando novamente. Como as observações que estavam ocorrendo me pareceram suficientemente ricas em detalhes e adensavam rapidamente meu material para análise e, ainda, por estar já bastante imersa no campo da Rede da Unidade de Saúde (sobre o qual discorrerei a seguir), decidi não insistir com aqueles/as que não me retornaram. Essas negociações sobre a realização das observações, mesmo com aqueles/as que acabei não encontrando novamente, foram travadas por *WhatsApp*.

Em suma, a Rede UFRGS foi composta por 21 indicações de pessoas; nove entrevistas; e observações com três interlocutoras (com Bibiana foram quatro observações; com Joana, três; e com Heloísa, apenas uma). No convívio com as pessoas para realizar observações, acompanhei diversas alterações de substâncias, dosagens e horários, ao longo da pesquisa de campo. Isso evidenciou que as posografias são absolutamente particulares, não apenas para cada pessoa, mas inclusive para cada momento/contexto de vida, argumento que será discutido no capítulo três.

2.3.2 Interações: Rede de indicações Unidade de Saúde - ensaio de permeabilidade: atravessar barreiras, entrar em circulação

Conforme mencionado, o interesse principal em buscar um segundo ponto de partida para a formação das redes de indicações se deu com o intuito de diversificar as características dos/as interlocutores/as e das experiências e, portanto, das práticas, que iriam compor a tese. De fato, a rede formada a partir da UFRGS se mostrou bastante homogênea, a despeito das especificidades relativas aos modos de engajamento material observados, conforme já apontado. Além disso, diversas questões operacionais e materiais tornaram a experiência de pesquisar com cada rede totalmente diferente. Cito algumas relevantes na Rede US: a possibilidade de circular no território em que as pessoas vivem, a inserção ocorrida por intermédio dos/as profissionais da Unidade de Saúde, a posição que eu era colocada, mais como profissional da saúde/psicóloga do que como pesquisadora. Logo, o próprio andar da pesquisa foi se dando de modo que as observações puderam ser privilegiadas em detrimento das entrevistas gravadas.

2.3.2.1 Da gestão aos morros

Assumir uma metodologia posográfica implica também um campo de pesquisa que vai se fazendo a partir de interações e arranjos específicos. A seguir, conto um pouco de como fui tateando espaços, tendo encontros marcados e outros inesperados, que culminaram na definição de meu campo.

O ponto de partida dessa Rede se deu longe dos morros da zona sul que eu viria a conhecer meses depois. Após o exame de qualificação do projeto, conversei com algumas pessoas da UFRGS e com outros contatos pessoais que possuíam proximidade com a rede de saúde de Porto Alegre. Assim, consegui o contato de uma pessoa da área de pesquisa e ensino na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA). Ela logo se prontificou a conversar comigo e agendamos uma conversa presencial. Nesse momento, expliquei a proposta teórico-metodológica, discutimos sobre o local a ser realizado o campo e sobre a Rede de Atenção à Saúde em Porto Alegre. Ela ressaltou que achava interessante *colocar o pé no barro*, para ponderar a importância de realizar a pesquisa em uma Unidade de Saúde realmente inserida dentro do território e em regiões não centrais da cidade. Essa pessoa foi

quem também me apresentou à gerenta distrital, para que eu pudesse combinar a efetivação da pesquisa, incluindo os trâmites institucionais para submissão do projeto ao CEP da SMSPA.

Na sequência desse contato, recebi o convite para participar de uma reunião de equipe da Gerência, a fim de apresentar o projeto e, conjuntamente, escolhermos a unidade de saúde para a realização da pesquisa. Entre as falas das profissionais, uma residente em Saúde Coletiva relatou que ela e sua colega estavam fazendo um trabalho sobre itinerários de usuários com questões de saúde mental em uma Unidade de Saúde (US), e pondera que esse seria um bom local para que eu realizasse a pesquisa. A gerenta corroborou a ideia por considerar que aquela equipe era acolhedora a pesquisas, e que lá havia agentes comunitárias/os de fato trabalhando no território, fazendo visitas domiciliares (VD). Dessa forma, acordamos que eu compareceria em uma reunião de equipe da referida US.

Reunião Unidade de Saúde

Alguns dias antes, conversei com a residente Lauren por *WhatsApp* para agendar a visita na Unidade de Saúde.

Era um dia ensolarado. Saí cedo para evitar chegar atrasada à reunião, a qual estava marcada para 11h. Aplicativos como *Moovit*, *google maps* foram aliados imprescindíveis para me locomover durante toda a pesquisa. Conforme minha pesquisa no *google*, os ônibus que iriam até a US passam em uma avenida que fica há 15 minutos de caminhada da minha casa. Devo ter aguardado uns 2 ou 3 minutos e passou um dos ônibus que eu podia pegar (ah, obviamente eu tinha uma lista dos ônibus e alguns lembretes de onde descer). A lista em papel de rascunho dos ônibus que eu poderia pegar para ir e voltar de casa até à US e à Farmácia, bem como, para ir da US à Farmácia, estiveram no bolso de fora da minha mochila durante toda a pesquisa de campo. Mesmo depois de decorar as linhas e paradas de ônibus, mantinha esse registro que me fazia lembrar do movimento de tornar familiar um território antes desconhecido.

Após a parada em que desci, sabia que deveria voltar um pouco até a rua. Quando cheguei na rua que achei que era, fui caminhando mais devagar, para ter certeza que era o local que havia visto no *streetview*. Ah, sim, a placa da costureira que havia visto, pensei. Fui subindo devagar, era uma ladeira muito íngreme, de tirar o fôlego! Rua estreita. Dos dois lados da lomba havia casas coladas, na metade do caminho vejo uns dois homens sentados em cadeiras de praia (tinham por volta dos 50, 60 anos), outro de pé junto conversando, um outro estava escorado no marco de uma porta de um estabelecimento que julgo ser um bar. Ao passar por eles dou aquele cumprimento com a cabeça, alguns cumprimentam também. Após esses caras, havia um homem sentado quase no chão, no degrau de uma porta, parecia diferente dos demais, roupas mais velhas, alguma sacola na mão, ele me cumprimentou também. Mais acima, estava um grupo de três mulheres sentadas em cadeiras de praia, uma delas com um bebê no colo. Uma delas me cumprimentou, cumprimento também. A maioria das pessoas pelas quais eu passei eram negras. Alguns sofridos passos mais adiante, avisto outra mulher jovem de pé, e logo em seguida a casa em que fica a Unidade de Saúde. Uma casa de dois andares, mas estreita. Por toda volta dela há casas, acima do morro depois dela, pro lado direito que parece ser mais embaixo. As casas vão costurando o morro como um bordado.

Com a respiração muito ofegante, entro no local, e logo vejo Lauren na recepção, ela está sozinha. Sento para recuperar o fôlego. Na recepção devia ter umas cinco cadeiras de acrílico pretas, daquelas fixas. Havia cartazes, enfeites, murais coloridos. Ainda, tem um revestido de tecido artesanal com livros que são para empréstimo, revistas, mural com o título "De mulher para mulher..." e um espaço para escrever dúvidas, afinal, estamos no Outubro Rosa. Há também um banco com um tecido rosa sobreposto. No balcão da recepção, um vidro, que perde sua função de proteção porque a porta que fecharia a recepção ficou o tempo todo aberta. Ao lado do balcão, um suporte para retirar camisinha, uma caixa para pesquisa de satisfação do atendimento na US. Havia muitos cartazes com informações: sobre os horários das reuniões de equipe, avisos de que temporariamente não haverá vacina porque fechou a sala, entre outros.

Após retomar o fôlego, vou até a frente, aproveitando o tempo para observar o lugar. Consigo enxergar longe, morros, casas, e muito verde. Mas também há uma nesga de sol que aquece em demasia. Volto à sala de espera e sento no mesmo local. Lauren me apresenta à outra residente: *Rafa, essa é a Fernanda, doutoranda de psicologia que te falei*. Cumprimentamo-nos. Em seguida, me convida a fazer uma pergunta sobre saúde da mulher ou câncer de mama para colar no mural da sala de espera. Explica que estão colocando as primeiras perguntas para ver se as pessoas se empolgam a colocar novas questões. Planejam que essas perguntas sejam discutidas em um grupo.

A articulação entre serviço de saúde e medicações já se mostra nesses primeiros instantes de aproximação ao campo. Uma senhora que estava na recepção desde que eu cheguei aguardava para saber se poderia retirar mais comprimidos de determinada medicação. Lauren, atrás do balcão, verificou em algum registro no computador, e disse para ela que só poderia retirar depois do dia 24 daquele mês. A senhora, preocupada, refere que o remédio iria acabar antes desse dia. As residentes olham a receita, perguntam se ela estava tomando dois comprimidos ao invés de um. Ela menciona que a médica disse para tomar dois. Estavam em um impasse. Logo, chega a Agente Comunitária de Saúde (ACS), que sabia qual era a situação. Elas conversaram e resolveram. Não se tratava de psicofármacos, porque esses são apenas dispensados em farmácias distritais. Entretanto, essa cena posteriormente ganhou sentido nessa pesquisa, por apontar que nesse campo, os medicamentos estão imersos em redes intrincadas (pessoas, sistema eletrônico, receitas, datas, etc.) que perpassam a relação médico-paciente, enunciando um controle, cuidado e saberes compartilhados.

Ao adentrar o posto pergunto a respeito de uma das salas, e Lauren, atenciosamente, se oferece para me apresentar o serviço: a sala da frente é a de acolhimento, após a sala do médico, e em seguida da enfermeira e a sala de vacinas. Do outro lado do corredor tem a sala de procedimentos, e do lado uma sala que ela refere que elas [residentes] atendem. Subindo as escadas me mostra uma porta trancada que é onde ficam os medicamentos. No corredor há os escaninhos de metal. No segundo andar ainda tem uma copa, um banheiro, e a sala de reuniões. Quando entramos lá estão os agentes comunitários de saúde (duas mulheres e um homem). Nessa sala de equipe tem uma mesa grande, cadeiras, banco e computadores. Pergunto sobre o território de cobertura, Lauren me mostra um mapa que está fixado atrás da porta. É uma imagem do *google earth*, onde tem um papelzinho indicando as escolas, creches, igrejas, espaços de prática esportiva e áreas de risco.

Com toda a equipe já reunida, iniciamos pelas apresentações. Eles são uma equipe básica. Estava a enfermeira, o médico, três agentes comunitários/as (um é homem), duas técnicas de enfermagem, as duas residentes em Saúde Coletiva. A primeira pauta da reunião foi a minha

pesquisa. Conteí que meu interesse centrava-se nas experiências locais de usos, nos usos variados e não necessariamente usos relacionados a diagnósticos em saúde mental, como depressão, ansiedade. Também expliquei que iria acompanhar as rotinas de trabalho conforme eles/as fossem me convidando. Evidenciei que a pesquisa era qualitativa, então, não precisaria de um grande número de participantes, inclusive, porque iria conversar com eles/as mais de uma vez. Elas perguntaram sobre o perfil, salientei que gostaria de conversar com pessoas de diferentes idade, gênero, raça. Expliquei sobre as duas redes de indicações de onde eu iria partir, e que já havia iniciado na Rede UFRGS.

Em seguida, a coordenadora solicita à Lauren sobre o motivo de ter feito o convite para conhecer a US e realizar a pesquisa naquele local. Ao que Lauren responde: *Ah, sim. Nós, da residência, estamos realizando construção de um storymaps a partir do itinerário de usuários da saúde mental. E também queremos trabalhar questões de raça, gênero, classe...* Falamos como seria interessante a troca entre os trabalhos. Realmente foi uma feliz coincidência o encontro com Lauren naquela reunião. Ela, sempre muito disposta, se mostrou uma pessoa chave na minha inserção no serviço de saúde. Agradei a disponibilidade de toda a equipe. Elas/es foram muito receptivos. Durante essa reunião já começaram a pensar pessoas que eu pudesse entrevistar. Uma das ACS falou que já tinha uma pessoa para a minha pesquisa. A equipe, curiosa, quis saber quem era. Após falar o nome da usuária, outra ACS, Lia comenta: *Eu já pensei totalmente diferente, nisso que ela [se referindo a mim] falou dos usos assim... banais... aqueles que por qualquer coisinha tão usando.* Disse que seria interessante justamente conhecer esses diferentes usos dos medicamentos. A ACS continuou: *Bah, vai ser muito boa tua pesquisa, vai ter muita coisa.* A coordenadora perguntou se eu gostaria de comparecer junto à equipe na reunião de matriciamento em saúde mental. Disse que se pudesse ir eu gostaria. Já me informaram a próxima data. Apesar do entusiasmo de todas nós, eu retomei que só poderia começar as observações após a aprovação no CEP, o que deveria ocorrer no mês de novembro. Depois de falarmos da pesquisa, acompanhei a reunião até o final. Me despedi da equipe e descí para a parada de ônibus, entusiasmada com a perspectiva de desenvolver meu campo naquele espaço. (Trecho de Diário de Campo, outubro de 2018).

Esse primeiro contato com o campo permitiu que observasse como é significativa a demanda em função de medicações na Unidade de Saúde, ou seja, muitas vezes é buscando uma renovação de receitas que os/as usuários/as acessam o serviço de saúde. Naquele contexto, os/as profissionais, o sistema eletrônico de dispensação de fármacos, os fluxos da rede de saúde, a lomba para acesso ao posto, entre outros actantes, fornecem pistas de que há diferentes materialidades articuladas circunscrevendo as experiências das pessoas que ali eu encontraria. Isso reiterou a percepção de que essa relação com o medicamento era um instigante ponto para começar a seguir as redes de engajamento.

2.3.2.2 Colocando o pé no barro

Após aprovação no CEP da SMSPA, comuniquei a gerência distrital. E depois de uma segunda reunião com a equipe da US, em que combinamos o desenvolvimento do trabalho de campo com as/os profissionais, em novembro de 2018 dei início à pesquisa de campo na Rede US. Um primeiro estranhamento que senti no princípio desse campo com entrada via serviço de saúde foi a nomeação do mesmo como Unidade de Saúde (US) e não Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), termos que, até então, pareciam mais usuais para nomear os serviços da atenção básica (AB) do SUS. Sobre isso, Lauren explicou que, em Porto Alegre, convencionou-se nomear ambos serviços - ESF e UBS - como Unidades de Saúde, em que pese o local em que pesquisei ter estrutura de uma ESF, a qual pressupõe ser composta por uma equipe multiprofissional mínima (BRASIL, 2012). Assim, a equipe da US era integrada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários/as de saúde. O território de abrangência contemplava cerca de 2.500 pessoas, o que me foi referido como um número possível para oferecer a cobertura necessária.

No primeiro dia de campo, estava na sala de equipe, após o almoço, conversando com outras profissionais, quando a agente comunitária de saúde Maria chega para o turno da tarde e me convida para acompanhá-la nas visitas domiciliares (VD). Especialmente durante o início da pesquisa de campo, por vezes eu questionava as ACS, no início do turno, sobre suas programações de VDs, ou as profissionais me indagavam o que eu faria naquele dia, e se queria ir junto nas VDs. Muitas vezes, me chamavam para acompanhá-las quando iriam visitar algum caso de "saúde mental" (categoria êmica que profissionais da US usavam para se referir a pessoas que usavam medicamentos psiquiátricos controlados ou que demandavam o atendimento no posto devido a sentimentos de tristeza, ansiedade, episódios de agressividade - o que, nesse contexto, não significa necessariamente possuir um diagnóstico de transtorno mental). As/os profissionais da US foram acolhedoras/es a minha presença e à pesquisa. Pude contar com a colaboração da equipe, que se preocupava em saber do andamento do trabalho, por exemplo, através de perguntas: *Como foi hoje?*; *Conseguiu falar com a fulana?*; *Como tá indo a pesquisa?*; além das constantes indicações de usuários/as da US que pensavam ser pessoas interessantes de conversar.

Dessa forma, ao acompanhar as rotinas dos/as profissionais, especialmente as visitas domiciliares com as agentes comunitárias de saúde e com as residentes, pude ir me familiarizando com o território referente a essa Unidade de Saúde e com as pessoas que ali

viviam. No que se refere à aproximação com os/as interlocutores/as e seus contextos de vida, aprendemos com experiências etnográficas a importância de ter informantes-chave no campo (William FOOTE-WHYTE, 2005). Tal aproximação gradual ao campo de pesquisa, mediada pelas profissionais, tornou possível conhecer pessoas que fizeram ou faziam usos de psicofármacos, e foi através das VDs e conversas com as profissionais - em que elas iam lembrando possíveis interlocutores/as para a pesquisa - que a Rede US foi se formando.

Na Rede US, recebi um total de 15 indicações, sendo que seis dessas pessoas tornaram-se interlocutores/as da pesquisa. O trabalho de campo se desenvolveu de modo diferente entre as Redes UFRGS e US. Nesta última, como havia um ponto geográfico do qual eu partia, foi privilegiada a estratégia metodológica observacional, com registros em diário de campo. Logo, eu era presencialmente apresentada a possíveis interlocutores/as pelos/as profissionais e, nesses encontros, além de conversarmos brevemente sobre o uso de antidepressivos e ansiolíticos, pude ir tateando a viabilidade do desenvolvimento da pesquisa com cada um/a deles/as.

Dentre as 15 indicações, com três pessoas não foi dado seguimento ao contato porque não estavam em casa no dia em que eu e as ACS fomos visitá-las, e acabamos por não repetir as VDs. Com uma das pessoas, indicada pela residente, sequer foi buscado o contato, pois trabalhava manhã e tarde e frequentava pouco o posto. Ainda, nem todas as pessoas que me foram apresentadas (as outras 11), tornaram-se interlocutores/as da pesquisa, dentre alguns motivos destaque: não demonstrar interesse em participar da pesquisa ou não estar fazendo uso de antidepressivos ou ansiolíticos naquele momento.

Para as pessoas que se enquadravam nos critérios de inclusão (usar antidepressivo e/ou ansiolítico naquele momento, ser maior de 18 anos) e que demonstraram disposição em conversar sobre o tema, foi explicada com maiores detalhes a minha relação com a universidade e com o serviço de saúde, bem como explicados os objetivos, a metodologia e os modos de participação na pesquisa. Foi também apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com todos/as os/as interlocutores/as foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, em sua maioria em suas casas (duas pessoas, que eu apenas encontrava na Unidade de Saúde, não me convidaram para visitá-las em suas casas, assim combinei a entrevista na própria US). Ainda, com todos/as foram realizadas conversas informais sobre os seus usos de antidepressivos e ansiolíticos e outras estratégias para lidar com situações que os/as incomodavam e como buscavam uma melhora.

Com duas interlocutoras (Maurícia e Ângela), foi possível realizar mais observações, tanto por ambas demonstrarem disponibilidade de tempo para participarem da pesquisa quanto

pelo vínculo estabelecido entre nós. Portanto, além das entrevistas gravadas e conversas informais nas suas casas e na US, pude acompanhá-las no trajeto entre o local onde residiam e o serviço de saúde mental, bem como aguardei o atendimento com elas na sala de espera. Com Maurícia, acompanhei, ainda, a retirada dos medicamentos na farmácia e o atendimento com a médica da US⁴². Ressalta-se que também assinaram o TCLE aqueles profissionais que acompanhei prestando atendimento a pessoas que usam antidepressivos e/ou ansiolíticos.

Na Farmácia Distrital dessa região, foram realizadas quatro observações/idas ao campo. A primeira consistiu em uma conversa com uma profissional do serviço para apresentação da pesquisa e combinação do desenvolvimento da mesma. Nesse dia, também conversamos sobre as regras de dispensação, as rotinas de trabalho, bem como outras questões relacionadas aos antidepressivos e ansiolíticos. Em dois outros dias, por algumas horas, observei como ocorre a dispensação de medicamentos controlados. A quarta observação teve como propósito sanar dúvidas levantadas durante a pesquisa de campo e comunicar sobre a finalização do trabalho de campo nesse contexto. Tais observações foram, igualmente, registradas no diário de campo.

Em que pese terem sido momentos cruciais para compreender aspectos que interatuam na experiência com psicofármacos, neste texto não serão aprofundados os elementos fruto das observações na farmácia. Em alguns momentos pontuais, contudo, recorrerei a elementos que emergiram naquele contexto de observações e que atravessam as redes de engajamento das/os interlocutores/as, tais como a Portaria nº 344/1998 (BRASIL, 1998), que regulamenta as substâncias e os medicamentos sujeitos a controle especial - dentre os quais estão os antidepressivos e ansiolíticos - e o sistema eletrônico de dispensação. Atualmente, as Farmácias Distritais de Porto Alegre possuem um sistema de registro das medicações que foram dispensadas para cada usuário/a. Por ser um sistema interligado, os/as residentes do município podem retirar os psicofármacos em qualquer Farmácia Distrital. O sistema eletrônico e interligado também evita dispensações em excesso, já que só é liberada a possibilidade de dispensação se respeitado o prazo estabelecido em receita para o tratamento - que pode ser, por exemplo, de 30 ou 60 dias.

No total, foram 38 idas a campo na Rede US: 4 na Farmácia e 34 na Unidade de Saúde). Assim, durante o período entre novembro de 2018 e julho de 2019, fui 34 vezes ao território da US. Às vezes apenas em um turno; em outros dias, pela manhã e tarde, sempre no horário de funcionamento do posto (8h às 17h). Mesmo que já fosse a campo com algumas visitas agendadas com as interlocutoras, nas quais eu ia sozinha e não necessitasse de

⁴² Antes do atendimento foi negociado minha presença com Maurícia e com a médica, a qual também assinou o TCLE para profissionais.

acompanhamento dos/as profissionais, sempre passava na US antes, deixava alguns de meus pertences lá, conversava com a equipe. Isso se mostrou muito importante, tanto para me aproximar daquele espaço e potencializar as possibilidades do encontro etnográfico quanto pelo fato da US ser uma espécie de base, que me proporcionava segurança e compunha a minha liga naquele território.

2.4 Em caso de dúvidas: sobre ponderações e performances éticas

Início pelos trâmites legais que, no modo como fazemos pesquisa no Brasil, em psicologia, geralmente antecedem o contato com as pessoas que se tornarão participantes. O projeto do qual deriva a presente tese foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, bem como do CEP da SMSPA. A pesquisa de campo iniciou apenas após as aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa, embora algumas negociações, assim como conversas informais já tenham integrado o processo da pesquisa, constituindo o que se poderia denominar “pré-campo”. Os/as interlocutores/as da pesquisa foram convidadas/os a colaborar de modo voluntário e em confidencialidade, podendo decidir livremente quanto a sua participação, bem como desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa. O TCLE foi apresentado em duas vias, sendo uma de posse do/a participante deste estudo e a outra arquivada pelas pesquisadoras. Os/as 15 interlocutores/as concordaram em participar da pesquisa voluntariamente e assinaram o TCLE. Tendo em vista a observação, nos serviços de saúde, das rotinas de trabalho relacionadas à prescrição, bem como o acompanhamento, a dispensação, as decisões e o aconselhamento sobre antidepressivos e/ou ansiolíticos, elaborei um TCLE para os/as profissionais de saúde que acompanhei de modo mais próximo.

No entanto, a dimensão ética de uma pesquisa perpassa as instâncias regulamentadoras, é reflexiva e relacional. Nessa perspectiva, em uma pesquisa de orientação etnográfica, o aval ético é produzido em campo. Desde o contato inicial, fui buscando não insistir demais com as pessoas indicadas, não queria causar uma cobrança pela participação na pesquisa. Não apenas devido ao tema, mas, principalmente, porque qualquer pessoa pode não estar disposta a participar de uma pesquisa em qualquer momento de sua vida, e parece fundamental que isso seja fortemente respeitado. Quanto a isso, percebi que a intermediação dos contatos, nas duas redes, possibilitou que me fossem indicadas pessoas que se percebiam em condições emocionais de participar da pesquisa e de conversar sobre suas práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos.

O cuidado em não pressionar uma participação na pesquisa compreendeu: tempo para aguardar o retorno das mensagens por *WhatsApp*, tentar entender os horários possíveis de visitar uma pessoa em sua casa, de modo a não atrapalhar as suas rotinas e as de seus familiares. O acesso às casas das pessoas foi mais frequente na Rede US, pois essa já é uma prática a que as pessoas estão acostumadas pela relação com as ACS. Portanto, a maioria das interlocutoras dessa rede eu conheci realizando as visitas domiciliares com as ACS e continuei visitando-as devido aos convites que me direcionavam.

Na rede da UFRGS, poucas pessoas me convidaram a ir até suas casas. Isso fornece elementos para pensarmos a produção da noção de vida privada da classe média nessa localidade, em que sua residência, seus dilemas e medicamentos se inscrevem na esfera íntima e são, portanto, prioritária ou estritamente partilhados com um círculo mais circunscrito ao que se definirá como íntimo, próximo, “escolhido”. Na US, a própria circulação de receitas já evidencia um compartilhamento da demanda em saúde dos/as usuários/as. Na Rede US o modo como a saúde é disposta na vida das pessoas aponta para uma relação biopolítica diferente da Rede UFRGS, pois o cuidado e o controle podem entrar juntos em suas casas. Isso será discutido mais à frente nesta tese. Além das diferenças nas Redes, também há muitas diferenças pessoais no modo de estabelecimento de vínculo. Justamente por isso, tive diferentes "camadas" de acesso a vidas das/os interlocutores/as.

2.4.1 O que devo saber antes de iniciar as observações?

Fernanda [entrevistadora]: [...] *E teria alguma coisa, assim, digamos, uma ideia que tu já tem de um lugar que é legal a gente ir junto... Porque a ideia é bem uma observação etnográfica, né?*

Joana: *Ah, tu pode ir dar aula comigo, se tu quiser. É o melhor lugar pra mim, ultimamente..* (Entrevista 8 - Rede UFRGS)

Esse diálogo ocorreu antes de marcar a primeira observação com Joana. Algumas semanas depois, fui até a escola em que ela é professora, acompanhá-la nos períodos após o recreio. Era quase dezembro, e as turmas estavam recebendo as notas finais das avaliações. A escola fervia tanto quanto o sol devido à chegada do verão.

Acho que já era umas 10h45min. Joana está com a bolsa no ombro, uma pasta na mão e um estojo. Ao atravessarmos o pátio da escola, ela cumprimenta as/os alunas/os, troca uma e outra palavra de modo alegre e afetuoso. Uma estudante chega espontaneamente e dá um abraço nela. Joana conta que estou fazendo uma pesquisa e que ela é a participante. A guria olha pra mim e diz: *Então tua pesquisa já ta ganha só de poder conviver com essa pessoa* (se referindo à Joana). A estudante segue sorridente para o outro lado do pátio, e então me dou conta que preciso combinar com Joana sobre como me

apresentar nas salas. Ela diz que as turmas sabem que ela está usando antidepressivo. Conta que ficou de licença-saúde, e que, quando voltou, os estudantes perguntaram o que havia acontecido. Então ela decidiu conversar com eles sobre usos de medicamentos e saúde mental. Do outro lado do pátio, há muitas salas de aula. Ela está com a chave. Abre a porta e os alunos entram junto. Eu sigo até a frente com ela. Joana é muito descontraída e divertida. Ela pede que eu me apresente. Digo meu nome, que estou fazendo uma pesquisa de doutorado em psicologia social. Acrescento que estudo uso de antidepressivos e ansiolíticos, ou seja, como é para as pessoas usarem esses medicamentos, e o que mais elas juntam a esses usos para se sentirem melhores. Então Joana se declara como a observada. Ela entrega as provas, fala da aula que vem e da recuperação. Logo bate o sinal e vamos para o andar de cima. (Trecho do Diário de Campo, novembro de 2018).

Assim como ocorreu na observação com Joana, quando estava com as pessoas em locais que elas circulam, aguardava elas escolherem se queriam (e como iriam) me apresentar. Por exemplo, quando fui realizar entrevista no trabalho de Manu, mesmo sendo a convite dela, ao tocar no interfone disse apenas meu nome e que havia marcado com a Manuela. Modo geral, as pessoas que toparam conversar comigo não pareciam constrangidas com o fato de alguém saber que estavam participando de uma pesquisa sobre o tema, além de muitas falarem abertamente sobre seus usos de psicofármacos com as pessoas que conviviam. Em diversos espaços, como nas faculdades/universidades ou nas salas de espera de serviços de saúde, minha presença não parecia tão estranha ao se misturar à circulação própria dos locais, pois me confundia com alguma colega ou alguém que está acompanhando.

Afinal, é possível prever tudo o que é preciso para iniciar as observações? Em uma pesquisa que propõe observações etnográficas e itinerantes, mostrou-se válido uma postura de acompanhar como os/as interlocutores vão me colocando nas cenas. Todavia, a cada novo encontro, conforme apontei, fui percebendo elementos que teriam de ser previamente combinados (onde iríamos nos encontrar, se eu acompanharia o atendimento, como me apresentar, entre outros), ao mesmo tempo em que esses previsíveis davam passagem para o imponderável, aquilo que irrompe o cotidiano e que exige a criação de novos arranjos naquele instante. Logo, titubear sobre como se posicionar em campo, parece uma postura ética - do ponto de vista da ética reflexiva e relacional - a ser buscada constantemente.

2.4.2 Efeitos adversos

Durante todo o período do trabalho de campo, em apenas uma ocasião me senti desconfortável de realizar a observação. No dia em que voltava da escola com Joana, ela me chamou para acompanhá-la na consulta com seu psiquiatra, que viria a acontecer cerca de 20

dias depois. No dia da consulta, enquanto caminhávamos para achar um ponto de táxi que nos levaria até o consultório, ela mencionou que, ao falar por *WhatsApp* com seu psiquiatra, contou a ele da minha pesquisa *não com detalhes porque por whats fica difícil*, mas falou que eu a estava acompanhado, e perguntou se eu podia ir na consulta, ao que ele respondeu: *Tu que decide*. A sinaleira estava fechada para os pedestres. Aproveitei para retomar que poderia aguardar na sala de espera, ou entrar um pouco e depois sair, que não queria prejudicar a consulta mensal dela. Joana reforçou que não tinha problema de eu entrar junto e acrescentou: *Inclusive, acho ótimo que tu conheça ele se quiser indicar para alguém depois*.

No início da consulta, ela me apresentou ao psiquiatra, que buscou saber sobre a pesquisa e manteve o cuidado de ir tateando os assuntos na minha frente. Senti que a influência da pesquisadora, nesse momento, foi no sentido de ele ser mais didático com Joana sobre o tratamento, os medicamentos, etc. Talvez o modelo clínico de consulta, em que o médico pergunta sobre a sintomatologia atual e o paciente responde questões pontuais, fosse menos constrangedor do que nesse consultório onde havia, inclusive, um divã, que obviamente não funcionou como um divã tradicional nesse dia. Apesar de me sentir deslocada, e ter abandonado a ideia de acompanhar os atendimentos dos e das interlocutores/as, Joana disse ter ficado feliz de eu conhecer seu médico, e contente por ter podido propiciar esse encontro. Inclusive, durante a sessão, quando falo que não quero tomar centralidade com o assunto da pesquisa, mas preservar o espaço da Joana, ela diz: *Continuem, tô adorando ouvir vocês*.

Depois desse episódio, a única outra consulta que observei fora a de Maurícia, com a médica na Unidade de Saúde, mas que assumiu um contorno bastante particular. Tal observação foi se construindo de modo espontâneo, em razão de eu já circular frequentemente por aquele lugar e, assim, ter um vínculo estabelecido com as duas, e ambas já compreenderem sobre o que se tratava a pesquisa. Além disso, a maior parte da consulta girou em torno das demandas específicas de Maurícia (na ocasião, tosse constante e ajuste da medicação - antidepressivos).

Mesmo tendo seguido a “receita” que julgava pertinente e ter realizado combinações com Joana antes de iniciar as observações, os efeitos são sempre inesperados. Apesar de reiteradamente Joana falar positivamente da observação, tive a sensação de estar invadindo seu espaço. Logo, questionei-me se naquele instante a pesquisa estava tomando mais ênfase do que o tratamento de Joana. Tais questionamentos éticos nunca cessam, mas contribuem para ampliar reflexões e ajuda a buscar relações de pesquisa cada vez mais dialogadas e compartilhadas.

2.4.3 O que devo fazer para garantir a confidencialidade?

Outra ponderação ética que desejo abordar é acerca do modo como lidei com a confidencialidade nesta pesquisa. A Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), que trata de normas aplicáveis a pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais, define confidencialidade como “a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada” (p. 2). Em relação ao respeito à privacidade em campo, pontuei, anteriormente, minha tentativa de manter uma postura de acompanhar os movimentos dos/as interlocutores/as em sua relação comigo, no que se referia aos espaços que me convidariam a acessar e, sobretudo, aos assuntos que poderiam gerar constrangimento, quando e de que modo. Quanto ao anonimato na tese, além dos nomes fictícios, optei por não apresentar dados sociodemográficos dos/as interlocutores/as de modo reunido, para evitar possíveis identificações. Entretanto, tendo em vista que é crucial contextualizar os/as interlocutores/a para as análises interseccionais neste trabalho, ao mencionar determinados elementos, busco realizar aproximações/categorizações, de idade, de área de estudo/trabalho, bem como não citar a qual universidade/faculdade estavam vinculados/a. No que diz respeito à Rede US, foram suprimidas as informações geográficas mais detalhadas, visando manter o anonimato dos/as interlocutores/as e profissionais dos serviços que frequentei como pesquisadora.

Muitas das perguntas que travei (sobre esquemas de usos, efeitos colaterais, relações com profissionais e serviços de saúde) em geral não pareciam suscitar preocupação com o sigilo das informações. No entanto, muitas das vezes, acessei informações que algumas pessoas compartilhavam comigo com mais zelo. O cuidado que tomei com as histórias das pessoas passou por avisá-las que sempre poderiam pedir que algo dito fosse retirado da pesquisa, mas também em nunca falar com o/a informante-chave sobre os assuntos falados em entrevista/observação. Na Rede US, algumas das primeiras entrevistas/conversas foram realizadas na presença de algum profissional da Unidade (por opção e permissão da participante), pois era com essas profissionais que os/as interlocutores/as possuíam vínculo e era devido a elas que me abriam suas casas, em um momento inicial. Assim, após conhecer as/os interlocutores/as, o primeiro movimento necessário para o andamento da pesquisa, foi tentar descolar minha imagem da US.

No contato inicial com todos/as os/as interlocutores/as, explicitarei que se tratava de uma pesquisa da UFRGS e que eu não fazia parte da equipe do serviço de saúde. O momento de apresentação do TCLE implicou o detalhamento sobre os processos da pesquisa e direitos

dos/as interlocutores/as e contribuiu para explicitar o enquadramento da pesquisa. Porém, a separação entre a pesquisadora e o serviço, especialmente minha postura de não fiscalização sobre os usos de medicamentos, tampouco de profissional que presta uma assistência psicológica de modo contínuo àquela população, precisou ser retomada em outros encontros durante a pesquisa de campo.

Apesar de buscar esse deslocamento em relação ao serviço de saúde, inevitavelmente, por acompanhar as rotinas de trabalho da US, e frequentar um território onde os laços entre as pessoas eram bastante próximos, eu ficava sabendo informações sobre as/os interlocutores/as através da equipe. Precisei fazer o exercício de deixar essas informações prévias em suspensão, de modo a não encerrar possíveis dúvidas. Busquei, sobretudo, seguir as conversas conforme os assuntos que as/os interlocutores/as traziam e, obviamente, manter a confidencialidade sobre as questões que eles me contavam.

Outro aspecto a ser ponderado é minha posição como psicóloga, que contribui de alguma forma nas relações estabelecidas. Em que pese sempre buscar me apresentar como uma pesquisadora da área da psicologia social, o termo que parecia ter mais concretude para as pessoas era a psicologia. Os/as profissionais da US recorrentemente me apresentavam às pessoas daquele território como psicóloga que está fazendo uma pesquisa. Uma simples alteração entre os termos que me colocava em outra posição em campo: como alguém capacitada a escutar dilemas, opinar sobre questões do desenvolvimento e comportamento humano, a quem interessava os usuários de "saúde mental". Nas duas redes, praticamente todos/as os/as interlocutores/as estavam em acompanhamento ou haviam passado por atendimento psicológico em algum momento. Logo, compreendo que esse espaço de fala, de escuta e confidencialidade lhes era familiar. Ainda, uma das interlocutoras da Rede UFRGS, acrescentou outra característica socialmente esperada dos psicólogos, enquanto me conta uma coisa da qual não se orgulha muito: *Tu é psicóloga, tu tá preparada para não me julgar*. Assim, o fato de ser psicóloga, mesmo buscando não enfatizar isso, produzia uma relação de confiança, uma suposta garantia de que aquilo que era falado não seria exposto de modo indevido.

2.5 Fazer pesquisa, fazer realidades: como esta tese funciona?

Heloísa: *Então, eu tomo há uns dois anos, mas eu tive a interrupção de um semestre, vamos dizer, e voltei a tomar há um mês, um pouco mais de um mês. E aí que é interessante - tá muito viva pra mim - pra tua pesquisa talvez. Tá muito viva pra mim a memória do "sem remédio - com remédio", "o sofrimento e o bem-estar"; Tá muito vivo pra mim essa...as coisas, essa parte minuciosa de ver a situação chegando, de ansiedade, de medo, me observar e ver o meu corpo reagindo diferente, com e sem.*

Fernanda [entrevistadora]: *Eu ia te pedir, quem sabe tu descreve um pouco como que foi agora nessa tua retomada, as sensações físicas que tu sente, que tu sente no teu corpo?* (Entrevista 6 - Rede UFRGS).

Heloísa parece ter se empolgado com meu convite. Rapidamente levantou uma das pernas, e a cruzou sobre a outra, ficando com ambas as pernas cruzadas entre si e sobre o sofá - em um movimento corporal que parecia um "vamos lá..." -, respirou fundo e se empenhou na tarefa de me descrever detalhadamente suas sensações, seus pensamentos, suas práticas. Naquele instante, foi sendo performada uma prática narrativa atravessada pela atmosfera acadêmica entre nós - elemento descrito no modo de gestão "racionalidade científica", no capítulo três.

As práticas de uso de psicofármacos de Heloísa estão sendo feitas também nesse momento em que ela entusiasmamente monta, através de palavras, pausas, interjeições, seu sofrimento, suas sensações, suas atitudes. Assim, a própria pesquisa também faz o objeto de/em estudo. Para afirmar isso, baseio-me na perspectiva que Law (2008) toma sobre os ECTS, de que os métodos não apenas descrevem as realidades, mas de algum modo contribuem para fazê-las, considerando, assim, que os métodos são performativos. O jeito de elaborar uma pergunta, o local em que o encontro transcorre, as pessoas em interação na cena, o modo como foi estabelecido o vínculo entre participante e pesquisadora, cooperam para performar realidades múltiplas. Logo, não há um material empírico a ser coletado e investigado, pois o objeto está sempre em coprodução com a própria prática de pesquisá-lo. Examinemos dois encontros com uma interlocutora da Rede UFRGS:

Momento 1- avisto Bibiana chegando na sala onde seria realizada a entrevista. Estranhei sua fisionomia porque estava bastante diferente da foto do *WhatsApp*. Ela usava um casaco verde azulado de malha que parecia muito confortável. Entrou nessa sala de talvez uns 10m². Fechou a porta. Eu, que estava em pé ao lado da cadeira, fui em sua direção e demos um abraço. Ela sentou-se na ponta da mesa de madeira oval, de modo que me sentei em diagonal para ficar de frente para ela. Seus cabelos tinham um tamanho médio e, ao puxá-los para fazer

um coque, pude ver um lado da cabeça estilosamente raspado. Nesse dia, a pequena parte de seu cabelo raspado me deu uma pista sobre sua personalidade. Bibiana colocou o celular em seu lado direito e, por vezes, ele tocava, parecia sinal de mensagem. Na maior parte do tempo, ela manteve as mãos em cima da mesa. Sua unha estava com um esmalte bem escuro já descascando. Parecia estar sonolenta. Não consegui saber muito dela nesse dia;

Momento 2- Estou sentada em uma mesa na praça de alimentação da universidade em que Bibiana estuda. Tenho um café preto em copo de plástico nas mãos. Aos poucos, aumenta o movimento de pessoas no local. Repentinamente ela chega: *Oi! Meu celular estava sem bateria*. Larga o capacete preto na mesa do lado e, com ele, seu lanche - um grande copo de suco que parece de laranja e um pão de queijo - o qual ela não come. Penso que provavelmente continua com apetite alterado, como havia me contado anteriormente. Sua mochila é preta com umas tachinhas prateadas. Veste camiseta preta e calça de moletom. Contornou a mesa e me deu um abraço. Bibiana está muito mais animada e descontraída do que no momento da entrevista. Sentadas na praça de alimentação, nesse dia sem gravador, nossa conversa transcorreu de modo bastante livre. "Puxei" da mochila meu caderninho de campo apenas para anotar algumas informações, especialmente sobre as médicas que consultou e medicações. Por quase 2 horas falamos sobre sua faculdade, além de trabalho, família, amigos, orientação sexual, a procura por uma psiquiatra, efeitos das medicações, estratégias que usa para relaxar, entre outros assuntos que surgiram.

Descrevo esses dois momentos para evidenciar que as pessoas estabelecem práticas narrativas diferentes em momentos diversos. Compreendo prática narrativa como o ato de coprodução, que depende não só da forma de acesso (entrevista, observação), mas também do ambiente de performance. Este último fica evidente nos momentos que encontro Bibiana. No segundo encontro, notei que estava mais descontraída, diferente do dia no seu local de estágio que estava mais "pra baixo", monossilábica, sonolenta. Há diversas possíveis razões para isso: ambiente diferente; nos conhecermos um pouco mais; ausência do gravador; ela estar aliviada com a conclusão do curso de graduação, estar em uso de menos medicações, ou ainda outras conjunções às quais sequer tenho acesso.

Ao considerar a própria pesquisa como prática que faz algo existir, tomo a narrativa como um agente. Assim, valho-me de duas formas de narrativas: as entrevistas com as/os interlocutores/as, que através da mediação do gravador, da transcrição, materializam o diálogo; e as observações registradas em diário de campo, performadas por aquilo que meus olhos, ouvidos e outros receptores sensoriais traduziram em palavras. No que diz respeito às observações, há também uma outra dimensão operando que é o movimento. Algumas falas

foram performadas em trânsito, enquanto acompanhava seus itinerários. Assim, também compõem a posografia, acessos a práticas narrativas em que a própria narrativa está sendo praticada com elementos do cotidiano (por exemplo, escadarias, meios de transporte, temperatura/clima), ainda que não seja a administração de remédios em si, mas que compõem tanto as aflições quanto suas estratégias de manejo.

Dessa forma, o lugar onde se produz essa narrativa também a performa, como pode ser pensado a partir de meus encontros com Bibiana. O ambiente de performance suscita não apenas diferentes densidades das narrativas, mas práticas narrativas diferentes. A conexão estabelecida a cada encontro entre elementos, ambiente, pessoas, práticas justifica a importância de as narrativas terem ocorrido em contextos diferentes ao longo desta pesquisa. As pessoas se percebiam e narravam a si mesmas de modo muito particular. Em algumas práticas narrativas, acompanhei o pensar sobre si, reconhecendo suas emoções e refletindo sobre situações e sentimentos que as fizeram usar psicofármacos. Em outros momentos, as narrativas de si vão sendo tecidas com argumentos científicos e, por vezes, mais generalizantes, distanciando-se de uma experiência pessoal ou de um si mesmo.

2.5.1 Para além das prescrições: uma alquimia epistemológica

Tanto as questões sobre a posição situada da pesquisadora na produção da pesquisa quanto o contato com os sujeitos para conhecer suas práticas são possibilitados e potencializados pela perspectiva etnográfica. Em vista disso, saliento que o *ethos* de uma pesquisa etnográfica pelo qual me oriento (e.g. Claudia FONSECA, 1999; Mariza PEIRANO, 1992) possibilita o encontro com o outro - que tampouco se inscreve em uma alteridade absoluta - e um modo de conceber o conhecimento se produzindo nas práticas e nos circuitos da pesquisa.

Donna Haraway (1995) inspira-me a pensar uma ética do fazer pesquisa, em que a objetividade implica a parcialidade da pesquisadora na relação com tema, objetos, interlocutores/as do estudo e, portanto, evidencia localizações e corporalidades na produção do conhecimento. Na Rede UFRGS, a escolaridade era um actante significativo na performance de uma pesquisa diferente daquela que se produziu na Rede US, ao passo que, nesta última, eu era recorrentemente reconhecida na posição de profissional de saúde e psicóloga, o que expandia algumas possibilidades e limitava outras (conforme citado anteriormente acerca da sensação de confiança, mas, ao mesmo tempo, de possível fiscalização sobre usos de medicamentos). O gênero também faz relações diferentes com interlocutoras e interlocutores.

É possível afirmar que estabeleci vínculos mais fortes com as mulheres, logo, senti que elas conseguiam expor, com mais abertura e menor constrangimento, seus sentimentos, suas emoções e histórias de vida.

A relação da minha localização com as materialidades em campo insere-se como elemento que também performa a pesquisa. Diante da familiaridade com a UFRGS, realizar entrevistas nesse local era orgânico e confortável - não precisava me preocupar em descobrir como acessar o local, possuía facilidade para agendar uma sala. Ainda, conhecer o espaço igualmente fazia com que não me ocupasse de um escaneamento e reconhecimento ambiental, possibilitando que me focasse na prática narrativa e no/a interlocutor/a. Por exemplo, a entrevista com Júlia foi realizada em uma minúscula sala sem janela de um dos prédios da UFRGS. Apesar de o local não ser nada atrativo, a conversa transcorreu com entusiasmo, com vários elementos e situações que foram produzindo um vínculo (especialmente o compartilhamento de aspectos da vida acadêmica). A conversa fluiu tanto que, somente ao olhar o relógio, percebi que já estávamos ali há três horas.

Por outro lado, ao iniciar a pesquisa na US, que fica em um local chamado “morro”, que era totalmente desconhecido para mim antes de iniciada a pesquisa, estava receosa se seria seguro circular por lá. A minha chegada foi mediada pelas profissionais do serviço, que logo me informaram sobre as ruas consideradas tranquilas de andar sozinha e onde deveria estar acompanhada por uma das ACS. Não demorou muito tempo para que me sentisse tranquila em circular sozinha pelas ruas próximas à US - e, diga-se de passagem, sentia-me mais tranquila do que em muitos outros locais de Porto Alegre que me são familiares -, mas atentar para essas mediações no campo é também crucial porque não são externas à performance da própria pesquisa. Por exemplo, mesmo após transcorrido um tempo em campo, ao me aproximar - junto a ACS e/ou de outras profissionais - de locais considerados áreas de risco (por serem reconhecidos pela população como pontos de tráfico de drogas e conflitos com a polícia), ficava apreensiva, o coração batia mais rápido. Isso limitou o número de interlocutores/as que residiam nessas áreas, bem como conformou as práticas narrativas, uma vez que, com uma interlocutora que residia próximo de uma área de risco, as conversas em sua casa foram acompanhadas por uma ACS. Em decorrência, precisavam respeitar o tempo que a profissional dispunha para ir comigo até essa casa e também levar em consideração a sua presença.

Dessa forma, a pesquisa a conta-gotas, tal como a pratiquei, permitiu uma performance de realidades em que se evidenciaram os pedaços que compõem as práticas de usos de psicofármacos em cada rede de engajamento ou através delas, e que, sobretudo, vão sendo feitas ao longo da performance desta tese, a qual também é uma prática narrativa. Enfim, esta é

uma pesquisa inspirada em diversas/os autoras e autores - especialmente Mol, Haraway, Foucault, Rose, Clarke. Combino perspectivas, arrisco um método. Parece que, nesta tese, atualiza-se uma investigação alquimista, em que, mais do que nos produtos, a magia encontra-se no processo.

3 UM PSICOFÁRMACO NÃO FAZ NADA SOZINHO: INTERAÇÕES NO ESPAÇO-TEMPO

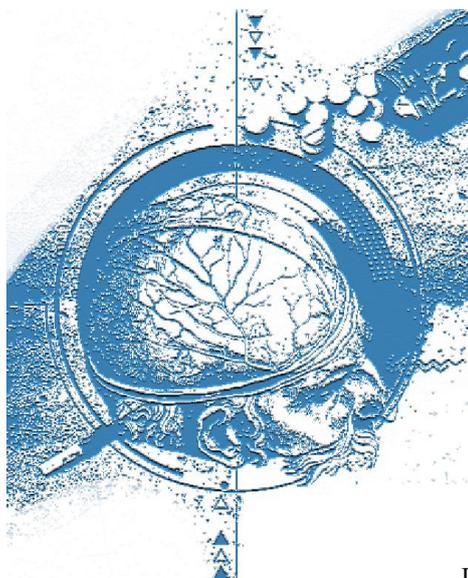


Ilustração 3

Autor: Paulo Bevilacqua

Descrição: colagem de gravuras. No centro há a face de um homem de perfil até a altura da boca. O homem possui bigode. Há um corte transversal na testa de modo a evidenciar o cérebro. A imagem do rosto do homem remete a uma ilustração científica e está delimitada por um círculo de duas linhas. Também, há duas linhas finas, uma na horizontal e outra na vertical centralizadas sob o rosto do homem. No canto superior direito há um frasco cilíndrico sem tampa, inclinado na horizontal, com comprimidos em seu interior e ao redor. Toda a ilustração é na cor azul.

Anderson: *Bom, mas eu tava numa festa, e eu não sou o tipo de cara que vai em festas, tá. Mas, por coincidência, eu tava numa festa um dia, num fumódromo, que é o melhor lugar para ficar durante uma balada, porque não tem barulho e dá pra fumar. E daí, no grupinho do lado, tinha umas gurias conversando e aí uma delas tava falando "Daí haja antidepressivo para aguentar isso né". E eu perguntei pra ela: "Qual tu toma?" (risos) E aí a gente começou a conversar... e ela é minha namorada hoje. (Entrevista 1 - Rede UFRGS).*

Nas páginas anteriores, apresentei alguns conceitos e concepções que me levam a entender que os objetos não estão soltos no mundo à espera de alguém que os use ou os observe. Por isso, argumentei que os objetos estão sempre sendo feitos a partir de práticas articulatórias. Quando comecei a perseguir o objetivo desta pesquisa - acompanhar o que/como substâncias descritas como antidepressivos e ansiolíticos fazem e como são feitos nas redes envolvidas na gestão das aflições cotidianas - não imaginava a diversidade e o inusitado de arranjos e coisas sendo feitas nessas redes de engajamento.

Através da pesquisa de campo, pude observar os múltiplos arranjos através dos quais essas substâncias se enredam nas vidas das pessoas, podendo, inclusive, estar no meio de encontros românticos, como animadamente conta Anderson na passagem da entrevista que abre este capítulo. Nessa cena, há o antidepressivo, o cigarro, dois jovens, uma festa, que naquele instante fazem existir um flerte. Em uma consulta médica, muitas lágrimas, um lamento interminável, uma receita de antidepressivo, um médico e uma paciente podem fazer a depressão. Ou, ainda, sobre uma cama, um corpo, com um copo de água e um ansiolítico, podem fazer existir sono.

As práticas são dinâmicas, únicas e instantâneas, porém, conforme já aprendemos com as/os autoras/es dos ECTS, não são manejadas em um vácuo social. A argumentação desenvolvida até aqui permite afirmar que, por exemplo, há múltiplas versões de substâncias, corpos, sujeitos, diagnósticos. As montagens dependem dos outros actantes, que podem ser tanto os marcadores sociais da diferença como o ambiente em que é modulado e modula, e também as temporalidades. Como essas montagens estão coordenando as versões de objetos e sendo remontadas nas cenas que acompanhei, depende da memória como actante que alinhava a colcha de retalhos. Para elaborar algumas sistematizações que, mesmo provisórias, apontam para algumas regularidades e podem auxiliar em uma análise interseccional sobre o manejo das aflições e usos de psicofármacos, utilizo a noção de campos de performance.

O conceito de campo na física é polissêmico e se transforma conforme novos experimentos e conforme despontam teorias (José Fernando ROCHA, 2009; Sonia KRAPAS; Marcos da SILVA, 2008). Sem me preocupar com o rigor conceitual da área, trago da leitura desses textos uma noção de campo como mediador da interação entre os corpos, como um meio de transmissão de força. Assim, o emprego de campos de performance nesta tese é inspirado em uma noção de campo como mediador. Aqui, campo é espaço-tempo em que objetos são feitos, práticas essas que, ao mesmo tempo, fazem o campo. Logo, proponho campos de performance como zonas que atualizam diferentes enquadramentos dessas articulações de heterogêneos. O campo de performance, em outras palavras, é essa configuração espaço-temporal em que emergem agenciamentos entre actantes - que denominei de modo de gestão das aflições. Assim, os campos agregam redes de engajamento distintas. Opero com o termo gestão⁴³ para referir-me a esses modos de gerenciamento das aflições que

⁴³ O termo gestão é inspirado no significado empregado pela abordagem de intervenção em saúde mental, chamada Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Esta proposta, segundo Rosana Onocko-Campos, Eduardo Passos, Analice Palombini, Deivisson dos Santos, Sabrina Stefanello, Laura Gonçalves, Paula de Andrade e Luana Borges (2013), está conectada a uma gestão compartilhada do cuidado, o que pressupõe a troca de saberes e experiências sobre saúde, medicações, tratamentos, direitos da/o usuária/o, bem como o compartilhamento de

agreguei em conjuntos, para contrapor ao termo manejo, utilizado para descrever a artesanania de cada rede de engajamentos.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é explorar as montagens que vão sendo feitas à medida que a substância (ponto de engate das redes) vai se ligando às trajetórias de vida. A ênfase, nesse momento, reside em apresentar como as dimensões interseccionais puderam ser acessadas a partir de uma perspectiva das práticas e das materialidades. Para tanto, organizei dois modos de gestão das aflições, que se sobressaíram entre as experiências comigo compartilhadas, para descrever a respeito das práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, e o que mais elas fazem existir ao se engajarem com diversas materialidades. Ressalto que a divisão em dois modos de gestão não visa polarizar as maneiras com que as aflições são manejadas em cada Rede de indicação, mesmo que os modos de gestão conservem regularidades entre os marcadores que se sobressaem em cada Rede. A divisão emerge com objetivo de sistematizar informações e experiências de campo, porém é possível observar diversos cruzamentos e borramentos entre ambos os modos de gestão das aflições.

decisões entre usuários/as e equipes, objetivando o estímulo da autonomia e exercício da cidadania. Assim, ao usar 'gestão', quero remeter a autonomia e capacidade de ação que as/os interlocutores/as da pesquisa evidenciaram em suas vidas que, sobretudo, colocam questões a respeito das relações de poder com o circuito biomédico (psicofármacos, serviços de saúde, profissionais, bulas, manuais de saúde, entre outras).

*Há um vilarejo ali
Onde areja um vento bom
Na varanda quem descansa*

*Vê o horizonte deitar no chão
Pra acalmar o coração
Lá o mundo tem razão*

*Terra de heróis, lares de mãe
Paraíso se mudou para lá
Por cima das casas cal*

*Frutas em qualquer quintal
Peitos fartos, filhos fortes
Sonhos semeando o mundo real
Toda a gente cabe lá
Palestina, Shangri-lá*

*Vem andar e voa
Vem andar e voa
Vem andar e voa*

*Lá o tempo espera
Lá é primavera
Portas e janelas ficam sempre abertas
Pra sorte entrar
Em todas as mesas pão*

*Flores enfeitando
Os caminhos, os vestidos
Os destinos e essa canção
Tem um verdadeiro amor
Para quando você for
[...]*

(VILAREJO, 2018)⁴⁴

⁴⁴ Inauguro cada um dos subcapítulos referentes aos modos de gestão, com uma música que emergiu durante o processo de redação por associações com elementos vivenciados em campo, assim, essas foram mais duas composições que inspiraram a escrita.

3.1 Modo de gestão da aflição: coletivização das emoções

O primeiro modo de gestão da aflição intitulado "coletivização das emoções", engendrado através do acompanhamento de algumas mulheres da Rede US - Maurícia, Bete, Ângela e Dona Berenice. Todas residem no território abrangido pela US, em ruas diferentes. Bete e Dona Berenice, inclusive, moram mais distantes do posto. Entre essas quatro mulheres há diferenças socioeconômicas que também atravessam o manejo das aflições de modos distintos. São mulheres cis, heterossexuais, com idades variando entre um pouco mais de 40 e 70 anos. Apesar da significativa diferença de idade, elas compartilhavam a similaridade geracional de serem avós/tia avó. Maurícia e Ângela são mulheres negras, e Bete e Dona Berenice, brancas.

Nesse modo de gestão, destaca-se o gerenciamento de emoções através das palavras postas em relação, do diálogo, o que compreende o compartilhamento de problemas, de dúvidas sobre o uso de medicamentos seja com amigas, vizinhas, familiares, profissionais da saúde e, nesses casos, também comigo. Somando-se a isso, temos a centralidade do cuidado coletivo que ancora tal modo de gestão - seja das mulheres mencionadas em relação a familiares, seja dos familiares no que se refere ao controle de suas "crises" e medicações. A coletivização envolve, ainda, empréstimo/doação de medicamentos entre conhecidas; e ainda, o cuidado compartilhado por uma rede pública de saúde.

3.1.1 *Mas diz que é bom falar, né?* - Das conversas na área: para circular um ar e as palavras

Falar é compartilhar. Como nos lembra Freud, a fala pode curar. A psicanálise aciona, contudo, a fala (e a relação com a escuta) a partir de um lugar mais íntimo e particular, na medida em que é via de expressão não apenas do consciente, mas sobretudo do inconsciente do sujeito. Todavia, acompanhar as redes e as praticidades faz perceber que há diferentes práticas de falar - falar para a terapeuta, falar com uma amiga, falar para as vizinhas, falar com a pesquisadora. Tal movimento recoloca a fala em outras esferas, de modo a tomar a palavra do ponto de vista da ação e performance. Assim, nesse momento, pretendo explorar a fala enquanto elemento da rede de engajamento na gestão da aflição.

A fala, em composição com a escuta, fornecem o enquadre do campo de performance que aqui será esmiuçado. Essa diáde fez existir a pesquisa com Maurícia, Bete, Ângela e Dona Berenice. Desde os primeiros encontros, as quatro já evidenciavam o quanto gostavam de

conversar. Algumas se mostraram agradecidas por ter alguém disposta a escutá-las - embora eu agradecesse a disponibilidade delas e sempre destacasse que elas que estavam contribuindo ao estudo. Narrar, confiar, revelar: essa tríade me levou a pensar sobre a produção da privacidade naquele contexto, sobre os limites entre pesquisadora e psicóloga. Aprendi que a fala também performa os estados de ânimo: o tom de voz, a velocidade, o laconismo, a eloquência, as pausas e os suspiros, são elementos essenciais nesta pesquisa a conta-gotas. Sobretudo, a gestão das aflições que envolve a fala, implica coletivizar: o sofrimento, os problemas, as dúvidas, as soluções, os medicamentos, os saberes, enfim, a vida.

Conheci Ângela, Maurícia, Bete e Dona Berenice por intermédio das/o ACS⁴⁵ do posto, que me levaram até suas casas. Com exceção de Ângela, que havia acessado o posto mais recentemente, as demais eram conhecidas de longa data das/o ACS e, com elas/e, travavam uma relação de confiança e afeto. Acredito que, como extensão desse vínculo, elas me receberam em suas casas e toparam compartilhar comigo suas práticas de uso de psicofármacos, e um tanto mais sobre jeitos de tentar ficar bem. Essas conversas ocorreram em suas salas, cozinhas, áreas, e depois se alargaram, passando a acontecer nos serviços de saúde, na rua e nos ônibus enquanto acompanhava seus itinerários. As conversas em casa foram moldadas em torno de suas rotinas: entre um cochilo e outro da criança, antes de arrumar o filho para a escola ou sair para trabalhar.

Sem muitos rodeios, descreveram sensações e acontecimentos que contribuíram na performance de suas aflições - como traição de maridos, doenças, morte de familiares, dificuldades financeiras, violência doméstica. Assuntos que foram sendo performados conforme uma série de actantes, mas nesse momento, destaco o ambiente de performance - já abordado no capítulo dois. Por ambiente de performance, refiro-me não apenas ao local em que nos encontrávamos (casa, posto, rua), mas, também, sobre quem perambulava por aquele ambiente, se existia alguma divisória que ocultasse as vozes, se havia tempo de esticar e aprofundar a conversa, e inclusive, se as perguntas eram pertinentes em cada ambiente. Em que pese elas sempre darem o tom da conversa, frente a minhas perguntas iniciais mais generalistas e menos invasivas, senti-me à vontade para conversar sobre questões mais delicadas quando nos encontrávamos em ambientes que garantiam privacidade (como uma sala do posto com a porta fechada; ou ao estarmos sozinhas em suas casas).

⁴⁵Conforme estabelecido na Política de Atenção Básica, o território de cobertura de cada ESF é dividido de modo que todas as residências tenham um ACS de referência.

Reconheço que a preocupação com privacidade e sigilo, naquelas ocasiões, era minha e não delas. Pensei muito sobre isso ao longo da pesquisa. A formação em psicologia conformou um corpo que está sempre atento à privacidade. A perspectiva etnográfica desta pesquisa fazia ressoar a indagação: o que é privacidade? Apesar de não ter explorado essa questão como parte do estudo, pude perceber que a noção de vida privada era, por exemplo, mais larga do que na rede da UFRGS. A maioria das informações que acessei eram contadas por elas a muitas outras pessoas. Especialmente as/os profissionais da saúde e a família estendida eram pessoas em quem confiavam seus dilemas e histórias. Nenhuma demonstrava ter receio em falar que usava os ditos *controlados*, mas nem sempre isso era isento de estereotipagem (tal ponto será retomado mais adiante). Então, busquei compor estratégias que não colonizassem uma noção de privacidade, mas que fossem condizentes com a ética em pesquisa de evitar expor as interlocutoras, tais como acompanhar o que elas sentissem pertinente de contar em cada ambiente e, por vezes, realizar entrevistas em espaços reservados, como o posto. Obviamente, em cada ambiente, realidades distintas eram feitas.

Assim, a conversa atuou de modo a performar um vínculo entre nós e, também, a presente pesquisa. A seguir, descrevo outras materialidades e engajamentos que evidenciam os motivos pelos quais denominei esse modo de gestão das aflições como coletivização das emoções. *Mas diz que é bom falar, né?* Frase proferida por Ângela, com voz suave e entre tímidas lágrimas, enquanto conta sobre a separação com o marido, tornou-se subtítulo, pois caracteriza uma recorrente noção nesse campo de performance de que é bom (no sentido de saudável) colocar as emoções “para fora” em detrimento de guardar para si, ou, em um cenário mais agravado, guardar a ponto de “explodir”. Logo, por ser uma importante estratégia de manejo das aflições para elas, retomarei mais adiante essa discussão. Os antidepressivos e os ansiolíticos foram actantes que marcaram a intersecção de meu encontro com o tecer das redes. Em outras palavras, as substâncias são o ponto de engate entre uma série de outros actantes vibrando no universo. Assim, a substância opera como engrenagem na gestão das aflições. A fluoxetina, por estar “na boca do povo”, metafórica e literalmente, mostrou-se uma substância interessante para seguirmos as análises acerca da “coletivização das emoções”.

3.1.2 A fluoxetina nossa de nem todos os dias

Dona Berenice: [...] *todos os médicos dizem pra mim: “é a Fluoxetina, já deviam de por na água. É um remédio que é bom pra todo mundo, faz bem pra todo mundo”.* (Entrevista F - Rede UFRGS).

Cloridrato de fluoxetina é a substância utilizada por todas as pessoas que entrevistei e por mais outras tantas que conheci na Rede US. Sendo um medicamento emblemático da classe dos ISRS, segundo Letícia Machado e Rodrigo Ferreira (2014), a fluoxetina - popularizada nos Estados Unidos sob o nome de Prozac - inaugurou não apenas uma geração de psicotrópicos, mas também a produção de subjetividades que marcariam a chamada “geração Prozac”.

O Prozac[®] atingiu uma sociedade que estava no clima certo para ele. Campanhas apoiadas pelo laboratório Eli Lilly, fabricante do Prozac, alertaram os médicos e o público para os perigos da depressão. O Prozac foi lançado como totalmente seguro, podendo ser receitado para qualquer um. (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010, p. 332).

Naquele momento, o sucesso comercial estava relacionado ao fato de tais substâncias ocasionarem menos efeitos colaterais do que os antidepressivos antecessores (Silvia BITTENCOURT; Sandra CAPONI; Sônia MALUF, 2013). Segundo Rose (2007, p. 280), o Prozac[®] se tornou icônico por sua especificidade, “seu *status* foi baseado em sua alegação de ser o primeiro remédio cuja molécula tinha sido deliberadamente fabricada para interromper um, e unicamente um, aspecto de um único sistema neurotransmissor. Tal especificidade garantia menos efeitos adversos do que os antidepressivos anteriores.

Atualmente, porém, a fluoxetina já não é, em muitos casos, um psicofármaco de primeira escolha médica, se há possibilidade de aquisição de outros medicamentos⁴⁶. Isabel Sales, Hyago Sobreira e Marcia Barrientos (2020) apontam que há outros antidepressivos (como bupropiona, trazodona e mirtazapina) que são associados na literatura a menores índices de efeitos colaterais sexuais, por exemplo, do que a classe dos ISRS - em que se encontra a fluoxetina. Todavia, aqueles associados a menores índices de efeitos colaterais sexuais e abandono do tratamento são os antidepressivos menos presentes nos CAPS do Recôncavo Baiano, onde foi realizado o estudo (SALES; SOBREIRA; BARRIENTOS, 2020). Assim, apesar de diversos estudos (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012) apontarem que a fluoxetina é o antidepressivo mais prescrito e consumido nos serviços públicos de saúde no Brasil, os efeitos colaterais não são o trunfo atual desse medicamento. Pelo menos, não entre as/os interlocutores/as desta pesquisa, que descreveram uma série de desconfortos com o uso.

A dor no estômago é tão recorrente para Mau e Bete, que já faz parte da própria substância, cujas redes de engajamento a enredam, constantemente, ao omeprazol e outras

⁴⁶ Outras reações adversas vivenciadas pelos/as interlocutores/as da Rede UFRGS serão descritas mais adiante. Assim, entre essas pessoas foi possível perceber que a fluoxetina não é uma tendência de demanda nem de prescrição.

estratégias de alívio. Em diversas ocasiões, Maurícia deixou evidente que seu uso contínuo de fluoxetina era prejudicado pela dor de estômago que sente após a ingestão dessa substância. Além do uso do omeprazol, enfatiza que, frente a sua não adesão ao uso diário da fluoxetina, a psicóloga que a atende ensinou várias formas de tomar o medicamento:

Maurícia: *Dai ela disse pra eu tirar ele da cápsula, bota um pouquinho d'água, mas antes, comer alguma coisa. Forrar o estômago. Não importa a hora. Pode tomar de manhã, de tarde, de noite, a hora que eu quiser. Mas que eu tome, né? E desmanchar ele na água pra tomar, né?.* (Entrevista A - Rede US).

Além disso, Mau compartilha comigo outras receitas para dor de estômago que leu na internet ou aprendeu com amigas, como hortelã batido com gelo, chá de funcho e o Bicarbonato com limão: *Espreme o limão, côa, bota uma colherzinha de bicarbonato. Fica como um Sonrisal.*

No cotidiano de Bete, por outro lado, a fluoxetina, ao se acoplar às outras medicações usadas diariamente (Lítio, Haldol, Amitriptilina, Clonazepam, Propranolol⁴⁷, bem como outros antibióticos que utilizou nos últimos meses) e com a própria bactéria que ela refere ter na boca do estômago, coopera na performance de uma gastrite, um estômago que *tá preto dos nervos*. Frente a seu relato, uma das residentes em Saúde Coletiva sugeriu tomar chá de espinheira santa, pois conforme é administrado, o omeprazol pode tirar o efeito dos medicamentos psiquiátricos. Em nossos encontros posteriores, não tive notícias se estava tomando chá, porém contou-me que fez uma endoscopia, exame que também gerou muitas dores. A dor de estômago faz existir um momento em que tanto na rede de Mau quanto na de Bete, o cuidado com artefatos biomédicos se mescla ao cuidado a partir de receitas caseiras e transmitidas por diferentes pessoas e meios.

Se o Prozac^R foi a pílula da felicidade nos anos 90 nos EUA⁴⁸, especialmente entre pessoas de classe média e alta, ao atravessar fronteiras temporais e geográficas, atualmente a fluoxetina no sul do Brasil se apresenta como uma substância das classes populares. Nesse contexto, seus efeitos colaterais - por exemplo, a perda da libido, efeito popularmente conhecido; a perda do apetite, citada por Bibiana, ou, ainda, o aumento de ansiedade vivido por Caio - estão entre os principais motivos que fazem as pessoas abandonarem esse

⁴⁷ Modo geral, Bete refere que usa os controlados para não ser uma pessoa agressiva, nervosa. Ressalta principalmente o haldol, para não ter surtos, ao passo que a amitriptilina e o clonazepam são para conseguir dormir. O propranolol, um fármaco anti-hipertensivo, é usado por Bete com intuito de atenuar a tremedeira nas mãos - um dos efeitos colaterais comumente relacionados ao uso de Haldol.

⁴⁸ Após cinco anos de seu lançamento (por volta de 1992), o Prozac^R chegaria a ser tomado por mais da metade da população dos Estados Unidos (KRAMER, p. 13 apud PERES, 2002).

medicamento. Na Rede UFRGS, apenas uma das nove pessoas entrevistadas usava fluoxetina. Justamente, a prescrição de fluoxetina para essa pessoa ocorreu em um período em que ela solicitou medicações mais baratas. Vale destacar que cerca de metade dos/as interlocutores/as dessa rede nunca sequer utilizou fluoxetina.

Antidepressivos são medicamentos que, se adquiridos em uma farmácia comercial, podem variar de 20 a 300 reais, conforme observado pela experiência dos/as interlocutores/as. Assim, os benefícios dos medicamentos mais modernos não estão acessíveis a todos. Trago o exemplo: Ângela, mulher negra com idade em torno de 40 anos, está separada e reside com os/as filhos/as há algumas ruas de distância da US. Ela refere que o Topiramato a ajudou a *ver as coisas mais nítidas*, além de não ocasionar efeitos colaterais. Porém, não teve condições financeiras de manter o uso, já que, para arcar com o número de comprimidos prescritos por dia, precisava despendar quase 300 reais mensais. Logo, o preço é um importante actante nos arranjos materiais que vão sendo feitos, pois, apesar da máxima de que “o dinheiro não traz felicidade” (ou outras emoções que se almeja), nas redes de manejo da aflição o que é evidenciado é que ele pode possibilitar acesso a determinadas sensações corporais ou, sobretudo, evitar algumas consideradas indesejáveis - tais como a vertigem de sono que Ângela refere ter com as medicações atuais (haldol e ácido valproico, ambas disponíveis na farmácia do SUS).

Assim, diversas materialidades cooperam para produzir a fluoxetina como a substância da vez na Rede US: ser dispensada pelo SUS, ao mesmo tempo que, dentre os psicofármacos, possui um valor relativamente mais acessível (uma caixa com 30 cápsulas custa cerca de 20 a 30 reais), o que possibilita a compra quando eventualmente não há disponível no SUS; ser uma substância segura em função de já ser utilizada e estudada há algumas décadas. Certo dia, quando conversava com o ACS Vitor sobre a pesquisa, ele exclamou:

É bem isso! E esse uso dos antidepressivos é o que mais tem. E inicia pelo médico do posto, né, Eliane? [introduzindo a outra ACS na conversa]. Noventa por cento começou a tomar fluoxetina receitada pelo médico do posto e muitos nunca consultaram um especialista. (Trecho de Diário de Campo, fevereiro de 2019).

Outros estudos também indicam a fluoxetina como o antidepressivo mais receitado na atenção básica (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010) ou por clínicos gerais (Rafael PRIETSCH, 2015). Conhecer os motivos da prescrição médica não era um dos objetivos da investigação, contudo o campo me indicou algumas pistas. Em primeiro lugar, é importante salientar que na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigente em Porto Alegre no momento do desenvolvimento da pesquisa constavam apenas três

antidepressivos (fluoxetina, amitriptilina e imipramina). Assim, essas são as opções que o cidadão porto-alegrense pode obter sem pagamento direto⁴⁹. Não houve menção, por nenhum/a participante, a medicações ausentes dessa lista e que poderiam ser adquiridas por processo judicial.

Além disso, a fluoxetina, por ser uma substância que já conta com certo tempo de testes e estudos (lançada em 1985 nos Estados Unidos), conforme consta em sua bula⁵⁰, parece demonstrar ser segura e eficaz no tratamento da depressão (associada ou não à ansiedade), da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia. Esse conhecimento consolidado acerca do cloridrato de fluoxetina e seus efeitos possivelmente acarreta uma maior prescrição por médicos/as que não trabalham como especialistas em saúde mental.

Essa segurança é atestada institucionalmente, posto que, para a fluoxetina ser arrolada na REMUME, foi necessário que uma comissão de profissionais a incluísse. Conforme explica uma das profissionais da Farmácia Distrital com quem conversei, cada município tem uma lista, a REMUME, elaborada e atualizada por uma comissão municipal e que se baseia nas doenças e agravos mais prevalentes naquela população. Nesse sentido, como enfatiza ela, a escolha dos medicamentos baseia-se em estudos de literatura, por conseguinte, na avaliação da segurança do medicamento, bem como na qualidade, eficácia e no custo-benefício.

A fala de Dona Berenice, que introduz essa seção, aponta para outro aspecto da coprodução da fluoxetina como uma boa e segura substância para lidar com estados de ânimo, que é a confiança adquirida pelas usuárias. Dona Berenice enfatiza que fluoxetina não faz mal algum, e argumenta que a Corsan⁵¹ deveria por na água pois, é bom para todo mundo. Assim, o fato de a fluoxetina ser popularmente conhecida e prescrita para as mais diversas situações da vida, também possibilita o empréstimo de caixas e cartelas. Por vezes, Dona Berenice ganha a fluoxetina de uma prima, que recebeu a prescrição, mas não usa. Logo, essa prima alterna a doação entre Dona Berenice e outra parente que também utiliza. O importante para Dona Berenice é que ela nunca fique sem. Se não há na rede pública, ou a prima não fornece,

⁴⁹ Em vez de utilizar o termo gratuitamente, opto por mencionar “sem pagamento direto” com intuito de evidenciar que os medicamentos dispensados na farmácia distrital, assim como as outras ações e serviços do SUS, fazem parte de um Política Pública de Estado financiada por recursos provenientes de toda a população.

⁵⁰ Bula online, disponível em:

https://www.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Bula_Cloridrato_Fluoxetina_Profissional.pdf

⁵¹ Companhia Rio-grandense de Saneamento, a qual presta serviços de abastecimento de água tratada e tratamento de esgoto no RS.

ela compra em uma farmácia próxima. A ação da fluoxetina não necessariamente acontece dentro do corpo, mas também na sua posse: ter caixas, cartelas, receitas, farmácias públicas ou pontos de empréstimo abertos à negociação igualmente atuam modulando a aflição, trazendo uma sensação de alívio e segurança.

A doação de fluoxetina também faz parte da rede de Maurícia, que, por não usá-la todos os dias, costuma possuir um certo estoque. Maurícia, durante todo o período da pesquisa de campo, permaneceu com dor de estômago ao ingerir a substância, assim, certa vez que conversamos sobre a retirada dos medicamentos na farmácia, ela contou que não estava tomando a fluoxetina naquele momento, mas que seguia pegando, *porque sempre tem alguém que usa né*. Por exemplo, suas parentes e, inclusive, uma vizinha. Contudo, ressalta que sempre se assegura que é essa medicação de fato receitada para a pessoa, assim, antes de doar, pede para ver a receita prescrita.

A fluoxetina viaja, entre corpos, casas, bairros, serviços. Se, por um lado, podemos dizer que há certa “padronização” do recurso medicamentoso prescrito, por outro podemos pensar em uma substância acionada para fins diversos e gerando diferentes efeitos. No momento em que entrevisto Gabriela⁵² (jovem negra de um pouco mais de 20 anos de idade, que reside no bairro em que fica a US), ela está no primeiro dia de uma transição do uso de diazepam para uso de fluoxetina. Gabriela se diz uma pessoa muito ansiosa. Quando toma o comprimido, seja de manhã ou de noite, o que se produz é sono: *parece que a minha voz fica um pouco devagar, eu... fico lerda assim, sei lá, falo enrolado. Por isso que eu não gostei da outra vez que eu tinha experimentado*. Devido a esses sintomas, dessa vez, por sugestão da médica do posto, está usando à noite. Gabriela descreve o que sente em seu corpo. Ela enfatiza a percepção da alteração produzida pela fluoxetina em sua voz, que fica devagar e enrolada. Ali, ao engajar-se com Gabriela, sua rotina de estudante de graduação e estagiária, e sua ansiedade - coração acelerado, falta de ar -, a fluoxetina produz lentidão. Logo, busco evidenciar que o cloridrato de fluoxetina acaba sendo uma outra fluoxetina conforme a rede em que ela está engajada. Ou seja, em uma rede, ela pode produzir sono; em outra, agilidade, conforme será visto mais adiante na experiência de Maurícia.

Com exceção de Gabriela, que é a participante mais nova da Rede US, as outras pessoas utilizavam fluoxetina há muitos anos, por vezes nem sabem precisar a data de início do uso.

⁵² Embora tenha delineado este modo de gestão a partir do acompanhamento de Maurícia, Bete, Ângela e Dona Berenice, em momentos pontuais, convoco para análise elementos relacionados mais especificamente com Gabriela e Nelson. Ele e ela não estão incluídos nesse modo de gestão pois, os agenciamentos entre actantes nas práticas das quatro mulheres - o que inclui a ação dos marcadores sociais de diferença - apontaram aproximações e compartilhamentos que puderam ser sistematizados em um modo de gerenciamento das emoções.

Como refere Dona Berenice quando questiono se só utilizou esse psicofármaco: *Sempre a Fluoxetina. Vamos seguindo a vida, né?*. As pessoas que necessitam dos medicamentos disponíveis na farmácia do SUS não têm a possibilidade de fazer os diversos testes de qual medicação surtiria melhor efeito terapêutico, menor efeito colateral.

Porém, elas estabelecem uma relação peculiar com os medicamentos. Nesse caso, trata-se da relação de confiança com a fluoxetina, por diferentes razões: por ser uma substância que utilizam há muitos anos e, assim, perceberem que não faz mal; por não sentirem efeitos colaterais ou sentirem menos do que com outras medicações; por saberem que não ficarão sem suas cápsulas - o medicamento pode ser encontrado na Farmácia Distrital, na farmácia comercial o preço não é exorbitante, além de estar presente nas casas de muitas amigas, vizinhas, parentes, possibilitando uma doação. Ainda, as interlocutoras que se enredam com esse modo de gestão também encontram outras formas de lidar com a aflição, que não se resume à troca de medicamentos, especialmente o diálogo - o que será explorado ao final deste subcapítulo.

3.1.3 A topografia do cuidado: acidentes, limites e relevos locais

'Cuidado' possui várias acepções, dependendo do contexto, das autoras referenciadas - aqui serão apresentadas algumas autoras que analisam a noção/categoria cuidado articulada às relações de gênero. Pontuo algumas provocações suscitadas durante um de nossos encontros do núcleo de pesquisa (NUPSEX), que dizem respeito a regionalidades. De acordo com o observado por colegas oriundos/as de outros estados, no Rio Grande do Sul o cuidado pode adquirir sentidos quase antagônicos: cuidar pode significar tomar conta de alguém de modo remunerado ou não, ou ficar alerta, atento ("Te cuida!"). Ou, ainda, quando dizemos que uma pessoa está "te cuidando", pode indicar algo negativo, por exemplo, estar às vias de ser roubado, mas também pode indicar uma investida amorosa. Para todas essas acepções, existe um tom de voz somado a uma expressão facial, ou, ainda, um ambiente de performance. No entender de Annemarie Mol (2010), o cuidado é questão de *tinkering*, de ajustes, se dá na experimentação, logo é parcial e cambiante.

Portanto, opto por guiar-me a partir da noção de lógica de cuidado desenvolvida por Mol (2008), visto que contempla a percepção de cuidado como um processo em aberto, isto é, enquanto interação que envolve diversas pessoas, instrumentos, instituições, por exemplo. Conjuntamente, tal operador conceitual produz um giro na noção de autonomia relacionada às práticas de cuidado, visto que não supõe uma noção de autonomia em que as decisões remetam

unicamente a uma escolha individual; mas, sobretudo, como algo que se produz em relação, que pressupõe diálogo, articulação entre as multiplicidades imbricadas na vida de cada pessoa e que, acima de tudo, distribui as possíveis soluções aos problemas para uma ação coletiva (MOL, 2008). Por isso, a atitude nesta tese foi seguir o que está sendo o cuidado nessas redes de engajamento e como, ao articular-se a actantes, diversas realidades estão sendo performadas.

3.1.3.1 Portas, janelas e olhos sempre abertos: *Não posso me afundar no controlado por causa da guriazinha*

Quem me apresentou Maurícia foi Cláudia, sua ACS. Frente a meu pedido de acompanhar quem usasse antidepressivos ou ansiolíticos, Cláudia se lembrou de Mau: *Essa é boa de tu conversar*. Naquela mesma tarde, fomos à casa de Maurícia, que fica há uma distância que leva uns 5 minutos de caminhada até o Posto - contando as pausas para recuperar o fôlego entre as lombas, deve dar uns 10 minutos. Era um dia quente de dezembro, meio da tarde. No trajeto, Cláudia vai me contando sobre seus planos de aposentadoria. Ela é uma mulher branca, assim como a maioria das pessoas na equipe da Unidade de Saúde.

A casa de Maurícia é a última casa da rua, considerando a parte asfaltada, já que, a partir daquele ponto, há muitas casas em que o acesso se dá por trilhas no meio do mato. A casa de Mau fica localizada no fundo de um terreno que conta com outras duas casas, as quais estão sem reboco externo. Após Cláudia bater palmas e chamar por Maurícia, desce uma mulher negra, sorrindo, de shorts, camiseta e chinelo. O sorriso se transforma em risada quando nos conta que estava comendo a salada que não deu tempo de fazer para o almoço. Com um pouco mais de 60 anos de idade, aparenta ser bem mais nova - talvez pelo cabelo preto sem fios brancos e a pele sem rugas. Nos chama para entrar. *Não reparem que está em reforma. Meu irmão está arrumando o piso*. Sentamos na sala. Naquela tarde, fiz a primeira e única entrevista gravada com Mau.

Nas observações que sucederam, pude observar um manejo da tristeza, da angústia, de dores que implica modulações dos "controlados" e de outros recursos a eles adicionados por Maurícia. Em vários momentos, fiquei tentando registrar sua posologia particular como se fosse uma foto, e sempre falhava, porque recebia uma resposta diferente da anterior. Foi então que observar as práticas se mostrou tão valioso. Ao atentar para os contextos de uso, bem como quais actantes estão em jogo em cada cena, pude ir percebendo não só como cada pessoa

faz um manejo singular de suas aflições, mas, inclusive, como a mesma pessoa vai modulando o uso de recursos diversos de modo muito variável, conforme suas sensações ou rotina. Portanto, busco descrever algumas cenas para apresentar montagens entre materialidades e dimensões interseccionais nesse contexto, especialmente gênero, raça, classe e geração.

Hoje era o dia que iria acompanhar Mau na psicóloga. Primeiro dia que saí para andar sozinha pelo território, mas já havia sentido que o ambiente era tranquilo e que as pessoas se conheciam. 09h17min, saio do posto. Bolsa de pano do Fazendo Gênero, caderno de campo, caneta, água, celular. 9h21min, chego na casa dela. A rua está vazia. Bato palmas e grito seu nome. Os cachorros são a campainha. Alguns na casa da frente e os dela latem forte. Nada. Poucos minutos depois vejo um cara em uma moto se aproximar de mim. O homem para a moto e me pergunta: *Tu quer falar com quem?* Eu penso: de onde surgiu aquele cara? Será que está querendo ajudar? De qualquer modo, achei melhor demonstrar que tinha relação com alguém dali: *Com a Maurícia*, ao que ele responde: *Eu te levo lá*, e foi descendo da moto. *Será que ela está em casa?*, questiono. *Tá sim, ela está cuidando da minha bebê*. Só então me dou conta que ele é o pai da criança que ela cuida. Ele abre o primeiro portão, de madeira, subimos pelo caminho de terra, mas tem uma tábua grande para ajudar na passagem. Ele questiona sobre minha presença ali. Digo que estou fazendo uma pesquisa. Abre o outro portão, já da casa de Maurícia, e me avisa para passar rápido para o cachorro não sair. Vejo que o piso da área foi finalizado, está no concreto. Ele bate na porta da sala e chama por Maurícia. Chama umas três vezes, até ela abrir a porta. Ela está com cara de sono. Disse que estava dormindo, que ficou mal à noite e que não iria na consulta. Lembrou que eu havia combinado de ir com ela, mas disse que não tinha condições de ir, pois está se sentindo fraca. O cara foi olhar a criança que estava dormindo, logo em seguida ele foi embora.

Mau me convida para sentar e eu digo que ela podia ir fazer suas coisas. Enquanto ela caminha entre a cozinha, quarto e a área (onde estou), me conta que está mal desde ontem, que teve que sair mais cedo da fisioterapia. Assim, nossa conversa se dá na área da casa, onde há algumas cadeiras e uma sombra boa, porque ao lado do muro da casa há muitas árvores. Ali também fica o cercadinho onde Maurícia deixa a bebê durante um tempo. A área tem comunicação com a sala e com uma área de serviço aberta, onde está a máquina de lavar roupa.

Ela conta que, no dia anterior, estava com dor de cabeça. Começou a se sentir mal durante a fisioterapia, que é no centro da cidade, e teve que sair antes. *Só a amitriptilina me tira a dor de cabeça. Três e meia quando tomei [da madrugada]. Acordei bem zonza. Tenho que acordar no horário, porque senão fico zonza..* Ela ainda ressalta que tomou uma dosagem menor da amitriptilina, porque tem que cuidar da bebê, que *se tomar duas apaga*, e precisa ficar mais atenta. Me explica que, como estava usando outra medicação, tomou muito mais tarde a amitriptilina do que no horário habitual, o que faz com que fique mais difícil ainda acordar. *Tomei só um porque ia pegar a guriazinha. Não posso me afundar no controlado por causa da guriazinha.* Maurícia me explica, então, quando é possível usar a dosagem que lhe foi prescrita por último: *Tomo os dois quando as gurias [sobrinhas] tão bem para cuidar dela.* Pergunto sobre essa sensação de estar zonza. Ela me diz que *A pessoa que toma esse remédio fica parada no tempo, olhar fixo, olhos vidrados. Esse remédio deixa a gente bem para baixo.* Acrescenta que *Se eu tivesse tomado dois eu nem tinha aberto a porta para vocês. Sabe o que é tu não ouvir nada?!* (Diário de Campo, dezembro de 2018).

Naquele dia, Maurícia enfatizou o papel da fluoxetina para lidar com essa sensação de *corpo mole* produzida pela amitriptilina: *Fluoxetina te traz de volta, tu fica ágil*. Porém, como ela refere diversas vezes em que conversamos, a dor no estômago ao tomar fluoxetina é uma das principais sensações que a faz não tomar todos os dias. Conforme ressalta em entrevista: *Daí quando eu tô querendo ficar meio pra baixo eu tomo todos os dias... Não pode, mas eu faço. A Clarissa [psicóloga] mesmo já me xingou... - Não pode Maurícia*. Mau narrava sua vida e suas práticas relacionadas aos medicamentos com propriedade, firmeza e entusiasmo (entusiasmo aqui quer dizer que ela sempre estava disposta a dialogar, e sua fala era sempre rica em detalhes e embalada por emoções).

Em outro dia no qual conversávamos, novamente na área de sua casa, passei a me familiarizar sobre mais uma rede em que a fluoxetina se enlaça nas performances das aflições que atravessam o cotidiano de Maurícia, conforme já destaquei no capítulo dois, que é quando as contas começam a se acumular porque ela estava na época sem renda: - *Sinto que minha depressão tá voltando, já sei lidar com ela. - Como é sentir que está voltando?*, perguntei. - *Angústia, tristeza...Quando veio aquele monte de conta e eu sem receber, fiquei louca. Doutora Clarissa [psicóloga] me ajudou a acalmar*. Lidar com a depressão que vai e volta implica, especialmente, um uso momentâneo de medicação, pois, conforme ela explicita diversas vezes, o uso de amitriptilina e de fluoxetina é manejado conforme as situações que enfrenta e as emoções a elas atreladas.

Segue outro exemplo, em que ela conta durante uma de minhas visitas à sua casa, sobre a ansiedade que sentiu ao estar residindo sozinha: *Acordei com a pressão alta, estava sozinha em casa, não tinha nem a [nome da sobrinha-neta] para me dar um copo d'água. Vim na rua, respirei fundo. Tomei o remédio da pressão e uma amitriptilina*. E, então, segundo ela, *apagou*. A depressão, naquele momento, estava sendo performada depois de se ver cheia de contas, porém, apesar de a medicação não fazer as contas desaparecerem, possibilita uma noite de sono e, por consequência, permite pensar em formas de lidar melhor com a situação - tais como acionar os familiares. Nessas situações vivenciadas por Maurícia, alguns fatores contribuíram para acalmá-la: além do uso de medicações, o apoio familiar e a relação terapêutica com sua psicóloga, para a qual ela *conta tudo*, inclusive, segundo Mau: *Às vezes eu não preciso nem eu falar e ela já tá até entendendo*.

O cuidado compõe a vida de Mau. Ela criou sobrinhas, cuidou da mãe enferma, dos irmãos, além de preocupar-se com o cuidado de terceiros. Em um dia, quando a acompanhava na sala de espera do posto, observei Maurícia agendando consulta para a sobrinha e

ponderando sobre como trazer o resto da família para consultar e conseguir um encaminhamento ao oftalmologista. Porque ela descobriu que todos da família precisavam fazer exame para glaucoma. Nesse dia, também relatou a situação de uma pessoa conhecida que estava em sofrimento mental e contou que até pensou em acompanhá-la na consulta psiquiátrica. A minha familiaridade com a história de Mau permitia perceber que ela estava sempre engajada nos cuidados de outras pessoas, de modo que comentei: - *E tu sempre está cuidando dos outros né.* - *Ah sim. É que a gente está acostumado, passamos muita coisa com meus irmãos,* respondeu ela.

Na primeira entrevista, Maurícia me contou que uns 15 anos atrás sua mãe teve câncer e que foi um momento muito difícil. Elas moravam juntas, nessa casa em que ela reside. O câncer foi descoberto no último estágio, sua mãe logo faleceu e *Foi aí que eu comecei a entrar em depressão,* afirmou ela, situando um ponto no tempo como marcador para a sua aflição. Ainda, contou que *Eu fui no posto consultar com a doutora Marina e ela que descobriu que eu estava com depressão.* Esse diagnóstico é performado na consulta com a médica clínica no momento em que são feitas diferentes perguntas, Mau as responde, começa a chorar, e um encaminhamento ao psiquiatra é realizado. Vale aprofundar um pouco mais sobre essas conexões que fazem diagnósticos, conforme o faço a seguir.

A depressão de Mau dependeu de uma rede de acoplamentos para existir: a morte da mãe, a tristeza, a existência de um posto de saúde no território - bastante demandado por uma população que não tem muitos outros equipamentos ou locais de lazer próximos; a relação de confiança que ela tinha com a médica do posto (sobre a qual já se referiu como *mãezona*); a possibilidade de encaminhamento para serviços de saúde mental (*Quem me salvou da depressão foi a Doutora Marina, me encaminhou para o psiquiatra.*); a própria existência da psiquiatria; a existência e prescrição da fluoxetina e da amitriptilina; livros, bulas e internet, onde Maurícia se informa sobre questões de saúde; a escolaridade de Maurícia (que cursou até o 3º ano do ensino médio, incompleto) e o acesso à internet, que conduz e medeia a relação com esses materiais consultados. Seguir a fluoxetina na vida de Maurícia também nos faz chegar ao SUS como um agente na rede, já que a política de universalidade da saúde garante o acesso dela tanto às consultas quanto aos medicamentos que retira na Farmácia Distrital.

Nos parágrafos anteriores evidencia-se como o cuidado opera na rede de engajamentos de Mau de modo a alterar seu esquema de uso de antidepressivos - quando precisa cuidar da sobrinha-neta - mas também, como um dos acoplamentos que coopera na performance da depressão. Ainda, o cuidado pode ser uma outra estratégia de manejo das aflições: *E depois que eu peguei a guriazinha pra cuidar aí, bah, ela me distrai assim, sabe? É um remédio pra*

mim, né? Não precisa tomar nada, nada, nada, né. Ainda, ao seguir o que está sendo cuidado nessa rede, pode-se sugerir que não só as fluoxetinas integradas em esquemas de usos próprios, mas inclusive aquelas cedidas para outras pessoas que estejam precisando, compõem redes de cuidado e uma forma de gestão coletiva das emoções.

Ângela, Bete e Dona Berenice também cuidam/cuidaram seja de filhos/as, netas, de ex-marido, de filhos que marido teve com outra mulher durante o casamento. Esse cuidado com quem estiver por perto, com quem estiver necessitando, compõe suas trajetórias de vida. Há uma longa tradição de estudos sobre a noção de “cuidado”, especialmente como categoria analítica (e.g. Eleonor FAUR, 2014; Pascale MOLINIER, 2012; María EPELE, 2012). Esses têm evidenciado que regimes de cuidado são propulsores de desigualdades de raça, classe, gênero, etnia, regionalidade. No presente estudo, percebemos essa função do cuidado muito presente nas trajetórias que articulam mulheres, de classes populares, e duas delas (Maurícia e Ângela), negras.

O trabalho de cuidado é realizado majoritariamente por pessoas em espaços marginalizados da sociedade, seja de modo não remunerado - no âmbito doméstico, com a família - ou nas profissões atreladas à tarefa de cuidar, como em instituições de longa permanência para idosos, no trabalho com enfermos, crianças ou, ainda, nas tarefas de limpeza e alimentação em lares de terceiros. (Helena HIRATA, 2014; MOLINIER, 2014; Angela DAVIS, 2016). Em geral, caracteriza-se como um trabalho precarizado, com salários relativamente baixos e com pouco reconhecimento social (HIRATA, 2014). Ao descrever sobre o cuidado do adoecimento na esfera familiar - ou melhor, a clínica reinstalada no ambiente doméstico -, Soraya Fleischer (2018, p. 195) aponta a inter-relação entre a terceirização do cuidado e a desigualdade social, especialmente no que diz respeito à “sobrecarga de trabalho para mulheres, negras e pobres que, também no contexto brasileiro, geralmente assumem essas tarefas”.

Recaem sobre Maurícia e Ângela, além da divisão do trabalho gendrada, também a divisão racial e geracional que perdura nas relações de cuidado, uma vez que tomam conta das crianças para que as mulheres mais jovens da família possam trabalhar, sem necessariamente uma remuneração monetária. Assim, para essas duas mulheres, a rede de ajuda mútua - termo utilizado por Claudia Fonseca (2004) - estava ativa naquele momento da pesquisa. Elas participavam sistematicamente do cuidado de crianças pequenas de sua família. Assim, do modo como descrevo o cuidado nesta tese, ele é um actante que evidencia ainda a dimensão interseccional da gestão das aflições.

Para tanto, retomo a elaboração de M'Charek (2010; 2013; 2014) sobre as montagens através das quais a diferença é materializada - em que há a situação específica e momentânea, na qual se acoplam a dimensão temporal e a história dos objetos. Tal entendimento contribui para uma perspectiva que se debruce sobre como as coisas são feitas e sobre como não só diferenças, mas também desigualdades são feitas com as coisas. As práticas de cuidado observadas em campo demonstram que, no cotidiano das interlocutoras, quando são convocadas a cuidar de crianças e outros/as familiares, ou também quando enfrentam dificuldade em conseguir empregos, estão sendo materializadas relações históricas de poder gendradas e racializadas, que fazem parte da produção de si, tal como salientam as autoras Cíntia Engel e Bruna Pereira (2015) em artigo sobre como a raça opera enquanto eixo articulador da organização social do trabalho doméstico e de cuidado no Brasil:

Atentamos então para o fato de que o processo histórico de formação da nação brasileira orquestrou-se articulando as divisões de poder e de trabalho entre mulheres. Como consequência, a constituição de identidades femininas comportaram – e comportam - diferentes realidades e hierarquias. Existem, portanto, anunciadas limitações em tratar de maneira indistinta as experiências subjetivas, sociais, econômicas e simbólicas das mulheres brancas e negras (pretas e pardas). Sem negar a existência de um status de gênero partilhado, sublinhamos a importância de que se considere a multidimensionalidade da experiência das mulheres e, especificamente, da observação de como distintas identidades raciais impactam a inserção social e as vivências de mulheres de diferentes grupos raciais. (p. 10).

A responsabilização pelo cuidado da casa e das pessoas ainda é um importante sustentáculo da opressão das mulheres e, como destaca Angela Davis (2016), um fardo que recai ainda mais sobre as mulheres negras e para todas as suas irmãs da classe trabalhadora, e por isso deve ser compartilhado com a sociedade. Logo, ao mesmo tempo em que atento para como a vida das mulheres com quem convivi nesta pesquisa é atravessada por uma performatividade de cuidado balizada por gênero, raça e classe, que pode inscrevê-las em uma série de opressões, também busco entender o que mais ou o que, concomitantemente, é capaz de fazer o cuidado quando perseguido nessa rede do manejo das aflições.

O cuidado praticado por Ângela, Maurícia, Bete e Dona Berenice, também atua, por exemplo, performando o ser mulher naquele contexto. Pensar o cuidado a partir de uma perspectiva materialista relacional pressupõe retomar a lógica múltipla do *patchwork* (LAW; MOL, 1995), em que amarramos a dimensão temporal dos objetos, a qual aponta para reiterações - como a reprodução gendrada e racializada do trabalho do cuidado, que performa opressões e iniquidades - com aquilo que está sendo feito em cada cena. Assim, no modo de manejo das emoções discutido, foi possível perceber que o cuidado, em composição com

outros actantes, tais como o gênero, a raça, os familiares, os psicofármacos, as/os profissionais, também performa afeto, solidariedade e responsabilização coletiva. Do mesmo modo, no manejo das aflições, o cuidado coloca para circular a palavra e a própria substância, já que esse cuidado opera como um conector.

3.1.3.2 Erupções vulcânicas e o monitoramento constante

Bete:[...] *Foi que nem, agora, um episódio que teve agora sábado. Eu tenho uns parentes aqui do lado, né, uma cunhada. [...] E ela gritava no nosso pátio, falava: Que pátio sujo, coisa e tal. E tu sabe, eu tava aqui e eu... eu sabia que ela falava, assim, que era pro meu marido, sabe, só que o meu marido não estava em casa. Eu estava em casa. Sabe que aquilo começou a me... parece assim que começa a... começa a vim uma explosão. Quando tá silenciosa, começa a vir uma explosão, assim. E a minha guria veio. E era de manhã, não tinha... eu não tinha tomado café. Levantei e ela veio. E ela notou... quando eu já comecei. Aí ela começou... ela já me deu Haldol, ela já me deu remédio, né. E... mas eu vi que eu já tava querendo explodir. E ela viu que quando eu fui ali, pra pegar a faca. Daí ela pegou, ficou aqui e... aí eu... depois que eu tomei esse remédio, me deitei de novo... que eu vi que... que aquela, parece que aquela... aquela coisa parece que nunca vai sair de mim, dentro da gente, assim, sabe. Eu não sei como explicar isso aí, sabe. Eu só sei assim ó, aquilo me incomodou e... e parece que... eu tremia. A... o... a... os meus nervo assim parece que... outro dia eu tava toda dura, não podia nem caminhar. [...] Parece que era tudo duro, assim, sabe. De... da... assim, de... eu fiquei com raiva, assim, na hora. Me deu aquela coisa assim, sabe. Mas... outro dia passou, né. Aí meu marido sentou e disse... e conversou comigo, né, e disse que quando ela vim falar, que eu não escuto, que eu não dê ouvido, né... porque vai ser pior pra mim, porque eu vou... pode me dar o que me deu, um surto, eu sair ali e fazer alguma coisa...*

Fernanda [entrevistadora]: *Uhum.*

Bete: *Né. Aí ele disse que eu posso ir... até ficar internada, né. Daí eu fiquei meio assim, né... ficar internada, né. Aí eu disse: Mas não... tu não... tu não controla, entendeu, a fúria e a raiva. E aí a cabeça... às vezes tu não... tu não consegue te controlar, entendeu. Vem aquela coisa. Se não tem uma pessoa aqui... eu vou sair, eu vou fazer. E eu faço, sabe. Eu sei que eu vou fazer. Então ainda bem que ela veio, sabe. (Entrevista C1- Rede US).*

Bete me contava sobre suas práticas e fatos cotidianos de modo calmo, delicado, minucioso, expressando e ponderando os sentimentos a eles atrelados. Explicava-me como lidar com uma cabeça que, por vezes, é *muito complicada*. Também insistia sobre como estava se esforçando para trabalhar certas questões abordadas com a psicóloga e *ficar boa*. Como ela refere no trecho anteriormente citado, uma emoção com a qual está buscando lidar é a irritação, para evitar *explodir*. Em um dia que conversamos no posto, contou de outro momento em que teve uma crise: *Eu não pensei em nada, só preendi o cabelo, botei um chinelo e peguei uma faca*. O surto ou crise violenta, em suas palavras, passam a existir na rede de

engajamentos que constitui seu cotidiano a partir da irrupção de raiva, fúria, irritação, em coprodução com os insultos e a proximidade física entre as casas.

Na experiência de Bete, as crises são evitadas ou contornadas pelo uso da medicação (relata que Haldol foi prescrito para não ter surto), e igualmente pela ação dos familiares. Essa intervenção familiar pode ser administrar remédios, conversar ou mesmo impedi-la de tentar agredir outra pessoa. Ângela, que acessou o posto recentemente devido à sensação de tristeza e ausência (*tipo sedação, vertigem de sono*), também compartilha sobre um momento em que surtou e que foi agressiva com o marido.

Ângela: Eu, eu, num dia que eu não tô bem, aquilo não começa a ficar legal em mim, eu começo... sabe? Um dia embaçado [...] Aquilo fica em mim e aí, qualquer coisinha que tem... eu foco naquilo ali e aquilo ali vai aumentando, vai criando raízes, vai criando... galhos e brotos e... sabe? E aí eu... te-tem uma hora que, na verdade, que eu explodo. (Entrevista B - Rede US).

Em ambas as cenas, há uma coisa que fica e vai aumentando, que parece ser indescritível, apenas vivido. Em certo momento, Ângela chama de *aquele bichinho* que fica. Essa sensação, que, na experiência de Bete, é difícil de controlar sozinha, e que, para Ângela, [...] *é mais forte que esses remédios que eu tô tomando, mais forte que o meu pensamento, mais forte que tudo*, em composição a um fato estressor, desencadeia irritação e agressividade, materializadas em tremores, enrijecimento muscular, arranhões, ataques físicos. Elas descrevem que, mesmo com os remédios, é difícil aguentar. Entretanto eles não deixam de estar presentes na cozinha, no roupeiro, ao alcance de algum parente, se for necessário.

Ao contar a um médico sobre a sensação descrita no trecho anterior, Bete recebeu novo encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental. Ângela buscou o posto de saúde e foi encaminhada também para esse serviço. A explosão, ou até mesmo sua iminência, descrevem um extravasamento de si e, nos encaminhamentos, converte-se em um extravasamento das fronteiras da saúde mental. Emergem, então, mais actantes nessas redes: os profissionais dos serviços especializados, outros medicamentos ou maiores dosagens, oficinas ou outros recursos terapêuticos.

Observa-se aqui outro cuidado sendo performado nesse modo de gestão das emoções, um cuidado que as assiste e vigia. Esse cuidado começa a ser direcionado para elas, usualmente, em função de “surtos”, “crises”, que geram agressividade (dirigida a outras pessoas, ou a si mesmas, que seria a vontade ou tentativa de acabar com sua vida). Nas cenas descritas, o manejo dessas crises foi realizado no território, através de ações de familiares e atendimento no posto de saúde ou no serviço especializado em saúde mental. Em que pese esse

cuidado no território evidenciar a lógica antimanicomial que organiza a atenção à saúde em nosso país (BRASIL, 2001), a internação, como menciona Bete, ainda é uma possibilidade que assusta. É quando se mesclam cuidado e controle que parecem ser atualizadas estratégias biopolíticas que cerceiam modos de produção de sujeitos. Nas cenas apresentadas, evidencia-se como gênero e classe balizam a performance da “loucura”.

Bete e Ângela descrevem uma loucura que vai sendo feita na medida em que expressam aos familiares suas emoções, seja contando o que sentem (como o desejo de isolar-se, falta de apetite) ou enunciando através das *crises violentas*. Assim, ações que irão delatar a agressividade são especialmente brigas, tentativas de confrontos físicos. É possível questionar se esses mesmos atos, praticados por homens por exemplo, seriam associados a transtornos mentais e configurados como surto de ordem psiquiátrica? Se considerarmos que a produção de subjetividades decorre, em parte, dos modos de se relacionar com as regras e normas que atravessam os sujeitos, tais análises e interrogações nos aproximam dos debates sobre processos de normalização.

A medicina do século XIX, justamente, passa a regular-se mais pela normalidade do que pela saúde, isto é, uma gestão da existência humana a partir da definição de um “homem-modelo” (FOUCAULT, 2004, p. 37). Conforme apreendemos a partir de Foucault (2005; 2010), a normalização de condutas desviantes ou não operam através de uma lógica biopolítica. Essa normalização é balizada por performatividades de gênero. Os resultados da pesquisa de Valeska Zanello, Gabriela Fiuza e Humberto Costa (2015, p. 245) com usuárias/os de um CAPS destacam a experiência do adoecimento psíquico e a vivência da doença enquanto gendrados:

(...) o discurso dos homens e das mulheres revelou o quanto as questões geradoras de sofrimento psíquico tem sua base nos estereótipos de gênero. Enquanto a fala delas é marcada pelos dispositivos do casamento, da maternidade e principalmente o amoroso, privilegiando o lugar de silêncio e resignação que impera sobre a existência feminina, assim como a valorização de si pelo olhar do outro; nos homens, destacam-se os temas relacionados à virilidade, sobretudo laborativa.

Somando-se a isso, Thaiga Silva e Marcos Roberto Garcia (2019), ao estudarem a relação entre mulheres e loucura, evidenciam a importância de os debates em saúde mental contemplarem uma abordagem interseccional, dado que em inúmeros contextos há uma desvalorização das mulheres, “reduzindo-a meramente à sua sexualidade e atribuindo distúrbios de saúde mental – por exemplo, a histeria – em qualquer situação que contrarie os argumentos machistas, sexistas e racistas.” (SILVA; GARCIA, 2019, p. 51). Realmente, em

nossa cultura, agressividade, materializada em uso de facas, confrontos corporais, não é um comportamento socialmente esperado das mulheres.

Nas cenas apresentadas aqui, a agressividade, ao engajar-se com corpos tidos como de mulheres, parece mais facilmente fazer existir um diagnóstico em saúde mental que requer intervenção medicamentosa e uma atenção mais vigilante. Tomando emprestada a noção de cidadania biológica, conforme proposta por Rose (2007), pode-se compreender como os sujeitos estão sendo cada vez mais convocados a tomar uma posição ativa em relação a suas vidas, bem como a forma como tal vida vai se tornando sempre passível de intervenção. Assim, abre-se espaço de possibilidade e exigência de uma vigilância constante de si e, ao mesmo tempo, do outro. Trata-se da auto e mútua vigilância que visam garantir um corpo constantemente saudável e otimizado.

Direcionemos a atenção aos “controlados”, termo usualmente dado a algumas substâncias que exigem prescrição médica, que aparecem nesse modo de gestão. A ingerência sobre uso de medicamentos, sujeitos a controle especial, operava no momento da prescrição - quando a médica fornece uma receita para um mês, pois sente necessidade de acompanhar mais de perto o tratamento; no momento da dispensação farmacêutica - ao serem exigidas as duas vias da receita de controle especial com identificação do emitente e do cidadão, documento de identificação de quem retira, número máximo de medicações, bem como prazo mínimo para retirada. Além disso, pode-se observar que o controle operava igualmente na percepção das interlocutoras, como diz Bete, durante entrevista realizada em sua casa: [...] *mas eu sei que... a gente tem que tomar remédio. Se a gente quer viver bem... o dia a dia, né, não tendo essas loucuras, não se irritando* [...] Interpunha-se, sobretudo, no gerenciamento realizado pela família e amigos. Em relação a isso, na mesma ocasião, Bete conta, por exemplo, sobre os dias em que está *ruim* e que deseja ficar só no quarto, sem falar com as pessoas: *Se eu vou comentar isso, eles falam assim: “Tu já tomou o teu remédio?”*. Nesse sentido, amigos e família também produzem enlaces com receitas, farmácias e cálculos sobre si, nos regimes de vigilância do uso que seguem os esquemas de performance das substâncias.

A noção de crise impele a pensar acerca de relação entre risco em saúde mental e práticas consideradas como de cuidado, especialmente porque, desde a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2001), o cuidado em liberdade é um preceito ético-político⁵³. O risco de auto ou

⁵³Sobre a atenção em saúde mental em situações de crise e risco, bem como para um aprofundamento dessas noções, ver Valquiria BARBOSA; Sandra CAPONI; Marta VERDI, 2018; Katita JARDIM; Magda DIMENSTEIN, 2007; Sabrina FERIGATO; Rosana Onoko CAMPOS; Maria Luisa BALLARIN, 2007.

heteroagressão impulsiona uma atenção mais sistemática tanto por parte de profissionais de saúde quanto da família. Conforme já abordei, há sintomas que materializam o sofrimento psíquico, e aqui poderia falar que há práticas que o evidenciam para o círculo de convívio - consideremos o choro ou pensamentos "ruins" em comparação a uma tentativa de suicídio ou a bater em outra pessoa. Sem querer comparar graus de sofrimento, meu intuito é ponderar que as práticas que supostamente mais causam risco à vida fazem toda uma rede de apoio depender mais recursos no sentido de tecnologias leves, leves-duras e duras (Emerson MERHY, 1998; 2004).

A crise de Bete é uma experiência extenuante, mas a fez refletir e decidir sobre a necessidade de se mudar daquele bairro, por considerar que isso iria lhe fazer bem. No que se refere a essa decisão, considerada acertada por seu marido, em nossa entrevista no posto, ela relaciona o uso de remédio da seguinte forma: *É, acho que... pra pelo menos alguma coisa esse remédio tem que fazer efeito, né, que eu tomo, tomo, tomo esse remédio, tem que fazer alguma coisa na minha cabeça.* Já a crise vivenciada por Ângela produziu, em um primeiro momento, quebra de vínculo e arrependimentos. Conforme as palavras de Bete, de que o remédio *faz algo em sua cabeça*, arrisco argumentar que, nos modos de gestão operados por Ângela e Bete, os psicofármacos atuam desfazendo fronteiras rígidas e bem localizadas entre "mente" e "corpo". A atuação do medicamento inicia na cabeça e se espalha pelo corpo, e são essas dimensões que, combinadas, atuam no controle de uma explosão. Entretanto, essa conexão sempre pode falhar ou pode não ser totalmente garantida. É aí que outras práticas e conectores entram em cena.

O cuidado que convive com a iminência da crise exige antecipação. É a filha atenta ao ambiente, fornecendo os remédios de Bete com celeridade; é o marido que alerta as possíveis consequências do surto e que topa se mudar; é Ângela ingerindo diariamente medicações mesmo sentindo efeitos colaterais; ou, ainda, seu marido a acompanhando nas consultas; é uma agente comunitária de saúde fazendo uma visita domiciliar para ver como está. Se, por um lado, esses engajamentos fazem existir um cuidado que se mescla à tutela (tão usual com pessoas que apresentam sofrimento mental grave e que pode cercar liberdades e cristalizar modos de ser), essa mesma junção de actantes e materialização das aflições faz existir um cuidado coletivo que parece deixá-las um pouco mais seguras para seguir.

3.1.3.3 Territorializar e multiplicar: redes e fluxos da atenção à saúde

O cuidado coletivo descrito neste capítulo enfatiza como o manejo das emoções está sendo performado com/na rede pública de atenção à saúde que acessam Bete, Ângela, Maurícia e Dona Berenice. Pretendo escrever acerca do cuidado que é fornecido por uma série de equipamentos em saúde que se organizam em uma rede de atenção, estabelecida através de políticas públicas; bem como, sobre um cuidado que é performado quando certas práticas e actantes se engajam - posto de saúde, Farmácia Distrital, profissionais de saúde e suas intervenções nos “casos”.

Conforme já mencionado, meu intuito não era seguir pessoas que possuíssem algum transtorno mental, e sim as substâncias. Portanto, optei por não pesquisar em um CAPS por se tratar de um serviço direcionado a pessoas com sofrimento mental grave e/ou persistente, e assim, a meu ver, restringiria a multiplicidade de usos da substância ou, ao menos, partiria-se de um certo uso cuja prescrição tenderia a ser mais consolidada e de certo modo mais “acordada” entre profissionais e usuários. Ressalto que, no início da pesquisa, pressupunha encontrar usos diversos, e possivelmente muitos deles distantes da associação a um diagnóstico em saúde mental (por exemplo, para insônia, bruxismo, enxaqueca, fibromialgia, etc.). Dessa forma, para ampliar as experiências de uso, optei por pesquisar em uma Unidade de Saúde, componente da atenção básica (AB).

A AB, regulamentada pela Portaria nº 2436 (BRASIL, 2017b), é um componente articulador da atenção à saúde na rede pública do Brasil. Ocupa-se do cuidado longitudinal da população de uma região. Justamente, a lógica territorial e longitudinal da AB fizeram existir esta pesquisa, tanto pelo vínculo da equipe com a população que se estendeu, em diversos casos, a mim (conforme citado na seção 3.1.1), quanto por poder circular no local em que as pessoas residem e ter mais facilidade de me aproximar de seus cotidianos. Ainda, ações em saúde mental também devem ser contempladas na AB, especialmente o primeiro acesso à rede de saúde da pessoa que apresenta sofrimento psíquico (BRASIL, 2013). Devido a isso, o uso de psicofármacos comumente inicia através da prescrição por um/a médico/a clínico ou da saúde da família. Em que pese a implementação e condução de ações em saúde mental ainda ser um grande desafio na maioria dos locais (Leandro WENCESLAU; Francisco ORTEGA, 2015), nem tudo que é da ordem da “cabeça”, “dos nervos”, ou, em outras palavras, sofrimento mental, necessita ser encaminhado a serviços especializados nessa área.

Vejamos o caso de Nelson, homem branco, com idade em torno dos 40 anos, reside próximo à US. Ele lidava com a fissura em usar drogas sem frequentar um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e permanecia em acompanhamento pela US. Nelson, quando sentia que precisava conversar, andava poucos minutos e estava no posto, onde era atendido geralmente por uma residente que realizava a prática intitulada de *escutas em saúde mental*. Além desses momentos, também frequentava o posto para consultas médicas quando precisava de algum medicamento. Diga-se de passagem, Nelson também frequentava outros espaços, mas aparentemente de modo não sistemático - certa vez me contou sobre ter comparecido a uma reunião de Alcoólicos Anônimos (AA), por exemplo.

Ainda, a AB também cuida em conjunto a outros serviços, como na situação de Ângela, Maurícia e Bete. Todas recorriam ao posto para diversas questões em saúde e também recebiam frequentes visitas domiciliares das ACS. Maurícia e Bete haviam recebido alta do atendimento psiquiátrico, entretanto, naquele momento, continuavam em atendimento com a psicóloga do serviço especializado. Já Ângela, quando a conheci, havia iniciado o acompanhamento pelo serviço especializado há cerca de dois meses. Vale ressaltar como um fundamental actante a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estrutura a articulação entre serviços no cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A seguir, serão explanadas algumas cenas que enunciam como essa rede de atenção se enlaça à gestão das aflições e às substâncias, além de momentos em que as substâncias desaparecem, e outros actantes são evidenciados.

Bete abre a porta. Eu me apresento dizendo que vim no outro dia com as residentes. Sentamos à mesa redonda que tem nessa peça da cozinha/copa. Maria (ACS) senta mais à minha direita, e Bete fica de frente pra mim. A casa dela é muito arrumada. Tudo "brilhando". Maria explica que trouxe as receitas, as coloca sobre a mesa e pergunta se ela tem as caixas dos remédios para elas verificarem se ela tomava todos esses medicamentos mesmo. *Pega tudo pra gente ver certinho*, diz Maria. Então, Bete vai até um armário da cozinha e pega uma caixa organizadora de plástico transparente com várias caixas de medicações. Maria pega uma receita por vez e elas conferem com as caixas que já estão quase vazias: Carbolitium da Eurofarma; Propranolol (Bete conta que é para a tremedeira, para o coração e para pressão); Clonazepam, ela avisa que está na parte de cima da casa; Amitriptilina também está lá em cima; Então ela explica: *Os da noite estão lá em cima, os do dia aqui em baixo*. Maria reforça que *A médica renovou só por um mês porque ela quer te ver*. (Trecho de Diário de campo, dezembro de 2018).

A circulação de receitas é um fenômeno que evidencia a materialização do cuidado em rede. Esse papel timbrado, carimbado, assinado, em que se escreve o nome de uma substância, a dosagem e o modo como a pessoa deve ingeri-la, além de data e número de dias para os

quais essa terapêutica precisa ser dispensada, é um actante extremamente importante nessas redes. O que percebi nesse campo de performance é que a receita que sai do consultório médico viaja entre mãos. Frente à escassez de profissionais para atender a população que demanda atendimentos, a renovação de receitas é uma estratégia acionada em muitos serviços de saúde de modo a não deixar a população completamente desassistida. Isso ocorre, não raramente, em relação aos medicamentos contínuos, como os antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, que são utilizados, muitas vezes, durante uma vida toda.

Se por um lado a renovação de receita diminui a relação da/o usuária/o do serviço com a/o médico/a, por outro propicia a abertura e o estabelecimento de um campo múltiplo de outras relações e práticas articulatórias. As receitas levadas nas visitas domiciliares possibilitam à/ao profissional não necessariamente médico/a estar mais próximo do esquema de organização e administração das medicações. As conversas podem girar em torno dos motivos de esquecimentos, podem propiciar diálogos sobre esquemas de uso ou, ainda, são disparadoras para estratégias para um não esquecimento, visto que a/o profissional pode olhar onde/como as pessoas guardam as medicações. Bete já tem sua própria estratégia: deixar na cozinha as medicações que costuma tomar junto ao café da manhã; e no quarto, aquelas que precisa tomar antes de dormir. Naquele dia, a visita e esse espaço da casa fizeram um meio para falar sobre a relação da substância com o tempo, já que Bete estava um tanto preocupada sobre a necessidade de usar algumas medicações para a vida toda.

As receitas de Bete, nas mãos de seu marido, também circulam pelas farmácias da região, visto que ele pesquisa nas farmácias comerciais o preço dos medicamentos não fornecidos na farmácia do SUS: *tu tem que caminhar muito, porque às vezes tá sessenta, setenta...*, ressalta Bete. Apesar de todos os medicamentos que ela utiliza serem arrolados na REMUME, um deles, por não ser comprimido e sim solução oral, ela compra. Um outro, que retirava através do SUS, não estava fazendo efeito em seu organismo - diz que tomava e vomitava. Então, o médico indicou também comprar. Depois de os remédios estarem na casa de Bete, a prescrição é passada aos cuidados da filha, que vai todos os dias administrá-los. Segundo Bete, tem coisas que ela esquece, e os remédios era uma delas. Por vezes, esquecia que já havia tomado, e os ingeria novamente: *Aí, foram ver eu estava tomando remédio a mais, e tava só deitando, [...] só dormindo.*

As pessoas também circulam. Assim, os itinerários conectam pontos e os fazem actantes nas redes de manejo das aflições. O SUS se organiza de maneira a oferecer um acesso universal e integral, através de uma rede. O posto operou como “porta de entrada” para as interlocutoras nessa rede de saúde. Afinal, ele está perto de suas casas, sendo a referência

oficial e afetiva dessas pessoas para atenção à saúde. Interessante destacar que a equipe do posto continuava acompanhando minhas interlocutoras através de visitas domiciliares das ACS, de consultas com médica, enfermeira, ou da realização de procedimentos rotineiros com as técnicas de enfermagem, por exemplo a injeção anticoncepcional mensal, mesmo quando elas haviam sido encaminhadas a serviços especializados.

Especialmente a VD apareceu como uma prática que, ao aproximar a equipe do posto do contexto da população, estreitava laços. Além de serem vias de entregar receitas, avisar datas de consultas, as VDs mobilizam afeto na medida em que as/o ACS adentravam as casas, sentavam nos sofás, perguntavam como a pessoa estava e escutavam o que elas quisessem falar. Nesses momentos, as/o ACS tomavam conhecimento sobre a rotina da pessoa, as relações familiares e sociais, alguma situação que estivessem enfrentando, e ainda, sobre as dores, ou até mesmo uma crise hipertensiva, bem como o remédio que causou efeito colateral e foi abandonado. Esses aspectos eram inseridos na prática clínica através da reunião de equipe - ou também conversas informais em corredor -, onde informações sobre a/o usuário/a eram agregadas e contrastadas. Esses são momentos em que são coordenadas (MOL, 2002) as múltiplas versões de uma queixa ou de uma doença ligada a um/a usuário/a do serviço - por exemplo, aquela performada na VD, uma outra no consultório, ou ainda, uma feita na recepção.

Assim, a Unidade de Saúde, presente naquele território há uns 15 anos, era um local a que recorriam com frequência e no qual tinham suas demandas atendidas. Com exceção do período em que a US ficou sem um/a profissional da medicina (por volta de um mês), as pessoas conseguiam consultas com certa celeridade. Ressalto que essa é a realidade da US pesquisada, grande parte em função do tamanho da população pertencente ao território em 2018, algo em torno de 2.500 pessoas) e da composição da equipe, o que não representa a totalidade dos serviços de saúde do SUS.

Durante o período do meu andar em campo, observei que muitos casos de pessoas que chegavam ao posto, por exemplo, com queixas de crises de ansiedade, tristeza, desânimo, episódios de agressividade, eram enquadradas como demandas relativas à saúde mental. Minha pressuposição de que haveria interlocutores/as que usassem antidepressivos e ansiolíticos sem estarem inseridos na lógica diagnóstica de transtornos mentais acaba se esfacelando cada dia mais. Na US, o diagnóstico específico (depressão, ansiedade), contudo, não tinha centralidade no modo de cuidar, ou seja, a categorização nosológica psiquiátrica não aparecia muito nas discussões de caso, nem nas conversas entre profissionais e usuários/as que acompanhei.

No posto, era habitual utilizar-se da categoria *saúde mental* para falar das pessoas que apresentavam queixas como as citadas aqui, ou que estavam em uso de psicofármacos. Assim, fui percebendo a força dessa categoria no cotidiano dos serviços e como não poderia furtar-me de incorporá-la na pesquisa. Aos poucos, também me percebi incorporando a linguagem da equipe. Comecei pedindo que me apresentassem pessoas que usassem antidepressivos e ansiolíticos, passei a falar “pessoas com questões de saúde mental” e, até o final da pesquisa, já usava, muitas vezes, os termos “usuários de saúde mental”, “pacientes de saúde mental”. Esse termo performa um sujeito específico na rede de cuidado às aflições, caracterizado como “usuários/as do serviço que apresentavam alguma queixa na esfera das emoções e dos sentimentos”. Entretanto, naquela US, não percebi que tal categorização os posicionasse como pessoas que necessitavam só de cuidados em saúde mental. Desse modo, nos momentos em que estive no serviço, notei que a equipe se ocupava do cuidado global dessas pessoas, dando atenção à sua saúde de modo integral - como uma gripe, prevenção de doenças crônicas, cuidados relativos à saúde sexual e reprodutiva -, sem necessariamente evocar essa posicionalidade de usuários em saúde mental. Havia uma corresponsabilização do cuidado, diferentemente do que, conforme a literatura, acontece em muitos serviços da atenção básica, que muitas vezes em função de um despreparo dos profissionais para lidar com ações em saúde mental, encaminham os casos para os CAPS (BEZERRA *et al.*, 2014).

Continuando o tecer de redes, muitas dessas situações que chegavam no posto, ou que as ACS identificavam em alguma VD, após discussão em equipe da US eram levadas para reunião de apoio matricial, com a equipe especializada em saúde mental. O apoio matricial (também chamado matriciamento) é uma estratégia de educação permanente que funciona como um suporte especializado para as equipes da AB, uma vez que se funda no pressuposto de corresponsabilização pelos casos, e visa à troca de conhecimentos e estratégias de cuidado (BRASIL, 2013). Seguindo essa lógica, nas reuniões de matriciamento das quais participei, foram discutidos casos clínicos: sobre alguns, era acordado que seriam atendidos no serviço especializado; para outros, eram orientadas condutas e estratégias de intervenção a fim de que o manejo do caso continuasse na US. O cuidado multiprofissional e entre serviços ampliava as ações desenvolvidas e as realidades performadas em cada encontro. Segue descrição de um dia que acompanhei o itinerário de Maurícia.

Cheguei às 9h02min na casa de Maurícia. Do portão, avisto ela sentada na porta da área, com fones de ouvido. Bato palmas e grito *Maurícia*. O cachorro late. Ela desce.

- *Oi, Fernanda! Tava te esperando.*

- *Oi. Já está pronta?*

Maurícia estava com uma bermuda capri jeans, blusa preta, rasteirinha. Depois, na sala de espera do serviço especializado, notei o batom roxo, o rímel nos cílios e o brinco de pérola.

- *Sim, mas vamos conversar um pouco que ainda está cedo para sair. Só vou segurar o cachorro para tu passar.*

Vou até a área.

- *Vamos sentar aqui na rua que é mais fresquinho. Não repara que só acordei e não arrumei nada.*

- *Que horas é tua consulta?* - Pergunto.

- *10:15. Depois vou pegar meus remédios no* [nome do local em que fica a farmácia distrital 1].

- *Ah, vou contigo então, proponho.*

- *Que bom! não vou ter que ir sozinha!* - fala Maurícia com entusiasmo. - *Mas lá demora.* - Acrescenta.

- *Eu sei. Eu tô fazendo uma parte da pesquisa lá. Mas daí fico do outro lado do guichê, acompanhando os profissionais que dão os medicamentos. Porque tudo isso faz diferença, tem a data que pode tirar, a quantidade...*

- *É. Antes podia ser de 6 em 6 meses. Agora tem uns que é de 3 em 3, 2 em 2.*

Conta que na farmácia distrital 2 tentou tirar os dois remédios na mesma receita e não aceitaram:

- *Aí pedi para a doutora e agora ela fez separado.*

Ela me contou que foi na médica por causa de um resfriado e então renovou suas receitas.

- *Consultei para gripe e já aproveitei.*

(Trecho de Diário de Campo, janeiro de 2019).

Nos diversos momentos em que conversamos, Mau ressalta que as lombas ou a escadaria para chegar em sua casa prejudicam o ir e vir para fazer qualquer coisa (ir ao mercado, pegar ônibus). E, inclusive, compartilha seu plano de quando sair sua aposentadoria mudar-se para determinado bairro, em suas palavras *tudo planinho*. Esse serviço especializado em saúde mental no qual ela realizava acompanhamento era localizado a uma distância relativamente acessível de sua casa. Para a maioria das interlocutoras, bastava uma caminhada de 15 a 20 minutos. O trajeto também era considerado seguro, diferentemente da outra região em que esse serviço estava localizado anos antes, fato desencadeador para Maurícia interromper o tratamento - precisava ir a pé até o serviço de saúde e tinha medo, pois naquela época a região estava, segundo ela, *perigosa* em função de assaltos e tiroteios. No momento em que acompanhei Maurícia, ela circulava de maneira mais tranquila pela cidade, especialmente por ter o *TRI de velho*. Assim, como grande parte da população que vive em regiões periféricas da cidade, para diversos trajetos, Maurícia necessitava utilizar dois ônibus, o que tornaria oneroso demais e limitaria sua mobilidade. Possuindo a isenção em função da idade, ela passou a poder circular para conseguir realizar suas tarefas.

Voltando ao dia da consulta. Descemos a famigerada escadaria para descer o morro. São tantos degraus que ela consegue me contar sobre a

consulta com a doutora do posto (Sara), a qual queria que ela fizesse uma endoscopia, porque ela falou da dor de estômago e também relacionou com o câncer que sua mãe teve. Ainda na escadaria, me conta sobre um parapsicólogo que indicou uma planta para tratar da mãe. Mais tarde, já na volta para sua casa, Maurícia me conta que, há muitos anos, se tratou com esse parapsicólogo para os *nervos*, e lembrou o nome de uma das terapêuticas receitadas por ele: *Munungu*⁵⁴.

A calçada da rua em que caminhamos até o serviço especializado em saúde mental é muito acidentada, cheia de grama, em alguns momentos precisamos avançar na pista. Alguns trechos devido à grama ou ao barro, tijolos quebrados, cacos de vidro, não era possível caminhar uma do lado da outra, de modo que tinha que ficar uma atrás da outra. Acredito que levamos uns 15 minutos até lá.

Chegamos por volta das 9h50min. Uma funcionária abre o portão, ela já conhece Maurícia. Na sala de espera, continuamos nosso papo sobre assuntos diversos, como as fotos do mural, que mostram atividades realizadas no serviço, sobre chás para aliviar a tosse que ela está, entre outros tantos assuntos que espontaneamente Mau puxa. Ela foi chamada às 10h04min. Enquanto espero, duas outras mulheres também passam pela sala de espera. Por volta das 11h, ela sai da consulta.

Para chegarmos até a Farmácia Distrital, atravessamos a rua e logo passou um dos ônibus que, segundo Mau, nos deixaria bem mais perto do destino. Após descermos, caminhamos uns 15 minutos. Estava quente. Ao adentrarmos o saguão do centro de saúde, Maurícia passa reto pela recepção, está caminhando rápido. Vou parando na frente da mesa e chamo ela "Maurícia! A ficha!", Ela refere que viu que estava vazio e foi indo. Então a recepcionista nos dá o seguinte aviso: *Gurias, hoje já acabaram as fichas. Eles vão fechar ao meio-dia para reunião e depois só abre às 14 horas. Volto a entregar as fichas às 13:45.* Ficamos decepcionadas. Maurícia comenta que até tinha estranhado o fato de o local estar vazio. Ela cogita ficar aguardando ali, pois não tem como voltar outro dia por causa da guriazinha (hoje havia previamente combinado e sua irmã, avó da menina, que a estava cuidando). Pondera também que esperaríamos umas 2horas ali, e enérgica em resolver isso logo, exclama: *Vamos no [nome de outro centro de saúde].* Ela pergunta se tenho horário. Digo que não. [Logo depois ela relaciona a minha disponibilidade de horários ao fato de eu não ter filhos: *Imagina, se tivesse filhos, não podia estar assim...].* Vamos até a parada mais próxima.

Estava muito quente, era uma sensação de 40°C. Estamos suando muito. Ao sentar no banco do ônibus, Mau tira uma garrafa de água da bolsa, que está enrolada por um paninho branco, e como a água estava congelada, o pano ficou geladinho, e ela o usa para refrescar o rosto e os braços. Alguns dos ônibus em que andamos nesse dia estão com ar condicionado ligado, mas não dão vencimento.

⁵⁴Naquele dia, durante um de nossos trajetos de ônibus, Mau soletrou o esse nome para eu registrar no caderno que tinha em mãos. Posteriormente, em uma busca no *google* descubro uma planta medicinal Mulungu, utilizada para tratamento de estados emocionais devido a sua ação tranquilizante. Fonte: <https://www.tuasaude.com/mulungu/>

Descemos umas duas quadras do centro de Saúde em que fica a Farmácia Distrital 2. Havia passado um pouco do meio-dia. A porta estava fechada. Levei medo de também estar sem funcionamento, mas havia uma folha indicando que a porta estava fechada por causa do ar-condicionado. Foi tão agradável entrar lá. Havia mais ou menos nove pessoas. Surpreendentemente vazio. Havia seis guichês, uma madeira vistosa, marrom escuro. Os guichês não têm vidros, nem grades, apenas uma mesa. Vários remédios ficavam dispostos no balcão atrás dos caixas, plaquinhas com os nomes.

Ao entrarmos, ela pegou a senha, sentamos. Foi tirando as receitas da bolsa. Os dados de quem vai retirar já estavam preenchidos. Tem como costume fazer isso para facilitar na dispensação. Os dados de identificação do/a emitente, usuário/a e comprador de um medicamento controlado são exigências da Portaria 344/98. Os dados da usuária e da médica, nessa receita, estavam impressos, Mau precisou completar a identificação do comprador - nome, número de documento de identificação, endereço, telefone. Realmente, ao acompanhar a dispensação na outra farmácia, percebi que o preenchimento desses itens no balcão para retirada aumentava o tempo na fila de espera.

Em menos de 5 minutos a chamam. Ela entrega as receitas em folha A4 branca para a atendente. Cada metade da folha tem uma via da receita. A atendente separa as vias, pega o RG e o cartão SUS de Maurícia. É tudo muito rápido, estou ao lado anotando algumas coisas no caderno para lembrar. A atendente carimba as vias, entrega de volta uma via dos medicamentos não controlados, como o omeprazol, e avisa: *Xerox para próxima tá*. Já para os medicamentos controlados, as duas vias originais são necessárias. Maurícia assente, parece já saber dos procedimentos muito bem. A atendente põe as receitas dentro de uma cesta de plástico e entrega para uma pessoa. Em pouco tempo, essa pessoa volta com a caixa cheia. A atendente conta as cartelas de amitriptilina: 180 (diz em voz alta) e entrega para Maurícia, a qual já tirou uma sacolinha de plástico preta da bolsa e vai colocando os medicamentos. São comprimidos amarelos. Conta as caixas e cartelas de fluoxetina: 70 (diz em voz alta). Caminhamos uns 10 minutos até a parada de ônibus para voltarmos ao bairro de Mau. Chegamos às 13h15min. (Trecho de Diário de Campo, janeiro de 2019).

O itinerário que realizamos naquele dia evidencia como uma série de actantes necessita coordenar-se no manejo das aflições: um familiar para substituí-la na função de cuidado da criança, um atendimento psicológico, uma consulta médica, uma receita, os prazos de validade da receita e de dispensação⁵⁵, diversos ônibus, cartão de isenção de passagem, atendimento farmacêutico, a possibilidade de a retirada dos psicofármacos ocorrer em qualquer farmácia do município, a rapidez de pensamento, um corpo hábil a esse trajeto (que possui diversos

⁵⁵ Segundo regulamentação da Portaria 344/1998 do Ministério da Saúde, a receita branca (da lista C1), como dos antidepressivos usados por Mau, tem validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão. Ainda, atualmente em Porto Alegre a dispensação é registrada em um sistema eletrônico, de modo que há um prazo mínimo entre as dispensações, conforme a prescrição de tratamento realizado.

impeditivos em termos de acessibilidade) e, sobretudo, a disposição e organização para realizar essa jornada que compõe suas estratégias para ficar bem. Nada disso entra no consultório, e a substância cuja receita ela vai buscar em certa medida é para ajudar a ter tudo isso que ela parece ter demonstrado.

Os actantes do circuito de saúde mais explicitamente conectados ao posto de saúde são importantes, como busquei demonstrar até aqui. No entanto, há muitas outras coisas, atividades, pessoas que cooperam nesse modo de gestão das aflições.

3.1.4 Ampliando horizontes: outras estratégias de manejo

Nesse modo de gestão percorrido até aqui, em que as interlocutoras se valem exclusivamente ou preferencialmente de medicamentos fornecidos pelo SUS, há uma limitação para experimentos de alteração de prescrição. Todavia, se por um lado há uma menor oferta de tipos e marcas (de distintos laboratórios farmacêuticos) de psicofármacos, por outro, há uma abertura a outras práticas de manejo do *ficar bem* - que são possibilitadas e incentivadas pela multiplicidade das práticas de cuidado em equipes (de atenção básica e saúde mental especializada), conforme discorrido no trecho citado. Justamente, uma postura que observei compor a atenção à saúde, naquele território, era a valorização de formas ampliadas de cuidado em saúde mental - que envolvem, entre outras, convivência social, práticas esportivas e de lazer.

Nesse sentido, temos a experiência de Ângela ao passear com as amigas, sair para dançar, escutar música. Dona Berenice também ressalta a importância de frequentar bailes. Maurícia menciona que uma atividade que a distrai, a ponto de ela nem sentir falta das medicações, é cuidar da sobrinha-neta. Já Bete diz que gosta de limpar, *tocar água*. Percebi, nesse campo de performance, que o psicofármaco é apenas um actante nessas redes e, na maioria das práticas, ele não assume centralidade quando se trata do manejo global da aflição, ainda que possa ser identificado como muito importante na composição de arranjos pontuais, como ajudar a dormir em caso de insônia, diminuir a irritação, dar força para uma tarefa, ajudar numa decisão. O manejo da aflição inclui esses arranjos, mas não é o resultado de uma soma simples, exclusiva e de relação causa-efeito linear entre os mesmos.

Retorno a um elemento que faz não apenas existir esse modo de gestão, mas que, sobretudo, é essencial no *ficar bem*: a palavra colocada em circulação ou as múltiplas formas

de dialogar. Essa é uma estratégia de melhora mencionada por todas as interlocutoras. Assim, a circulação de palavras, seja com profissionais de saúde ou com amigas, vizinhos/as, parentes, opera nessa rede como importante ferramenta de gestão das emoções. Falar, desabafar, compartilhar dúvidas, problemas, sentimentos. Escolho, nesse momento, dois ambientes de performance para descrever como a fala é performada e articula elementos: a casa e o consultório psicológico.

Dona Berenice: *Sou muito depressiva, né?* [solta um profundo suspiro falando lentamente]. *Às vezes eu caio em depressão. Ai, eu fico assim... Graças a Deus, ultimamente não tem me dado.*

Fernanda[entrevistadora]: *Aham.*

Dona Berenice: *E eu não posso é ficar sozinha. É que eu tenho que ter gente comigo sempre.*

[Algum tempo depois, durante a entrevista, conta em tom de voz animado, fala rápida, como lida com a solidão]:

Dona Berenice: *Detesto a solidão! Não gosto! Se eu não tenho ninguém pra conversar comigo, eu ligo um rádio ali, ligo na tevê, ligo ali alguma coisa e fico—ou boto um CD, eu coloco um CD que eu gosto, fico dançando, conversando e cantando sozinha!* [riso] (Entrevista F - Rede US).

Vivendo sozinha em uma casa que já abrigou muitas pessoas, Dona Berenice, mulher branca com cerca de 70 anos de idade, descreve uma solidão proporcional ao grande tamanho da casa. O falar, nesse ambiente de performance, soma-se a uma pessoa disposta a escutá-la, bem como a comidas que ela gosta de oferecer às visitas - de fato, na casa de Dona Berenice, é impossível sair sem ao menos beber um cafezinho. A falta de momentos de compartilhamento de palavras, em meio à degustação de doces e salgados, conectada a uma casa vazia, fazem, nessa rede, existir tristeza.

De outra forma, nos consultórios, o falar se articula a outros actantes. Bete, que possui histórico de tratamentos anteriores em saúde mental, contou-me sobre diferentes sentimentos em relação a falar com profissionais da saúde. Revisitando suas falas durante a pesquisa, parece que a prática do falar com profissionais como estratégia de manejo das aflições foi sendo performada na articulação entre o tempo, a confiança e os psicofármacos. Estes últimos, conforme Bete refere em entrevista, a ajudam a sair da cama, fazer coisas em casa, dar uma saidinha e, inclusive, aceitar ter que conversar com psicóloga e psiquiatra. Atualmente, enfatiza, [...] *me faz tão bem conversar com eles*. Durante uma das entrevistas, Bete conta que há cerca de dois anos retomou seu atendimento no serviço especializado, frequentando consultas psiquiátricas e psicológicas.

Bete: *É, é... porque tu toma... tu tomou o remédio, né, mas... mas tu tem as tuas coisa aqui... que tu tá sufocada, tem vontade de chorar, mas tu tem um motivo porque tu tá chorando, entendeu. Então... eu boto pra fora. Eu digo, eu choro. A minha psicóloga sempre "Pode chorar a vontade. Chora*

que parece que vai te aliviar”. Se eu não quero falar, se eu não quero conversar, não falo, fico quieta. Quando tu fala... tu fala. Tinha época que eu ficava uma semana sem abrir a boca. Depois que eu comecei a conversar com ela, sabe, que eu comecei... sabe. Antes eu só ficava olhando pra pessoa assim, sabe. E aí, eu ficava olhando, a pessoa também me olhava com medo achando que, né... ou eu ia xingar, ou ia brigar. E eu ficava quieta achando que “Vão me chamar de louca, vão... né”, então, dois medos assim, sabe. E agora não, eu vô ali, falo com ela, converso com ela, sabe... conto pra ela, né. (Entrevista C2 - Rede US).

Logo, dentro do consultório, o falar é conectado à psicóloga, ao choro, à ausência de palavras de julgamento, à troca de olhares e, também, ao silêncio. Ainda, o tempo como actante atravessa a prática do falar, modulando-a, haja vista que, no trecho anterior, fica evidente um respeito à temporalidade com que Bete consegue materializar seus sentimentos - em lágrimas, palavras ou silêncio. Ela ressalta que o falar para a psicóloga é diferente de falar em casa, já que essa [...] *vai dizer coisas que o meu marido não vai saber me dizer, entendeu?*

Quando fala sobre seus sintomas, incômodos ou desejos, mesmo que refira aparentemente o mesmo conteúdo, Bete nos remete a práticas múltiplas que estão sendo feitas em diferentes engajamentos. Se no consultório há as conexões supracitadas, em casa, o falar é articulado à recusa em comer, a um corpo sonolento, à memória da *crise violenta*, ao compromisso familiar de administração dos remédios. Nessas práticas articulatórias, falar em casa pode suscitar comentários relacionando o comportamento de Bete com a loucura, ao passo que o falar no consultório pode engatá-la em um sentimento de aceitação e entendimento. O psicofármaco, quando fortemente ativo nos casos acompanhados, costuma viajar com a fala, do consultório à casa e, dessa, de volta ao consultório.

Os campos de performance se fazem articulados a marcadores sociais da diferença. Quando agregamos as experiências que as interlocutoras relacionam ao desencadeamento de sintomas (dos nervos, a pressão alta, o desânimo, etc.) ao uso de psicofármacos, observamos que são vivências gendradas. Os sistemas de opressão de gênero, raça, classe, colocam mulheres em situações que podem causar certos traumas e, muitas vezes, essas histórias são distanciadas dos sintomas que apresentam no presente.

A descrição que Ângela faz sobre sua inserção nesse circuito de uso de medicamentos controlados, há muitos anos, contribui para tal discussão. Durante entrevista, ela conta, com fala lenta e baixa, que procurou um médico do posto onde residia por estar [...] *muito magrinha... Sofrendo muito por uma traição*. Refere que, nessa ocasião, piorou o que sentia e, então, descobriu que *era doente*. Naquela época, tinha dois filhos pequenos e trabalhava e, segundo ela, *não tinha tempo pra nada*. Foram receitados sedativos (diazepam ou clonazepam

- não lembrava, mas diz que já usou ambos) e fluoxetina. Nos complexos e dinâmicos engajamentos entre o médico, a magreza, o sofrimento de Ângela pela traição, um corpo reconhecido como feminino, dentro de um consultório da unidade de saúde, vai sendo performado um diagnóstico em saúde mental que requer intervenção medicamentosa. Como esses actantes se imbricam enquanto uma totalidade a ser medicada, requer diversas coisas postas em articulação para funcionar.

Assim, naquele espaço, o diagnóstico exige que certos elementos, como os citados, apareçam, enquanto outros sejam apagados, como a sobrecarga de trabalho e o cuidado com filhos, ainda que eles permaneçam produzindo reverberações nas queixas e nos caminhos que as substâncias prescritas percorrerão, conforme descrito no item 3.1.3. Em outro momento, espaço e temporalmente distintos, na frente de casa e sob os olhares da vizinhança e de familiares, é justamente um ato que desencaixa da performance vista como adequada ao ser mulher, que faz Ângela adentrar novamente os serviços de saúde: a agressão ao atual marido. Ali, não é mais a magreza, o choro, a falta de sono, o sofrimento pela traição, todos seguidamente relacionados com as aflições femininas, mas é o ato não condizente a essas mesmas expectativas, não apenas o descontrole das emoções, mas a agressão física que contribui para o diagnóstico. Assim, o diagnóstico que emerge acompanhado por uma prescrição de um medicamento controlado enlaça gênero e classe, através de aparecimentos e apagamentos, fazendo cooperar práticas que poderiam ser consideradas performaticamente contraditórias.

Nesta seção, busquei trazer algumas cenas para contribuir à reflexão de como as diversas materialidades se engajam na performance das aflições e seu manejo. Os psicofármacos foram aliados para lidar com os efeitos materiais (choro, agressividade, insônia, dores, etc.) que reverberam de situações mobilizadoras que vivenciaram: traições do marido, maternidade indesejada, violência doméstica, desemprego, solidão. Exige-se que mulheres sejam fortes o tempo inteiro quando estão expostas a uma série de iniquidades. Argumento, assim, que ao acompanhar as trajetórias dessas mulheres, deparei-me com um adoecimento múltiplo, ao qual, em muitos momentos de suas vidas, foram ofertadas soluções individuais e únicas. Como resolver um adoecimento múltiplo por medidas unicizantes?

O psicofármaco auxilia em diversos momentos - as interlocutoras descrevem como são imprescindíveis em determinadas situações. Ao mesmo tempo, evidenciam que são necessárias muitas outras práticas que envolvem montagens e actantes distintos. Aumentar as estratégias de manejo, especialmente no território, fortalecendo as estratégias comunitárias, e onde o posto (atenção básica) é um ponto fundamental, parece possibilitar uma diminuição ou, como

tenho chamado, possibilidades múltiplas de modulação, do recurso medicamentoso nas situações acompanhadas. Em que pese ser performado um discurso sobre aumento do acesso a psicofármacos entre a população da região da US, os usos aos quais tive acesso se performam menos arraigados no compromisso com a medicação de uso contínuo e explicitamente legitimando distintos saberes sobre a saúde. Diferentes práticas de cuidar da saúde e performar um *ficar bem* cooperam: um psicofármaco, um chá, uma conversa na área, as palavras que circulam na consulta psicológica, por exemplo. Isto é, opera-se um reconhecimento da coletivização das aflições como estratégia de manejo das mesmas, a qual é centralmente uma prática que envolve a circulação da palavra e do cuidado mediada por um mundo de coisas.

A concepção de cuidado, de acordo com Mol (2008), auxiliou a mapear algumas montagens de como o cuidado vai se fazendo através de práticas articulatórias. Em certa medida, o que percebo, nesse modo de gestão, é que há uma ampliação das práticas direcionadas ao manejo das emoções, assim, se há uma diversidade nos actantes e como eles se articulam, variadas realidades podem ser performadas. Nessa perspectiva, em alguns momentos em que há um compartilhamento sobre as aflições e de como lidar com elas, sejam entre usuárias, profissionais de diferentes núcleos e níveis de atenção, parentes, amigas, vizinhas, pode-se perceber uma maior aproximação daquilo que Mol (2008) conjectura enquanto lógica do cuidado, em que haveria distribuição de responsabilidades, e as soluções emergiriam como fruto do compartilhamento. Igualmente, em razão de esses actantes tomarem o manejo das aflições como prática em constante fazer, isto é, processual. Entretanto, ainda há muito o que se avançar nesse sentido, inclusive porque, para pensarmos em termos de autonomia compartilhada e refletida, é preciso avaliar o campo de opções que está sendo ofertado em nosso contexto social, por exemplo, para o modo como se performa a assistência à saúde mental no país.

*Despencados de voos cansativos
Complicados e pensativos
Machucados após tantos crivos
Blindados com nossos motivos*

*Amuados, reflexivos
E dá-lhe antidepressivos
Acanhados entre discos e livros
Inofensivos*

*Será que o sol sai pra um voo melhor?
Eu vou esperar, talvez na primavera
O céu clareia e vem calor vê só
O que sobrou de nós e o que já era*

*Em colapso o planeta gira, tanta mentira
Aumenta a ira de quem sofre mudo
A página vira, o são delira, então a gente pira
E no meio disso tudo*

*'Tamo tipo
Passarinhos soltos a voar dispostos
A achar um ninho
Nem que seja no peito um do outro*

*Laia, laia, laia, laia
Laia, laia, laia, laia
Laia, laia, laia, laia
Laia, laia, laia, laia*

*A Babilônia é cinza e neon, eu sei
Meu melhor amigo tem sido o som, ok
Tanto carma lembra Armagedon, orei
Busco vida nova tipo ultrassom, achei
Cidades são aldeias mortas, desafio nonsense
Competição em vão, que ninguém vence
Pense num formigueiro, vai mal
Quando pessoas viram coisas, cabeças viram degraus*

*No pé que as coisas vão, Jão
Doidera, daqui a pouco, resta madeira nem pros caixão
Era neblina, hoje é poluição
Asfalto quente, queima os pés no chão
Carros em profusão, confusão
Água em escassez, bem na nossa vez
Assim não resta nem as baratas
Injustos fazem leis e o que resta procêis?
Escolher qual veneno te mata
Pois somos tipo*

*[...]
(PASSARINHOS, 2015)*

3.2 Modo de gestão da aflição: a racionalidade científica

Nesta seção, o objetivo é descrever acoplamentos em que o uso de psicofármaco conecta-se ao desempenho profissional/acadêmico. Entram em cena algumas/alguns interlocutores/as da Rede UFRGS: Heloísa, Júlia, Caio, Cecília, Anderson e Bibiana - apesar de a última não ser pós-graduanda, ela estava na graduação e compõe esse bloco devido às semelhanças no manejo de suas aflições. A idade dos/as interlocutores/as estava na casa dos 20 anos de idade, a maioria já se aproximando dos 30 anos.

Essas trajetórias estavam permeadas por aflições conformadas em um ambiente acadêmico. Porém, obviamente, são trajetórias que possuem muitas diferenças entre si, uma vez que são atravessadas por vários marcadores sociais de diferença, tais como gênero, sexualidade, raça. Nesse campo de performance, seguimos algumas substâncias com o mesmo rótulo de antidepressivos e seus enredamentos nessa rede, através da qual acompanhamos uma articulação entre uma expectativa de classe na universidade, balizada pela pressão por um desempenho que depende muito de como a pessoa sente-se emocionalmente para produzir/render, ao lado de uma incerteza sobre o futuro profissional. Dessa forma, são composições desse bloco: utilização/incorporação de explicações científicas; modulação de temporalidades através do ajuste das medicações; privatização das emoções; profissionalização do cuidado. A denominação "racionalidade científica" emerge da percepção de que, entre esses/as interlocutores/as, os argumentos e práticas acadêmico-científicos medeiam tanto o modo de compreensão quanto de ação sobre suas aflições. Essa é uma lógica através da qual se colocam no mundo e o fazem.

3.2.1 Uma andorinha só não faz verão: solidariedade acadêmica

Uma tela em branco. Um relógio que não se omite. Mais uma folha de calendário arrancada. Uma expectativa. Nesta seção, falarei de aflições coproduzidas em cenas muito próximas da que me encontro nesse momento de escrita. Torna-se mais difícil estranhar cenas das quais compartilho. Estranhar no sentido etnográfico. Ou, como sabiamente me fala Heloísa, mulher cis branca, pós-graduanda em fase de escrita de seu trabalho, puxando algum livro que carregava consigo (cujo título já nem me lembro): que a tarefa do pesquisador das

áreas sociais seria *tornar coisas comuns extraordinárias*. Sendo difícil estranhar, começo pela familiaridade. Assim, a primeira montagem nesse campo de performance é o que chamei de solidariedade acadêmica.

Claro, né, por que não ajudar uma colega que é pesquisadora? [risos] Então, eu tô disponível, pode contar comigo. Essa fala, proferida por Anderson, homem cis branco, pós-graduando, performa o que outros/as interlocutores/as também enunciaram. Assim, a *solidariedade acadêmica* (termo usado por Caio, durante entrevista, para descrever sua disposição em participar da pesquisa) coproduz esta tese na medida em que impõe algumas articulações: entre escolaridade, termos científicos, ambiente de performance universitário, mútuo reconhecimento.

Nessa linha, remeto-me àquele dia chuvoso em que disparei os convites para a participação na pesquisa, conforme cito no capítulo dois, o qual de certa forma foi um "marco" na performance dessa montagem, pois movimentou uma série de actantes que também passam a se engajar na rede. A solidariedade acadêmica igualmente emerge no instante em que colegas disparam por *WhatsApp* a mensagem convite para sua rede de contatos. Essa conexão faz existir uma confiança inicial, ou pelo menos, credibilidade à pesquisa. Salvo algumas exceções, pude perceber que quanto mais próximo meu vínculo com o informante-chave e entre este/a e o/a participante, mais facilmente também era estabelecido um vínculo entre mim e a pessoa participante.

Trago o termo credibilidade, uma vez que, nessa rede, composta majoritariamente por acadêmicos, os aspectos éticos, metodológicos e teóricos da pesquisa entravam em cena de uma maneira técnica. Quando digo entraram em cena, refiro-me à atmosfera acadêmica entre nós, que fazia existir uma relação permeada por explicações acerca do processo de pesquisa, nas quais utilizava termos técnicos, de discussões (por exemplo, sobre a devolução da pesquisa). Elas/es conheciam intimamente os processos do pesquisar, o que também parece que produzia um interesse em entender melhor a metodologia empregada e em discutir a perspectiva teórica. A etapa das observações foi objeto de curiosidade por parte dos/as interlocutores/as, que buscavam saber como isso iria funcionar na prática. Inclusive, enfatizei, em diversos momentos, que essa etapa também estava sendo construída à medida que a pesquisa era desenvolvida.

Se por um lado as observações etnográficas pareciam um pouco peculiar para a maioria das/os interlocutores/as, conceder uma entrevista, em um espaço reservado, após ler o TCLE e com um gravador entre nós, parecia orgânico. Quatro entrevistas foram realizadas na UFRGS, uma em outra universidade, e uma no local de estágio da participante. Essas paredes deram um

contorno à prática narrativa. Iniciamos um pouco formais e, ao longo das entrevistas, foi se produzindo um clima mais descontraído, inclusive de compartilhamento de percepções sobre a vida acadêmica. Diferentemente do que ocorreu com a Rede US, o entrelaçamento do uso de psicofármacos com a vida acadêmica tomou centralidade nessas entrevistas.

Conforme já citado no capítulo dois, o ambiente de performance faz existir práticas narrativas diferentes. A atmosfera acadêmica que se faz nas entrevistas também performa e é performada pela utilização de explicações científicas, que são incorporadas em seus manejos das emoções: livros, *sites*, referências bibliográficas fazem parte das entrevistas e compõem as práticas narrativas que nelas operam. A racionalidade científica compõe o manejo das aflições de um modo peculiar: é saber os nomes comerciais e o princípio ativo, os efeitos colaterais de cada medicamento, a dosagem máxima diária, é saber pesquisar laboratórios farmacêuticos confiáveis, falar sobre sintomas articulando-os a diagnósticos nosológicos. Conforme explicita Anderson: *Eu quero ter uma vida saudável e equilibrada mentalmente sem precisar ficar tomando reguladores de neurotransmissores.*

A frase de Anderson evidencia a noção de “si-mesmos neuroquímicos” apresentada por Rose (2007, p. 263), a qual remete à concepção de si enquanto constituição biológica, que erigiu o cérebro como espaço privilegiado da identificação e gerenciamento de emoções, pensamentos, desejos. Tal reconhecimento somático de si, ao mesmo tempo que faz perceber desmotivação e ansiedade como emoções a serem medicadas, liga-se ao desejo de que esse uso seja uma *medida provisória*, como alerta Anderson. Esse desejo de que seja provisório se faz no engajamento de sua escolaridade, da leitura de artigos em *sites* médicos, da conversa com a psiquiatra, a qual explica que o uso contínuo de Rivotril[®] a longo prazo pode gerar perda de memória e, por conseguinte, o susto em perceber-se esquecendo coisas básicas, como o nome de alguém que ele conheceu recentemente.

A racionalidade científica parece, a todo momento, articular essa compreensão biológica do sujeito a uma noção de interioridade psíquica. Foi devido aos momentos de crises de ansiedade, dificuldade em sair de casa, choros sem motivo específico que Júlia, pós-graduanda branca, com um pouco mais de 20 anos de idade, refere ter começado a olhar mais para si, a ter outra relação consigo mesma, e a perceber coisas que estava deixando de lado (como fazer exercícios, ter momentos de lazer). Refere que não *ouvia* as reações de seu corpo. A medicação opera em sua rede de engajamentos de manejo das aflições também produzindo algumas reflexões, conforme narra durante a entrevista: *O que me faz bem? Pegar um solzinho? Correr na Redenção? Comer um chocolate?* Nesse sentido, ao juntar algumas peças

de cada engajamento particular, percebo que no cotidiano das/os interlocutores há diversos modos de compreensão de si sendo praticados. Voltarei a isso ao final deste subcapítulo.

Assim, neste bloco, a gestão da emoção supõe uma íntima relação com a própria rede de produção do medicamento (bulas, artigos de especialistas). Trata-se de um acesso à informação que não é dividida com vizinhas, como no modo de gestão citado no subcapítulo anterior, por exemplo, mas é algo que leva a pesquisar artigos sobre os efeitos dos psicofármacos, sobre interações medicamentosas, especificamente material que seja considerado científico e confiável. A situação narrada por Anderson, para explicar-me por que parou de ler as bulas de antidepressivos, conecta com esquemas de modulação do uso que dialogam com leituras prévias, assim como com leituras de bulas, cálculos sobre dosagens e produção de efeitos colaterais:

Anderson:[...] *Uma vez, quando eu tomava bupropiona⁵⁶, eu li que uma dose excessiva do medicamento podia causar convulsões.*

Fernanda [entrevistadora]: *Uhum.*

Anderson:*Tá. Agora olha a viagem na cabeça do ser humano. Um dia eu tomei e aí eu pensei "Mas eu já não tinha tomado?". E aí eu entrei naquela noia que eu tinha tomado dois comprimidos. Mas eu fiz a conta: 150 mais 150 é 300. Ali dizia que a dose que excedia era 600 miligramas podia convulsionar, mas na minha cabeça eu ia ter uma convulsão a qualquer momento. Olha que inferno. (Entrevista 1- Rede UFRGS).*

Heloísa, também se dando conta de que a racionalidade científica coproduz a experiência da sensação, explica que está evitando ler pesquisas sobre sua situação, isto é, ser muito acadêmica com isso, porque fica muito fixa em um diagnóstico ou pensando nas dimensões sociais e não em sua experiência. Nessas narrativas, é possível perceber que o conhecimento científico não apenas demarca as fronteiras do que se sente, mas que, mesmo na busca de se afastar dele, as categorias de inteligibilidade nesse modo de gestão são conformadas por justificativas que se baseiam em reflexões performadas pelo universo acadêmico-científico.

Por fim, outro elemento dessa montagem que circula na rede universitária é uma espécie de expectativa de reconhecimento mútuo da aflição a qual precede, mas é reintroduzida no encontro que pressupõe que a outra pessoa sabe sobre o que está sendo enunciado. Por exemplo, fazendo referência que eu devo saber como é a rotina universitária, ou que eles/as também sabem como é estar no lugar de pesquisadora, conforme compartilha Bibiana: *E o que você precisar, tamo aí, que eu sei que é difícil esse tipo de pesquisa. Se precisar das pessoas então...* Enfim, a solidariedade acadêmica é performada através de falas que enfatizam o verbo ajudar, como reforça Bibiana: *Mas fica à vontade, se tu precisar de*

⁵⁶ Bupropiona é um antidepressivo, também utilizada em tratamento para parar de fumar.

ajuda, estamos aí. Realmente, ela fez jus a sua oferta, e acabamos nos encontrando mais quatro vezes. Nesse sentido, também pontua Anderson: *Agora eu não sei, eu queria te ajudar, mas às vezes eu sinto que eu tô só divagando aqui... e falando coisas aleatórias* e Heloísa: *Eu não sei, eu te ajudei?.* Nesse campo de performance, o verbo ajudar faz existir um limite bastante evidente entre pesquisadora e pesquisado/a, especialmente no sentido de que a contribuição é majoritariamente deles/as com a pesquisa.

Em suma, devido ao fato de quase todos os/as interlocutores/as serem pesquisadores/as e a maioria dos encontros ocorrerem em ambiente universitário, a coprodução dos objetos foi se fazendo através do uso de termos científicos, da discussão sobre o método de pesquisa, do compartilhamento sobre sentimentos em cursar um mestrado/doutorado, da pressuposição de uma identificação com suas vidas, por exemplo, Anderson: *Eu não tenho uma rotina regrada. Até porque, tu deve saber né, na pós-graduação se tu não tá fazendo cadeira, tu faz o teu horário como tu quer.*

A solidariedade acadêmica é uma montagem que opera negociando as fronteiras dos objetos que se fazem nesse modo de gestão. Especialmente porque delimita, de modo explícito, que aquilo que se performa durante as conversas que travamos é uma contribuição dos/as interlocutores/as com a pesquisa, e não ao contrário. Nesse campo, eu era sempre mais identificada como pesquisadora do que como psicóloga. A vida acadêmica é uma das conexões centrais desse modo de gestão. Ela fornece um enquadramento aos esquemas de uso de psicofármacos e também a prática narrativa que fez existir o material posográfico desta pesquisa.

3.2.2 Se a primavera está longe, é preciso buscar novos rumos: adaptar e sobreviver - articulações entre escolaridade, classe, raça e tempo

Joana: El-el... ahn... às vezes eles chegam muito entristecidos [referindo-se a seus alunos de escola da rede pública], porque o amigo morreu, porque – e aí eu vou me entristecendo junto. E quando eu penso que isso vai ficar... cada vez pior, né, dependendo – na verdade, não importa quem ganhar, porque os, os demônios se soltaram, né. Os demônios se soltaram, então, nesse momento, não importa mais quem é que vai ganhar. (Entrevista 8- Rede UFRGS).

Minha pesquisa de campo iniciou no auge das campanhas eleitorais de 2018⁵⁷. A entrevista com Joana (mulher branca, com pouco mais de 50 anos de idade) foi realizada entre o primeiro e o segundo turno das eleições. Logo, não se pode ignorar o contexto em que essas pessoas estavam imersas e como cada subjetividade se atualiza naquele momento. Joana é uma participante que explicitamente fala dos efeitos do momento histórico-político em seu modo de ser, relacionando a sua infância, vivida no período ditatorial. Apesar de não incluir Joana nesse modo de gestão devido a diversas peculiaridades em sua rede de manejo das aflições⁵⁸, talvez justamente pela diferença geracional, ela consiga colocar em palavras sobre a juventude que vivencia esse momento de polarização, ódio às diferenças, desesperança. Logo, suas falas suscitam questões a respeito do contexto social-político no agravamento do sofrimento dos sujeitos pesquisados.

Em relação à população que morava na região de cobertura da US, muitas dessas dificuldades enfrentadas agora para uma população de classe média já estavam colocadas, tais como as incertezas sobre um futuro profissional e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. De todo modo, referem-se a direitos sociais que foram diminuídos, tornando mais precária a situação de algumas pessoas. Esse é o caso de Maurícia, a qual deixou de receber o auxílio-doença do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em 2018. Segundo ela, por não ter conseguido levar um laudo de psiquiatra na perícia, apenas de um clínico geral - o que, em sua avaliação, foi um impeditivo para a renovação do benefício. A perda dessa renda, para uma mulher com mais de 60 anos de idade, e a demora para ser liberada sua aposentadoria por tempo de contribuição, gerava grande preocupação com sua condição econômica.

No entanto, enfatizo, nesse subitem, as conexões com o contexto político de meados de 2018 na Rede UFRGS, na medida em que algumas interlocutoras citaram explicitamente situações em que divergências políticas e ideológicas foram mote de discussões com outras pessoas de seus círculos e que tais embates se conectavam na coprodução de suas aflições. Naquele momento, já havia a ameaça aos cortes das bolsas de iniciação científica e pós-

⁵⁷ O clima das eleições de 2018, no Brasil, foi belicoso entre os candidatos e foi marcado por uma intensa polarização. Nas redes sociais, acirraram-se tensões políticas, inclusive, entre familiares, amigos/as, colegas de trabalho. No segundo turno do pleito presidencial concorreram Fernando Haddad, candidato de esquerda e Jair Bolsonaro, de extrema direita, que saiu vitorioso.

⁵⁸ As peculiaridades a que me refiro dizem respeito, sobretudo: à geração a que Joana pertence, o fato de não ser universitária naquela ocasião, e, portanto, não vivenciar aflições conformadas pelo espaço acadêmico nem em relação a uma expectativa com seu futuro profissional. Ainda, em alguns momentos, percebia que o manejo das aflições feito por Joana poderia se aproximar mais ao modo de gestão “coletivização das emoções”, do que o que descrevo nesse momento da tese. Joana acionava constantemente o compartilhamento de seus sentimentos com os/as amigos/as, tendo sido eles/as, inclusive, que a auxiliaram a encontrar e garantir acesso a um psiquiatra particular. Também, por ser uma interlocutora que disponibiliza de tempo para nossas conversas compridas. Ao passo que, entre os/as pós-graduandos/as, muitas vezes, o tempo, ou melhor, a falta dele, despontou como um limitador dos encontros. Nesta tese, valho-me do que compartilhei com Joana especialmente no capítulo dois.

graduação, gerando angústia na universidade. Como conta Caio, homem negro de aproximadamente 30 anos de idade, em entrevista: [...] *no intervalo de aula, qual é o assunto? Vão cortar todas as bolsas!*. Dessa forma, a academia não apenas forneceu o enquadre da pesquisa, mas também foi ator imprescindível no início do uso. Seja porque, nesse campo, a vivência universitária está conformando a emergência de sintomas que acabaram sendo manejados com intervenção medicamentosa, seja por outras situações da vida que, ao incidirem sobre as emoções, atingiram o desempenho acadêmico, e então o uso de psicofármacos foi um recurso acionado para dar conta de seguir o percurso.

A angústia relacionada ao espaço acadêmico também é mencionada em reuniões de grupos de pesquisas, aulas, relacionamento com orientadores/as, e pode ser performada de diversas formas, como retraimento, ausências nas aulas e reuniões, dificuldade de concentração, *cabeça a mil*, palpitações, tremores. Anderson, apesar de estar suspendendo progressivamente o uso de Rivotril[®], diz que, para ficar mais calmo, toma sempre antes de sair de casa quando tem reunião marcada com seu orientador. Logo, o Rivotril[®] se insere na rotina de estudos e de trabalho acadêmico. Nesse manejo, em que a respiração torna-se menos veloz e outras sensações se estabelecem, a pressão acadêmica se torna mais suportável:

Fernanda [entrevistadora]: *E o que tu sente diferente quando toma o Rivotril[®]?*

Anderson: *Bah, olha, parece mágica, assim. Uma coisa, tipo...Se meia hora atrás eu tava pensando num negócio como o fim do mundo, eu começo a pensar nele "ah, nem tem importância eu vou dar um jeito nisso, claro que tem solução", sabe. Eu me sinto mais calmo para enxergar as coisas de uma maneira mais calma. (Entrevista 1 - Rede UFRGS).*

Nessa linha, o ambiente de performance na entrevista com Heloísa fez com que nos engajássemos em uma prática narrativa de cunho analítico. Isto é, junto à atmosfera acadêmica e minha experiência de entrevistas anteriores, foi conformado um espaço-tempo de disposição e confiança que permitiu longas descrições, retomada de pontos e reflexões que articulavam suas experiências e os objetivos do trabalho. Isso me possibilitou fazer algumas questões diretamente, tais como o que ela sente antes e depois do uso de medicamento em relação a seu trabalho/vida acadêmica:

Heloísa: *Uma melhora...eu hoje...Hoje trabalho na tese todos os dias mesmo que... Antes eu passava, sei lá, um mês sem tocar na tese. Negação assim, sabe, medo. Hoje alguma coisa eu faço, algum artigo eu leio. Alguma ficha eu termino. Alguma coisa eu trabalho. Às vezes menos do que eu gostaria, mas é alguma coisa, né.*

[...]

[Sobre antes do retorno ao uso de psicofármacos]:

Heloísa: *Não fazia. Simplesmente não fazia. Tinha pouco interesse. Fazia outras coisas, lia outras coisas, que nada relacionado à tese. [...] Eu*

não conseguia ter interesse. E... e aquela sensação de tipo "não dá mais tempo de fazer". (Entrevista 6 - Rede UFRGS).

A modulação das emoções através dos psicofármacos é identificada pela sensação de calma, pela concentração (indicada pelas horas frente às tarefas), bem como através de alguns capítulos que recheiam uma tese. Dessa forma, a substância, nesses agenciamentos, opera maquinicamente, ou seja, engata ou desengata actantes para que o ritmo necessário seja restabelecido. Vejamos as experiências que seguem:

Cecília: *Acho que... essa questão assim de... de não-não é nem não ter tempo, tinha tempo e, mesmo assim, todas as sintomáticas de depressão e ansiedade não faziam com que eu conseguisse focar no que eu precisava fazer, assim. É... eu estava na frente do computador, computador me olhando, eu olhando pro computador e eu não conseguia fazer. Eu não conseguia, ahn... dar conta daquilo que eu tinha que dar. E eu tinha prazo [...] (Entrevista 5 - Rede UFRGS).*

Não ter fôlego para sair da cama, procrastinar, demorar o triplo para ler um texto, não conseguir escrever quando se tem que escrever ou, ainda, não conseguir se concentrar quando se tem tempo, computador e o compromisso de dar conta, despontam como sinalizadores de que algo ia mal. O tempo institucional da universidade não apenas ditava o ritmo dessas vidas, mas conformava os corpos e os sentimentos. Há os prazos, a divisão em semestres, a pressa institucional que pode ser diferente da pessoal, e, ironicamente, o tempo não é medida de trabalho, e sim a produção.

Júlia destacava o árduo envolvimento com a produção de pesquisas que geram bons resultados, mas que, muitas vezes, não são reconhecidas se esse bons resultados não forem aqueles que contam como produtividade na academia - tais como a publicação de artigos científicos. No caso de Júlia, nota-se que a desmotivação é performada como uma sensação que, no entanto, emerge nessa rede semiótico-material, que agencia dedicação com a pesquisa, pressão por produtividade, somadas ao cenário político daquele momento (a ameaça aos cortes das bolsas).

Virei mobília da casa, brinca Júlia, ao falar de seu estado de desmotivação, de não conseguir realizar suas atividades cotidianas. Apesar de muitos desses/as interlocutores/as contarem como estavam receosos/as em recorrer aos psicofármacos, essa falta de motivação, procrastinação, dificuldade de concentração, dificuldade de encarar uma aula, reunião ou orientação os/as levava aos consultórios psiquiátricos, inclusive porque todos/as já realizavam ou haviam realizado o acompanhamento psicológico. Nos consultórios, essa desmotivação que

afeta a capacidade de funcionamento do sujeito é importante actante para performar a depressão.

Júlia, que agregava observações da experiência de outras/os acadêmicos/as na sua narrativa, apontava que era nesses momentos em que se está tão mal, que se recorre ao remédio [...] *que te ajuda a dar uma luz mesmo que momentânea*. Nesse desajuste entre tempos, as modulações dos usos de psicofármacos (através de um refinamento de dosagens e combinações de substâncias) operam negociações entre uma temporalidade interna que briga com uma temporalidade do mundo que não para.

3.2.2.1 Sobre a nossa vez: um sol que não nasce igual para todo mundo

Cecília: *Então acho que sim, isso me preocupa, sabe? Ahn... de ter muita gente, assim [referindo-se a sua área]. De tu ficar sentado em uma sala e tu pensar “Meu Deus!”, sabe, “eu e mais essas trinta pessoas aqui, daqui a pouco, seremos doutores desempregados”, sabe? (Entrevista 5 - Rede UFRGS).*

Quando digo que a gestão das aflições se faz em práticas articulatórias, pressuponho tanto que a emoção em questão ganha forma em cada ambiente de performance, quanto que o modo de lidar com essa emoção mobiliza uma série de engajamentos. A seguir, busco descrever como a articulação entre escolaridade, classe, raça, tempo e psicofármacos atravessa esse modo de gestão.

À medida que desenvolvia as entrevistas com pós-graduandos/as ia sendo evidenciado um cenário de instabilidade acerca do futuro profissional, finalizada a pós-graduação, que operava também como pano de fundo das aflições. Essa preocupação com o futuro profissional era pulsante nas práticas narrativas de Júlia, Cecília, Bibiana e Heloísa. Isto é, as mulheres que compartilhavam entre si esse modo de gestão foram explícitas em como isso cooperava na performance de suas aflições. Aqui, o fato de serem jovens mulheres brancas e graduandas/pós-graduandas, faz existir uma expectativa de inserção no mercado de trabalho após anos dedicados à formação acadêmica, que anda junto a uma percepção de afunilamento das oportunidades, o qual também é relacionado ao contexto político-social de diminuição do investimento público no ensino superior.

Sobre isso, Camila Lima (2018), em estudo que problematiza as desigualdades de gênero no trabalho, aponta a paridade salarial como direito e como exercício de cidadania. Logo, o gênero atua também nas trajetórias das pessoas que participaram desta pesquisa como um

marcador social que produz diferenças e desigualdades no campo do trabalho. Ao mesmo tempo, busco mostrar que o gênero opera como um actante que se engaja em práticas, como se dedicar à escrita de artigos, buscar vinculação a instituições (através de grupos, realização de cursos) que podem propiciar um trabalho futuro, em um mercado que é percebido como desigual. Igualmente, gênero se engaja na prática de focar-se no dever acadêmico, e portanto, de uma ansiedade, como remete Júlia:

Júlia: *Na verdade antecipar coisas que ao invés de eu estar aproveitando esses momentos, né. Que eu poderia estar aproveitando mais. Bom, sou bolsista, tô aqui fazendo pesquisa, continuar o meu trabalho que é o que se espera, assim. Mas quando tu vê um monte de coisas sendo antecipadas, assim, de projeto de vida, por exemplo, desde pensar no mercado de trabalho. Pensar "Bah, daqui há dois anos eu vou ter que... não vou ter emprego, então, sabe." E daí começar a isso também tomar conta. O que vai ser, ahm, do futuro, mas daí isso impede de viver o presente, assim. Então a ansiedade já estava tomando conta de tudo, sabe. Não conseguia ficar bem, se sentir bem.[...] (Entrevista 4 - Rede UFRGS).*

Essa ansiedade, segundo Julia, tira a pessoa do presente, aquele em que se precisa estar justamente para estudar/produzir e garantir o futuro que causa temores. Ansiedade que produz um corpo inquieto. *Cabeça a mil, coração disparando*, que fazia Júlia adiantar metade do comprimido de paroxetina (antidepressivo ISRS) para poder sair de casa. Essa mesma substância que após cooperar para que saísse de casa, a fazia chegar na aula *grogue*, bocejando, e dificultava que ela prestasse atenção. A impossibilidade de compatibilizar esses dois corpos discordantes - um corpo disposto a sair da cama e um corpo não produtivo - fez com que a paroxetina fosse substituída por outras substância, no caso a sertralina, um antidepressivo de mesma classe. Mesmo que a substância seja da mesma classe, o princípio ativo e os excipientes são outros. Logo a química do medicamento coopera com a química do corpo e, nesses agenciamentos, performa um sujeito que é produtivo. Com a sertralina, outro efeito foi produzido, e Júlia conseguia participar das aulas, trazer reflexões.

Na experiência de Caio, a ansiedade por esse futuro é vivida, mas também fortemente questionada, assim como os privilégios da vida de bolsista. Caio é o único interlocutor negro da Rede UFRGS. Esse fato já é um analisador do racismo estrutural operando no acesso ao ensino superior. Um interlocutor negro entre nove, ao passo que, na rede da US, três entre seis interlocutores/as são mulheres negras. Durante a entrevista, Caio fala sobre os horizontes restritos em sua área de atuação e aponta para o fato de que o manejo dos sentimentos que essa situação acarreta envolve o uso de substância, a paroxetina (antidepressivo), que atua coordenadamente com suas vivências de classe, raça e gênero. Caio refere ser de *classe média*, *média*, e que, se perder a bolsa, terá que trabalhar, pois seus pais não o *bancam*. Isso também

faz com que o valor cobrado por consulta seja um aspecto fundamental na busca de psicólogo/a e psiquiatra, já que é necessário um preço acessível a sua condição de bolsista. Ainda sobre o ambiente de instabilidade sobre um futuro profissional, em suas, palavras,

Caio: *Ah, dá uma ansiedade, dá uma crise coletiva. É um debate recorrente entre nós pós-graduandos. É uma área que não... não é que não tenha futuro, mas tá incerto... ter doutorado hoje em dia... foi-se o tempo que ter graduação garantia emprego. E agora a gente está numa época em que ter doutorado já não é mais suficiente, tem que ter pós-doutorado, tem que ter uma especialização, tem que ter ido viajar, ter doutorado sanduíche, publicar... Então é... Eu tento não pirar, assim. Tenho colegas que estão meio surtados. Tô tentando não me preocupar com isso. Claro, faço planos, estou tentando ter alternativas, mas não vou paralisar, não vou enlouquecer por isso. [...] O que eu posso fazer nessa situação? Que eu posso fazer? [...] Tenho colegas que surtam, e choram "ai, meu deus", isso não ajuda em nada. [...]*

Caio: *Sim, é difícil [fazer doutorado], mas bem ou mal a gente tem uma série de vantagens também que a maioria, que o cara que bate ponto às 8 da manhã, não tem, sabe. O trabalho real mesmo da população, do grosso da população, é bem mais pesado do que o nosso, sejamos honestos. (Entrevista 9 - Rede UFRGS).*

A escolaridade é um marcador homogêneo entre esses/as interlocutores/as, eles/as ocupam um espaço ao qual apenas uma pequena parcela da população tem acesso: a educação superior e, no caso da maioria dos/as interlocutoras, uma pós-graduação *stricto sensu* em uma universidade pública de excelência no Brasil. Ainda, os/as pós-graduandos/as desta pesquisa são bolsistas, isto é, recebem uma bolsa de estudos do governo em valor monetário que, como referem, é a base de seus sustentos. Desse modo, compreendo a escolaridade também como um elemento indicador, mas não linear, de classe social, e esta, enquanto um marcador mais amplo. Nesse sentido, a homogeneidade referente à escolaridade vai mostrando suas singularidades, sobretudo quando articulada a gênero, classe ou raça.

É impossível comparar as condições socioeconômicas dos/as interlocutores/as. Vale destacar, entretanto, que a pesquisa de campo demonstra que, mesmo para essas pessoas com uma renda mais elevada do que a maioria dos brasileiros⁵⁹, e que conta com apoio familiar (para comprar um remédio, ou que paga o plano de saúde, por exemplo), eram necessários ajustes no orçamento para arcar com o tratamento. Heloísa ressalta que, ao fazer terapia, está fazendo uma escolha em detrimento de outra coisa, já que não lhe sobra dinheiro. A questão financeira também a faz solicitar remédios mais baratos ao psiquiatra. Nos agenciamentos da

⁵⁹ Segundo IBGE, a renda domiciliar per capita no Brasil foi de R\$1.438,67 em 2019, o mesmo dado relativo ao RS foi de R\$1.842,98. Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26956-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2019>
O valor atual da bolsa de mestrado é R\$ 1500, e de doutorado R\$ 2200.

rede de Anderson, o apoio familiar tornou possível uma terapia com três sessões semanais. Mesmo assim, ele busca pesquisar medicamentos similares e fazer orçamentos em diferentes farmácias.

Nas montagens apresentadas neste subcapítulo, há um ambiente de performance que conserva algumas regularidades, tais como a inteligibilidade científica, que se acopla às percepções sobre si e ao manejo das aflições. Nesse momento, também visei descrever elementos para uma análise interseccional - a qual aponta para como a diferença e as desigualdades vão sendo engendradas nos processos de materialização de tais aflições e nas articulações operadas para seu manejo. A branquitude, ao se articular com a escolaridade e a classe, faz existir uma aflição que se conecta ao afunilamento de oportunidades profissionais. Tal aflição não se materializa na mesma intensidade - conforme relato - para Caio, jovem negro, pós-graduando. Ele foi o único interlocutor dessa rede que problematizou mais fortemente, por exemplo, os privilégios de ser bolsista em uma universidade federal em comparação ao trabalho de grande parte da população. As práticas em que Caio se engaja para gerir a aflição envolvem a busca por formas de se sustentar independentemente da ajuda dos pais, o questionamento da postura de outros/as colegas acadêmicos ou, inclusive, de ser mais reservado com seus sentimentos e preocupações. São montagens que evidenciam como raça, classe, gênero atravessam a performance do manejo de suas aflições atuando, inserindo elementos distintos e histórias particulares de tais elementos (como o faz com o dinheiro, com os planos de futuro, com as substâncias a serem acessadas).

A diferença de classe, mesmo dentro dessa rede, faz existir e é feita articulada à relação com o circuito de saúde. Isto é, na negociação sobre medicamentos e efeitos colaterais, bem como na escolha dos/as profissionais. Isso ocorre, uma vez que, quanto mais dinheiro o/ interlocutor/a possui para ser despendido, mais o campo de possibilidades se amplia para encontrar um profissional que goste e confie. A questão financeira também influencia na combinação da frequência de atendimentos, que nem sempre acompanhava a demanda terapêutica do/a interlocutor/a, porque essa também necessitava acompanhar a disponibilidade financeira.

Ainda, o gênero performa possibilidades de enunciados, por exemplo: quando mulheres explicitamente manifestam suas preocupações com o futuro profissional e evidenciam, aparentemente sem constrangimento, os sentimentos atrelados, como medo, taquicardia, *cabeça a mil*. Da mesma forma, parece que a diferença de gênero aqui faz emergir também, por parte das jovens, interpelações sobre a necessidade de adequação às temporalidades produtivistas na academia, conforme apresento no próximo segmento.

3.2.2.2 Por um ninho no vácuo e a necessidade de continuar a bater asas

Cecília: *Ahn... acho que, talvez, se tu conversar com mais pessoas que tenham a sintomática da depressão, elas vão te dizer assim que, nesses momentos de crise, ahn, ahn... o, o... a ideia que a pessoa tem é tipo assim "para tudo!" sabe? Tipo assim. As coisas não podem... não poderiam... ficar estátua, assim, parar pra eu conseguir me recompor, sabe? Porque elas não param e tu tá ali no meio, sabe, disso tudo assim. Não conseguindo se recuperar.[...] (Entrevista 5 - Rede UFRGS).*

Na experiência de Cecília, a pós-graduação é massacrante na medida em que os prazos continuam contando. Ainda, ela destaca outro ponto: [...] *a pós-graduação, ela te reduz nisso, assim, também. De tu ter menos apoio social, é... e de te exigir um trabalho que depende de ti, que é muito autônomo, que tu precisa se organizar, que é home office assim.* Nessa cena, percebemos a medicação como modulação de diferentes temporalidades. Há o tempo do mundo com uma velocidade que pode ser avassaladora. O tempo estipulado no calendário acadêmico, os prazos a cumprir com o/a orientador/a, a data da prova. Há a temporalidade do sujeito, que em uma crise de ansiedade, ou em um momento de extrema angústia, apontam para agitação interna, respirações curtas e rápidas, coração que dispara, uma *cabeça a mil*, uma perna que não para de balançar.

O Rivotril[®] ou outras medicações para acalmar (por exemplo, Patz[®]) modulam esse tempo interno. Se o tempo lá fora não pára, ao menos há alguma alternativa para tentar regular a si mesmo e acompanhar as temporalidades que se impõem. Talvez por isso mesmo o Rivotril[®], medicamento de efeito rápido, seja uma opção bastante presente e crescente, não apenas para grande parte das pessoas que participaram da pesquisa, mas no cotidiano da população brasileira em geral. De acordo com o IMS health (dados compilados de janeiro a junho de 2013), o Rivotril[®] encontra-se na nona posição na lista dos 100 medicamentos mais vendidos no Brasil (ANVISA, 2013).

Contudo, a modulação das substâncias precisa ser certa para o efeito desejado. Principalmente, quando se articulam os marcadores de classe e escolaridade, parece haver uma demanda reivindicatória, por parte de quem usa, e uma maior cautela, por parte dos/as psiquiatras, para que esse ajuste contemple as necessidades de produção acadêmica/profissional. O sono é um bom exemplo de um efeito que precisa ser delicadamente ajustado. Se por um lado não conseguir dormir é um dos motivos que levam muitos/as dos/as interlocutores/as aos consultórios, por outro o sono em demasia atrapalha suas rotinas.

Durante a entrevista, Júlia contou que recorreu aos remédios principalmente devido ao fato de os sintomas (crises de ansiedade, pânico, não conseguir sair de casa, além de não conseguir conter as emoções) estarem afetando seu desempenho acadêmico. Entretanto, justamente esses remédios, que era usados para se buscar uma melhora, acabaram atrapalhando sua rotina, destacando-se o sono excessivo gerado pelo Rivotril[®]. Referiu, ainda, que foi bastante assertiva com a psiquiatra para ajustarem o medicamento para que não tivesse tanto sono.

Ainda sobre o ajuste do sono, Cecília queixou-se durante entrevista que a vida acadêmica não oferecia uma regularidade que lhe permitisse dormir bem, e que esse sono não regular a atrapalhava. Na época em que a conheci, ela usava o Patz[®], que, segundo ela, só induzia ao sono, e contrapõe à época em que usava o Rivotril[®], que dava o efeito de ficar cansada o dia inteiro. A substituição do Rivotril[®] pelo Patz[®] também foi sustentada pelo risco daquele em causar dependência com uso mais prolongado. Cecília destaca que a maioria dos médicos busca não receitar o Rivotril[®] em função disso. Entretanto, ponderou que o Rivotril[®] era de mais fácil acesso, pois era muito mais barato: *Custava, sei lá, 12, 15 reais. E o Patz[®], ele já custa 70 reais, né?*

Assim, nesse modo de gestão das aflições, a preocupação com o futuro também opera atravessando a escolha dos medicamentos, uma vez que os possíveis efeitos colaterais a longo prazo são actantes cuja repulsa inscreve práticas de maior cautela no uso ou, até mesmo, de evitação de alguma substância. Heloísa, que estava com aproximadamente 30 anos de idade, conta, nesse sentido, que demoraram muito para lhe receitar o medicamento topiramato e, ela, para aceitar tomar, porque ela sempre foi acadêmica, e um dos possíveis efeitos dessa medicação é a perda cognitiva, Heloísa pondera:

Heloísa: *Só que o topiramato, por mais que ele dê esse delay, que faz eu esquecer uma palavra ou outra, ele faz eu ter essa calma, de organizar mais as coisas, tipo de... de saber onde eu guardei a chave; se o Uber está demorando, tá demorando; se alguma coisa não funcionou, tá, não funcionou; da pessoa estar gritando comigo e eu não reagir imediatamente.*
(Entrevista 6 - Rede UFRGS).

Embora o topiramato na rede de engajamento de Heloísa faça existir uma organização tanto “interna” quanto na sua rotina, esse medicamento também faz existir um acurado monitoramento a respeito de seus efeitos. Ou seja, ela destaca que está procurando se certificar de que não vai ter nenhuma perda cognitiva maior, sobretudo em razão de aquele ser o ano de escrita da tese de doutorado.

Nessas trajetórias, a modulação das emoções passa por um ajuste fino das medicações que têm acesso. Se alguma causou um efeito colateral, podem testar outra, já que todos se encontram em uma situação financeira que permite comprar os medicamentos, mas obviamente, com maior ou menor impacto em suas vidas. O que desponta nesse modo de gestão parece ser um íntimo conhecimento acerca dos possíveis efeitos colaterais, bem como o reconhecimento de si, que faz perceber as mudanças suscitadas pela substância. Aqui, a racionalidade científica aparece ponderando prós e contras das escolhas farmacológicas singularmente e momentaneamente. Engata-se nessa racionalidade a figura do/a psiquiatra que, na maioria dos casos, acompanha de perto a resposta ao tratamento.

3.2.3 No intervalo em/entre gotas, acontece muita coisa

Bibiana: *Tá ruim, mete-lhe Rivotril®. É bem nesse nível, assim, é o único que eu faço isso [referindo-se ao uso além do prescrito pela psiquiatra].*

Fernanda [entrevistadora]: *E como é a sensação física, assim, quando tu usa o Rivotril®?*

Bibiana: *É que antes eu tava num nível de estresse que eu não.. meu corpo eu acho não deixava o Rivotril® fazer efeito, era um nível nesse grau, assim. Daí agora eu tento fazer todo um movimento de relaxar para poder o Rivotril® fazer efeito, e daí poder ficar quietinha, dormindinha, num canto. Mas tá... tá melhor assim, consigo... tu sente relaxando o corpo, daí tu te acalma, dá todo um... "cê não vai morrer, calma", o efeito bonecão do posto passou, cê vai conseguir deitar, dormir, tranquilo. (Entrevista 2 - Rede UFRGS).*

O efeito bonecão do posto, na definição de Bibiana, é sobre aqueles instantes *quando tu quer sair correndo com os braços pra cima*. Nesse momento, intento falar sobre o que o Rivotril® faz nesses engajamentos. Rivotril®, cujo princípio ativo é o clonazepam, é um medicamento utilizado comumente em crises de ansiedade ou momentos de alta tensão, como descrevem os/as interlocutores/as. Na Rede UFRGS, ele é um medicamento bastante enfatizado, utilizado por seis dos/as nove interlocutores/as em algum momento da vida.

O acompanhamento com Bibiana evidencia diferentes cenas montadas com a mesma substância, mas que se alternam à medida que os demais actantes mudam. As cenas estão dispostas em sequência cronológica, tendo passado cerca de nove meses entre a primeira e a quarta. Vejamos:

Cena 1: Rivotril® e o efeito bonecão do posto. Esse Rivotril® que faz passar o efeito bonecão do posto se produz na primeira entrevista. Rivotril® que está presente no local de

estágio, na bolsa, em casa. Usado quase todos os dias, quando dá *ataque*: [...] *0,25 embaixo da língua e tomava mais uns 2 ml, eu tentava ficar nos dois ml né, que é o permitido do dia*. E como ela explicita no trecho, para que faça efeito, é necessário engajar-se com outras estratégias, tais como sair para um local menos movimentado, colocar fone, escutar música.

Cena 2: Rivotril® e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Era a semana de apresentação do TCC. Bibiana estava ansiosa pela finalização da graduação. Ansiedade que, conforme conta, materializou-se em vômito na semana anterior e que, inclusive, postergou nosso encontro. Estávamos em sua faculdade. Ela conta sobre sua saga em busca de um/a psiquiatra com quem se acertasse. Nos três meses desde a primeira entrevista, ela havia consultado com mais três psiquiatras e, naquele momento, considerava estar sem psiquiatra, só com psicólogo. Diz que, nesse meio tempo, foram indicadas muitas medicações e retiradas outras, e que agora está só com a quetiapina para dormir e o Rivotril®. Nesse dia, conta de uma crise que começou no trabalho. Saiu às 17h30min do trabalho, tomou 3 comprimidos de Rivotril®. Dirigiu muito mal. Chegou em casa, ligou o chuveiro, *porque água ajuda a me acalmar*, explicou ela. *Fiquei uma hora sentada no boxe*. E aí ela conta que se deitou abraçada no gato e dormiu. Naquele instante, outras materialidades como o gato, o andar de moto, a água, a quetiapina, em composição ao Rivotril® ajudam a acalmar.

Cena 3: A receita de Rivotril®. Estava acompanhando Bibiana em sua primeira consulta em uma clínica composta por vários profissionais, em que se paga uma mensalidade, o que garante que o preço da consulta acabe sendo bem menor do que as consultas privadas de especialistas. Bibiana conta-me que sua ginecologista indicou esse doutor: *Ela disse que era bom, que estava sempre cheio de pacientes. Vamos ver*. Ressalta que já havia deixado agendada uma consulta com outra psiquiatra daquela clínica dentro de dois dias. Especialmente, sente dificuldade com homem estranho, então prefere consultar com mulheres. Bibiana havia assumido essa consulta como um teste, pois tinha uma expectativa de que poderia não dar certo. Aguardei Bibiana na sala de espera. Quase num piscar de olhos, ela reaparece com várias receitas na mão, cara pálida, me olha e diz: *Acho que não vai rolar... Olha o tanto de medicação - mostrando o bolo de receitas - E ainda me deu duas de cada, caso precise*. Duas receitas azuis de Rivotril® 0,25 mg. Além de Zolfest D 10mg e Escilex 10mg⁶⁰. Devolvo as receitas, e ela guarda na pochete. Confiro o horário. Ela deve ter ficado cerca de 20 minutos em atendimento. Minutos que, somados à postura do psiquiatra, produziram muita decepção. *Como foi? Quando tu entrou na sala?*, questiono. *Ele perguntou*

⁶⁰ Zolfest D, cujo princípio ativo é o hemitartrato de zolpidem, prescrito para tratamento de insônia. Escilex é um antidepressivo da classe dos ISRS, tem como princípio ativo é o oxalato de escitalopram.

se eu já ia em psiquiatra, o que eu tomava, qual diagnóstico tinha e se concordava, responde ela. Conta-me isso com semblante sério, triste, falava pouco, completamente diferente da Bibiana que, na sala de espera, conversava entusiasticamente sobre sua viagem à praia e os preparativos da formatura. Um pouco depois, enquanto falávamos desse incômodo, ela enfatiza: *Eu preciso de tratamento, não só de medicamento*. Apesar de tudo, apenas demonstrou certeza de que compraria o Rivotril®.

Cena 4: Rivotril® e a tolerância. Combinamos uma conversa em um café. Conta que consultou com um psiquiatra indicado por seu psicólogo. *Acho que agora me achei*. No meio tempo, entre aquela clínica e esse psiquiatra, ela acabou recorrendo à sua ex-psiquiatra, que lhe deu alguns remédios. Diz que o novo psiquiatra é um homem de uns 40 anos, mas, pensa que vai acompanhar com menos julgamento questões relacionadas a seu contexto de vida. Diz que, nos últimos meses, teve muitas crises, e que esse novo psiquiatra prescreveu propranolol 40mg para usar nos dias de prova/concurso, já que ele incide nos sintomas físicos da ansiedade (como a tremedeira, a ânsia de vômito). Ela disse, então, que ele fazia efeito bem rápido: *Vômito e enjoo param na hora. Rivotril® leva tempo para agir*. Além disso, ela sentia que estava mais tolerante ao Rivotril®, que não estava fazendo efeito. A explicação que ela tirou da consulta é de que, quando fica muito tensa, muito nervosa, aumenta a adrenalina e gera mais tolerância. Ela diz que, antes, não *batia*, que o Rivotril® demorava mais para fazer efeito, e que, então, o propranolol foi muito bom para ela fazer as provas.

As cenas supracitadas fazem perceber que o Rivotril® é uma substância que se multiplica em cada engajamento, especialmente a depender da prática na qual a substância atua (para fazer uma prova, enfrentar a banca de TCC, lidar com conflitos no trabalho), mas também conforme a relação estabelecida com o/a psiquiatra e da relação do Rivotril® - e sua dosagem, momento de ser tomado - com outras substâncias e suas particularidades. Ainda, nessas redes, diferentes efeitos são produzidos, por exemplo, calma, segurança ou, mesmo, fazer quase nada, como menciona sobre a cena quatro. Aqui, novamente, o tempo desponta como actante. Se o Rivotril® não *bate* enquanto a adrenalina não baixa, talvez não seja uma boa substância para os momentos de prova, ocasião em que realmente é preciso uma conjunção de atenção e disposição para ação com calma. Bibiana parece ter encontrado esse enlace com o propranolol, conhecido medicamento para controle de hipertensão, que pode ser adquirido sem receita.

Bibiana mostra que o manejo do *ficar bem* é um campo de embates. Nenhum objeto é dado de antemão, e nem sempre eles irão se comportar como da mesma forma que em outros momentos. A calma produzida quando o Rivotril® se engajou para ajudar a enfrentar

avaliações na graduação não é a mesma sensação que precisa ser performada durante uma prova de concurso. Assim, o Rivotril[®] é múltiplo porque ele precisa fazer coisas múltiplas. Acompanhar essas cenas aponta para um tempo que é esticado ou comprimido para dar conta do manejo das aflições.

3.2.4 Privatização das aflições e profissionalização do cuidado

A gestão das emoções, nesse modo de gerenciamento, tem o consultório como *locus* privilegiado. Os arranjos do cuidado se fazem entre quatro paredes, com os profissionais popularmente reconhecidos como especialistas em saúde mental (psiquiatras e psicólogos/os), e os quais são rigorosamente escolhidos pelos/as interlocutores/as. Nessa rede, houve muitas alterações de psiquiatras, quando as pessoas não estavam *se acertando* com os profissionais, já que havia um mínimo de gerência na escolha, pois estavam recorrendo à rede privada, e podiam, portanto, pagar. Na entrevista, Júlia contou que foi muito impositiva na consulta, para buscar um ajuste medicamentoso, já que a terapêutica atual estava atrapalhando toda a sua vida. Bibiana também foi bastante contundente: *Mas daí eu falei, fui bem honesta com ela: "Não tá dando, ou troca ou trocarei de psiquiatra"*.

Nesse modo de gestão das aflições, o pagamento direto compunha, assim, os engajamentos. Os/as interlocutores/as recorriam a profissionais da rede privada, e nenhum mencionou ter cogitado acessar o SUS (para consultas ou medicações). Como me interessava pelas materialidades, perguntei a todos sobre preço de medicamentos e consultas. Os preços variam muito, por exemplo, o valor mais elevado que escutei de consulta psiquiátrica foi R\$400,00; e o mais baixo R\$50,00. Os valores mudaram muito porque dependiam de planos de saúde, ou porque aconteciam nas chamadas "clínicas populares", ou, ainda, por ser um preço negociado com o profissional em função de esse possuir uma relação pessoal com algum familiar ou amigo/a do/a participante. Assim, entre remédios, consultas com psiquiatras e com psicólogos/as, os gastos podiam variar de 300 a mil reais mensais.

A relação estabelecida com profissionais, diferentemente do modo de gestão "coletivização das emoções", era mais individualizada. Nesse modo, a maioria dos/as interlocutores/as possuíam os números de telefone pessoais e podiam acionar seus psicólogos/as e psiquiatras por meio do *WhatsApp*. Talvez por estarem pagando, e sentirem-se no direito de reivindicar, ou talvez pela posição de classe, que não os colocavam em uma

relação de poder tão assimétrica como na situação da Rede US, nesse campo, as consultas com os psiquiatras eram espaço de forte negociação no uso de medicações. Pediam explicações e questionavam sobre dosagens, diagnósticos, efeitos colaterais, preços, tempo de uso, possibilidade de usar outras substâncias conjuntamente. Em que pese possam parecer contraditórios, esses embates emergem justamente nesse modo de gestão das aflições, cuja relação com os/as psiquiatras tem espaço privilegiado, a qual também passa pelo “ajuste fino”, tal como com os efeitos colaterais.

Após acertarem o/a "profissional", passava a existir uma relação de confiança. *Seguindo cegamente. O que ela disse para fazer, eu vou fazer*, narra Anderson para evidenciar a relação com sua psiquiatra, indicada por sua psicóloga, por ser uma pessoa de confiança dela. Uma confiança que se propaga em rede. Contudo, uma rede majoritariamente composta por profissionais, na qual opiniões leigas não chegam nem perto de ter o mesmo peso. Destaca-se uma posição mais individualizante na mobilização da rede. Nas palavras proferidas por Caio, em entrevista: *Tento ao máximo resolver por mim mesmo [...]*. Logo, o apoio é buscado geralmente com profissionais: *A vez que eu vi que era um problema e fui recorrer de fato, foi o psicólogo quando ele me recomendou a psiquiatra.*

Nesse modo de gestão, os/as interlocutores/as também enunciavam que pouco compartilhavam suas aflições e, menos ainda, suas dúvidas sobre medicamentos com pessoas em geral. Pareciam direcionar grande parte das questões e compartilhamentos mais íntimos com as/os profissionais. Essa profissionalização do cuidado, articulada a um modo de trabalho já solitário, também opera produzindo e reiterando o que estou chamando de uma individualização no modo de gerir as aflições. A individualização não significa que sejam mobilizados menos engajamentos nas práticas, mas mobilizar tais engajamentos de modo a coordená-los com uma noção de interioridade de si mesmo, ainda que esse si mesmo se multiplique nas próprias práticas de manejo das aflições, como aparecerá no próximo capítulo. Pode-se dizer que essa noção individualizante é possibilitada por aquilo que Henrique Nardi e Rosane Neves da Silva (2004) descrevem como processos de individualização das sociedades contemporâneas (erigidas na lógica capitalista).

Esses/as interlocutores/as também enfatizaram que o trabalho solitário na pós-graduação, cuja rotina, após finalizadas as disciplinas, envolve, na maior parte do tempo, uma escrita individual e, em casa, acaba afunilando o apoio social. Na pós-graduação, em que há prazos institucionais estabelecidos, a gestão do tempo diário é uma tarefa de cada pessoa. Destacou-se, nessas experiências, que é difícil manter uma regularidade de ritmo de trabalho, bem como

limites entre trabalho e lazer. Muitas pessoas sentem-se como se estivessem trabalhando 24 horas por dia.

Assim, o trabalho acaba sendo um processo individualizante, e os recursos acionados também operam em um dispositivo privativo-individual, que inclui terapia individual, uso de psicofármacos (receitados de preferência por um psiquiatra de confiança), escrever em diários íntimos, brincar com animais de estimação. Destaca-se, também, o uso de aplicativos para lembrar de usar medicação, jogos utilizados para *acalmar* (por exemplo, caçar *Pokémons* e Mudras - yoga com as mãos, conforme explica Bibiana) e, ainda, aplicativo medidor de humor, que, após ser alimentado pelo/a usuário/a, fornece um relatório das emoções registradas.

Nesses engajamentos, performa-se a busca por um autoconhecimento e aprimoramento do jeito próprio de ser, já que as fronteiras do *ficar bem* são desenhadas pela racionalidade científica que pressupõe não apenas a biomedicalização, mas também a psicologização das experiências. A esse respeito, Jane Russo (2017) explora a passagem de uma compreensão psicológica do sujeito - erigida principalmente pela difusão da psicanálise - para uma compreensão somática, ocorrida nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI. Fundamentando-se em Rose, o debate de Russo aponta para uma compreensão de “self somático” ou “interioridade somática” que é evidenciada pela “ascensão do cérebro e de explicações fisicalistas (hormonais, por exemplo) para as mais variadas condições humanas – antes consideradas mentais – e também a uma intensa difusão leiga dessas explicações (por meio das mídias escrita e televisiva, de filmes e obras de literatura e da internet) [...]” (RUSSO, 2017, p. 162).

Seguindo as linhas abertas por Russo, no que diz respeito à reconfiguração da concepção de pessoa contemporânea, no modo de gestão que aqui apresento, parece existir uma acoplagem entre uma compreensão psicológica e somática do sujeito. Possibilita-se, assim, que o aprimoramento de si ocorra através de intervenções biotecnológicas, especialmente quando as experiências são atravessadas pelas exigências do tempo institucionalizado, as quais requerem um corpo hábil a responder prazos e metas. Não quero dar a entender que são forças “invisíveis” que subjugam os/as acadêmicos/as nesses jogos. As pessoas possuem agência e estão nesses jogos por uma série de questões que não serão exploradas no presente estudo. Contudo, é possível perceber que, nesse campo, gerir as aflições envolve uma expectativa de posição social mediada pelo acesso à universidade. O eficaz alinhamento entre corpo, tempo e produção, no qual o medicamento se inscreve, pode produzir sensações gratificantes e também garantir um emprego ou, ao menos, equacionar possibilidades de “futuros” profissionais e sociais. Nesse modo de gestão, as práticas articulatórias organizam corpos de modo que se

privatizem as emoções. Ao modular as faltas ou excessos (de sono, disposição, concentração), a substância adapta o corpo à temporalidade capitalista.

3.3 Amarrações provisórias: linhas do espaço-tempo

Neste capítulo, ao apresentar montagens que são feitas em cada modo de gestão das aflições, mostrei como materialidades, ao se conectarem nas práticas cotidianas aos marcadores sociais de diferença, costuram redes de performance e manejo das aflições de maneiras particulares. Sobressaíram-se, nesses agenciamentos, o tempo e o espaço como actantes nos campos de performance. Por exemplo, quando os relevos, as lombas, as distâncias, as casas, os serviços, engatam-se às palavras, aos profissionais de saúde, às substâncias, às vizinhas, aos familiares na performance de uma aflição ou no *ficar bem*. Ou ainda, o tempo que é modulado através dos ajustes de medicações, bem como está agindo na performance da ansiedade, dos corpos, dos efeitos colaterais. Dessa forma, a substância maquinica movimentou linhas do espaço-tempo.

O título deste capítulo é inspirado no texto “*Living with omega-3: new materialism and enduring concerns*” (ABRAHAMSSON *et al.*, 2015), haja vista que os/as autores/as defendem que as materialidades funcionam em arranjos, e que, se elas fazem algo, nunca o fazem sozinhas. Logo, rastrear tais relações evidencia sua complexidade e amplitude, pois reverberam muito além daquele momento e local para o qual se dirige a atenção. Nesta pesquisa, os caminhos que as substâncias percorrem foram diferentes para cada modo de gestão das aflições descrito, assim como é possível dizer que, mesmo neles, não trilhavam vias absolutamente homogêneas. No primeiro modo - definido como “coletivização das emoções” -, destaca-se um caminho aberto, sobretudo pelas políticas públicas de saúde, que, muitas vezes, exige mais andança, mas também prolifera encontros - com substâncias, médicos/as clínicos/as, enfermeiras, ACS, estudantes residentes, técnicas de enfermagem, psicólogas, psiquiatras, com diferentes serviços, com chás, receitas caseiras, palavras em circulação, bailes e música. No segundo modo - racionalidade científica -, o trânsito parece articular fronteiras de um si mesmo, mais individualizado, entre consultórios de psiquiatras particulares ou, inclusive, em mensagens de *WhatsApp* com os mesmos, na terapia, em informações de fontes científicas consideradas confiáveis, na farmácia próxima de casa, movimentos que costumam

vir acompanhados do ato de digitar a senha do cartão de crédito ou débito, colocar um fone de ouvido, tomar um banho, etc. Além de observar as conexões, o que essas materialidades imbricadas estão fazendo é algo que também busquei descrever.

Nesses caminhos, são feitos diagnósticos, corpos, aflições. No fechamento dessas análises, há um ponto que merece destaque quando acompanho os medicamentos transitando e operando nas redes de manejo das aflições: aquele que articula estratificação social e o balanço entre efeitos desejados e colaterais. Uma das práticas em que se materializa a estratificação social é a distribuição diferencial de efeitos colaterais equacionada com o acesso desigual a substâncias específicas. No modo de gestão “racionalidade científica”, descrevo sobre o ajuste fino de psicofármacos, sustentado no conhecimento do/a psiquiatra, para amenizar efeitos colaterais e fazer um corpo alerta para produzir uma tese/dissertação. Esse ajuste detalhado também é atravessado por uma modulação de como se quer ser no futuro, como evidenciam Cecília e Heloísa, que, inclusive, deixam de usar determinadas substâncias ou as usam com cautela (topiramato, Rivotril[®]), por terem obtido a informação de que podem causar efeitos colaterais a longo prazo. Novamente, desponta uma modulação atravessada por temporalidades, conjugando um modo de lidar com uma aflição que se dá no presente e se conecta ao futuro.

Já no modo “coletivização das emoções”, em que a escolha de psicofármacos é mais restrita, bem como a consulta psiquiátrica é mais espaçada, os efeitos colaterais agem reverberando na interrupção de medicações ou em um uso esporádico - como faz Maurícia -, ou, ainda, produzem desconforto profundo que atrapalha no trabalho, tal como narra Ângela. Vale destacar que são efeitos colaterais nada desconsideráveis na sociedade capitalista, como sono, lentidão ou, de outro lado, prontidão, pensamentos conectados. Sobretudo, um uso para normalizar sinais dados pelo corpo e adaptá-lo ao tempo da produtividade.

Frente a essa economia dos efeitos colaterais, arrisco dizer que o uso de diferentes fármacos produz sensações balizadas por marcadores sociais de diferença. Isso se dá em razão de que tanto as substâncias quanto as práticas e contextos a elas atrelados carregam desigualdades de raça e classe. Fica evidente que lidar com as aflições em modos de gestão dos quais fazem parte diferentes fármacos (de famílias, formulação, laboratórios, dosagens e esquemas de uso distintos) não é só afastar a tristeza ou *ficar bem*. Pode ser produzir e entrar em uma pós-graduação, passar em um concurso, assim como pode ser só habilitar a serotonina em um limite ótimo que permita levantar da cama e ir trabalhar, ou não ficar *grogue* porque precisa cuidar de crianças.

Seguir como as aflições são feitas e manejadas em composição aos marcadores sociais de diferença indica que as diferenças (de classe, gênero e raça, como as mais analisadas neste trabalho) também operam nas redes de performance como actantes, como materialidades que estão engajadas às práticas, fazendo diferentes coisas: depressão, loucura, ansiedade, sujeitos, e também cuidado, um flerte, uma tese. Ao mesmo tempo, as diferenças estão sendo feitas no mesmo instante que fazem objetos. Conforme apreendemos com os trabalhos de M'Charek (2010; 2013; 2014), quando ela sustenta a noção de raça como um objeto dobrado - no qual a temporalidade e a espacialidade são incorporadas -, é possível atentar ao que se perdura, por exemplo, na vivência de mulheres negras de classes populares (a responsabilidade do cuidado com os/as outros/as, a posição inferiorizada no mercado de trabalho) sem essencializar a diferença. A perspectiva dessa autora auxilia, igualmente, a tomar os marcadores sociais de diferença em termos materiais sem naturalizações (no sentido de uma pressuposição de uma natureza independente das práticas que a fazem). Assim, a diferença vai sendo materializada em situações específicas, à medida que se dobra temporalmente, carregando dimensões que extrapolam o *doing*.

Isso posto, a chave em atentar às dimensões interseccionais é oferecer uma possibilidade de abordagem empírica e analítica que permita tomar os engajamentos semiótico-materiais como operados em performances de fronteiras de classe, gênero e raça. No próximo capítulo, busco explorar o que é performado quando os actantes se unem, atentando a feitura da depressão e de si como objetos múltiplos.

4 DEPRESSÃO COMO MÚLTIPLA E A MULTIPLICAÇÃO DE SI

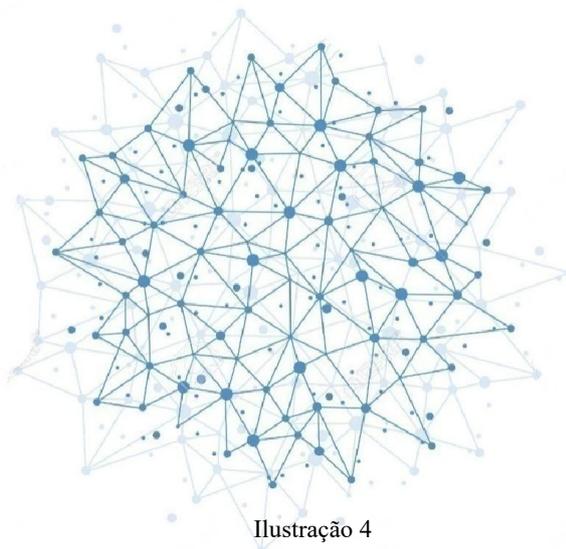


Ilustração 4

Autor: Paulo Bevilacqua

Descrição: vários pontos ligados por linhas retas que formam ângulos dando uma impressão tridimensional, para remeter a uma rede de conexão. Toda a ilustração é na cor azul. Ao fundo há um sombreado de toda a figura.

De acordo com o já anunciado, nesta tese, busco operar de modo que materialidade-discursividade, subjetivo-objetivo, empírico-teórico não sejam polos exclusivos e mutuamente excludentes, em alguns momentos podem se aproximar, ora se distanciarem, ou ainda se conectarem. O mais importante aqui é entender como essas fronteiras são estabelecidas e (re)situadas o tempo todo. Para tanto, além do diálogo com Mol, que atua na presente tese de modo geral, sustentarei a análise deste capítulo também na interlocução com o campo de estudos voltado à biomedicalização, conforme anunciado na apresentação e no capítulo um, especialmente com Nikolas Rose (2007), que discorre sobre os processos contemporâneos de nos tornarmos sujeitos mediados por uma ética somática, a qual enfoca a vida biológica como foco de decisão e intervenção.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, eu pressupunha que, ao acompanhar os usos de ‘antidepressivos’ e ‘ansiolíticos’, seria não apenas guiada a arranjos diversos, mas também não necessariamente conectada a diagnósticos e emaranhados a um circuito de saúde. Todavia, a vivência em campo apontou para como as substâncias, com maior frequência que cogitava - em composição com outros actantes e práticas -, eram entidades importantes na performance da depressão, ainda que tal depressão fosse se configurando como um objeto múltiplo, sendo feita diferentemente a depender das práticas articulatórias envolvidas. Se a distribuição do diagnóstico se tornava algo muito evidente, assim como as saídas medicalizantes (e

medicamentalizantes), também parece se destacar a saúde mental como alvo de operações biopolíticas, conforme já nos sugeria Foucault (2004; 2005; 2010).

Conforme indiquei, no presente capítulo, busco retomar o debate sobre a biomedicalização, mas como algo a ser perseguido nas práticas e em seus engajamentos semiótico-materiais. Ainda que não me comprometa a explorá-la exaustivamente, a proposta inventiva de Preciado (2008) sobre um regime farmacopornográfico⁶¹ fornece algumas pistas que auxiliam nessa tarefa. A abordagem do regime farmacopornográfico contribui no sentido de situar práticas de usos de psicofármacos como algo vivido em uma equação entre elementos, tais como médicos, tecnologias, indústria farmacêutica, prazer, capitalismo, atuando nas e a partir das químicas corporais. Assim, parece ser interessante a esta tese a noção de como, em uma produção de “*autofeedback*” (p. 33) - ou seja, quando a tecnociência opera de maneira que não se sabe se o artefato é anterior ou posterior àquilo no que ele visa intervir -, corpo, subjetividade, e, nesse caso, as distintas versões da depressão emergem mediados por técnicas biomoleculares e midiáticas, sendo os psicotrópicos um dos objetos centrais do regime farmacopornográfico (PRECIADO, 2008).

Portanto, este é um capítulo destinado a descrever as realidades feitas nos acoplamentos entre substâncias e outros actantes no espaço-tempo das práticas de manejo das aflições cotidianas. Um dos desafios lançados é, justamente, como descrever materialmente uma realidade performada como subjetiva (que diz respeito aos sentimentos, emoções, pensamento). Tendo em vista a noção de regulação de si através de processos tecnocientíficos como próprios de nossa sociedade capitalista atual (PRECIADO, 2008), pode-se pensar esse domínio considerado subjetivo como igualmente conformado por essa lógica. Guiando-me pela noção de ontologias políticas (MOL, 2008), tal inflexão visa, ainda, contribuir com uma análise posográfica ao campo da saúde mental. Isto é, como a perspectiva das praticidades e das materialidades pode concorrer para análises sobre a produção de modos de subjetivação, assim como para abrir possibilidades a invenções, experimentações, multiplicações na abordagem das estratégias de atenção e cuidado no manejo das aflições.

Conforme já debatido, as coproduções entre saber biomédico, políticas públicas, profissionais da saúde, usuários/as das substâncias, internet, bulas, comprimidos de antidepressivos e de ansiolíticos apontam para versões de objetos sendo feitas. Neste capítulo, abordarei, mais especificamente, versões da depressão e de si (o que contempla a junção de

⁶¹ Preciado (2008) utiliza tal termo para remeter a um regime pós-industrial, global, midiático, no qual toma como referência os processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-porno) da subjetividade sexual. Assim, aponta para um controle que ocorre a partir do interior do corpo, o qual captura as subjetividades através de uma gestão biomidiática.

corpo e interioridade psíquica). Para tanto, o mesmo está dividido em três partes. Na primeira parte, destaco como algumas díades presentes no campo da saúde mental vão afrouxando fronteiras e se misturando nas práticas cotidianas, movimento basilar na argumentação das multiplicações que detalharei na sequência. Na segunda seção, são apresentados acoplamentos que fazem a depressão como múltipla, mapeando as fronteiras entre versões da depressão feitas nas práticas articulatórias. Já em um terceiro momento, apresentam-se cenas em que o eu é um objeto que se faz, de modo que, ao atentarmos aos detalhes dos acoplamentos, observaremos um eu que se multiplica. Este capítulo não segue a organização do anterior, ou seja, não está balizado pelos modos de gestão das aflições nele apresentados. Contudo, conforme se apresenta a performance dos objetos nas cenas descritas pelas/os interlocutoras/es, busco traçar as conexões com tais modos.

4.1 Os imbricamentos físico-morais, psicológicos-biológicos, mente-corpo: dividir, conectar, sentir

A revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa já anunciava que as pessoas parecem estar mais dispostas, atualmente, à resolução de seus mal-estares mediante a ingestão de psicofármacos (TORNQUIST; MALUF, 2010; BEZERRA *et al.*, 2014; DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010). O tema das substâncias atreladas a prescrições usualmente voltadas aos estados de ânimo, como os antidepressivos e os ansiolíticos, é comumente perpassado pela estereotipada imagem da busca da felicidade "custe o que custar", da aquisição de prazer, da garantia de bem-estar. Nessa formulação, tanto se toma por certo que o uso é estimulado, principalmente, pelo imperativo de "manter-se feliz", quanto há um julgamento ou uma pressuposição de que a felicidade é a principal meta que as pessoas buscam ao usarem tais substâncias.

Ao acompanhar experiências de usos de psicofármacos - como são adquiridos, ingeridos, esquecidos -, pude, contudo, perceber que esse quadro apresenta muito mais nuances do que se poderia supor. As pessoas usam tais medicamentos para conseguir dormir, levantar da cama, ir trabalhar, comparecer em uma aula ou orientação, evitar *crises violentas*. Praticamente todas as pessoas referem um desejo de voltar a fazer as coisas do modo como eram feitas anteriormente. Assim, junto à modulação dos psicofármacos, emerge uma multiplicação do eu, o qual passa a ser atravessado pela díade antes *versus* depois da

depressão, que se cola a um antes *versus* depois do uso de medicamento. Conforme as descrições do campo, as aflições emergem evidenciando que esse corpo é feito por contornos borrados entre dimensões físicas e mentais.

Sobre a vivência relativa às chamadas “doenças mentais”, Luiz Fernando Dias Duarte (2003) aponta que, em nossa cultura, mesmo os fenômenos que se desenvolvem na fronteira entre o “moral” e o “psicológico” implicam a dimensão da corporalidade. Nesse sentido, aponta sobre as “perturbações físico-morais”, que, na sua ótica, são:

[...] condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação. (DUARTE, 2003, p. 177).

A analítica de Duarte (2003) aponta para a representação do "nervoso" nas classes populares brasileiras como "perturbação físico-moral", ao passo que a concepção de uma interioridade psicológica seria mais prevalente em meios culturais letrados e dominantes. Tal modelo analítico contempla importante diferença metodológica e ontológica em relação a esta tese. Duarte (2003) opera em termos de representação, e aqui o foco são as performatividades. As argumentações assemelham-se ao tomar a classe como elemento que faz diferença no momento em que as pessoas vivenciam saúde, doenças, aflições. Entretanto, o modo como foi desenvolvida esta pesquisa de campo evidenciou que tanto entidades físico-morais quanto a interioridade psíquica atuam na performance das aflições nas duas redes acompanhadas nesta pesquisa: a Rede US (que pode ser compreendida como composta mais fortemente por pessoas de classes populares) e a Rede UFRGS, que circula pelo meio universitário e que, conforme apresentei no capítulo anterior, é bastante balizada pela racionalidade científica. Em síntese, o que quero dizer é que físico, moral, interior e exterior são também entidades praticadas e que é exatamente nas práticas que suas fronteiras, definições e mediações podem ser dimensionadas. A seguir, são apresentadas cenas, das quais participaram pessoas de ambas as redes, e que remetem a esse ponto.

Em nosso primeiro encontro, Joana, uma das participantes da Rede UFRGS, contou-me que *as coisas começaram com crises de hipertensão*. Sentiu alguns picos e, como diz que, com sua idade (um pouco mais de 50 anos), algo que se conhece é o corpo, recorreu a um posto de saúde, iniciando medicação para pressão alta. *Só que eu sabia que a minha hipertensão, ela era emocional. E... eu fui tentando levar, com o remédio para a hipertensão, até que eu vi que não, não estava rolando*. Após tentar outras estratégias - como meditar caminhando -, deu-se o encontro com um psiquiatra e, então, veio o uso de psicofármacos. Igualmente, para Dona Berenice (da Rede US), a pressão alta foi o primeiro sinal. Uma pressão que subia conforme se

incomodava com o marido. Nas redes de engajamento de Joana e Dona Berenice, as aflições, articuladas à idade, a uma percepção sobre seus corpos, ao estresse e à pressão alta, funcionaram materialmente como sinalizadores de que as emoções estavam prejudicando o corpo. O trecho a seguir, da entrevista realizada com Cecília, uma mulher branca de quase 30 anos de idade, aponta também para tais imbricamentos:

Cecília: *Quando eu [...] decidi que eu precisava ir num psiquiatra, precisava tomar medicação, ahn... foi quando eu estava com questões fisiológicas assim, ahn, muito preocupantes. Então eu não estava conseguindo me alimentar e nem dormir. Ahn... então, assim, mais do que me sentir triste, ou eu não ter vontade de não fazer as coisas, isso começou a me atrapalhar muito mais assim, né? [...] Assim, eu sempre digo que... ahn... não é que a gente para de sofrer, né, não é que se para, ahn... com a sintomática, né? Tem sintomáticas que continuam tendo, não virei um robô assim. Ahn... continuo, ahn, ahn... algumas vezes fico triste, tenho vontade de chorar... É, fico assim meio desesperançosa, sentimento assim de desesperança é bem frequente, assim... Mas, assim, o—a medicação me ajudou a viver apesar disso, sabe? Então, ahn... acho que, que essa é função da medicação. Assim, ela não tirou totalmente os sintomas, mas ela me ajudou a me manter viva. Porque, naquele momento, assim, sem me alimentar e sem dormir, eu poderia ter... ocorrido coisas piores! Na verdade, assim, aconteceu fatos do tipo, eu acordar de manhã muito cedo, a glicose já tá baixa e eu desmaiar. Então eu tive que ir pro pronto-atendimento, tive que tomar soro, tomar glicose, porque, enfim, tava muito baixo. (Entrevista 5 - Rede UFRGS).*

Assim como no relato de Cecília e na vivência de Joana e Dona Berenice, o início do uso de psicofármacos por outros/as interlocutores/as foi frequentemente associado a sintomas que se apresentavam fisicamente: insônia, falta de apetite, práticas bulímicas, crises de ansiedade. São essas materialidades do vômito, do suor, da falta de ar, que misturam as fronteiras entre corpo e mente, enunciando um sentimento que, diversas vezes, pode ser invisível para outras pessoas. Invisível como tudo aquilo que é considerado como "subjetivo": herança da ciência positivista em nossa sociedade, que valoriza a crença de que os fenômenos reais são os observáveis e podem ser analisados empiricamente. Na seção seguinte, exploro como, nas complexas modulações e bifurcações desse imbricamento físico-moral e psicológico-biológico, a depressão múltipla emerge enquanto uma especificidade deste trabalho.

4.2 A Depressão múltipla

Como é performada a depressão? Essa pergunta guia este subcapítulo. Apesar de não delinear o projeto desta pesquisa a partir da discussão sobre a depressão, nem sob o viés da patologização envolvida nas prescrições e nos usos de psicofármacos, desde a revisão

bibliográfica tais discursos emergiram, tendo em vista que a depressão aparece como uma das condições mais associadas ao uso de antidepressivos. Trabalhos como o de Tavares (2010, p. 16) debatem sobre a popularidade e "quase modismo" que a depressão adquire, por meio de diagnósticos e de sujeitos que se reconhecem como possuindo uma das principais formas de mal-estar contemporâneas. Reforçando tal argumento, Hernáez (2010) aponta que:

Desde finais da década de 1980, e coincidindo com a aparição dos ISRS [inibidores seletivos da recaptção de serotonina], foi crescendo entre os profissionais sanitários, as agências internacionais dedicadas à saúde mental e os meios de comunicação de massa a ideia de que estamos diante de uma "epidemia de depressão". (HERNÁEZ, 2010, p. 117).

A inter-relação entre a difusão dos processos de medicalização e o aumento dos diagnósticos de depressão é discutida em algumas produções encontradas. Soares e Caponi (2011) questionam se de fato há aumento na incidência de transtorno depressivo, ou se o que está ocorrendo seria um processo de medicalização das condições humanas antes consideradas normais. Em que pese essas críticas, nos relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão está sendo pautada como uma preocupação para as nações e para o mundo: ansiedade e depressão são os transtornos mentais mais prevalentes, perpassando diferentes culturas e regiões do mundo (estima-se que atinja cerca de 676 milhões de pessoas); a depressão é apontada como importante causa de suicídio (World Health Organization - WHO, 2016); além disso, segundo a OMS, presumia-se que, em 2020, a depressão seria a segunda mais importante causa de incapacidade (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Em folha informativa da OMS, em 2018, é referido ainda que a depressão seria a principal causa de incapacidade em todo o mundo e que contribui para a carga global de doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2018).

O intuito nesta tese não foi averiguar se as pessoas que utilizavam o termo depressão ao falarem ou mesmo justificarem o uso de antidepressivos realmente possuíam tal diagnóstico, nem tomar o diagnóstico como uma verdade que encerra questões, mas observar o que esse termo engendra. Ou seja, ao me debruçar sobre o material posográfico, destacava-se a variedade de situações, condições e coisas que eram relacionadas ao termo depressão, e de que modo depressão foi aparecendo como uma categoria que abarcava quase tudo que poderia ser remetido ao campo da saúde mental.

Apesar de quase não aparecerem nomeadamente na pesquisa de campo, conceitos como "medicalização", "psiquiatrização", "psicologização" e "indústria farmacêutica" atravessavam a experiência dos sujeitos. Portanto, falarei sobre os instantes de embates e negociações cotidianos entre sensações, sentimentos e diagnósticos. Logo, ao direcionar um olhar "de baixo

para cima" para esses conceitos, isto é, a partir das experiências de pessoas comuns que ingerem psicofármacos, abrem-se brechas que matizam tais conceitos e sua aplicação global ou englobante. Dessa forma, o objetivo deste subcapítulo é apresentar como, nas cenas cotidianas acompanhadas, a depressão está sendo materialmente feita e multiplicada.

4.2.1 Fronteiras e versões da depressão

A entrevista com Heloísa ocorreu em um café de uma universidade. Escolhemos um sofá afastado da circulação de pessoas e de outras mesas. Já com meu café preto em mãos, e ela com seu chocolate quente, conversamos sobre a pesquisa, quando reforcei minha postura de atenção aos detalhes, inclusive citando Annemarie Mol. A discussão sobre a participação de Heloísa na pesquisa se mesclou com um debate teórico-metodológico que, naquela circunstância, travou-se entre nós, tendo em vista que ela também é acadêmica do campo das ciências humanas e sociais. Não apenas naquele dia, mas também em outros momentos, ela demonstrou interesse em discutir sobre perspectivas teóricas, autoras/es, metodologia, bem como a respeito de nossas relações com a escrita, com a prática docente e sobre outros dilemas da vida universitária. A solidariedade acadêmica, junto à racionalidade científica (estratégia de operar no modo de gestão das aflições mais ligado à Rede UFRGS, conforme descrevi no capítulo anterior), é uma montagem que me permite retomar linhas soltas durante a entrevista, compondo, junto a Heloísa, as descrições:

Fernanda [entrevistadora]: *E uma coisa que eu fiquei pensando, no início tu estava falando assim, eu acho que tu usou a palavra... Tu nunca te reconheceu como uma pessoa depressiva e, de repente, teve esse momento mais depressivo. O que seriam essas características que tu diz como depressivo?*

Heloísa: *Eu nunca fui melancólica. Tipo, alguém que contempla a melancolia, sabe. Que... Eu sempre fui uma pessoa muito "Ah, tem que superar", sabe? "Ah, isso é bobagem"... Acho que por conta da minha criação[...].*

[...]

Heloísa: *E aí, eu sempre fui, [...] Mais simplória, mais objetiva, para várias coisas.*

[...]

Heloísa: *[...] Por isso que eu digo que a minha depressão foi um momento de calma e descanso, porque foi um momento que eu não agi, que eu descansei. Sempre fui muito mais de ação: se eu tô triste, eu tenho que sair da tristeza, se eu tô sofrendo, eu tenho que sair do sofrimento. "Tem que sair dessa", sabe? E chegou um momento que eu estava tão pra baixo que eu não tive mais "Sair dessa". Simplesmente eu vivi aquilo ali. E que é muito diferente pra mim.*

Fernanda [entrevistadora]: *Mas e foi... foi o médico que te deu o diagnóstico ou tu que...*

Heloísa: *Foi o psicólogo e o psiquiatra. Não, eu nem sabia o que... Foi detectado com o meu tom de voz, minha dor crônica nas costas, uma série de situações.* (Entrevista 6 - Rede UFRGS).

Ao adentrar o cotidiano das pessoas e suas histórias, percebo que a depressão é coproduzida nas redes de engajamento. Nesse trecho da entrevista com Heloísa, ficou evidenciada a performance de uma versão da depressão, que se faz na interação entre a consulta psiquiátrica e o acompanhamento psicológico, o tom de voz, a dor crônica nas costas. Mais uma vez, os sintomas físicos aparecem inaugurando a performance da depressão. Ao mesmo tempo, trata-se de uma depressão que não correspondia ao esperado a uma jovem de família de classe trabalhadora. Heloísa pontua que, em sua criação, que foi *mais dura*, não havia espaço nem tempo para contemplar a melancolia.

Na própria trajetória de Heloísa, a depressão se multiplica. Nas práticas descritas aqui, a depressão depende de um histórico de tristeza, de dores, do tom de voz, que são reunidos na consulta psiquiátrica. Contudo, a depressão segue sendo feita no processo terapêutico e, a partir dele, pode se engajar a outras coisas para que a continuidade naquele espaço e tempo atualizados seja mantida. Assim, outra versão da depressão se faz durante o processo terapêutico quando, segundo Heloísa, *me tiraram os hábitos de bulímica, eu tive depressão profunda*. Durante a entrevista, ao falar sobre a bulimia, Heloísa ressalta sua percepção sobre seu corpo, e o sentimento de que seu valor estava muito associado à sua imagem. No entanto, diz que as práticas bulímicas - especialmente o vômito - tinham o efeito de acalmá-la.

Essa versão da depressão se coproduz com o gênero (por vivermos em uma sociedade que faz recair diferentes pesos sobre os corpos femininos e masculinos) e com os efeitos da psicoterapia de redução de um sintoma. A montagem então performada tensiona a depressão como algo intrínseco ao sujeito, já que é feita em reverberação à psicoterapia, através da supressão de práticas bulímicas, e não com algo que emerge, aparentemente, sem uma razão específica. Ou talvez, ainda, possa arriscar dizer que se faz como um deslocamento material do sintoma produzido pela prática terapêutica. No consultório, a depressão que coopera com bulimia no processo diagnóstico disputa com a depressão que é aliviada pela bulimia nas práticas cotidianas. A coordenação dessas realidades depende da supressão da bulimia e da incorporação dos fármacos, fazendo com que a depressão siga existindo, mas que o alívio não dependa da eliminação das pressões corporais diferencialmente distribuídas entre corpos tidos como de mulheres e homens em nossa sociedade, tampouco de sua materialização nas práticas bulímicas.

A aflição, lembrada no presente, mas que se refere à depressão se instalando no corpo, é descrita em outro tempo, ainda que com riqueza de detalhes. Nas lembranças de Heloísa, a depressão é performada nas fronteiras com a ansiedade. A versão da depressão que se faz nesse verso da ansiedade é sustentada na melancolia, que, para Heloísa, foi um momento importante em razão de, diferentemente do que ocorre no resto da sua vida, ter se permitido *deixar a tristeza ficar, chorar do nada*. A ansiedade que precede a depressão vivida por Heloísa é feita pela sensação de medo, insegurança, fome, culpa, esquecimentos, irritação com coisas "banais", *cólera*, desgaste do corpo e da pele, alterações no sono, reações corporais rápidas, pensamentos que não desistiam da cabeça. Ao passo que nos meses da depressão, ela refere ter se sentido livre de todos esses medos e desespero, já que *na depressão nada importava*.

Nas descrições de Heloísa, o corpo é um objeto que é feito cotidianamente e que se multiplica. Em sua narrativa, a ansiedade produzia um corpo agitado, desorganizado, cheio de sintomas; a depressão fazia um corpo que pedia e se permitia o descanso. Nessas conjunções, os usos de psicofármacos modulam temporalidades distintas, que podem, por exemplo, se materializar em movimentos rápidos ou em lentidão. Ora é a ansiedade que a tira do presente, ora é a depressão que a joga demais naquele momento. No subcapítulo seguinte, este eu que se multiplica será abordado com mais profundidade. Nesse momento, busco apontar que tudo isso se acopla, por exemplo, quando, na mesma entrevista, Heloísa descreve uma versão de seu sofrimento que mescla medo, tristeza, indisposição: [...] *Quando eu senti esse medo retomar eu... só que ele retomou junto com uma tristeza muito grande, uma indisposição muito grande. Eu precisei voltar o tratamento porque eu não quero ser uma pessoa assim*.

Assim, em alguns momentos, esses dois corpos cooperam, quando, por exemplo, motivam a busca pelo psiquiatra. Segundo Mol (2002), diferentes versões podem cooperar através de uma "coerência-em-tensão" (p. 84), por combinações, calibrações ou distribuições. Para Heloísa, é quando *volta tudo junto* (pensamentos de quando estava depressiva e o sofrimento causado pela ansiedade), que decide voltar a usar psicofármacos. É nessa calibração entre indisposição e coração que palpita, práticas bulímicas e tristeza, *cólera* e medo, que se coordena um corpo que adentra um consultório. A partir de então, novas negociações entre substâncias e sintomas passam a ser feitas, apontando que nem sempre, ao circular em determinado corpo, ela irá fazer exatamente o que consta em sua bula.

Em um primeiro momento, durante a entrevista, Heloísa mencionou que estava usando topiramato para ansiedade e fluoxetina para depressão. Heloísa define as ações dos medicamentos em seu organismo, separando-os, classificando-os, para, logo em seguida, uni-

los, questionando-se sobre o que é, de fato, ação do topiramato e o que é reações da fluoxetina. Heloísa explica que o topiramato age em seu corpo fazendo-a ter calma e senso de proporção, o que se mostra através das seguintes práticas por ela narradas: *organizar mais as coisas, de saber onde eu guardei a chave; se o uber tá demorando, tá demorando; se alguma coisa não funcionou, tá, não funcionou; da pessoa estar gritando comigo e eu não reagir imediatamente*. É através desses atos considerados *externalidades* que Heloísa percebe a ação do topiramato em deixá-la mais organizada *por dentro*.

A fluoxetina bloqueia algumas emoções, diz Heloísa. No momento em que profere essa frase, passa a se questionar se não é justamente por causa desse bloqueio das emoções, ocasionado pela interação da fluoxetina em seu corpo, que ela está tendo senso de proporção: *Talvez é ela que me deixa sem achar que coisas desse tamanho* [faz um gesto com as mãos posicionando-as próximas], *são desse* [gesticula ampliando a distância entre as mãos]. *Ou as coisas que são desse* [mantém a distância maior entre as mãos], *eu ver menor*. Assim, através de separações, amalgamentos e dosagens (entre palavras, gestos, dores, palpitações, vômito, substâncias, psicoterapia, etc.), ela também está montando a conta-gotas os efeitos dos psicofármacos naquele instante em que conversamos.

Nesse momento, as fronteiras do(s) objeto(s) psicofármaco(s), assim como da ansiedade e da depressão, se sobrepõem, evidenciando que elas vão se fazendo nas práticas. O topiramato, de acordo com o que consta em sua bula, é um antiepiléptico. Na rede de engajamento apresentada por Heloísa, ao conectar-se com a fome, com a ansiedade - materializada como medo, alterações no sono, reações corporais rápidas, pensamentos que não *desistem da cabeça* - e com a fluoxetina, a substância produz calma, como efeito corporalmente reconhecido por Heloísa. Poderíamos nos perguntar o que liga quimicamente a epilepsia à ansiedade ou, ainda, sobre o modo como efeitos colaterais se convertem em efeitos terapêuticos. Aqui, contudo, interessa principalmente apontar para as conexões que tornam possível que um antiepiléptico, com efeito calmante, atue na depressão de Heloísa. Isso só é viável ao tomar a depressão como objeto múltiplo, logo, como um projeto de fronteiras (HARAWAY, 1995), no qual os cruzamentos de ações de fármacos e outros objetos abrem a possibilidade de seguir as distintas versões da depressão, que ora se comunicam, ora se contestam.

Por fim vale destacar que minha proposta inicial, ao realizar a presente pesquisa, era desenvolver um estudo que abarcasse diversos enquadramentos dos usos de antidepressivos e ansiolíticos. Entretanto, fui percebendo que, ao apresentar minha pesquisa para os e as interlocutores/as, e travar conversas com eles e elas, utilizando dia após dia o termo

‘antidepressivo’, também contribuía para performar na pesquisa justamente aquilo do que queria me afastar: o enquadre da depressão. A linguagem é gerativa. Como pude ir constatando em campo, a depressão também era performada quando uma pessoa recebia uma prescrição de um antidepressivo, mesmo que ele fosse utilizado para atuar em outro aspecto ou sensação corporal não imediatamente ou isoladamente associada à depressão, como a fome. Nesta seção, ocupei-me de apresentar algumas localizações de fronteiras entre diagnósticos seguindo os engajamentos contados por Heloísa. Na seção seguinte, apresentarei outros engajamentos que evidenciam o modo como as fronteiras da depressão são constantemente negociadas e alargadas, suprimidas ou retesadas.

4.2.2 Desenhar fronteiras, fazer versões: entre depressão e ansiedade

As fronteiras do antidepressivo também performam o que ele não é. Gabriela, participante da Rede US, é uma jovem de um pouco mais de 20 anos de idade, negra. Conforme já mencionado, no momento que a conheci, ela usava diazepam e estava iniciando tratamento com fluoxetina, prescrito por Sara (médica da US), com intuito de diminuir o uso de ansiolítico do tipo benzodiazepínico. Gabriela conta que, na consulta, lhe foi explicado que o diazepam poderia causar *demência*. A troca de prescrição já havia sido sugerida pelo médico anterior da US, aqui chamado de Roberto.

Fernanda [entrevistadora]: *Uhum. E qual era esse outro medicamento que o Roberto sugeriu?*

Gabriela: *Aí, foi... Não, ao contrário. O [nome do médico anterior a Roberto] foi o... imipramina e o Roberto foi o fluoxetina.*

Fernanda [entrevistadora]: *Aham.*

Gabriela: *São tudo os... São tudo medicamentos ansiolíticos, pra ansiedade mesmo, não são pra... depressão, porque eu não sou depressiva. Não tenho essas tristezas, não tenho essa vontade de ficar na cama, chorando, essas coisas. Eu sou muito ansiosa, né. Tenho ansiedade MUITO grande. (Entrevista D - Rede US).*

Na rede de engajamentos de Gabriela, a fluoxetina é performada como um ansiolítico, em função dos sintomas para os quais é acionada. Gabriela ergue uma fronteira entre depressão e ansiedade que, para ela, é bastante evidente: em contraposição à tristeza e à vontade de ficar na cama, a ansiedade é *a falta de ar*, quando *o ar fica ruim de puxar. Fica pesado. E aí o peito também dói, os dentes ficam tremendo*. Nos agenciamentos de Gabriela, a ansiedade é ação em demasia, em contraposição ao torpor que ela descreve como depressão. Gabriela disse achar chato ter que ir a médicos. Frente a problemas de saúde como gripe, por

exemplo, ela toma um xarope em casa e vai trabalhar. Essa agilidade também compõe a sua explicação de como sabe que não tem depressão: *Eu vejo uma coisa e faço. Não fico... não cruzo os braços pras coisas*. Talvez por sua posição social de classe trabalhadora, a imagem que tem da depressão como algo que faz *cruzar os braços* não é bem-vinda. Em seu contexto, que exige disposição ao trabalho e ao estudo, a ansiedade também parece ser um diagnóstico que melhor se acomoda: *É só ansiedade. Ainda bem que é ansiedade, que depressão...*

Já Cecília, participante da Rede UFRGS (que se aproxima dos 30 anos de idade, estudante de pós-graduação, branca), auxilia a pensar as fronteiras entre ansiedade e depressão a partir das modulações das dosagens do psicofármaco que faz junto a seu psiquiatra, visando remissão de sintomas. Quando questiono sobre o motivo da prescrição de Pristiq[®] 62:

Cecília: *Ahn... Ele atua sobretudo na depressão, mas, na época, eu estava—além dos sintomas depressivos, eu tinha sintomas de ansiedade, assim, muito presentes. Então, ahn, ele veio controlar as duas coisas. Mas daí, às vezes, dependendo da dosagem dele, ele controlava mais uma coisa e não tanto a outra. Então a gente precisou ir dosando até que as duas coisas tanto relacionadas à depressão, quanto aos sintomas ansiosos estivesse controlado. Por isso que... é... eu modifiquei duas vezes, assim, a dosagem. Comecei com 50, aumentei para 100, e agora tô com 150.*

[...]

Fernanda [entrevistadora]: *E a escolha pra fazer—esse, esse medicamento específico, ele te deu alguma... argumentação, assim, “Ah, ele é bom, melhor”? Porque, porque tem uma série de antidepressivos, né?*

[...]

Cecília: *Ele me, me alegou, assim, que era uma medicação bastante recente, né? A ideia é que ela causava menos efeitos colaterais do que outras, né? E, a princípio, que ela ajudaria no controle tanto das questões depressivas quanto das questões, ahn, de ansiedade, né? (Entrevista 5 - Rede UFRGS).*

Como sintomas relacionados à depressão, Cecília descreve: *não ter energia, estar querendo ficar na cama, ou querer ficar em casa o tempo inteiro, né? Não conseguir ter disposição, assim, por exemplo, pra fazer um exercício físico*. A ansiedade aparece em termos de *crise de ansiedade, de... achar, de fato, que eu não ia conseguir respirar, precisava sair dali...* Cecília evidencia um estado de ânimo feito na cooperação entre sintomas ditos depressivos e ansiosos. Nesse contexto, o Pristiq[®], um antidepressivo mais moderno, é um actante que interage com o médico, com o poder aquisitivo, com o corpo de Cecília e com regulações de dosagem. Através disso, a substância, ao modular o tempo em que moléculas de serotonina e a noradrenalina permanecem na fenda sináptica, modula também a rotina de Cecília, à medida que vai sendo feito um corpo hábil à concentração, à escrita, à prática de

⁶²Pristiq[®] é o nome comercial de um antidepressivo da classe dos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN), cujo princípio ativo é desvenlafaxina.

exercícios físicos. Logo, ao alterar o tempo das conexões cerebrais, o medicamento também possibilita alterar as temporalidades de um corpo hábil para o mundo que exige prontidão e produtividade.

Nesta seção, aponto que, ao manejar aflições, as pessoas também estão manejando diagnósticos. Em que pese o esforço em descrever fronteiras, entendo-as como provisórias, já que no mesmo instante em que as observo, elas já estão sendo redesenhadas. Na coordenação de um diagnóstico (depressão, ansiedade, bulimia), desponta que os sintomas considerados físicos têm uma hierarquia sobre os considerados emocionais ou mentais. Isto é, se um desânimo pode deixar em dúvida sobre diagnosticar a depressão, já a dor nas costas e o tom de voz, por sua vez, são elementos materialmente mais confiáveis para determiná-la. Inspirada em Haraway (1995), busquei mapear as fronteiras entre diagnósticos e também entre distintas depressões como espaços de embates e passagem feitos em práticas articulatórias (na qual atuam, como demonstrei, substâncias, sujeitos, profissionais, marcadores sociais de diferença). Por isso, os diagnósticos podem ser tomados como ontologicamente múltiplos. Também por essa razão, depressão e ansiedade, que ocupam páginas distantes no DSM e na CID, podem cooperar para performar um corpo coeso.

4.2.3 A depressão é tudo isso e mais um pouco: articulações interseccionais

Dia de chuva, 18°C. Já havia observado que é mais comum encontrar as pessoas no posto em dia de chuva. No outro dia, que ocorreu o temporal e eu não fui a campo, o posto estava cheio. Nelson, que trabalha com obras, era mais provável ainda de eu encontrar pelo bairro. Ao começar a subir a ladeira, vejo Nelson descendo. Estava deixando o lixo na calçada, deduzo. Sombrinha na mão, aperto o passo para alcançá-lo antes que entre em casa. Ele me enxerga e para para conversar. - *Oi, Nelson, tudo bem?* - *Oi.* - *Bah, queria falar contigo,* digo. Ele pergunta o que era. - *Lembra que a gente conversou aquele dia...* Nelson rapidamente completa: - *Ah, sobre os remédios?* - *Isso.*

Nelson conta-me que, desde o encerramento da residência de Lauren, não havia ido mais ao posto realizar as escutas em saúde mental, e também não estava comparecendo às reuniões do AA. Salienta que - *Até tenho tomado os medicamentos, mas tô precisando conversar. As gurias [novas residentes] disseram para eu voltar lá às 10:30.* Ele havia procurado o posto logo cedo e agendou atendimento com as residentes. Eu retomo que não sou residente ali, como a Lauren, que faço a pesquisa e que gostaria de fazer algumas questões pontuais sobre isso. Ele topa e combinamos a conversa.

Quando ele chega, o pessoal da recepção me avisa. Nelson tem a barba grisalha, não muito grande, mas suficiente para perceber os fios brancos. Estava de regata, bermuda e chinelo. (Trecho de Diário de Campo, maio de 2019).

O foco no capítulo três foi apresentar as montagens que vão sendo feitas quando a substância conecta-se às trajetórias de vida para um manejo das aflições, quando me dediquei a descrever o que denominei de modos de gestão das aflições. No presente capítulo, a dimensão interseccional é apresentada à medida que emerge na performance das múltiplas versões da depressão.

O termo depressão é usado para descrever inúmeras sensações e situações. Trago a montagem sobre a rede de Nelson, apresentado pela equipe da US como alguém que usava antidepressivo para manejo da fissura de drogas (aqui me refiro a substâncias não medicamentosas). O uso de antidepressivos feito por Nelson é atravessado, portanto, pela sensação de fissura de drogas (*pó, pedra, bebida alcoólica*). Em que pese ele referir usar para não ficar tão *agitado*, estressado, em diversos momentos enfatiza a importância desses medicamentos para controlar a fissura e os comportamentos dela decorrentes. O reconhecimento de uma *dependência química* é algo preponderante naquele contexto, no entanto, suas sensações e o modo como as narra não escapam do termo depressão:

Nelson: *Não queria papo com ninguém. Então diziam assim - “Ih, tá nos dias dele”. Eu criava um mundo meu. Depressão, né. Daí tinha que tomar remédio, daí ia tomando. Tomando de manhã, me diziam: ó “Toma os teus remédios, cara. Tu tem que tomar. Tu tá aí... tu tá fechado nesse quarto aí”. Eu não queria ouvir a voz de ninguém, me irritava. Eu dormia direto, assim, dia e noite. Deixava a televisão ligada e ficava ali, quieto. Não tinha vontade de comer, daí tinha que comer, daí ia tomando o remédio, daí ia me estabilizando. Começava a me levantar, daí ia no banheiro, ia na sala... fumar meu cigarro, já ia pra janela. Aí saía pro pátio, daí assim ficava, daí eu voltava ao normal. (Entrevista E1 - Rede US).*

A depressão, aqui, é materializada por atos de irritabilidade, alteração no padrão de sono e apetite, isolamento social. Nelson não é um sujeito que descreve suas aflições a partir desse diagnóstico, mas, em certos momentos, refere alguns comportamentos e modos de ser no enquadre da depressão, o qual dialoga com o conhecimento/compartilhamento de alguns sintomas popularmente reconhecidos como atrelados à depressão. Assim, sua depressão é coproduzida na fronteira com a dependência química, diagnóstico ao qual ele recorre mais frequentemente para dizer de si: *Eu sei, eu sou um ex-usuário, [...] um dependente químico pra sempre. Só... me controla os remédios, né.* Naquele dia de chuva em que conversamos, relatado no trecho de diário de campo supracitado, inclusive, ele referiu que estava agitado e contou que um amigo, quando o via assim, costumava dizer: *Tu já tomou teu gardenal hoje?* Essa e outras perguntas sobre seu uso de medicamentos parecem ser lidas por Nelson como prática de cuidado e preocupação que sua rede de apoio lhe fornece. Contudo, em certa

medida, essas perguntas parecem também flertar com uma lógica de controle da sanidade alheia através de certa “fiscalização” do uso de psicofármacos.

A rede que vigia o uso de medicamentos, contudo, também é uma rede que vigia a sustentação de um padrão de masculinidade, o qual, nesse contexto, está associado ao uso de álcool. Destaco o seguinte trecho da entrevista, em que Nelson me contou sobre seu processo de desintoxicação:

Nelson: *Tudo normal, tudo normal. Uns... daí no quarto dia [sem usar bebida alcoólica] eu saí...Fui lá [no bar]. Os caras “Ô, vamos beber”, “Bah, tava sumido”, “Ah, estava em casa... fazendo umas coisinhas, estava cansado”, [...]“Toma um traguinho?!”, “Não, não! Bah, obrigado.”, “Ué, parou?”, eu disse “Não, hoje eu não tô a fim, hoje. Se quiser me pagar um refri, eu tomo”, “Ah, não! Tem que... pra homem se paga trago”, Não, então deixa assim, então. Eu não tenho que agradar ninguém, meu, tem que saber de mim”, “Então tá”. Daí todo mundo ficou “Ah, tu não aguenta um mês”, “Tu não aguenta seis meses”. (Entrevista E1 - Rede US).*

Assim, a manutenção da abstinência de álcool é acompanhada de períodos de afastamento do bar (destaca-se uma significativa materialidade que é a localização de um bar quase em frente à sua casa) e por uma postura firme de Nelson perante a descrença de seus vizinhos e amigos. Ele conta que, depois de um tempo, *eu liguei que eu não precisava daquilo pra me divertir*. A conexão entre bebida e trajetórias masculinas é discutida nas pesquisas de Pedro Nascimento, em que pôde observar que "Muitas vezes, beber masculiniza" (2016, p. 59). Talvez por isso, na rede de engajamentos apresentada por Nelson, sobressai-se a *dependência química*, que se engaja a um fazer-se homem e, comparada a ela, a depressão desponta em poucos momentos, uma vez que muitos dos sintomas a ela associados remetem a uma suposta "fragilidade" e "sensibilidade", características atreladas pejorativamente ao ser mulher em contextos de marcadas desigualdades entre os gêneros.

Logo, na experiência de Nelson, evidencia-se uma rede de engajamentos em que o *postinho*, as residentes, o espaço de escuta em saúde mental, os/as vizinhos/as, o morro, as histórias de seu passado, a masculinidade hegemônica, estão em constante articulação tanto nessa coprodução entre depressão e dependência química quanto no manejo do *ficar legal*. Conforme mencionado no capítulo anterior, e apontado por outros estudos, os valores e estereótipos de gênero participam da configuração e constituição do sofrimento (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015). Igualmente, na presente pesquisa, também se observou que as experiências de gênero, assim como de raça e classe, conformam as sensações e situações que marcam as vidas das pessoas com quem conversei, por exemplo, situações de violência

doméstica, de pressão pelo exercício da maternidade, de diminuição da autoestima em função da vivência em contextos machistas e racistas.

Nessa linha está o que nos apresenta Heloísa (que integra a Rede UFRGS). Ela fala de um corpo feminino que já foi obeso, tensionado por pressões estéticas machistas, uma sensação de tristeza, desânimo que, na interação com a consulta médica e psicológica, performa uma versão da depressão. Na interação com o dispositivo da medicalização, o que se conserva, na maioria das redes de engajamento pesquisadas, é um corpo feminino que, ao chorar, falar de modo lento, contar o que esse corpo já não faz como antes, articula heterogeneidades (de raça, gênero, escolaridade, classe, geração) e performa um diagnóstico, no mesmo instante em que esse diagnóstico performa a categoria mulher (a suposta propensão das mulheres à depressão, nesse sentido, não demarca uma anterioridade do ser mulher à depressão, mas a depressão como compondo a performance desse corpo). Assim, procuro distanciar a recorrente naturalização da relação entre sofrimento psíquico e corpo feminino, para evidenciar, ao contrário, que tal linearidade e as relações de causa-efeito estabelecidas são produzidas e materializadas nas práticas, entre as quais estão as práticas diagnósticas, as intervenções e prescrições médicas, a ação dos medicamentos. Nesse sentido, o objetivo aqui é tentar argumentar e descrever como o gênero é um actante na rede que performa as distintas depressões, assim como a depressão atua na performance do gênero.

Pensar a realidade da depressão como múltipla e feita em práticas articulatórias nas quais o corpo, sexuado e generificado, atua é, nesse sentido, diferente de afirmar que existe uma relação intrínseca entre corpo feminino e depressão. É também diferente de supor que as mulheres estão mais predispostas à depressão por fatores culturais impostos sobre seus corpos. Mais propriamente, o que proponho é que há uma série de entidades que concorrem para tornar a diferença sexual uma realidade indiscutível, estável, na qual tanto a depressão como as substâncias prescritas para tratá-la atuam menos como efeitos e mais como efetivadoras do sexo, como fica explícito nas histórias de Nelson e Heloísa anteriormente descritas. Nesse mesmo sentido, podemos também destacar a ação da fluoxetina, por exemplo, que, ao performar quimicamente algumas sensações, como a perda da libido (efeito destacado como negativo por um dos interlocutores homens desta pesquisa, mas pouco mencionado pelas mulheres), está produzindo farmacologicamente uma diferença corporal generificada, que acompanha a naturalização de seu efeito deslibidinizante para corpos ditos femininos.

Ainda nessa linha, trago um apontamento de Maurícia, que já passou por avaliações periciais para concessão de auxílio-doença em função da depressão. Em uma de nossas conversas na área de sua casa, ao ser questionada por mim sobre como eram as perícias no

INSS, ela me disse que faziam muitas perguntas e ressaltou: *Não pode ir com brinco, pintada, penteada. Não se vai numa perícia toda arrumada.* Assim, dentro de uma agência do INSS, um corpo feminino, com adornos, cabelos penteados e rosto *pintado*, não performa a depressão exigida para acesso a um benefício do governo. Já na sala de espera da consulta psicológica, a depressão que está sendo manejada naquele local coabita sem confronto com o brinco de pérola, o batom roxo e o rímel nos cílios - conforme observei no dia em que acompanhei seu itinerário no serviço especializado em saúde mental.

Assim, a vaidade e/ou a reprodução de uma estética que contempla brincos e maquiagem também pode balizar a concepção de uma mulher considerada mentalmente saudável. Dentro do INSS, os adornos e o colorido dos lábios e dos olhos se chocam com as categorias nosológicas que deveriam “fechar” para diagnosticar depressão. Naquele contexto, parece se produzir uma correspondência entre o estado de ânimo para passar um rímel nos olhos, escolher um brinco e aquele necessário para trabalhar. Ao passo que, no serviço de saúde, o ânimo para se maquiar e se adornar é facilmente compatível com a paciente que está em tratamento para depressão. Logo, essas práticas de usar ou deixar de usar adornos e maquiagens, que evidenciam uma expectativa atrelada a gênero, estão operando junto a outros actantes, em um engate e desengate de diagnósticos. Além disso, percebe-se que a depressão é distribuída espacialmente e, assim, se faz diferentemente em cada local, ainda que com os mesmos adornos se desloquem de um ambiente a outro.

Busco ainda sustentar, nesta seção, que é possível seguir uma distribuição desigual entre os gêneros da depressão e da própria biomedicalização. Em relação a isso, Peter Conrad (2007) destaca que estudos sobre medicalização, realizados a partir de uma perspectiva feminista, têm evidenciado a desproporcionalidade com que têm sido medicalizadas vivências de mulheres, conforme mostrado em trabalhos sobre: reprodução e controle de natalidade, parto, infertilidade, síndrome pré-menstrual, síndrome alcoólica fetal, problemas alimentares, sexualidade, menopausa, cirurgias cosméticas, ansiedade e depressão. Note-se, ainda, o documento da OMS sobre disparidades de gênero na saúde mental, no qual são apontados estudos que

[...] descobriram que os médicos têm maior probabilidade de diagnosticar depressão em mulheres do que em homens, mesmo quando apresentam escores semelhantes em medidas padronizadas de depressão ou apresentam sintomas idênticos (Callahan, Bertakis, Azari *et al.*, 1997; Stoppe, Sandholzer, Huppertz *et al.*, 1999). (WHO, sem data, p. 9).

Concomitante à maior prática de diagnóstico também está o maior volume de prescrição de ansiolíticos para mulheres (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016). Tais

autores/as evidenciam que esse processo crescente também se sustenta pelo fato de muitos médicos estimularem o uso da medicação. Ainda, a literatura aponta um maior incentivo ao uso de ansiolítico direcionado às mulheres. Carvalho e Dimenstein (2004) referem que a alta frequência de prescrição do medicamento ansiolítico, o qual é visto como “a força” que as mulheres precisam para suportar os seus sofrimentos cotidianos, pode ser considerado um mecanismo ideológico, posto que oculta os aspectos sociais do processo saúde/doença dessas mulheres, justificando e naturalizando seu uso, além de servir aos interesses econômicos do capitalismo.

Na presente pesquisa, especialmente na Rede US, não houve essa associação tão marcante entre mulheres e ansiolíticos. Conforme já descrito no capítulo três, a substância que emergia entre elas para dar conta de suas rotinas e aflições era o antidepressivo fluoxetina. Já no modo de gestão “racionalidade científica”, observa-se o Rivotril[®] (ansiolítico) modelando temporalidades de modo que os sujeitos pudessem corresponder a uma produção acadêmica e profissional que pressupõe um tempo capitalista, visto que, acima de tudo, nessa lógica capitalista, “tempo é dinheiro”.

Se por um lado mulheres de classes altas e médias foram por muito tempo consideradas as consumidoras tradicionais de psicofármacos e psicotrópicos, Sônia Maluf (2010) constata, especificamente em Santa Catarina, que esse uso tem crescido cada vez mais entre mulheres de classes populares, rurais e mulheres indígenas, assim como tem aumentado o uso de uma linguagem médica entre esses grupos para falar de suas perturbações (depressão, pânico, etc.). Nesse sentido, parece haver uma crescente racionalização médica da experiência subjetiva e do sofrimento. A autora questiona, contudo, se a utilização dessa linguagem médica significaria também uma adoção das explicações e categorias utilizadas no campo biomédico. A partir de sua análise do cotidiano de mulheres de bairros periféricos em Florianópolis, observa que tal linguagem aparece, diversas vezes, combinada com o idioma dos “nervos”- baseado em um entendimento que ultrapassa as dicotomias mental-orgânico ou físico-psicológico.

A teoria da biomedicalização, conforme apresenta Riska (2010), desenvolve o argumento de que, além das práticas médicas, a nova tecnociência e o empreendimento biomédico corporativo influenciaram o modo como os discursos tecnocientíficos têm penetrado no discurso público. Isso auxilia a pensar a predominância de termos científicos utilizados entre os/as interlocutores/as de minha pesquisa, de modo geral, em contraposição ao uso dos termos “nervos” ou “nervoso”. Entre as mulheres da Rede US, foi mais comum o uso das palavras *nervos*, *problema de nervos*, *pessoa nervosa* como condição de saúde. Em que pese esses termos emergirem no meio das práticas narrativas, o termo depressão, ainda assim,

parece ser o mais empregado no momento em que precisam comunicar aos outros o que sentem. Ou, ainda, para resumir seja a situação que enfrentam, seja o que estão sentindo, tal como Nelson menciona no trecho supracitado *Depressão, né*, para descrever sinteticamente um conjunto de elementos que vinha explicando. Ou mesmo para referir aquela versão da depressão que se anuncia entre os suspiros de Dona Berenice: *Sou muito depressiva, né?*

De acordo com Riska (2010), ao atravessar e construir saberes médicos e populares, a teoria da biomedicalização traz à tona uma concepção de que a capacidade do corpo é quase ilimitada. Contudo, os modos e motivos para intervenções nesses corpos são marcados socialmente. A biomedicalização, ao ser entendida como braço do neoliberalismo e da globalização, é atrelada, por alguns/algumas autores/as, à intensificação das iniquidades sociais. Nesse sentido, Clarke *et al.* (2010) argumentam que a exclusão, inclusão e imersão da raça, classe e outros marcadores habitam as estruturas e os processos de biomedicalização. Dessa forma, para as autoras, operar com o conceito de biomedicalização estratificada enfatiza a seletividade e natureza estratégica que a compõe, sublinha seus efeitos desiguais na população e indica que a biomedicalização exacerba, em vez de amenizar, as iniquidades sociais. Elas apontam, ainda, que raça e classe podem ser tomadas, historicamente e contemporaneamente, como motivos de exclusão ou de limitado acesso aos cuidados médicos (CLARKE *et al.*, 2010).

Assim, é através de práticas locais nas quais os antidepressivos e ansiolíticos estão inseridos, bem como no seu engajamento com outras materialidades, que podemos lançar algumas discussões sobre o que tais tecnologias performam em cada contexto, posto que podem produzir diferenças que oprimem ou que ampliam modos de vida. Nesse momento, foco na descrição de iniquidades que se baseiam na classe. Retomemos a situação de Maurícia: apesar da limitada oferta de antidepressivos na rede pública, a prescrição e a obtenção da amitriptilina é um agenciamento que permite com que ela durma, siga sua rotina e garanta, também, a rotina de familiares que dependem dela para ir trabalhar. Muitas vezes, porém, as aflições que lhe tiram o sono são em função da condição financeira.

As questões sociais relacionadas ao consumo de antidepressivos e ansiolíticos foram abordadas na pesquisa de Mendonça (2009) com grupos populares em Ribeirão Preto/São Paulo. O autor ressalta que o consumo de medicamentos está relacionado ao sentido de lugar geográfico e social - por exemplo, gênero, classe social e o espaço geográfico em que as pessoas residem. Assim, conflitos entre a família, excesso de trabalho e dificuldades econômicas são situações para as quais medicamentos psicoativos são utilizados, segundo o autor. No caso de mulheres que realizavam trabalhos domésticos (em sua casa e/ou em outras),

tais substâncias proporcionavam disciplina e extensão dos limites do corpo, bem como auxiliavam na anulação de conflitos entre os membros de suas famílias (MENDONÇA, 2009).

Aproximando da discussão de Mendonça (2009), especialmente na Rede US, em diversos momentos percebia um uso de medicamento que emergia para dar conta de angústias ocasionadas por vulnerabilidades sociais. Por vulnerabilidades sociais refiro-me, por exemplo, àquelas relacionadas às desigualdades situadas na articulação entre os marcadores de raça e classe, que posicionam certas pessoas em espaços precários (como viver longe geograficamente do centro da cidade, em lugares onde há maior preocupação com o tráfico de drogas ao redor, realizar trabalhos mal remunerados, entre outras iniquidades). O que a perspectiva metodológica de seguir as performances de diagnósticos leva a perceber é um engate que se dá entre as versões da depressão e o marcador classe. Por exemplo, quando a depressão de Mau retorna junto às contas que acumulam na gaveta ou quando tem sua perícia para auxílio-doença indeferida.

Concomitantemente, pode-se pensar que classe e depressão atuam juntas, à medida que a tristeza, a vontade de morrer (a qual Mau relatou ter ocorrido quando trabalhava em uma creche), performa um corpo inapto ao trabalho, o que intensifica as contas acumuladas, reiterando materialmente tanto o diagnóstico como uma posição de classe. Assim, o que se materializa como um adoecimento do sujeito vai se fazendo em articulação com as vulnerabilidades sociais, sendo impossível separar o *doing* da depressão das vivências opressoras que irrompem e conformam o cotidiano de cada um/a.

De acordo com Riska (2010), já na emergência do conceito de medicalização, a discussão de Irving Zola - em texto publicado em 1972 - ressalta que o processo de medicalização diz respeito a uma tendência da sociedade em reduzir ao nível individual problemas sociais. Processo que ocorre através tanto da identificação do problema quanto da elaboração de uma solução no nível individual. De fato, esta pesquisa, mesmo tão distante temporalmente dos escritos de Zola, evidencia que psicofármacos são recursos que estão disponíveis à sociedade - mesmo que de maneiras estratificadas - e são recursos por ela requeridos para dar conta de suas aflições, as quais, contudo, não são alheias a essa própria sociedade e àquilo que ela (in)disponibiliza. As aflições se fazem no agenciamento com o mundo.

Rastrear versões de diagnósticos faz notar que os mesmos não são necessariamente performados como um adoecimento que pertence ao sujeito. Em alguns momentos em que conversamos, Bibiana (jovem branca da Rede UFRGS, com idade em torno de 20 anos) menciona a importância do ajuste fino de sua prescrição, já que precisa tomar medicamentos

para depressão-bipolar, e que não podia ser qualquer remédio, sob o risco de agravar seu estado. Como ela ressalta: *Eu sei que não sou bipolar. Minha depressão que é bipolar*. Nesse instante, um diagnóstico se faz em sobreposição ao outro. Há um deslocamento entre diagnóstico e sujeito e a emergência de um diagnóstico. A bipolaridade, nesse arranjo, não se faz como um diagnóstico de Bibiana, mas como uma qualificação para sua depressão. Ao introduzir esse manejo do diagnóstico, que vem acompanhado de ajustes da medicação (uma que deva agir sobre Bibiana, mas que também deva atuar na bipolaridade de sua depressão), ela pratica um deslocamento do adoecimento como inerente à pessoa.

Essa e outras cenas apontam, ainda, que a depressão, nesta pesquisa, emergiu como uma categoria guarda-chuva, que abrange diversas condições, sensações, emoções. O “quase modismo” (TAVARES, 2010, p. 16) do termo depressão, conforme já referido, parece que produz e é produzido pela proliferação desse termo tanto nas práticas psi e de saúde quanto nas práticas cotidianas. Os elementos acessados pela presente posografia me fazem levantar a hipótese de que, seja por essa popularização, seja pelas características ligadas a tal condição que são tão presentes no imaginário social, a depressão é socialmente mais aceita, mais naturalizada (logo mais distribuída, ainda que diferencialmente) e menos estigmatizante do que outros transtornos mentais. A título de exemplo, trago uma frase proferida enfaticamente por Mau, quando tentava me explicar sobre quão séria estava a situação de certa pessoa, sua conhecida: *Nem é depressão, é esquizofrenia mesmo, tá?*

Nesta pesquisa, também observei diversas vezes que o termo depressão abre espaço para o cuidado, para o compartilhamento das aflições, para uma tentativa de pausa. Um cuidado biomédico, uma pausa bioquímica, poderíamos dizer. Mas nem sempre. Outras estratégias de manejo do *ficar bem* foram sendo evidenciadas, conforme descrevo no capítulo três. A psicoterapia, conforme já anunciei, foi um recurso utilizado por quase todos/as os/as interlocutores/as. Trata-se de uma prática que compõe o circuito de saúde. Entretanto, muitas outras eram associadas ao uso de psicofármacos e, em diversos momentos, os substituíam: correr, lutar boxe, fazer academia, dançar, meditar, fazer yoga, escutar música, passear, andar de moto, brincar com animais de estimação, limpar a casa, caçar *pokémons*, conversar com amigas, entre outras. Aqui, o que procurei demonstrar é que as formas de manejo do *ficar bem* cooperam para performar distintos diagnósticos.

Assim, os modos de gestão das aflições, delineados no capítulo três, fornecem pistas sobre as distintas versões da depressão. No modo de manejo "racionalidade científica", as sensações ganham a descrição de sintomas ou são sintomáticas (termos afeitos às ciências da saúde), e a conjugação dos sintomas é feita em um registro de categorização nosológica, na

qual, junto aos profissionais especialistas, um quadro diagnóstico é montado. Entre as interlocutoras do modo de gestão "coletivização das emoções", a associação com um diagnóstico, embora existente, era mais "frouxa". Os diagnósticos pareciam circular mais dinamicamente na vida das pessoas (estar depressiva pressupunha apresentar uma série de sensações que vinham e voltavam espaço-temporalmente). Um dos espaços pelos quais os diagnósticos circulam é justamente a rede de atenção à saúde, de tal forma que, nas práticas localizadas, a depressão é refeita, a depender dos actantes em cena.

A depressão múltipla é, assim, performada nas estratégias vinculadas à rede de saúde, que extrapolam as paredes do consultório médico e vão sendo feitas, contestadas, articuladas nas casas das interlocutoras, quando uma ACS senta no sofá e conversa sobre uma briga de vizinhos ou sobre a dor de cabeça; na sala do posto em que as residentes realizavam as escutas em saúde mental, em que as queixas e demandas eram relatadas. Embora os serviços especializados, como os CAPS e ambulatórios em saúde mental, sejam essenciais, há uma potência ao expandir o cuidado em saúde mental para a atenção básica. Nesta tese, ficou evidenciado que, ao multiplicar espaços, profissionais, estratégias e práticas voltadas à gestão da aflição, criam-se possibilidades para sair da dicotomia saúde-doença, das coordenações entre sintomas estabelecidas nos serviços de saúde mental, dos pressupostos elencados em manuais diagnósticos e, portanto, para deslocar as fronteiras e os estigmas com a "loucura". Aprendi com as interlocutoras da Rede US que, mesmo que se possa *cair em depressão*, também é possível "sair da depressão". Essa transitoriedade performa fôlego de vida. Assim, neste trabalho, aposto na potência em atentar para a depressão produzida em agenciamentos locais, que sempre são semiótico-materiais. Tendo em vista que nesta seção busquei evidenciar que a depressão é performaticamente distribuída de forma desigual, nas páginas seguintes, aponto para a dimensão política dos agenciamentos.

4.2.4 A política dos enredamentos na experiência da biomedicalização

A partir dos autores empregados nesta tese, que discutem sobre (bio)medicalização ou uso de artefatos biotecnológicos (CLARKE *et al.* 2003; 2010; FOUCAULT, 2001; 2004; 2010; PRECIADO, 2008; RISKKA, 2010), aprendi que tais processos operam não apenas como dispositivo de controle social. Seus trabalhos também sugerem que a (bio)medicalização não é um processo completamente totalizante e que as pessoas movimentam-se de modos

particulares nesses circuitos, não sendo, neles, sujeitos inteiramente passivos. Para discutir sobre essas tensões, apoio-me na noção de agência, conforme proposta por Judith Butler (1997; 2007), bem como nas teorias que sustentam essa tese e que enfatizam que tanto actantes humanos quanto não humanos cooperam na feitura do mundo (e.g. ABRAHAMSSON *et al.* 2015; LATOUR, 2008; LAW, 2008; MOL; LAW, 2004; MOL, 2002; 2008).

A noção de agência, a partir de Butler, contribui para evidenciar que os sujeitos jogam com as normas, subvertem a ordem, entram em processos de negociação dos seus desejos com o poder. Ainda, apoia uma percepção de sujeito que constrói suas experiências marcadas pelas diversas relações que trava em sua vida e pelos inúmeros espaços onde circula. O que me interessa principalmente na formulação de Butler (2007) é a agência compreendida enquanto capacidade de ação política perante qualquer relação de poder. Torna-se válido retomar que, para Butler (2009), o desejo é central à noção de agência. Nessa compreensão, o desejo atua como condição para a própria consciência reflexiva, a qual induz os sujeitos a resistirem e/ou a subverterem uma ordem social, política, cultural ou religiosa, que impõe limites à ação humana (Neiva FURLIN, 2013).

O fio delineado nesta tese me leva, ao mesmo tempo, a investir em uma equação entre essa concepção, proposta por Butler, com o empenho do materialismo relacional para seguir como as materialidades estão envolvidas em enredos políticos (ABRAHAMSSON *et al.* 2015). Dessa forma, junto ao conta-gotas, acoplou-se uma lupa, de modo que a metodologia desenvolvida nesta tese pudesse também funcionar como uma lente de aumento aos microagenciamentos que estão fazendo aflições, diagnósticos, sujeitos, ações de substâncias.

As cenas citadas neste capítulo evidenciam como nas redes de engajamento as pessoas e outras entidades materiais atuam com o poder médico e não apenas a partir dele ou submetidas a ele. Dessa forma, as acoplagens entre substâncias, informações, sujeitos, brincos, vômitos, falta de ar, conversas com a psicóloga, entre outras, tensionam diagnósticos estabelecidos nos manuais nosológicos. Isto é, embora DSM, CID, e tudo que engloba o circuito biomédico sejam actantes cruciais na performance de transtornos mentais, há também a agência (BUTLER, 1997; 2007) das pessoas, evidenciando que suas sensações e histórias ultrapassam manuais ou explicações científicas. Inclusive, em inúmeras cenas, observei como as/os interlocutoras/es questionam, resistem, acionam as intervenções biomédicas, tais como as prescrições de psicofármacos, de acordo com aquilo que julgam ser o mais adequado. Cressida Heyes (2007) propõe que as pessoas são tanto agentes quanto sujeitos às técnicas e tecnologias. Ou ainda, conforme explicita Preciado (2008), as pessoas se engajam a esses aparatos fazendo experimentações, em um manejo de seus corpos.

Ao longo da pesquisa de campo, observei que, frente à insatisfação na relação médica, as/os interlocutores/as da Rede UFRGS podiam ser mais assertivos por uma troca de medicação ou podiam trocar de profissional (psiquiatra ou psicólogo/a). Na Rede US, frente a situações semelhantes, algumas estratégias observadas foram deixar de tomar os medicamentos, ou tomar conforme achavam mais adequado a seus sintomas (por exemplo, fazer uso da fluoxetina só quando está *ficando para baixo*), faltar consultas. Ainda, na Rede US, funcionava com relativa frequência a prática de doações de fluoxetina.

A prática narrativa de Maurícia remete ao protagonismo que ela exerce em seus esquemas de uso: se tinha que ficar alerta para cuidar da sobrinha, era um comprimido; se havia alguém na casa que tomasse conta da bebê, eram três comprimidos; se já havia tomado medicamento para outra coisa, não tomava nenhum. Em certa medida, esse uso emergia como algo sobre o qual ela tinha controle, já que administrava conforme sua própria avaliação. Esses atos evidenciam posicionamentos ativos frente às intervenções biotecnológicas e psi - as quais são incorporadas no cuidado em saúde ofertado no âmbito público e privado. Assim, até as pessoas mais conectadas e afeitas a essa lógica de cuidado escapam ou se deslocam da mesma quando agem como julgam que deveriam a despeito do prescrito.

Ainda que, nesta tese, o interesse recaia nas materialidades, as práticas nas quais elas são performadas e performam envolvem objetos que evidenciam um imbricamento local/global (e.g. fórmulas de medicamentos elaboradas em um país e fabricadas em outro, até serem consumidas no Brasil; ou, ainda, máquinas utilizadas para a produção de medicamentos que podem conter peças fabricadas em vários países). Os arranjos entre tais artefatos transnacionais performam realidades distintas que coexistem no presente e podem ou não colidir, excluir-se ou conectar-se umas nas outras. Desejo apontar que todos esses movimentos podem ser materializados em poucos miligramas que fazem coisas inesperadas no cotidiano dos sujeitos.

Partindo de uma visão crítica sobre o que tem sido elaborado no campo da Saúde Global, João Biehl e Adriana Petryna (2013) enfatizam a participação das pessoas nos processos de saúde em contextos locais, logo, em "*When people come first*" apresentam

estudos de casos que exploram as relações agonísticas entre pessoas, tecnologias médicas, mercados e instituições públicas e refletem sobre os limites das práticas de produção de evidências, modelos de prestação de cuidados e cálculos morais que sustentam intervenções de saúde em grande escala. (2013, p. 5, tradução nossa).

Dessa forma, conhecer a vida de pessoas e suas relações com as instituições, medicamentos, redes e modos de cuidados desnaturaliza categorias e expõe como tecnologias

e intervenções de saúde, conformadas por ordens globais, afetam mundos locais, por exemplo, na emergência de uma "farmaceuticalização do cuidado" (BIEHL, 2012, p. 246). A partir desse termo, Biehl (2012) refere-se à invasão de psicofármacos e outras tecnologias/intervenções médicas no cotidiano das pessoas e como isso passa a ser enquadrado na categoria de "cuidados" à saúde, afetando sujeitos e seus laços familiares.

Diferentemente do contexto de institucionalização narrado por Biehl, nesta pesquisa as intervenções biomédicas não estavam substituindo um cuidado ou relação familiar. Porém, em algumas práticas narradas pelos e pelas interlocutores/as, fazer uso de psicofármacos fez emergir um cuidado vigilante, ou um maior controle dos atos, como nas cenas protagonizadas por Ângela, Nelson e Bete. Além disso, vale o debate de que, se há escassas combinações de ações de promoção e prevenção à saúde mental, os psicofármacos emergem como uma solução encontrada por pacientes e profissionais na busca do *ficar bem*. Frosi e Tesser (2015) destacam a potência de explorar características da própria Atenção Primária em Saúde (APS) na sua aproximação com o modelo da atenção psicossocial (ações estruturadas a partir da palavra, do contexto sociocomunitário e do corpo) de modo a diminuir massivas intervenções farmacológicas.

Isso leva a pensar que os processos de biomedicalização operam também hierarquizando vidas, o que é evidenciado pelo fato de que, para alguns sujeitos, o que está em jogo é a otimização da vida e, para outros, como lembra Fassin (2007), o sofrimento enunciado pelo corpo torna-se praticamente o único instrumento para reivindicação de direitos e cidadania⁶³. Os psicofármacos integram redes que vão proporcionar o melhoramento e/ou o alívio de que se necessita, ainda que o façam em articulação com outros actantes e práticas de manejo das aflições apresentadas nesta tese.

Ao acompanhar os/as interlocutores/as em suas andanças em serviços de saúde, nas ruas, casas, farmácias, em ônibus, *Uber*, faculdades e locais de trabalho, pôde-se ter um acesso a conta-gotas a diferentes reconhecimentos e engajamentos da biomedicalização em suas experiências. Inspirando-me em Rose (2007), compreendo que, nessas situações, a expertise somática circula para além da verticalidade e promove diferentes articulações entre sujeitos, profissionais, diagnósticos, corpo, saúde, fármacos, etc. Os não humanos também interferem produzindo diferenças, translocam fronteiras. Isso pode ser observado na descrição diagnóstica feita por Bibiana, em que é performada uma separação entre pessoa e transtorno mental, bem como nas negociações e sobreposições entre dependência química, depressão e masculinidade

⁶³ Isso remete à noção de políticas da vida, a qual diz respeito ao sentido dado à vida como tal e à forma de tratar as vidas em várias sociedades (FASSIN, 2007).

feitas por Nelson. Ou, ainda, como se apreende do acompanhamento com Mau, em que se conectam descrições nosológicas, práticas não tradicionalmente pertencentes às ciências da saúde (parapsicólogo), e sua própria avaliação para esquemas de usos.

Ao aproximar o materialismo relacional à noção de agência de Butler, evidencia-se que, além e os objetos serem feitos nas práticas, resultado da articulação de actantes, tais práticas são interferências políticas, isto é, ao agir, mundos estão sendo performados. Pensar a política, nesse enquadramento, implica considerar uma distribuição diferencial da agência e das possibilidades do fazer, pois alguns entes podem produzir mais diferença, podem ter maior capacidade de mover determinadas coisas, deslocar mais e, nesse processo, fazer não apenas diferenças e fronteiras, mas também desigualdades.

Essa analítica pressupõe ainda considerar desigualdades que possuem uma história e que, ao retornarem nas práticas, também atuam materialmente (M'CHAREK, 2014). As pessoas que usam psicofármacos podem deixar de usá-los, faltar uma consulta, parti-los, tomá-los em dobro, porém, dentro dos consultórios médicos e psis, a potencialidade da ação não é simetricamente distribuída. Não é à toa que uma prescrição psiquiátrica pode ser contestada por um/a universitário/a, que está pagando uma consulta de algumas centenas de reais, que usa termos científicos para descrever sintomas, e que pode arcar com um medicamento com menos efeitos colaterais. A contestação sobre medicações pelas interlocutoras da Rede US também ocorre, mas é preciso de outros elementos para poder acontecer, sobretudo um outro tempo e espaço que não o da consulta médica. Precisa do tempo e do espaço da conversa com a vizinha, dos preparativos para cuidar de uma criança, algumas horas de espera na recepção do posto de saúde.

Percebe-se que, apesar da articulação sobre as ontologias políticas - que diz respeito à feitura dos objetos em um campo de disputas -, as teorizações Butler fornecem melhor sustentação para analisar a distribuição diferenciada de poder nos contextos de performance. Dessa forma, pensando com Butler (1997; 2007), mas também Brah (2006) e Piscitelli (2008), que apontam para uma agência mediada social e culturalmente, é que encontro linhas para argumentar que as dinâmicas semiótico-materiais de produção de fronteiras e performance dos objetos exige que também seja contemplada uma dinâmica entre diferenças e desigualdades - haja vista, por exemplo, a economia dos efeitos colaterais, anteriormente mencionada. De acordo com o discorrido neste trabalho, as substâncias, as aflições, os diagnósticos, os sujeitos são feitos em microagenciamentos nos quais atuam marcadores sociais da diferença. Para seguir uma análise posográfica que provoque deslocamentos e posicionamentos de fronteiras no campo da saúde mental, na seção seguinte, descrevo montagens que explicitam como,

através da modulação de psicofármacos e outras materialidades articuladas, vai sendo performada uma multiplicação de si, sugerindo que o eu também emerge, nessas práticas, como um objeto múltiplo.

4.3 Multiplicação de si

Neste subcapítulo, descrevo a multiplicação de si que se produz nas práticas articulatórias aqui estudadas. Meu argumento é que a modulação de psicofármacos, em composição com outros actantes, permite que diferentes versões de si sejam feitas. Essa argumentação fundamenta-se na combinação entre a noção de cidadania biológica (ROSE, 2007) e a de ontologias políticas (MOL, 2002). Nesse momento, seguindo as materialidades e as praticidades que as engendram - e acrescentando possibilidades, posograficamente - , busco contribuir com as análises já inauguradas por outros/as autores/as sobre a produção de modos de subjetivação, especialmente por ser este um campo conceitual tão caro à psicologia social e que fundamenta concepções e ações no campo da saúde mental.

O argumento que perseguirei aqui é o de que a multiplicação de si corre através de um movimento de quebra do eu como estrutura única e, conseqüentemente, do reconhecimento de que podemos não apenas modificar a nós mesmos ao longo da vida, como também é possível identificar uma “coerência-em-tensão” (MOL, 2002, p. 84) entre diferentes versões do que apontamos como eu. Nesse contexto, essa coerência é modulada por diferentes práticas, entre as quais aquelas envolvidas no manejo das aflições. Esse movimento, como buscarei demonstrar, tensiona noções de subjetividade, corpo, mente. Para descrever como o eu é multiplicado nas práticas, inicio percorrendo brevemente alguns caminhos do conceito de subjetividade na psicologia, para, em seguida, apresentar outros dois movimentos: o estranhamento de si e o manejo da existência.

4.3.1 A subjetividade em trânsito

Ângela: *Eu [me] sentia bem [em uso de topiramato]... assim, bem-claro, porque eu achava, até então, que todo mundo era igual a eu. [...] Demorei muitos anos para perceber que... eu que tinha problema. Não via como as pessoas viam. Achava que todo mundo era-não via as, ahn, as coisas nítidas, claras, assim. E daí, eu... percebi.* (Entrevista B - Rede US).

Neste trecho, Ângela elucida que fora com o uso de psicofármacos que se instalou uma diferença entre ela e as outras pessoas, já que, por conviver desde sempre com essa sensação de não ver as *coisas nítidas*, o reconhecimento de uma sensação que lhe era usual, portanto normal, passa a ser anormal no engajamento com o topiramato. Justamente, essa sensação de não nitidez dificultou que ela fosse adiante na escola, onde cursou até a 2ª série do ensino fundamental. A cena descrita por Ângela remete ao âmbito considerado "particular", "íntimo", "invisível", configuração que busco tensionar nesta tese para que os fenômenos considerados "subjetivos" também possam ser vistos a partir de uma perspectiva das materialidades e das praticidades. Conforme acompanhei ao longo do trabalho de campo, a dimensão íntima é materializada de distintos modos, entre eles na própria prática de ingestão do psicofármaco. Ao abordar isso que é considerado como interioridade, é pertinente discorrer, mesmo que brevemente, sobre como a noção de subjetividade se popularizou e naturalizou como equivalente a uma interioridade psíquica, equação que atravessa não apenas os sujeitos contemporâneos, mas, igualmente, o próprio saber que visa investigá-la: a psicologia.

Conforme Luís Claudio Figueiredo e Luiz Santi (2013) a experiência da subjetividade privatizada, isto é, a compreensão de sujeito como possuindo capacidade de decisões, bem como sentimentos e emoções privados, desenvolve-se na passagem do Renascimento para a Idade Moderna. Essa experiência da subjetividade privatizada, junto a sua crise (a percepção de que não somos sujeitos tão livres e diferenciados), são condições para a emergência da psicologia como ciência independente no século XIX (FIGUEIREDO; SANTI, 2013). Para explicar a experiência da subjetividade privatizada, os autores a relacionam a períodos de desagregação e conflitos socioculturais, e de perda de "referências", valendo-se de autores que inauguram o projeto de sujeito moderno, como Descartes e Bacon, bem como de outras perspectivas filosóficas que, mesmo produzindo críticas a um eu racional, como o Iluminismo e Romantismo, também reforçam a existência de um sujeito com uma subjetividade interiorizada (FIGUEIREDO; SANTI, 2013).

Refiro-me a esses autores visto que, empregando uma perspectiva arqueogenealógica, apontam como a subjetividade torna-se objeto da psicologia. Isso ocorreu devido a uma série de movimentos de buscar mapear e compreender como o psíquico poderia enunciar-se em algum grau de materialidade ou exterioridade, justamente para que pudesse ser (re)conhecido a partir dos métodos do Projeto de Ciência Moderna. Assim, conforme expõe Kleber Prado Filho e Simone Martins (2007), à medida que a psicologia se desenvolvia enquanto ciência - e se expandia em diversas abordagens - os fenômenos psicológicos foram sendo objetivados a partir de diferentes visões, erigindo uma diversidade de objetos (a mente, o fragmento

psíquico, o comportamento, as percepções, o corpo, os discursos, as relações, a identidade, a personalidade, bem como a subjetividade). Como lidar com as dicotomias, tal como mente/corpo; interioridade/exterioridade; biológico/cultural, é um projeto que atravessa a construção do sujeito como objeto do conhecimento. Esses dilemas dizem respeito a uma cultura e a uma sociedade que polarizam qualidades que se ancoram nos corpos dos sujeitos (PRADO FILHO; MARTINS, 2007).

Assim, se atualmente é possível reconhecer-nos enquanto sujeitos particulares, com pensamentos, comportamentos e sensações que compõem nossa experiência no mundo, é porque as ciências modernas construíram modos de descrever e intervir sobre essa instância denominada eu. O modo pelo qual os seres humanos se tornam sujeitos é um dos principais problemas que Michel Foucault se propõe a estudar. Em sua analítica, o sujeito não é anterior ao discurso, é produzido na relação das forças que o atravessam, sendo, portanto, produto das relações de poder (FOUCAULT, 2006). Logo, para o autor, os processos de subjetivação dizem respeito ao modo pelo qual o sujeito faz a experiência de si mesmo num jogo de verdade, isto é, implica a forma como ele se relaciona consigo mesmo, se reconhece nesse processo (FOUCAULT, 1985). Prado Filho e Martins (2007) expõem que, para Foucault, existe uma multiplicidade de sujeitos: do direito, das disciplinas, da norma, da moral, da sexualidade, sujeito produzido pelo conhecimento, posto que sua problematização não aponta para uma categoria genérica, mas para sujeitos concretos, regionalizados e historicamente construídos. Assim, Foucault contribui centralmente para a desconstrução de noções individualizantes da subjetividade, ou mesmo com a reiteração de dicotomias tais como dentro-fora, subjetivo-objetivo.

Na esteira da discussão de Foucault, Rose (2007) descreve que a biopolítica contemporânea (conformada pela molecularização dos processos vitais) provocou transformações, acima de tudo, sobre o que pensamos poder esperar e as metas a que aspiramos, produzindo efeitos, assim, na conformação de subjetividades. Conforme indica, as configurações contemporâneas desse eu passam a ser atravessadas pelo reconhecimento da individualidade somática, corpórea, neuroquímica, que edifica um campo de escolha, prudência e responsabilidade ao nível molecular (ROSE, 2007).

Isso leva a pensar que, atualmente, as ciências também nos brindam com outras formas, diferentes daquela da emergência da psicologia como ciência, de pensar sobre objetos e sujeitos. Segundo Preciado (2008), na sociedade contemporânea, as subjetividades são atravessadas por uma gestão biomidiática e, portanto, as substâncias e os hormônios tomam centralidade nesses processos, permitindo um controle da subjetividade cada vez mais

molecular. Ambas perspectivas apontam para uma produção de subjetividade que se faz molecularmente na experimentação com artefatos biotecnológicos. Misturam-se, assim, as fronteiras entre natural-artificial; psíquico-somático; mente-corpo. Perseguido tais provocações, a torção que procuro fazer no pressuposto de unidade do eu fundamenta-se na compreensão das ontologias políticas (MOL, 2008). Isto é, naquela de realidades que se fazem e se multiplicam a depender das práticas envolvidas.

Instiga-me, neste trabalho, justamente pensar um eu, que é, ao mesmo tempo, multiplicação e conexão entre temporalidades e espacialidades. Um bom balizador para delimitar as versões do eu que se fazem são as cenas. Portanto, trarei nas próximas seções, descrições sobre como, ao manejar as aflições em engajamento com outros actantes, essas práticas estão manipulando eus.

4.3.2 *Cadê eu?:* o estranhamento de si

Joana, interlocutora da Rede UFRGS, conforme já explicitiei, é uma mulher branca, de aproximadamente 50 anos de idade e que possui pós-graduação. Em sua prática narrativa, é evidenciada a influência de suas leituras, de sua vivência como paciente de psicoterapia, da influência de amigos/as psicólogos/as. Isso se mostra quando ela me conta, enquanto a acompanhava em seu trajeto até a casa, após aquele dia de observação na escola em que trabalha, sobre o *insight* que teve certo dia sobre o seu *episódio depressivo*, a partir de uma música que escutou e que a remeteu a sua infância. Igualmente, as práticas psi se entranham em seus engajamentos quando nomeia a situação pela qual está atravessando de *episódio depressivo*, e quando pondera sobre a dificuldade de compreender o que estava sentindo, já que considera que não tem um *núcleo depressivo*. Porém, ela passou a se perceber diferente:

Joana: [...] *me dei conta, né, que o negócio tava grave mesmo, bem grave... porque eu sou uma pessoa que adoro música. Adoro música ao vivo, adoro... bar com música ao vivo. E... quando eu percebi que eu tava mal, foi quando eu fui num bar com—que tinha música ao vivo com um amigo meu e eu sentei de costas pro músico. Aí eu digo “Cara, tem alguma coisa muito errada acontecendo comigo”. [...] E a gente vai tentando... talvez, achar motivos pra algumas mudanças, né? Tipo, eu comecei a ficar mais em casa, que eu sou uma pessoa super sociável, né? Comecei a ficar mais emburacada. E aí eu atribuía isso ao cansaço, porque... escola é um negócio que cansa, né? [...]... eu vi que eu comecei a restringir cada vez mais as pessoas com quem eu me relacionava. E eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei de conhecer gente... Né... Eu sempre fui muito aberta. E eu comecei a ficar muito restritiva. E, claro, aí tu vai atribuindo... “Ah, tô*

*ficando velha!” né? “Já tenho amigo demais! Não dou conta de todos!”
Aqueles coisas que a gente vai... né? (Entrevista 8- Rede UFRGS).*

Logo, ao dar as costas ao músico, ao restringir amizades, ao querer ficar em casa, isto é, ao estranhar seu comportamento, é que a depressão de Joana começa a ser feita. Tanto nos consultórios médicos quanto na rotina dos/as interlocutores, a depressão se faz, como no caso narrado aqui, no reconhecimento de uma diferença em si mesmo. *Cadê eu?* Exclama Joana durante entrevista, para contrapor um eu que era piadista, sorridente, sociável e um eu, no momento que a fez procurar o psiquiatra, que estava soturno, entristecido, *emburacado*. Essa mudança, somada à pressão alta - citada no início do capítulo - é determinante para que então adentre um consultório psiquiátrico. Foi bastante evidente, nesta pesquisa, que a depressão emerge na comparação com um eu do passado, processo que chamarei aqui de clivagem⁶⁴. A depressão se faz nessa clivagem do eu: quando uma pessoa percebe que não sente a mesma coisa frente a uma atividade que gerava prazer. Também pode acontecer na colaboração com a ação de terceiros, como quando um/uma profissional da saúde investiga como o paciente se comportava em tempos passados.

Para Joana, o início do uso de escitalopram (antidepressivo), em articulação com o acolhimento recebido pelo psiquiatra, desponta como um modulador de si: voltou a sorrir, ter vontade de ver os amigos, em suas palavras: *essas coisas que, que eu sempre fui, né?! Ao seguir esse movimento de estranhamento de si, é possível argumentar que o medicamento está mediando ao menos duas realidades do eu através de articulações temporais e espaciais - esse antes e depois que acompanha o uso do psicofármaco - e está produzindo uma expectativa de retorno ao eu anterior à depressão. Porém esse reencontro do eu anterior não é completo, já que as configurações materiais que o faziam existir mudaram. O retorno a ser como antes, conforme descreve Joana, se dá através de um trânsito, no caso dela, entre um eu chorona e um eu que ri, a depender das práticas envolvidas. Esse eu anterior vai e volta nas práticas narrativas e, mesmo que a cada vez que ele volta já seja outro, mantém algum rastro que permite os sujeitos reconhecerem como o mesmo eu.*

Nem sempre essa modulação de si através do uso de psicofármacos opera no sentido de provocar efeitos agradáveis. Na entrevista com Ângela (interlocutora negra, com um pouco mais de 40 anos de idade, da Rede US), ela menciona que os medicamentos receitados por último - ácido valproico e haloperidol - produziam a sensação de estar *caminhando-dormindo*,

⁶⁴ O uso deste termo é inspirado na embriologia, na qual a clivagem remete às múltiplas divisões de um organismo multicelular.

ou o que ela também chama de *vertigem de sono*. Essa sensação emerge especialmente durante a tarde, prejudicando o seu trabalho. Nos agenciamentos de Ângela, esses remédios novos, ao produzirem sono no horário do trabalho, não cumprem a função de (re)conectá-la a um eu considerado ideal. Ao contrário, fazem existir desespero no lugar onde deveria existir conforto.

O estranhamento de si, ocorre, aqui, devido ao fato de ela descrever um eu anterior alerta e disposto ao trabalho sem a mediação dos psicofármacos. Afinal, conforme relata: *Coisa que não existe em mim é preguiça*. Quase todas as vezes em que nos encontramos, ela reitera o incômodo com essas substâncias. Em outro dia, enquanto a acompanhava até o serviço especializado em saúde mental, ela descrevia que estava *naqueles dias de soneira*. Então explicou o que seria isso: segundo ela, *ficar com a cabeça longe, o pensamento longe*, sem um pensamento específico, com os *olhos parados*. O que salta aos olhos é que, nesse corpo que se faz, a preguiça é algo que não existe. Nas redes em que se envolvem Ângela e Maurícia (quem se ocupa cuidando de crianças e outros familiares, que precisa de pernas ágeis para circular na cidade), as materialidades do ser mulher negra de classe popular exigem insistir em estratégias que mantenham um corpo alerta e disposto.

No nosso último encontro, Ângela me contou que decidiu parar com todas as medicações porque começou a sair com as amigas, visto que está solteira. Consequentemente, para tomar cerveja resolveu interromper, por receio da interação de substâncias. Mas isso também se deu já que, com aqueles medicamentos, tinha sensação de *ausência*. Ela ressalta que estava se sentindo bem sem eles, e que, ao falar para o psiquiatra sobre a interrupção e sobre como estava sendo bom sair, ele sugeriu que ela participasse de um grupo de música no serviço especializado em saúde mental. Naquele momento, Ângela passou a me contar, então, sobre como estava sendo o manejo do *ficar bem* sem medicação: *quando estou querendo ficar para baixo, já ligo uma música, no celular, no rádio. Se eu escutar música, é como tirar com a mão*. Ao narrar sobre os momentos em que sai para dançar, passear com as amigas, namorar, a fala de Ângela se mescla com sorrisos, percebo o lápis preto no olho, o olhar atento e o pensamento rápido.

Mol e Law (2004), ao descreverem a performance da hipoglicemia para ampliar noções de corpo como um "todo orgânico", como algo que *temos* ou *somos*, argumentam sobre o corpo-que-fazemos. Dessa maneira, apontam para um corpo que é feito através de incorporações e excorporações. Além de interagirem, por vezes, os corpos se fundem parcialmente com seus arredores. No campo desta pesquisa, a mediação do fármaco não leva exatamente para um eu anterior, como se esperava, mas para uma outra versão de si, que pode, eventualmente, ficar mais calma, mais alerta, ao mesmo tempo que pode gerar sono,

irritabilidade, etc. Nesse sentido, esses si-mesmos-que-fazemos, parafraseando os autores citados, supõem corpos múltiplos.

Tomando emprestada a proposta de Mol e Law (2004), há um eu que também é feito na experiência de Ângela sem a medicação e em interação com as amigas, a música, as festas, onde se dá o reconhecimento de um eu alegre e disposto; na incorporação da cerveja, no som atravessando os ouvidos, e onde os psicofármacos são eliminados. Nos meses de uso de ácido valproico e de haloperidol, é feito um eu arrastado, que prejudica a rotina de Ângela e seu desempenho profissional. Este último emerge em desencanaixa em relação àquilo com o qual ela sempre se reconheceu (um corpo em que não existe preguiça). Nas práticas articulatórias, a substância pode, portanto, não apenas não ser central como ser eliminável, mas opera, enquanto age nas conexões narradas pelos/as interlocutores/as engatando ou desengatando versões de si, conforme descrevo a seguir.

4.3.3 Ser quem eu sou, não ser quem eu sou, ser quem eu quero ser: o manejo da existência

A noção de indivíduo somático proposto por Rose, conforme ele aponta em entrevista, implica, também, na gestão da nossa existência corporal enquanto uma das exigências éticas centrais do nosso presente. Com isso, ele julga haver uma suplementação da ideia de indivíduos psicológicos com outras formas de gestão, que passam pelo reconhecimento e aprimoramento de si em termos de corpos e cérebros (Sergio CARVALHO; Ricardo TEIXEIRA, 2017). Nesse sentido, o manejo da existência emergiu como um termo interessante para intitular essa artesanaria de si, que conjuga o psíquico e o somático. Portanto, recorro a cenas para traçar algumas conexões de como as/os interlocutores/as estão gerenciando esse espaço-tempo de existência. Início com descrições de Bete, mulher branca com cerca de 50 anos de idade, da Rede US, que apontam para um manejo de si intimamente atrelado aos medicamentos:

Bete: [...] *eu fui vendo que... eu sou dependente deles, eu preciso deles pra mim, né, porque se eu não tomar eles... eu vou voltar àquela pessoa que eu era antes. Uma pessoa agressiva... uma pessoa que quebra tudo dentro de casa, uma pessoa nervosa, uma pessoa irritada... e... aquela pessoa, assim, ó, na ação tu não pensa. [...] E... então, pra mim, hoje, eu sou dependente deles, né. Eu preciso deles.* (Entrevista C2 - Rede US).

De acordo com o já exposto no capítulo três, o engajamento entre um corpo feminino, a agressividade, o uso de psicofármacos e o acompanhamento médico podem performar a

loucura no ambiente familiar. A medicação, em composição a um consultório médico, se insere não apenas promulgando um diagnóstico, mas também fazendo sujeitos. Logo, esse corpo que se faz quando a filha de Bete preenche a mão com um punhado de comprimidos todas as manhãs, e Bete engole todos juntos com bastante água para que desçam, é um corpo que, segundo ela, consegue *viver bem, não tendo essas loucuras, não se irritando*.

Além disso, através da modulação dos psicofármacos de Bete, é possível observar a multiplicação do eu. Há essa versão de si feita nas crises violentas descritas por Bete, as quais em suas palavras: *é que nem se tu te transformar num monstro*. Os remédios, buscados por seu marido, adentram a casa, o esôfago, acoplam-se às vísceras como uma das estratégias para que esse extravasamento de si não ocorra. Enquanto ela relata calmamente, tom de voz baixo, sobre tais *crises*, já um outro si está em ação, um doce, delicado, sentado em casa, com a medicação circulando nas veias, que arruma o filho para ir à escola, não discute com a vizinhança. Fica difícil imaginar que esse mesmo corpo que permanece por algumas horas sentado conversando comigo, enxugando uma ou outra lágrima que escorre pelo rosto, em outro momento se faça um corpo forte, com raiva, que avança nas pessoas.

Ao tomar a multiplicação de si como uma prática *enacted* nos modos de gestão das aflições, não intento dizer que há um sujeito fragmentado que não encontra coesão. Partindo da proposta de ontologias múltiplas, de Mol (2002), é possível identificar como, a todo momento, ocorrem cooperações para que algumas continuidades sejam estabelecidas e para que se possa reconhecer, nessa coerência-em-tensão (p. 84), um sujeito. Assim, ao atentar para como as práticas e actantes performam sujeitos, a multiplicação do eu permite a coexistência de um eu doce e agressivo.

Somando-se a isso, as descrições feitas por Heloísa, sobre o manejo de suas aflições, permitem mapear esse movimento de modulação de psicofármacos na busca por quem se quer ser. Durante a primeira entrevista, visto que recentemente havia retornado ao uso de psicofármacos, Heloísa se empenhou na tarefa de descrever como seu corpo reagia com e sem medicação. A fome é uma interessante materialidade que é modulada nessa regulação de psicofármacos. Sobre o momento em que estava sem medicação, Heloísa descreve:

Heloísa: *E a fome, ela não passava. Era como se fosse uma faquinha assim, sabe, tá sempre ali, sabe. É uma coisa que... não tinha fim. E eu tentava de tudo: ou comer, só que não me acalmava, ou não comer, o que não me acalmava. E aí, conseqüentemente à fome... vinha a irritabilidade. Isso tudo me deixava muito irritada. Eu me tornei... me tornava uma pessoa extremamente irritada porque eu não conseguia controlar essa fome. (Entrevista 6 - Rede UFRGS).*

É na interação com a compulsão alimentar, a culpa, o vômito, que a fome vai performando uma depressão materializada através do corpo irritado. Esse corpo é aquele que se constitui como um corpo agitado (conforme descrito no item 4.2.1.). É no efeito colateral do topiramato que esse corpo desacelera - a diminuição do apetite. Por conseguinte, essa substância, nas palavras de Heloísa, [...] *faz eu estar pelo menos um pouco mais próxima daquilo que eu gostaria de ser, sabe? Que é alguém que consegue ter calma em alguns momentos. Consegue respirar.*

O topiramato nos engajamentos de Heloísa faz existir uma organização “interna” e, na sua rotina, ao mesmo tempo, ele também faz existir um acurado monitoramento a respeito de seus efeitos, pois, como ela foi alertada, esse medicamento pode causar perda cognitiva. Evidencia-se aqui o aprimoramento de si feito com o manejo do topiramato, para ter calma, um bom relacionamento familiar, uma tese, uma alimentação regrada. De acordo com Rose (2007), o aprimoramento é uma tecnologia⁶⁵ de otimização, orientada para o futuro. Pressupõe que quase toda a capacidade do corpo ou mente seja suscetível ao melhoramento via intervenção tecnológica. As tecnologias de otimização implicam uma relação entre saúde/doença que se tornou mais fluida e aberta à intervenção, sendo difícil imaginar um si-mesmo que não esteja propenso à modificação.

Essa modelação de si é vivida por Heloísa através de uma acurada dosagem. As versões da depressão descritas anteriormente apontam para um manejo das aflições que supõe, também, um manejo de dois corpos: o corpo agitado, irritadiço, desgastado, desorganizado - talvez mais veloz do que o que habita mundo; o corpo melancólico, que toma a depressão como descanso, um corpo em repouso que escuta a sua própria demanda. Esses corpos que ora se clivam, ora se conectam, atrapalham a vida de Heloísa. Nem a lentidão, nem a aceleração entram no ritmo da produtividade capitalista, que acabam entrando, na verdade, no consultório psiquiátrico.

É na tentativa de não ser mais esse eu que está aí e não consegue fazer as coisas que a maioria dos/as interlocutores/as faz uso de psicofármacos e psicoterapia, estratégias que despontam como uma promessa de produção do eu que se gostaria de ser. As cenas aqui descritas apontam para essa equação complexa e contraditória entre usar medicações para ser quem eu sou *versus* usar medicamento para não ser quem eu sou. É patente que, contemporaneamente, o eu aparece como um projeto que pode ser modelado - sobretudo, a

⁶⁵ Rose (2007) entende como tecnologia um conjunto de relações sociais e humanas dentro do qual equipamentos e técnicas são apenas um elemento. Refere-se a um agenciamento estruturado por uma racionalidade prática, dirigida por uma meta. Por exemplo, novas tecnologias de reprodução não englobam apenas os procedimentos laboratoriais, mas modos de pensar sobre reprodução, maneiras de aconselhar, novos sentidos sobre o corpo, etc.

partir das práticas que reuniram modos de descrever e intervir naquilo que remete à existência psíquico-somática: a psicologia, a psiquiatria, a farmacologia, a neurologia.

O que aparece também é que, no instante em que um diagnóstico é anunciado, há poucas saídas a essa existência examinada, que não passe pelo uso de psicofármacos. Comumente, a interrupção do uso dessas substâncias é vista como um prejuízo à saúde, tanto por profissionais quanto pela população em geral (um exemplo são as constantes perguntas feitas por vizinhos e parentes a Nelson sobre seu uso de medicamentos controlados). Em que pese não descreverem nesses termos, traço a hipótese de que agir sobre a depressão emerge como um dever para os/as interlocutores/as.

De acordo com Rose (2007), vivemos em um momento de emergência de uma nova ética da cidadania biológica em que nossa individualidade somática, corpórea, neuroquímica, se torna um campo de escolha, prudência e responsabilidade. Isso quer dizer que se a ética somática performa um corpo, uma vida constantemente viável ao aprimoramento, há uma reorganização das ideias de risco, predisposição, constituição genética, etc., as quais tornam possível a intervenção no presente visando a futuros planejados. Assim, as novas concepções de cidadanias biológicas assumiram formas que recodificam os deveres, os direitos e as expectativas dos seres humanos em relação às suas vidas (ROSE, 2007). Os psicofármacos, portanto, são os aliados que operam na composição de si.

4.3.4 Ontologias políticas: entre experimentações e negociações

Para argumentar sobre a multiplicação de si e sobre a compreensão de que diferentes versões podem ser realidades coexistentes, parti da inspiração na noção de ontologias múltiplas de Mol (2002). Para tanto, foi necessário um movimento de quebra do eu como estrutura. Vale destacar que a multiplicação de si, sobre a qual descrevo, não equivale à proliferação de representações sobre si, mas remete a eus feitos por coisas distintas, implicando inclusive corpos que ora se chocam e ora se sobrepõem, em práticas articulatórias particulares.

Isso pressupõe evocar um eu que se faz e que se multiplica ao longo da vida. Em certa medida, a esse contínuo fazer-se sujeito corresponde a noção de subjetividade empregada em teorias pós-estruturalistas, que compreendem um sujeito que não se ancora em uma

anterioridade à própria ação, e que se produz atravessado pelas diversas instituições que o conformam historicamente e localizadamente (FOUCAULT, 1985). Ou, ainda, em teorias que propõem uma produção de si através de contínuos agenciamentos que implicam, sobretudo, a relação que se dá com/na exterioridade e na diferença como a única coisa que repete (Gilles DELEUZE, 2006). Na presente pesquisa, no entanto, mesmo estando balizada por tais concepções de produção de subjetividades, a chave reside em conjecturar que, ao modular o uso de psicofármacos, esses eus estão sendo ontologicamente feitos.

Nesta tese, a proposta de política ontológica (MOL, 2008), por trazer à baila uma noção de performance política, isto é, ativa, aberta e sempre contestável, promove um engajamento investigativo com as práticas para desacomodar antidepressivos, ansiolíticos, diagnósticos e sujeitos enquanto objetos dados, e apostar em persegui-los em seus efeitos performativos e contestatórios.

Ao tomar a depressão como objeto múltiplo, são produzidas fissuras em coesões totalizantes - como aquelas dos manuais que disputam noções de normalidade. Nessa linha, a multiplicação de si desponta como multiplicação das formas de estar no/com o mundo. Conforme mostra Bete, é possível performar, coordenadamente, um eu doce e um eu agressivo; ou, tal como na experiência de Heloísa, um corpo melancólico e um corpo agitado. Essas versões ora cooperam ora se chocam, mas, sobretudo, evidenciam que as disputas ontológicas são arranjos políticos. Ou seja, há negociação, há poder circulando, que se materializa, como tratado no capítulo três, nas distribuições diferenciais de diagnósticos, de efeitos colaterais e produtividade.

Mol (2008) ajuda a compreender que, ao lançar uma lupa às realidades sendo feitas, outras realidades coexistentes emergem, de modo que, quando está em jogo uma coisa, diversas outras coisas e realidades estão envolvidas. Busquei anunciar tal ponto, nesta tese, ao seguir a performance - não linear, nem estável, muito menos estanque - da depressão múltipla e do eu múltiplo, que ocorre nas experimentações, negociações e acoplamentos entre corpos, substâncias, produtividade, psiquiatras, psicólogos/as, etc. Logo, quando um desses objetos estão sendo feitos, nele estão incluídas/disputadas outras versões de objetos, tal como busquei apontar sobre como a dimensão interseccional atua na performance de diagnósticos e sujeitos, e de que modo, nessas práticas, as diferenças também estão sendo materializadas.

A disputa sobre a qual me refiro implica a discussão sobre a ação de humanos e não humanos, atravessada pela dimensão política, que vai desde regulações transnacionais sobre produção de fármacos, políticas públicas de saúde locais, distribuição de medicamentos, até aquilo que pode parecer mais trivial, como a mão da paciente sendo preenchida de

comprimidos pela filha, ou o chá que se conjuga com a fluoxetina. Assim, procurei reunir nesta tese algumas descrições focadas no cotidiano. Para ampliar a discussão sobre os atravessamentos entre fármacos e políticas, recorro ainda a Preciado (2008) e à sua noção de regime farmacopornográfico.

A gestão das aflições atravessada pelos antidepressivos e ansiolíticos é um manuseio do tempo, do espaço e das substâncias, em que também estão sendo manejadas as existências. No que se refere a esse debate, Preciado (2008, p. 44) fornece algumas indicações de como, no mundo capitalista atual, opera-se a modelação de si, pois “o capitalismo farmacopornográfico inaugura uma nova era em que o melhor negócio é a produção da espécie mesma, de sua alma, de seu corpo, de seus desejos e afetos. O biocapitalismo contemporâneo não produz "nada", exceto a própria espécie”.

Nesse contexto, o que parece conversar com esta tese é seu argumento de uma materialização (em sua análise, comercializável) de aspectos subjetivos, isto é, segundo o autor, através de técnicas biomoleculares e midiáticas, por exemplo, conceitos de psiquismo, de libido, de consciência, de feminilidade e masculinidade, de heterossexualidade e homossexualidade transformaram-se em realidades tangíveis, ou ainda, em moléculas comercializáveis (PRECIADO, 2008). O controle molecular das subjetividades que ele propõe também abarca uma produção de si que ocorre via experimentação de substâncias psicotrópicas, o que se aproxima da noção de aprimoramento como proposta por Rose (2007). Além disso, Preciado (2008) destaca a intrincada relação entre dependência e prazer no regime farmacopornográfico.

Ao perseguir a biomedicalização nas práticas, nesta tese, é possível traçar conexões com o que ele denomina de regime farmacopornográfico, uma vez que as sensações que deseja obter são reguladas, em grande parte, por um manejo das químicas corporais. Nesse sentido, Preciado (2008), ao descrever sobre uma gestão política e técnica do corpo, sexo e sexualidade, contribui para conjecturar materialmente um regime de controle dos corpos que opera desde dentro, desde o mais ínfimo detalhe que os compõe. A questão que se faz nesse momento recai em pensar esse manejo das aflições como uma farmacopolítica. A esse registro, correspondem as lógicas mais amplas de saúde e tecnociência, performadas também pelo capitalismo atual. Além disso, uma farmacopolítica pode ser pensada em termos de interações minuciosas entre actantes, que, a depender dos modos como se articulam, integram distintas realidades.

Atentar para a distribuição da ação entre os agentes, mesmo que tal distribuição seja desigual, é um fio que possibilita pensar que há brechas a serem ocupadas, espaços a serem

tensionados, fronteiras a serem redesenhadas. A aposta nesta tese é a de que multiplicar é político, sobretudo, porque, sem abrir mão das tensões, pode significar resistir ou querer existir de outra maneira. Multiplicar implica na possibilidade de reconhecer, disputar e fazer outras realidades.

5 LINHAS TORTAS, PONTOS FROUXOS E MUITOS NÓS: A TAREFA DO ARREIMATE

A peça que aqui se encontra exige um arremate. Uma costura à mão - ou melhor, a diferentes mãos - acarreta linhas tortas, pontos frouxos e muitos nós. A proposta desta tese foi a metodologia do enredamento - de não desatar os nós encontrados, mas em persegui-los posograficamente. Busquei conduzir uma leitura a conta-gotas, que pudesse aproximar ambientes de performance (àquele do campo de pesquisa, àquele de escrita da tese e àquele de leitura).

Como arremate desse percurso, primeiramente, retomarei os nós teóricos-metodológicos, apresentando como se engataram na feitura desta tese, ou seja, como a metodologia proposta possibilitou uma pesquisa que incorporou a dimensão interseccional e foi se aproximando do campo da saúde mental. Em seguida, apontarei em que esta pesquisa pode contribuir para pensar as práticas que compõem o campo das políticas públicas em saúde mental. Por fim, descreverei os tensionamentos que a tese provoca ao campo de estudos sobre biomedicalização.

O primeiro nó teórico-metodológico delimitado nesta tese - como conhecer práticas de uso de antidepressivos e ansiolíticos, a partir de um enfoque nas materialidades - gerou o deslocamento da pergunta de pesquisa: não só relacionada ao que essas substâncias fazem quando as acompanhamos, mas voltada ao manejo do *ficar bem* como prática que ultrapassa o uso de psicofármacos. Conjuntamente, esse nó fez emergir uma proposição metodológica: a posografia. Assim, a tese visou contribuir com uma experimentação metodológica para a abordagem da articulação entre materialidades e socialidades no âmbito do manejo das aflições. Percorrer esse nó foi justamente o que fez movimentar os objetos de pesquisa - de um acompanhamento das substâncias para a atenção aos modos de manejo das aflições. Nesse movimento, as aflições foram tomadas não como sendo *a priori* do campo da saúde mental, mas como também sendo performada por ele.

O intenso debate sobre a pressão da indústria farmacêutica e do saber psiquiátrico, bem como da saúde mental mais ampla, na profusão de diagnósticos e medicamentos, não é algo que se mostra de modo simples na vida das pessoas. Durante a pesquisa de campo, pude observar como tais discursos são incorporados às experiências dos sujeitos. O materialismo relacional amplia a percepção para a interação entre comprimidos, órgãos, palavras, sensações,

etc. O medicamento é um actante, assim como quem o ingere. Todavia, nada age sozinho, do mesmo modo que a matéria não é algo em si, mas sempre algo que está em relação. Logo, a posografia, ao lançar uma lupa para as minuciosidades, despontou como uma estratégia teórico-metodológica central para descrever de que modo, sobretudo naquilo que pode parecer trivial, operam os acoplamentos heterogêneos entre psicofármacos, bulas, ciências, pessoas que usam medicamentos, profissionais e serviços de saúde, músicas, exercícios físicos, aplicativos de celular, etc., performando realidades múltiplas. O foco desta tese é a descrição posográfica de como tais actantes vão sendo montados a conta-gotas para fazer coisas existirem nos circuitos de manejo das aflições.

Tomar as substâncias como feitas em relações, e passar a persegui-las nas práticas, foi uma tática metodológica que se mostrou potente para acompanhar como os marcadores sociais da diferença também se engajam no manejo das aflições, ao mesmo tempo que, nessas dinâmicas, estão sendo performados - o que diz respeito ao terceiro nó teórico-metodológico. As montagens descritas nesta tese apontam mais detalhadamente para como gênero e classe estão compondo os objetos que se fazem nos distintos modos de manejo das aflições. A materialização da raça, nos objetos aqui perseguidos, mereceria ainda uma análise mais aprofundada.

Encorajada pela perspectiva materialista relacional, dediquei-me a descrever um campo de sensações, emoções, pensamentos, tensionando tais aspectos que comumente são referidos como privados e subjetivos. Se a realidade é uma prática articulatória, do que se trata essa realidade tida como subjetiva, performada como uma sensação, um sentimento, uma emoção e que pode ser alterada por um fármaco? Esse questionamento é fruto do segundo nó, e a saída encontrada, nesse momento, foi atentar para como, nos movimentos de coerência-em-tensão (MOL, 2002, p. 84), reúnem-se pedaços distintos daquilo que podemos pensar como o eu, o corpo, a subjetividade. Dessa forma, o subjetivo-corporal, o físico-moral e o psíquico-somático emergem não como pares fundamentalmente excludentes e dicotômicos, mas como intrinsecamente constitutivos. Traçar a materialidade da subjetividade, isto é, como um coração acelerado, uma lágrima, a força, a gordura, as pernas ágeis, a moleza do corpo concorrem para performar a existência é uma operação de estabilidades e instabilidades, portanto, processual.

Assim, esta tese evidencia que, ao mesmo tempo que as pessoas estão manejando suas aflições, outras realidades estão sendo feitas. No presente estudo, foram esmiuçadas a

multiplicação da depressão e de si. Foi provocado um deslocamento dessas noções: em contraposição a abordagens em que se edifica a centralidade no sujeito como indivíduo e unificado no que se refere ao uso de medicamentos, propus uma abordagem centrada nas práticas articulatórias. Nessa linha, nas descrições dos/as interlocutores/as, observam-se os deslocamentos produzidos na materialização das aflições e do seu manejo a cada articulação - nas palavras que contornam o muro das casas onde é travada uma conversa com a vizinha, na receita que sai do consultório médico e passa pelas mãos da ACS e chega até pessoa, nas festas com as amigas, na aula de yoga, ao sair para caçar *Pokémons* em um parque. Assim, explorar as praticidades "abre" a doença, produz um espaço para que uma aflição, ao se (re)conectar com outros actantes, sem perder em densidade material - isto é, conservando uma certa coesão -, possa deslocar dimensões diagnósticas. Dessa forma, quanto mais se proliferam as práticas, mais coisas podem ser feitas nessas montagens e mais se afrouxam as conexões diretas e exclusivas entre a pessoa, um conjunto de sintomas, uma patologia e uma intervenção. Nesse caminho, é possível produzir desvios em interações patologizantes.

Durante o trabalho de campo, na Rede US, mostrou-se potente a ação das equipes multiprofissionais e o cuidado compartilhado entre níveis de atenção no SUS (saúde mental especializada e atenção básica). Essas articulações, que promovem engajamento com diferentes actantes, provocam espaços para que as aflições também sejam "abertas", já que articulam intervenções que se baseiam em uma técnica e em artefatos científicos de diferentes áreas de saber, movimentando as disputas entre versões dos objetos, ainda que, na maior parte do tempo, as mesmas cooperem. Nesse sentido, pode-se dizer que o SUS opera também como efetivador de proliferação de objetos como a depressão, por exemplo. Em um momento de precarização de políticas públicas no Brasil, é crucial destacar as potencialidades que emergem dos arranjos possíveis nessa lógica de cuidado.

Pensando em contribuições ao campo das políticas públicas em saúde mental, multiplicar parece contribuir para enfraquecer a densidade material da categoria transtornos mentais, pois explicita as conexões necessárias para que os mesmos sejam feitos e atuem. Quando a realidade é tomada como múltipla (MOL, 2002), afasta-se a presunção de um verdadeiro. Nesse sentido, proliferam-se vivências, arranjos, acoplagens, em vez de se reiterarem diagnósticos estáveis, que enquadram e enrijecem sujeitos, profissionais, cuidados em saúde. Inspirada por Mol (2002; 2008), Canguilhem (2009), Moraes e Arendt (2013),

multiplicar diagnósticos e eis faz expandir a diferença atuada no mundo, de modo que redefine também as fronteiras da normalidade.

No que tange à discussão sobre biomedicalização, esta tese, ao centrar nas práticas cotidianas de manejo das aflições, fornece elementos para entender como essa biomedicalização (enquanto um processo global) só funciona porque se engata em operações locais, as quais são praticadas cotidianamente. O desafio perseguido foi descrever como esse vetor da homogeneização do fenômeno se fratura nas práticas. Justamente nessas praticidades, aquilo que chamaremos de biomedicalização se torna um objeto heterogêneo e controverso. Assim, se é plausível afirmar que a eficácia da biomedicalização da sociedade é efeito de uma coordenação sólida, é também importante destacar que as práticas e objetos que a compõem não são, em si mesmos, homogêneos e estáveis, tampouco não contraditórios. Uma questão suscitada nesta tese é, portanto, entender de que modo insistir nessas fraturas não seria também apostar em resistências a essa homogeneização.

Somando-se a isso, ao atentar a como os marcadores sociais de diferença se engajam no manejo das aflições, ao mesmo tempo que estão sendo feitos, esta tese complexifica o debate sobre biomedicalização. Assim, a descrição investe em trazer as diferenças e desigualdades à cena do *doing*, para provocar e povoar teorias que se ocupam das materialidades e praticidades. A farmacopolítica emerge como uma noção que pode juntar esses pedaços de teorias, conceitos e material posográfico que compõem a tese. Uma costura na lógica do *patchwork* (LAW; MOL, 1995), pois a proposta aqui não é lidar com objetos estáveis nem acabados, já que a potência está nas brechas. A combinação fármacos e política funciona no sentido de pontuar que o uso de substâncias põe em negociação e disputa realidades de doenças e, também, de sujeitos e mundos possíveis. O fármaco, objeto de desejo, escrutínio ou acusação opera maquinicamente movimentando os actantes em linhas do espaço-tempo. É apenas nas montagens particulares que é possível perceber se o psicofármaco se faz como estratégia de existir, resistir, limitar ou diferir.

Conforme demonstrado ao longo do trabalho, o acesso às práticas a conta-gotas agregou temporalidades e espacialidades. Portanto, a posografia possibilitou àquelas práticas, em que não era possível capturar a cena do *fazer existir*, serem performadas em outro espaço-tempo. É nesses agenciamentos que as materialidades circulam, sugerindo que o manejo das aflições é um manejo de temporalidades e de espaços. Assim, o desajuste que exige manejo desloca sua centralidade no sujeito, para recolocar-se em distribuições conflitantes de tempo-

espaço, as quais exigem que isso seja alvo da modulação. Ressaltam-se, aqui, as pontuações trazidas no capítulo três sobre a temporalidade da produtividade capitalista, que impõe um ritmo aos corpos, concedendo pouco espaço para deixar-se afetar pelo mundo. Ou ainda, no que se refere à estratificação social que compõe a economia dos efeitos colaterais, de modo que os mesmos sejam distribuídos desigualmente entre pessoas, e também na pessoa (um topiramato que faz existir calma, mas um cérebro que pode ter disfuncionalidades devido à perda cognitiva; a fluoxetina que faz existir agilidade nas pernas em conjunto a dor no estômago; uma combinação de psicofármacos que faz a mão tremer, mas mantém o corpo dentro de casa e longe de conflitos com vizinhos/as). Como e quais efeitos ganham atenção e são foco de intervenções de saúde faz perceber que o gerenciamento do *ficar bem*, atravessado pelos psicofármacos, é farmacopolítico em cada ponto, curva e desvio de sua trajetória.

A farmacopolítica proposta nesse momento aponta para realidades que são disputadas, ao mesmo tempo que exige atenção ao registro distributivo de poder, de diagnósticos, de substâncias, de efeitos colaterais. Abordar práticas de usos de substâncias em seus detalhes e conexões é um caminho que ajuda a acompanhar o desenho da fronteira entre um fora e um dentro, que redefine um certo regime de visibilidades das aflições, o qual se conforma a partir de um deslocamento espaço-temporal. Nesse regime, em que pese tenha buscado propor o subjetivo-corporal, o físico-moral e o psíquico-somático como entidades intrinsecamente constitutivas, as dicotomias estão obstinadamente sendo performadas, entre elas aquela que contrapõe o “sentido” ao “praticado”, como se a aflição não fosse uma prática tanto quanto o seu manejo.

A partir da discussão travada nesta tese, a interação política dos objetos desponta como questão a ser aprofundada em trabalhos futuros. A partir de uma perspectiva interseccional, parece instigante fazer conversar o conceito de agência de Butler (1997; 2007) com o *doing* do materialismo relacional, conforme anunciado no último capítulo. Tais concepções podem combinar-se para complexificar a performance de realidades como prática política - que congrega temporalidades e espacialidades no ato inesperado que se dá no instante em que se encontram actantes.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSSON, Sebastian; BERTONI, Filippo; MOL, Annemarie; MARTÍN, Rebeca Ibañez. Living with omega-3: new materialism and enduring concerns. *Environment and Planning D: Society and Space*, UK, v. 33, p. 4-19, 2015. DOI: [10.1068/d14086p](https://doi.org/10.1068/d14086p).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, Brasília, DF, v.2, ano 1, p. 1-8, 2011. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/3418264/Boletim+de+Farmacoepidemiologia+n%C2%BA+1+de+2011/a6dd592a-91b3-461f-aaf4-a3d19441d0f0>. Acesso em: 14 mai. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota Técnica nº 038*. Esclarecimentos sobre os efeitos do Decreto Legislativo que susta a Resolução da Diretoria Colegiada nº 52, de 6 de outubro de 2011. Brasília, DF: Coordenação de Produtos Controlados/GGFIS/SUCOM/ANVISA, 2015. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/uploads/038_nt_anorex%C3%ADgenos_lsl.pdf. Acesso em: 27 dez. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Transtornos de ansiedade. *Boletim Saúde e Economia*. Brasília, DF, ano V, nº 10, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Sa%C3%BAde+e+Economia+n%C2%BA+10/a45e002d-df42-4345-a3a2-67bf2451870c>. Acesso em: 19 jul. 2020.

ANDREATINI, Roberto; BOERNGEN-LACERDA, Roseli; ZORZETTO FILHO, Dirceu. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 233-242, dez. 2001. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400011&lng=en&nrm=iss. Acesso em: 19 jun. 2020.

ARENDDT, Ronald João Jacques; MORAES, Marcia Oliveira. O projeto ético de Donna Haraway: alguns efeitos para a pesquisa em psicologia social. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João Del-Rei, v. 11, n. 1, p. 11-24, jun. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 set. 2020.

AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAÚJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2018.

AZIZE, Rogerio Lopes. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. *R@U - Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, São Carlos, v.4, n.1, p.134-139, 2012*. Dossiê Antropologia e Medicamentos. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_07.AZIZE_.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, V; SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO, I., 2011, Curitiba. *Anais[...]*. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011. p. 329-341. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CABRAL, Luana Beserra; ALEXANDRE, Ana Carla Silva. Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2993-3000, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.22192017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802993&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CAPONI, Sandra Noemi; VERDI, Marta Inez Machado. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 175-184, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170233>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

BARROS, José Augusto Cabral de. Ampliando espaços para a "medicalização": instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p.89-95.

BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa; GONDIM, Ana Paula Soares; LIMA, Leilson Lira de.; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p.61-74, <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2021.

BIEHL, João. Care and Disregard. In: FASSIN, D. *A Companion to Moral Anthropology*. Malden: MA: Wiley-Blackwell, 2012. p.242-263.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. *When people come first: critical studies in global health*. 1. ed. Princeton: Princeton University Press, 2013.

BITTENCOURT, Silvia Cardoso; CAPONI, Sandra; MALUF, Sônia. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia, *MANA*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 219-247, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132013000200001>. Disponível em: Acesso em: 17 jan. 2021.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 26, p. 329-376, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRAH, Avtar.; PHOENIX, Ann. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004. Disponível em: <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol5/iss3/8>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. [Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 27 dez. 2020.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. [Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental]. *Diário Oficial da União*: seção I, Brasília, DF, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 230-232, 26 dezembro 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 09 out 2020

BRASIL. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 273 de 04 de setembro de 2014. [Susta a Resolução - RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 171, p. 1, 5 set. 2014. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2014/decretolegislativo-273-4-setembro-2014-779343-publicacaooriginal-144957-pl.html>. Acesso em: 27 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.454, de 23 de junho de 2017. [Autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol]. *Diário Oficial da União*: seção I, Brasília, DF, p.1, 26 jun. 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13454.htm. Acesso em: 27 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. [Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 dez. 2020.

BUTLER, Judith. *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. California: Stanford University Press, 1997.

BUTLER, Judith. *Él género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2007.

BUTLER, Judith. *Dar cuenta de si mismo: violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Mutaciones, 2009.

CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira; FURTADO, Rafael Nogueira. Doping e a lógica da escolha. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Barcelona, v.17, n.1, p.23-41, 2017. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1670>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v17-n1-aparecida-nogueira>. Acesso em: 12 jan. 2020.

CAMPOS, Rosana Onocko; GAMA, Carlos Alberto; FERRER, Ana Luiza; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; TRAPÉ, Tiago Lavras; PORTO, Karime. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM, Georges. *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.9, n.1, p.121-129, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARVALHO, Sérgio Resende.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício D. da.; ANDRADE, Henrique S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2018.

CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3). *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 221-230, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0848>. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2020.

CASTRO, Rosana. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. R@U -*Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, São Carlos, v.4, n.1, jan.-jun., p.146-175, 2012. Dossiê Antropologia e Medicamentos. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_09.ROSANACASTRO.pdf. Acesso em: 03 mai. 2020.

CAVALCANTE, Ana Célia; SILVA, Raimunda Magalhães. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

CHAZAN, Lilian Krakowski; FARO, Livi F.T. “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde– Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.57-77, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-597020160001000057&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 21

CLARKE, Adele E.; SHIM, Janet K.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003. <https://doi.org/10.2307/1519765> .

CLARKE, Adele E.; SHIM, Janet K.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R. *Biomedicalization: a theoretical and substantive introduction*. In: CLARKE, Adele E.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R.; SHIM, Janet K. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*(org.). Durham: Duke University Press, 2010, p.1-44.

COELHO, Eleonora Bachi. *O consumo do medicamento cloridrato de metilfenidato e a produção do aprimoramento circunstancial*. 2016. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social) –Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182747/001016169.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Ministério da Saúde do Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. [Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais]. *Diário Oficial da União*: seção I, Brasília, DF, n. 98, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 24 jan. 2020.

CORBANEZI, Elton. Transtornos depressivos e capitalismo contemporâneo. *Cad. CRH*, Salvador, v. 31, n. 83, p. 335-353, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0103-49792018000200011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792018000200335&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

COSTA, Maria da Graça; DIMENSTEIN, Magda.; LEITE, Jáder. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, v. 24, n.1, p.13-29, 2015. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v24n1.41968>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 25 jan. 2021.

DAVIS, Angela. A obsolescência das tarefas domésticas se aproxima: uma perspectiva da classe trabalhadora. In: DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe* [recurso eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 236-256.

DELEUZE, Gilles. *Diferença e Repetição*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DIEHL, Eliana; MANZINI, Fernanda; BECKER, Marina. "A minha melhor amiga se chama fluoxetina": consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, p.331-365.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mai. 2020.

ENGEL, Cíntia; Pereira, Bruna C. J. A organização social do trabalho doméstico e de cuidado: considerações sobre gênero e raça. *Revista Punto Género*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, n. 5, p. 4-24, 2015. DOI: [10.5354/0719-0417.2015.37658](https://doi.org/10.5354/0719-0417.2015.37658). Disponível em: <https://revistapuntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/37658/39320> . Acesso em: 27 dez. 2020.

EPELE, María. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.247-268, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000200001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000200001. Acesso em: 24 jan. 2021.

FARAONE, Silvia; BARCALA, Alejandra; TORRICELLI, Flavia; BIANCHI, Eugenia TAMBURRINO, María Cecilia. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.14, n.34, p. 485-97, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000002>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2021.

FASSIN, D. *When Bodies Remember*. Experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: Los Angeles, University of California Press, 2007.

FASSIN, Didier. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. *Anthropological Theory*, v.8, n. 4, p. 333-344, 2008.

FASSIN, Didier. Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture and Society*, v. 26, n. 5, p. 44-60, 2009.

FAUR, Eleonor. La organización social y política del cuidado. In: FAUR, Eleonor. *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2014.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v.6, n.1, p.31-44, 2007. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1008>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Luís Claudio M.; SANTI, Luiz Ribeiro. *Psicologia: uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência*. 3 ed., 5. reimp. São Paulo: Educ, 2013.

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: Uma Etnografia dos Problemas de Pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, ANPEd, n. 10, p. 58-78, jan./abr. 1999.

FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FOOTE-WHYTE, William. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FOUCAULT, Michel. A cultura de si. In: FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 3: O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985, p. 43-75.

FOUCAULT, Michel. *Os Anormais*. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de Março de 1976. In: FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: FOUCAULT, Michel. *Ética, Sexualidade, Política*. (Coleção Ditos e Escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 265-287.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, v. 18, São Paulo, 18. p.167-194, 2010.

FRANCES, Allen. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. *El País*, 28 de setembro de 2014. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 08. set 2019.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, out. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003151&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2020.

FURLIN, Neiva. Sujeito e agência no pensamento de Judith Butler: contribuições para a teoria social. *Soc. e Cult*, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 395-403, 2013. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/703/70332866015.pdf> . Acesso em: 21 jan. 2021

GAUDENZI, Paula.; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.16 n.40, p. 21-34, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003 Acesso em 09 out 2020.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cardernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 24 jan. 2021.

HERNÁEZ, Angel Martínez. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 111-134.

HEYES, Cressida. *Self-transformations: Foucault, ethics, and normalized bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005&lng=en&nrm=iss. Acesso em: 31 mai. 2020.

HIRD, Myra J. Feminist engagements with matter. *Feminist Studies*. v. 35, n. 2, p. 329-346, 2009.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. In: JASANOFF, Sheila (ed.). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. London: Routledge, 2004, p.1-12.

KRAPAS, Sonia; SILVA, Marcos Corrêa da. O conceito de campo: polissemia nos manuais, significados na física do passado e da atualidade. *Ciênc. educ. (Bauru)*, Bauru, v. 14, n. 1, p. 15-33, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1516-73132008000100002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2020.

LAMB, Ieda Garms Macedo. *A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática*. 2008. Dissertação. (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Faculdade de Ciências e Letras - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97588>. Acesso em: 24 jan. 2021.

LATOUR, Bruno. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2002.

LATOUR, Bruno. Da dificuldade de ser um ANT: interlúdio na forma de diálogo. In: LATOUR, Bruno. *Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012, p. 205-226.

LAW, John. Aftermethod: na introduction. In: Law, John. *Aftermethod: mess in social science research*. London: Routledge, 2004, p.1-17.

LAW, John. On Sociology and STS. *The Sociological Review*, v. 56, n.4, p. 623-649, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2008.00808.x>

LAW, John; MOL, Annemarie. Notes on Materiality and Sociality. *The Sociological Review*. v.43, n.2, p. 274-294, 1995. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1995.tb00604.x>

LIMA, Camila Rodrigues Neves de Almeida. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 26, n. 3, e47164, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n347164>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000300210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

M'CHAREK, Amade. Race, time and folded objects: the HeLa error. *Theory, Culture & Society*, London, v. 31, n. 6, p. 29-56, 2014. <https://doi.org/10.1177/0263276413501704>.

M'CHAREK, Amade. Beyond fact or fiction: On the materiality of race in practice. *Cultural Anthropology*, v. 28, n. 3, p. 420-442, 2013. <https://doi.org/10.1111/cuan.12012>

M'CHAREK, Amade. Fragile differences, relational effects: Stories about the materiality of race and sex. *European Journal of Women's Studies*, v. 17, n. 4, p. 307–322, 2010.

<https://doi.org/10.1177/1350506810377698>

MACEDO, Fernanda dos Santos de. *A Economia Moral na atenção a gestantes que usam crack: uma análise das práticas cotidianas de cuidado*. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140947>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, Mar. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590013>

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

MALUF, Sônia Weider. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010, p. 21-67.

MARTIN, Denise; CACOZZI, Aline, MACEDO, Thaise; ANDREOLI, Sergio Baxter. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 885-899, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000400003>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

MARTIN, Denise; SPINK, Mary Jane; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 295-305, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100295&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290213, 2019.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

MEDEIROS FILHO, José Sandro de Araújo; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; PINTO, Tiago Rocha; SILVA, Glauber Weder dos Santos. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 31, n.3, p. 1-12, 2018.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>. Disponível em:

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7670>. Acesso em: 24 abr. 2020.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira. *A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares*. Tese. (Doutorado Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28092009-164952/pt-br.php>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. F. (org.). *Democracia e Saúde*. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6132039-O-sus-e-um-dos-seus-dilemas-mudar-a-gestao-e-a-logica-do-processo-de-trabalho-em-saude-um-ensaio-sobre-a-micropolitica-do-trabalho-vivo.html#:~:text=1%20O%20SUS%20E%20UM,LEMOS%2C%201998%2C%20S%C3%A3o%20Paulo.> Acesso em: 16 jun. 2020

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

MOL, Annemarie. Lived reality and the multiplicity of norms: a critical tribute to George Canguilhem, *Economy and Society*, v.27, n.2, p.274 - 284, 1998. <https://doi.org/10.1080/03085149800000020>.

MOL, Annemarie. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke: University Press, 2002.

MOL, Annemarie. Política ontológica: algumas idéias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.). *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge, 2008.

MOL, Annemarie. Care and its values: good food in the nursing home. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. *Care in Practice OnTinkering in Clinics, Homes and Farms*. Amsterdam, 2010, p. 215-235.

MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*. v.10, n.2-3, p. 43-62, 2004. <https://doi.org/10.1177/1357034X04042932>.

MOLINIER, Pascale. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atalas, 2012, p. 25-53.

MOLINIER, Pascale. Cuidado, interseccionalidade e feminismo. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17-33, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mai 2020.

MORAES, Marcia Oliveira; ARENDT, Ronald João Jacques. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 313-321, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200012>.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020.

MORAES, Marcia. Da extorsão de testemunhos aos mal entendidos promissores: redesenhando as fronteiras entre pesquisador e pesquisado. In: ARAÚJO, José Fábio Marinho; VALENTE, Cristina de Melo (org.). *Ator-rede e além... no Brasil: as teorias que aqui gorjeiam não gorjeiam como lá?* Campina Grande: EDUEPB, 2014, p. 234 -238.

MORAES, Marcia. Mosaico no tempo: uma inter-ação entre corpo, cegueira e baixa visão. Seção Resenha. *Benjamin Constant*, Rio de Janeiro, ano 21, n. 58, v. 1, p. 6-13, jan.-jun. 2015. Disponível em:

http://www.ibc.gov.br/images/conteudo/revistas/benjamin_constant/2015/edicao-58-volume-1-janeiro-junho/BC58_1_Resenha.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

MORAES, Maristela. Integral health care model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100017>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2018.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, DorisHupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 24-40, maio 1999. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2020.

MOUNTIAN, Ilana. Questões Éticas e Morais do Conceito de Drogadição. *Online Journal: Portal da Psicologia*, Portugal, 2004. Disponível em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0218. Acesso em: 15. dez. 2015.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. A Emergência de um Saber Psicológico e as Políticas de Individualização. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 187-198, 2004. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25425/14751>. Acesso em: 03 out. 2020.

NASCIMENTO, Pedro. Beber como homem: dilemas e armadilhas em etnografias sobre gênero e masculinidades. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 31, n. 90, p. 57-70, fev. 2016. <https://doi.org/10.17666/319057-70/2016>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092016000100057&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 fev. 2020.

NETTO, Maira Umezaki de Queiroz; FREITAS, Osvaldo de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, Araraquara, v.33, n.1, p.77-81, 2012. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/311/309>. Acesso em: 25 jan. 2021.

NOVAIS, Flávia Luciana Magalhães. "Não tem como chegar à perfeição": As múltiplas performatividades da testosterona a partir da praxiografia de Annemarie Mol. Dissertação. 2017. (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174607/001063658.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jan. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; ANDRADE, Paula Milward de; BORGES, Luana Ribeiro. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE -OPAS.Organização Mundial da Saúde. Brasil. Folha Informativa – Depressão. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 05 set. 2020.

PASSARINHOS. Intérpretes: Emicida e Vanessa da Mata. Compositor: Leandro Oliveira. [S.l.]: Lab Fantasma. 11 ago 2015. Vídeo clipe oficial. Canal You tube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IJcmLHjjAJ4>. Acesso em: 06 out. 2020.

PEIRANO, Mariza. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1992.

PELÚCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saude soc*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 76-85, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902011000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2021.

PEREIRA, Luciano. O trabalho em causa na "epidemia depressiva". *Tempo soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-95, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702011000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

PERES, Urania Tourinho. A psicanálise e os psicofármacos nas depressões. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 99-110, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702011000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142002000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

PICHETH, Sara Fernandes; ICHIKAWA, Elisa Yoshie. Uso de ansiolíticos e antidepressivos por bancários: um estudo de representações sociais. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 10, n. 2, p. 354-367, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

PINTO, Luciano Henrique; SCHULTER, Luana Soares; SIERTH, Rafaela; BIFF, Heloisa; DEL CIAMPO, Lineu; ERZINGER, Gilmar Sidnei. O uso racional de medicamentos no Brasil dentro da assistência farmacêutica brasileira e suas implicações no presente. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 12, n. 1, p. 27-43, 2015. <https://doi.org/10.5216/ref.v12i1.33304>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/33304>. Acesso em: 07 mai. 2018.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, [S.l.] v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008. <https://doi.org/10.5216/sec.v11i2.5247>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/5247/4295>. Acesso em: 25 jan. 2021.

POSSES, Isabela Pellacani Pereira das; MATSUE, Regina; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Tuberculose múltipla: uma praxiografia no Instituto Clemente Ferreira, de São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e180360, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180360>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100233&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2020.

PRADO FILHO, Kleber.; MARTINS, Simone. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 19, n.3, p.14-19, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822007000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2021.

PRECIADO, Beatriz. *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa, 2008.

PRIETSCH, Rafael da Fonseca. Estudo da prescrição do antidepressivo fluoxetina no tratamento para a depressão na cidade de Pelotas. *REF*, Goiânia, v.12, n.2, p.52-71, 2015. <https://doi.org/10.5216/ref.v12i2.25350>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/25350>. Acesso em: 25 jan. 2021.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. A Emergência do Ativismo Gordo No Brasil. In: Congresso Mundos de Mulheres,13; Seminário Internacional Fazendo Gênero, 11, Transformações, Conexões, Deslocamentos, 2017, Florianópolis. *Anais[...]*[recurso eletrônico]. Women's Worlds Congress. Florianópolis: UFSC, 2017. v. 1. p. 1-13. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499466334_ARQUIVO_AemergenciadoMovimentoGordonoBrasilNataliaRangel.pdf. Acesso em: 15. abr. 2018.

RISKA, Elianne. Gender and medicalization and biomedicalization theories. In: CLARKE, Adele E.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R.; SHIM, Janet K. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*(org.). Durham: Duke University Press, 2010, p.147-170.

ROCHA, José Fernando Moura. O conceito de “campo” em sala de aula - uma abordagem histórico-conceitual. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1604-1604-17, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbef/v31n1/v31n1a13>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ROHTE, Simone Ferst. *Avaliação do consumo de medicamentos sujeitos a controle especial no município de São Pedro do Butiá-RS*. Trabalho de conclusão de curso. 2019. (Especialização – Programa de Pós-graduação em Administração) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2019. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201875/001105192.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 05 set. 2020.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400006&lng=en&nrm=iso)

[71822011000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2018.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2007.

RUSSO, Jane. Do psíquico ao somático: notas sobre a reconfiguração do self contemporâneo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 157-169, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702017000400011>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000900157&lng=pt&nrm=iso)

[59702017000900157&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000900157&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 mai. 2018.

SAINT CLAIR, Ericson. Os antidepressivos e o jornalismo brasileiro: breve histórico de uma relação ciclotímica (1990- 2010). *Em Questão*, Porto Alegre, v. 19, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=465645972015>. Acesso em: 01. mai. de 2018.

SALES, Izabel Paulina Lemos Soares Rocha Lima; SOBREIRA, Hyago Sales; BARRIENTOS, Marcia Otto. Antidepressivos dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial do Recôncavo Baiano que apresentam efeitos sexuais. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, [online], v. 10, n.(1), p. 18- 28, 2020. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/1219>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANGIORGI, Thais; BARREIROS, Ingrid Verônica Pinto; CESARETTI, Mário Luís Ribeiro. Felicidade ou fuga? *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 207, 2014. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21434>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. *Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada*. Dissertação (Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas. Campinas: [s.n.], 2009. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311882/1/Santos_DeivissonViannaDantasdos_M.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

SILVA, Cléber Domingos Cunha da. Por uma filosofia do medicamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p.2813-2824, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19512014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2813.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SILVA, Thaiga Danielle Momberg; GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 42-52, 2019. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200300478>. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.

SILVEIRA, Lia Carneiro; ALMEIDA, Arisa Nara; CARRILHO, Camila. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. *Saude soc.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 107-120, mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180615>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVEIRA, Maria Lucia da. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Antropologia e saúde collection, 123 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/k4vp7>. Acesso em: 27 dez. 2020.

SILVEIRA, Suely Teodora da; CARVALHO, Andréa Resende Vieira de; DALLA VECCHIA, Marcelo; MELO, Walter. A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 17-25, 2016. <http://dx.doi.org/10.24879/201600100010043>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

SOARES, Giovana Bacilieri; CAPONI, Sandra. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.15, n.37, p.437-46, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0311.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2018.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. *A depressão como "mal-estar" contemporâneo medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 mai. de 2018.

TORNQUIST, Carmen Susana; MALUF, Sônia Weider. Nervos e nervosas no contexto das aflições contemporâneas: entrevista com Maria Lucia da Silveira. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, p.441-457.

TOTUGUI, Márcia Landini; GIOVANNI, Miriam; CORDEIRO, Francisco; DIAS, Marcelo Kimati; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 93-113.

URIARTE, Urpi Montoya. O que é fazer etnografia para os antropólogos. *Ponto Urbe [online]*, v. 11, p. 1-13, 2012. DOI: 10.4000/pontourbe.300. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/300>. Acesso em: 30 ago. 2020.

VARGAS, Beatriz. Eliminação versus redução. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em Debate*. Brasília: CFP, 2012. p. 39-42.

VILAREJO. Compositores: Marisa Monte. Carlinhos Braun; Intérpretes: Tribalistas, São Paulo: Monte Songs (Sony ATV); Setembro Edições; Candyall Music (Som Livre); Rosa Celeste (Universal Publishing MGB), 18 ago 2018. Vídeo. You tube. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=fWIhhlVhODo&list=RDfWIhhlVhODo&start_radio=1&t=181. Acesso em 06 out. 2020.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v.19, n.5, p.1121-32, 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n5/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

WILSON, Elizabeth. Organic empathy: feminism, psychopharmaceuticals, and the embodiment of depression. In: ALAIMO, Stacy; HEKMAN, Susan (org). *Material Feminisms*. Indiana: University Press, 2008. p. 373-400.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Gender disparities in mental health*. Department of mental health and substance dependence. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1. Acesso em: 01 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2016*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>. Acesso em: 25 jan. 2021.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 238-246, dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=en&nrm=iss. Acesso em: 01 mar. 2020.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; GIORDANI, Fabíola; GUARALDO, Lusiele; MATOS, Guacira Correa de; BRITO, Arnaldo Gomes de Jr.; OLIVEIRA, Márcia Gonçalves de; SOUZA, Renata de Moraes; MOTA, Renata Quintão Mendes; ROZENFELD, Suely. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3129-3140, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23232017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1859-1868, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413->

[81232014196.03612013](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci_abstract&tlng=es). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 14 mai. 2018.