

# CONTEXTO PRISIONAL E PRÁTICA PSICOLÓGICA: UM OLHAR SOBRE MEDICALIZAÇÃO E SOFRIMENTO

## PRISON CONTEXT AND PSYCHOLOGICAL PRACTICE: A LOOK ET MEDICALIZATION AND SUFFERING

Tacya Mylenna Rafael Agostinho 1  
Ana Maria de Santana 2

**Resumo:** Este estudo contribui para prática psicológica em unidade prisional. Elege o fenômeno da medicalização e sofrimento na Colônia Penal Feminina de Buíque. As demandas clínicas sinalizavam sofrimento e uso exacerbado de psicotrópicos. Importa refletir a prática psicológica, buscando outros horizontes compreensivos. A Pesquisa é qualitativa, de cunho fenomenológico, iluminada pela Hermenêutica Filosófica. Participaram cinco mulheres encarceradas em uso de psicotrópicos. Os instrumentos metodológicos foram Entrevista Narrativa e Diário de Campo. Os dados foram analisados à luz da Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Reflexão crítica sobre essa prática, construindo conhecimentos sobre a promoção do cuidado. As narrativas mostraram lógica medicalizante, evidenciando a medicação como via preferencial para responder toda e qualquer demanda, fazendo refletir a relevância de construir modos de atenção nas práticas em saúde referenciados pela Hermenêutica Fenomenológica, na procura de manter livre relação com a técnica, podendo dizer sim e não a mesma, sendo a experiência via de acesso.

**Palavras-chave:** Medicalização e Sofrimento. Prática Psicológica no Sistema Penitenciário. Hermenêutica e Fenomenologia. Saúde em Unidade Prisional.

**Abstract:** This study contributes to psychological practice in a prison unit. It elects the phenomenon of medicalization and suffering in the Women's Penal Colony of Buíque. Clinical demands signaled suffering and exacerbated use of psychotropic drugs. It is important to reflect on psychological practice, seeking other comprehensive horizons. The Qualitative is research, of phenomenological nature, illuminated by Philosophical Hermeneutics. Five women incarcerated using psychotropic drugs participated. The methodological instruments were Narrative Interview and Field Diary. The data were analyzed in the light of Gadamer's Philosophical Hermeneutics. Critical reflection on this practice, building knowledge on the promotion of care. The narratives showed medicalizing logic, evidencing medication as the preferred way to answer any and all demands, reflecting the relevance of building modes of care in health practices referenced by Phenomenological Hermeneutics, in the quest to maintain a free relationship with the technique, and can say yes and not the same, the experience being via access.

**Keywords:** Medicalization and Suffering. Psychological Practice in the Penitentiary System. Hermeneutic and Phenomenology. Health in Prison.

Mestra em Psicologia e Saúde Mental pelo Programa de Mestrado Profissional em Psicologia Práticas e Inovação em Saúde Mental – Prisma da Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns. Graduada em Psicologia pela Universidade de Pernambuco.  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3293513857666996>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1877-3082>.  
E-mail: [tacya\\_mylenna@hotmail.com](mailto:tacya_mylenna@hotmail.com)

Doutora em Psicologia Clínica. Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade de Pernambuco.  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0535411679998122>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6029-6550>.  
E-mail: [sant\\_anm@hotmail.com](mailto:sant_anm@hotmail.com)

## Introdução

Este estudo trata-se de um relato de pesquisa no âmbito da saúde mental, no sistema penitenciário. Teve como objetivo compreender a prática do psicólogo inserida no contexto prisional, para tanto, investigou o modo como os psicotrópicos são usados na Colônia Penal Feminina de Buíque (CPFV); a compreensão da experiência de sofrimento e a medicalização da vida relacionada ao uso exacerbado de psicotrópicos. O termo *uso exacerbado* refere-se ao conjunto de fatores que indicam o consumo de tais medicamentos relacionado ao modo de lidar com privações existenciais; renovações automáticas de receitas; uso por tempo indeterminado, em alguns casos, além da situação aguda, causando cronicidade desse uso; imediatismo na busca de prazer e felicidade a todo custo, apontando aspectos sociais e culturais e incentivos da indústria farmacêutica entre outros. (BRASIL, 2011; ONOCKO-CAMPOS et al, 2012; PEIXOTO, 2017; PELEGRINI, 2003).

Na Colônia Penal Feminina de Buíque (CPFV), onde foi realizada a pesquisa, o uso de psicotrópicos se dava por motivos diversos: experiências decorrentes de perdas; uso em liberdade; reincidência na unidade, quando recolhidas fazem o uso; quadros de abstinência do uso de drogas, entre outros. No decorrer dos atendimentos psicológicos algumas alegavam querer dormir, dopar-se, durante o tempo de recolhimento, como modo de amenizar o sofrimento da experiência de encarceramento, solicitando para que tais medicamentos fossem prescritos. Descreviam sintomas, na procura de se enquadrarem nos diagnósticos psiquiátricos, pedindo prescrição de fármacos, acreditando ser o medicamento um recurso que lhes ajudaria a viver o tempo do encarceramento. Nessas circunstâncias, seria a medicalização um modo de cuidar de si na experiência do cárcere?

Não se pretende negar a legitimidade dos recursos farmacológicos, imprescindíveis em quadros de desintoxicações, alterações de funções psíquicas, efeitos do uso agudo e outros decorrentes do consumo de drogas, mas ampliar o olhar à compreensão clínica da pessoa privada de liberdade nesse contexto.

Em relação ao setor da segurança era possível perceber crenças de alguns agentes penitenciários sobre a importância dos psicotrópicos na atenção clínica, apontando que medicamentos psicotrópicos são necessários em momentos de angústia, de sofrimento e de comportamentos disfuncionais. Diante de qualquer tipo de sintomatologia apresentada que sinalizasse alterações de estados emocionais, mesmo momentâneos, pareciam pensar numa resolutividade por meio da via medicamentosa, talvez como possibilidade de controle e de contenção, ferramentas necessárias às ações de segurança. Cenário não tanto incomum na sociedade contemporânea, em que tais medicamentos são considerados normalizadores de comportamentos, podendo ajustar ou corrigir condutas. Indicavam desconfortos perante as demandas em saúde mental, reforçando a prevalência e supremacia da lógica medicalizante. Silva (2015) salienta para não se reproduzir assimetrias, considerando a pertinência dos agentes de segurança em atividades de capacitação com temáticas de saúde, assim como os profissionais de saúde terem noções de segurança e de justiça; desse modo, o autor vê lógicas distintas no cotidiano carcerário, precisando dialogar entre si, indo além das fronteiras das ocupações profissionais.

A medicalização parece culpabilizar o sujeito quando este manifesta sintomas tidos como disfuncionais, devendo, portanto, ser medicado para tornar-se semelhante ao que se requer no âmbito da cidadania, homogêneo a outros, adequado ao que é esperado cultural e socialmente, circunscrito numa promessa de que a pílula possibilitará, imediatamente, um bem-estar pleno, não se pode suportar a dor e o sofrimento, devendo ser eliminados rapidamente. O uso de psicotrópicos é tido como um meio eficaz para eliminar o sofrimento, desconsiderando a possibilidade que ele traz para o encontro consigo, visto como revelação da experiência humana.

O encontro com o outro na prática psicológica possibilita flexibilização de significações antes enrijecidas. No âmbito da saúde do sistema penitenciário é possível perceber a centralidade e determinação estabelecidas pela técnica no cotidiano do cárcere. Encontram-se aspectos autoritários e controle das condutas e dos corpos. As práticas, muitas delas, revelam-se como instâncias de cunho moralizante e de controle, o que evidencia o fenômeno da me-

dicalização que ao retirar o sintoma, relaciona-se ao poder disciplinar, ou seja, o poder sobre o corpo-individual, o corpo passível de adestramento. Zorzanelli e Cruz (2018, p. 725-726) realçam que:

As instituições disciplinares e a biopolítica formam uma aliança útil no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização se caracteriza pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo.

É possível realçar que o contexto da medicalização não deve ser reduzido apenas ao saber-poder da medicina, considerando que na unidade prisional as mulheres se apresentam como agentes ativas do processo de medicalização, tendo em vista que solicitam a ação médica em diversas situações da vida. A sociedade contemporânea se mostra transversalizada pelo modo individualista e naturalista das intervenções fundamentadas pelo modelo biomédico e pelo imediatismo de resultados proporcionados pelas pílulas. No cárcere, são estabelecidos jogos de comportamentos para adequação e aceitação social, para tanto, o sofrimento e a singularidade da experiência do adoecimento são colocados à margem.

A configuração diagnóstica de cunho psicopatológico parece servir à compreensão do sofrimento, justificando comportamentos avistados como disfuncionais, não adaptados (CFP, 2012). A cultura contemporânea parece reforçar a hegemonia do diagnóstico psiquiátrico ante as questões do humano, nas quais a razão não tem primazia. Barreto (2005) menciona a complexidade dessa problemática quando nos convida a pensar sobre as transformações da experiência da temporalidade, desvalorização das narrativas, comercialização de psicofármacos, entre outras mudanças.

A apropriação da vida pelo saber da medicina sinaliza a patologização da experiência humana, assinalando provável intolerância ao sofrimento como condição humana. O consumo elevado desses medicamentos com prescrição médica, pode estar evidenciando um problema de saúde pública, apontam os estudos de Barreto (2005). O termo medicalização refere-se ao processo pelo qual a medicina se apropria sobre a vida. Nesse sentido, transforma questões existenciais, de ordem não médica, em distúrbios, transtornos, doenças, lendo dificuldades existenciais a partir das noções do campo da patologia e das classificações psiquiátricas; na lógica medicalizante, pessoas doentes são disfuncionais e têm problemas, portanto, não se adaptam (CFP, 2012).

Não se procura desvalorizar ou tornar dispensável o uso de medicamentos, mas abrir discussões sobre os elevados índices de seu uso em unidades prisionais. Nessa tarefa, o olhar recai no campo da saúde do sistema penitenciário, na procura de compreender o elevado consumo de psicotrópicos relacionado a experiência de encarceramento. O que se mostra na relação entre medicação e o sofrer na vivência do cárcere? Barreto (2005) enfatiza o cuidado frente a complexidade dessa problemática para que a promoção de saúde não resulte em produção de doença mental a partir do uso exacerbado de psicotrópicos.

Em comum com o pensamento de Pelizzoli (2011) se vê a pertinência em ampliar saúde para além das enfermidades objetivadas, direcionando o olhar para os sujeitos e coletivos, seus ambientes e contextos, a fim de redimensionar a compreensão da condição humana na produção do cuidado no binômio saúde-doença.

No cenário institucional, as abordagens em saúde se mostram marcadas pela racionalidade cartesiana, com práticas convencionais mediadas por racionalidade técnica. Parafraseando Pelizzoli (2011), a saúde precisa ser pensada a partir de aportes teóricos da hermenêutica filosófica, num movimento dinâmico e compreensivo da vida, o que abriria espaço para retomar possibilidades do humano, refletindo saúde a partir do cuidado integrativo.

O objetivo não seria romper com o modelo biomédico<sup>1</sup>, mas tensionar seus limites no

1 Modelo Biomédico – Fundado na hegemonia de produtor e normatizador de “verdades” sobre os processos

cotidiano das práticas de atenção à saúde, considerando o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos. Nesse sentido, importa abertura para o diálogo, ausente na hegemonia do modelo normatizador, produtor de verdade e conhecimento no campo da saúde, fundado na técnica moderna. Ressalta-se o pensamento de Critelli (2007), as técnicas e tecnologias não boas ou más por si sós, mas mediadoras de relações.

Nesse viés, Deslandes e Mitre (2009) contribuem quando assinalam os fundamentos da racionalidade moderna - produzir conhecimento, intervenção e normatização, numa síntese de conhecer para dominar. Adentrando na temática da medicalização, é possível ver nas práticas médicas tradicionais, a cultura social reforçar atitudes que possam apresentar resultados terapêuticos e imediatos para questões de saúde, relacionadas com dimensões existenciais. Não se pode esquecer que para além da cura de enfermidades, medicamentos são revestidos de poderes, valores, sentimentos e sensações por aqueles que prescrevem e que os consomem. Ferrazza et al (2010) informam a tendência, na vida moderna, de classificar sofrimento como patologia, cujo tratamento provém da administração de psicofármacos, ajustando quimicamente fenômenos humanos refratários à medicação.

Nesse sentido, medicamentos têm sido um dos recursos terapêuticos mais utilizados nas práticas em saúde, quer seja para tratar de causas de ordem orgânica ou não (FERRAZZA et al, 2010; DANTAS, 2015; RAUTER; PEIXOTO, 2009). A sociedade atual parece vivenciar, constantemente, apelo às especialidades farmacêuticas. Importa assim, tecer compreensões acerca desse processo, diferente do medicar, próprio dos saberes e práticas da medicina.

Deslandes e Mitre (2009) realçam que as práticas em saúde não devem favorecer o emudecer, nem a invisibilidade do outro, mas possibilitar o encontro entre profissionais, equipe de saúde, gestores e usuários, deixando vir à tona a diversidade de expressões, agregando legitimidade e riqueza ao atendimento. O desafio seria reconhecer a fala do outro como válida, tendo em vista que o outro, comumente e apressadamente, é desqualificado, não reconhecido, seus argumentos sequer tem espaço para serem apresentados, não havendo abertura para um diálogo compreensivo. Faz-se relevante o cuidado para não tornar o outro invisível ou ilegítimo em suas demandas.

Nas práticas em saúde, sobretudo, em saúde mental, percebe-se ações cristalizadas e acriticamente reproduzidas, recorrendo-se ao imediatismo proporcionado pela administração medicamentosa. Ferrazza et al (2010) mencionam as convenções entre indústria farmacêutica, medicina e mídia no ensino a população sobre como identificar e reconhecer critérios diagnósticos em suas experiências de vida. Tais informações não significam um mal em si, tem sua valia, porém seu uso descontextualizado e isolado de critérios diferenciais para diagnósticos, tem conduzido a diagnósticos equivocados, decorrentes de avaliações apressadas e de prescrições não realizadas por psiquiatras, culminando numa banalização do uso de psicotrópicos, com promessas de que esses medicamentos são soluções para as inquietações, numa busca pelo bem-estar pleno, com ausência de frustrações, dores e sofrimento (FURTADO, 2014).

Medicalização parece ser um artefato para evitar o sofrimento ou qualquer desconforto psíquico. Ferrazza et al (2010) denominam de psiquiatrização da vida social a transformação do mal-estar psíquico em doença, o que não tem sido incomum em nossa sociedade na tentativa de conter, controlar ou mesmo negar sentimentos e estados emocionais próprios da condição humana em sofrimento.

A prática psicológica no âmbito da saúde do sistema penitenciário ocorreu com a inserção do psicólogo nesse contexto, em 2003 com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). É uma prática em construção e que anuncia certa complexidade pelo próprio cotidiano e ambiente em que está inserida. Nesse cenário, o que seria da ordem de uma atenção clínica à experiência de sofrimento das pessoas privadas de liberdade? É possível ir além dos efeitos medicamentosos que ali vem amparando modos de lidar com as situações do cárcere? Para tanto, importa ouvir quem comunica a partir de si, suas narrativas acerca da experiência vivida no cárcere.

## Método

O percurso metodológico eleito à compreensão da experiência de uso dos psicofármacos pelas mulheres privadas de liberdade nesta investigação veio da Pesquisa Qualitativa à luz da Fenomenologia Hermenêutica. Flick (2009) informa sobre a relevância da Pesquisa Qualitativa para o estudo das relações sociais. Realça que as mudanças sociais e a diversificação de suas esferas são desafios à compreensão de novos contextos e perspectivas sociais. Nesse sentido, sugere o conhecimento e a prática locais para o estudo, através da experiência e de atividades cotidianas, considerando as situações e as relações entre as pessoas.

Minayo (1994) informa que a Pesquisa Qualitativa se volta para o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, âmbito das ações e relações humanas, não podendo servir à instrumentalização de variáveis. Esse modo de investigação torna acessível impressões e interpretações a partir do contexto e singularidade do fenômeno estudado.

A fenomenologia se interessa pelo modo como os objetos de investigação se mostram à experiência do investigador, põe em andamento uma interrogação. Radica-se numa originalidade de discussão com as coisas em si mesmas, afastando-se do que se chama de artifício técnico, numerosos em disciplinas teóricas. Fenômeno diz do que se revela, o que se mostra em si mesmo; constitui a totalidade do que está à luz do dia ou se pode por à luz, a totalidade de tudo o que é, como diz Heidegger, Fenomenologia é: “Deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo – sentido formal da pesquisa que traz o nome fenomenologia” (HEIDEGGER, 2012, p. 105).

Por essa esteira, na Pesquisa Qualitativa de cunho fenomenológico existencial, o método não visa à objetivação, à mensurabilidade e à determinação causal, não se traduz em procedimento, mas no modo como o ente é trazido à luz, tematizado. Como diz Cardinalli (2015) ao citar método em Heidegger - caminho que leva a algo, uma área, o caminho pelo qual estudamos um assunto, ou o caminho no qual o caráter do campo a ser conhecido é aberto e limitado. A compreensão heideggeriana de método não se posiciona contrariamente ao método da ciência natural, encontra-se noutra cosmovisão que seria ressaltar os fenômenos da existência humana de modo a considerar a singularidade do existir e as dimensões ontológicas do homem enquanto ser-aí (CARDINALLI, 2015).

## Instrumentos Metodológicos

A Entrevista Narrativa e o Diário de Campo da pesquisadora foram os instrumentos metodológicos selecionados. A Entrevista Narrativa corresponde a um método de coleta de dados em que o informante narra sobre sua experiência, a pedido do pesquisador, sobre um determinado assunto relacionado ao interesse de pesquisa (FLICK, 2009). O estudo teve a seguinte questão disparadora: *Você pode contar sobre a sua experiência de uso de remédio controlado na unidade prisional?*

Schmidt (2006) assinala a pesquisa participante, de cunho etnográfico, como possibilidade de diálogo com saberes da experiência, do cruzamento de mundos atravessados pelas relações de sentido no trabalho de campo. Informa que o trabalho de pesquisa de campo considera, não apenas, dimensões linguísticas da relação humana, mas outras vertentes ético-políticas presentes na experiência investigativa. O Diário de Campo permite ao pesquisador retomar as anotações, observações e impressões acenando as relações estabelecidas.

As participantes da pesquisa foram cinco mulheres privadas de liberdade, recolhidas na Colônia Penal Feminina de Buíque – CPFb que faziam uso de medicamentos psicotrópicos e puderam comunicar sobre suas experiências no contexto de privação de liberdade e uso desses medicamentos. As participantes receberam nomes fictícios – Emília, Jaiane, Nika, Betânia e Matilde. A escolha foi feita por amostragem intencional, a partir de levantamento junto ao setor de saúde da unidade prisional e listagem de dispensa de medicamentos psicotrópicos, considerando o maior tempo de uso comunicado pela Pessoa Privada de Liberdade - PPL's. O critério de exclusão foi as PPL's que não fazem uso de medicamentos psicotrópicos ou que não desejaram participar da pesquisa.

Os dados pessoais das participantes foram mantidos em sigilo, respeitando a confidencialidade das informações. No encontro foram expostas a participante informações pertinen-

tes a pesquisa, bem como foi assegurada autonomia quanto ao desejo de participação ou não, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após o consentimento e assinatura da participante, a pesquisa foi iniciada. A entrevista foi realizada individualmente e teve início a partir da questão disparadora. As entrevistas foram iniciadas e gravadas através de aparelho mp3 da pesquisadora. Após transcrição e literalização os respectivos áudios foram apagados do aparelho.

### **Análise dos Dados**

O estudo elegeu a Hermenêutica Filosófica de Gadamer, para a compreensão dos dados obtidos pela pesquisa, inspirada pela concepção da ontologia heideggeriana sobre o ser do homem. Compreender para Gadamer, não é determinado por procedimentos, nem por técnicas previamente pensadas, mas acontecendo a partir do encontro dialógico com o que se quer compreender. A compreensão não corresponde à atividade humana isolada, mas solo da experiência vivida. Experiência sendo caminho para o conhecimento, que se realiza na hermenêutica humana (SCHWANDT, 2006). Por esse sentido, o encontro dialógico possibilita a compreensão como modo de ser do *Dasein*. Nessa esteira, Santana (2017, p.71), assinala que “compreender é participar da vida sem a mediação intelectual do conceito, significado é a expressão da vida que se autointerpreta”. Não sendo, portanto, uma tarefa controlada por procedimentos e técnicas de análise. O diálogo possibilita a fusão de horizontes, que não significa a substituição ou sobreposição de um horizonte sobre o outro, mas horizontes separados como pontos de vista diferentes que se fundem (PRADO; CALDAS, 2013).

Leite (2016) informa que a compreensão humana se dá pela *fusão de horizontes* pelo desempenho e produção da linguagem na conversação. A compreensão não se esgota em sua totalidade, nem é completamente finalizada. A conversação possibilita aos interlocutores aproximarem-se e afastarem-se de modo que se alteram mutuamente, não havendo previsão do que surgirá. Nesse sentido, fusão de horizontes é um acontecimento que possibilita diferentes pontos de vista dos interlocutores, num modo possível de linguagem comum, acolhendo o estranho e o adverso, preservando a singularidade de cada pessoa.

A hermenêutica possibilita compreender que não há interpretação objetiva e universal, pois aquele que interpreta está implicado de seu mundo e história. Dessa feita, o encontro entre interlocutores traz consigo seus horizontes de sentido.

### **Discussão**

Segundo Benjamin (1994), narrativa diz de um modo artesanal de comunicação que não se prende a novidade da informação, não está a serviço de explicações. Sua via de acesso é a experiência daquele que fala sobre si. Narrar é contar sobre a vida. O que se encontra nessa linguagem peculiar em que a experiência coletiva pode vir a ser elaborada pelo diálogo entre narrador e ouvinte? Linguagem o que dela se diz?

Em Heidegger (2003, p. 121) a linguagem é o recolher-se no acontecimento apropriador. Nesse sentido:

Fazer uma experiência com a linguagem significa, portanto: deixarmo-nos tocar propriamente pela reivindicação da linguagem, a ela nos entregando e com ela nos harmonizando. Se é verdade que o homem, quer o saiba ou não, encontra na linguagem a morada própria de sua presença, então uma experiência que façamos com a linguagem haverá de nos tocar na articulação mais íntima de nossa presença.

A pesquisa, através da narrativa de mulheres privadas de liberdade, recolhidas na CPF, e da experiência profissional, pode contribuir para pensar a prática do psicólogo em unidade prisional. Nesse sentido, informa-se abaixo o diálogo com as participantes:

Emília: “Eu acho assim, dotora, que principalmente aqui que é um canto que é muito agitado, tá entendendo?! É... eu me sinto bem tomando, tá entendendo?! Eu tomo floxetina, que ele acalma bastante também os nervo, né?! Eu tomo por isso”.

Emília ressalta em vários momentos de sua fala no diálogo que precisa do medicamento por causa do ambiente em que está inserida ser bastante estressor. Atribui ao psicotrópico poder de conter seus ânimos e, assim evitar seu envolvimento em brigas e desentendimentos na cela. Ela refere, por diversas vezes, sobre a agitação da cela, revelando tensões provocadas por essa vivência. Emília Nomeia agitação como:

*É... quando o povo lá começa a discutir ou então solta uma piadinha que eu peço pra mim, eu não discuto, eu fico relaxada, tá entendendo! Fico na minha, quem quiser falar que fale, agora se eu não tomar minha fia, aí eu parto pra cima. E aí ele ajuda, por conta do estresse, porque eu sou muito estressada. Aí se eu não tomar, aí eu parto pra cima.*

Habituada a intervenções biomédicas, voltada para a remissão de sintomas, míope no olhar para o próprio adoecer que assinala sua existência. Revela uma lógica utilitarista para o uso do medicamento, atribui ao psicotrópico o controle de seus ânimos que evita suas exaltações. Dessa maneira, procura escapar de brigas e desentendimentos que poderiam gerar consequências punitivas, como ir para o castigo<sup>2</sup>. O que parece enquadrar e justificar o uso do psicotrópico pela lógica normativa e preventiva de comportamentos disfuncionais, não adequados ao contexto prisional. Seria também algo como que uma contribuição para manter a ordem e a disciplina locais. Preocupa-se com os sintomas, uma vez que alcança esses resultados, demonstra sentir-se satisfeita. Menciona seu problema apenas acentuando a dimensão biológica. Em alguns momentos, ela sinalizou uma preocupação em ser favorável ao uso do psicotrópico do que falar sobre o que sente, o que a toca e a atravessa na sua experiência de encarceramento.

Pergunto-me, como seria a implicação da responsabilidade e da autonomia no existir de Emília, já que o controle dos seus comportamentos impulsivos provém de algo externo a si? Numa leitura nosográfica, no âmbito das sintomatologias, Emília sinaliza algo da ordem de uma impulsividade, de uma impaciência com perturbação do sono. Esse estudo não descarta a importância da indicação medicamentosa, mas procura rever outros modos de atenção que possam contemplar o que se encontra esquecido nas falas - a singularidade de quem sofre na experiência prisional. Tal intenção foi reafirmada no transcorrer da conversa, pois Emília mostrou-se receosa de que sua medicação pudesse ser retirada.

Emília traz mais indicativos de sua vivência na cela, em prisão. Parece não querer informar o que lhe afeta; do que sente em seu existir, uma fala emaranhada por outras pronunciadas no instituído do seu coletivo. Segundo Bondía (2002, p. 27): “A experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida”. Tem qualidade existencial. A esse respeito:

Se chamamos de existência a esta vida própria, contingente e finita, a essa vida que não está determinada por nenhuma essência nem por nenhum destino, a essa vida que não tem nenhuma razão nem nenhum fundamento fora dela mesma, a essa vida cujo sentido se vai construindo e destruindo no viver mesmo, podemos pensar que tudo o que faz impossível a experiência faz também impossível a existência. (BONDÍA,

2 Castigo: Ida para cela do isolamento com prazo determinado pela segurança que acarreta em não poder receber visita se estiver no castigo no domingo.

2002, p. 28).

Emília faz uso de psicotrópico há dezoito anos, e esse uso parece estar enrijecido como possibilidade única que lhe faz se sentir bem na vida. O seu entendimento sobre cuidado de si mostra a suficiência do uso do medicamento para retirada do sofrimento vivido. Sobre a pergunta se ela se imagina em algum momento de sua vida sem remédio, responde:

Emília: *“Com remédio. Eu acho que pra sempre, doutora”.*

P: O que te faz pensar isso?

Emília: *Porque também vem a morte da minha mãe, tá entendendo, quando tava com três mese que eu sai daqui minha mãe faleceu. Ela tava só esperano eu sair, num tem. Tava boazinha, do nada, ela faleceu. Aí pronto, foi onde aumentou mais ainda, né, que ela faleceu.*

O falecimento de sua mãe ocorreu há seis anos. Emília é reincidente na unidade prisional, sendo essa a segunda vez que é recolhida. Ela traz em sua fala questões de perdas existenciais, demonstrando dificuldades, limitações no enfrentamento e contato com essas experiências.

O distanciamento das suas questões existenciais, do seu sofrimento, de uma atribuição de sentido é revelado na sua fala, que busca sempre referenciar sua vivência a partir de um sintoma. Parece mais um falatório com conteúdos vivenciais e existenciais desabilitados, apontando a insuficiência da técnica no acolhimento dessas demandas, que solicitam abertura à compreensão.

Jaiane: *Eu não sei nem responder isso. Porque em casa, eu tomava em casa, né, eu ficava tranquila, porque realmente em casa é tranquilo. E aqui não, a primeira cela onde eu fui, e estou ainda, é assim, antes, é, era mais tranquilo. Agora tá mais fofoca, essas coisas, e eu não gosto disso, aí eu só fico escutando, entendeu. Aí é fofoca dum lado, é raiva. E pelo menos eu durmo mais tranquila de noite, eu acho, né.*

Sua fala mostra limitações do ambiente, relações precarizadas, vistas nas falas daquelas que chegam ao atendimento psicológico, muitas vezes, apresentando o automatismo das relações, traduzido na descrição do que vive. Jaiane revela que o medicamento a possibilita dormir para nada ver ou viver, uma via que torna suportável a sua permanência obrigatória na unidade. Tal fato, nos provoca a refletir sobre modos de abordar a quem prefere não interagir com outros como estratégia de sobrevivência em espaços coletivos.

P: Você mencionou que usava o medicamento controlado em liberdade. Você pode falar sobre essa experiência?

Jaiane: *Eu comecei tomar através de uma depressão que eu tive. Há uns vinte anos atrás, né. Meu esposo batia muito em mim, né, e me ameaçava muito. Aí depois mataram meu irmão na minha frente. E aí eu fiquei assim, com depressão. E aí começou pressão alta também.*

Na vivência de uma dificuldade parece recorrer ao medicamento. A vida em liberdade lhe proporciona fazeres e ocupações que a vida encarcerada lhe proíbe. Nesse sentido comunica:

Jaiane: *“aqui a gente num faz nada, e o trabalho também ocupa muito a mente da gente, né, trabalhar... eu andava*



*muito, eu ia pra igreja com ela (a irmã que cuidava). Aqui tem, né, mas não tem ela perto de mim, né”.*

Jaiane refere uma administração medicamentosa que foi sendo realizada ao longo desses anos na ausência de um acompanhamento que torne mais próximo e viável a apropriação do seu sofrimento, do seu poder-ser enquanto existente. Ela menciona alguma intervenção que parece objetivar a retirada do medicamento, mas parece não levar em conta o seu protagonismo no existir. Jaiane traz conhecimentos da tradição como vias de cuidado ao mencionar o uso de chás. Silva e Barreto (2019) enfatizam o modo de cuidar da saúde pelo conhecimento tradicional, perpassado entre as gerações, através do uso de ervas e preparos caseiros, comuns antes do avanço da indústria farmacêutica. Com o acesso e avanço da farmacologia o cuidado à base de ervas e de preparos caseiros é desacreditado no contemporâneo.

Torna-se relevante pensar a prática psicológica em saúde como abertura ao sofrimento, não reduzindo e objetivando-o por critérios diagnósticos a partir da descrição de sintomatologias. A narrativa do sofrimento a ser considerada não cabe nos protocolos técnicos, sendo importante interrogar o que tem se mostrado negligenciado nas práticas de atenção em saúde (BARRETO; SILVA; SANTANA, 2016).

*Nika: ... eu não tenho problema de cabeça, assim, num só louca, nem doente, porque eu só tomo meu remédio só pá dormir. Porque, ó, eu trabalho, eu estudo de manhã, aí tem, já me alevanto cinco hora pra tomar um banho nas carreira, pá tumá café, fica pronta, ir pra escola. Aí chego na hora do almoço, pego a boia<sup>3</sup>, entro, me banho, novamente, aí tiro um cochilinho, até dá a hora da labor, porque é duas hora. Aí tiro o que, três hora de relóge. Tiro um cochilinho pra eu ir me embora. Aí chego morta, porque o dia todinho sentada numa cadera é muito cansativo pá pessoa. As costa dueno... que eu tava me recramano da minha coluna, sabe, minhas costa dueno. Aí quando chega à noite, pega o café, tomo banho, faço faxina, que eu faço muita faxina, e é cansativo pegar baldo cheio, pá incher todos os baldo... cansa! Aí de noite a pessoa tá exausta, qué durmi. Aí tá com uma pessoa, belelei, belelei, oxe! Num tem quem aguente não! Eu mermo num aguento! Num aguento de jeito nenhum.*

Nika traz a questão do barulho na cela como estressor, assinala que o medicamento é o modo que ela encontra para aguentar e suportar o viver nas condições do encarceramento. Parece a “pílula mágica” que livra sem tanto esforço, o que se apresenta como problema, exigência, desconforto. Refere uma situação de perda por morte como acontecimento que a encaminha para tomar medicamento. Importa refletir se as intervenções medicamentosas se tornaram crônicas, considerando uma década ou mais de uso a partir dessas circunstâncias. Se outras situações a fazem manter o uso, vez que permanece com o mesmo discurso inicial, o que parece evidenciar uma abordagem clínica reduzida acerca do sofrimento da paciente, como se ela não exercesse o protagonismo na promoção de seu cuidado. De certo, o número alto de demandas para atendimentos, produção a ser feita e cumprida, quantidade reduzida de profissionais, automatismo nas práticas de saúde são fatores que compõem o cenário da rede pública de saúde, e que contribuem para a insuficiência na comunicação e nos fazeres da vida moderna.

P: E mesmo depois desse dia puxado, dessa rotina cansativa, você não consegue dormir?

3 Boia: Termo utilizado para distribuição das refeições, café da manhã, almoço e janta.

Nika: *Se eu consigo dormir... sem tomar o remédio?! Não... porque eu, quando eu tomo meu remédio, né, quando eu tomo meu remédio, eu já tomo meu café, espero a total<sup>4</sup>, mermo que eu fique cuchilano, porque ele me dá o sono, aí fico, fico em pé, que a gente num fica sentada, fico em pé. Eu fico esperano a total. Quando passa a total, minha fia, eu me enrolo, vou me embora durmi e só me acordo no outo dia. Nem pá mijar, eu num desço. Vou me embora durmi. Quando eu me alevanto, não me alevanto estressada, porque como eu vejo muita gente, que às veze toma esse remédio, e quando é no outo dia acorda: "aí, minha cabeça!"... Porque num sei o quê... fulano tava fazeno zuada, eu num consegui durmi. E eu tomo remédio controlado, e eu preciso durmi, e num sei o quê. Eu não! Eu acordo tranquilamente. Aí voto na minha rotina, de novo, fazer minhas faxina, tranquilamente. Nem recramo, nem fico com cara feia, nem nada. Fico totalmente, fico do jeito que eu sou, normal.*

Nika sinaliza tentativas de sair do enquadre de intervenções com vistas a sintomatologia, ao diagnóstico, as patologias, mostra um movimento de quem não é inteiramente capturada pelo naturalismo das medicalizações, embora recorra a suas intervenções. Traz o medicamento como via de cuidado, ao mesmo tempo em que revela um apelo para que suas questões emocionais sejam vistas.

Betânia: *"Comecei a tomar a mais ou menos quinze anos. O controlado é peu durmir. Eu tomo dois à noite, um diazepam e um amitril".*

P: O que fez a senhora começar a tomar esse remédio?

Betânia: *Porque, como eu tô dizeno a senhora, eu não tava durmino bem. Eu num sei se era nervoso porque esses fi meu já tava preso. Eu num sei se o nervoso era isso. Aí quando eu cheguei aqui, eu já tomei ele. Nessa prisão todinha aqui dento. Aqui dento eu tomo esse remédio também... "Os aperreio... Num conseguia durmi aperriada, né, num conseguia durmi, e nem conseguia durmi. E depoi teve uns probrema, mataro um fi meu, uns irmão meu. Começou uma agonia... Pronto! Aí eu me acabei. Até hoje eu num sô mai gente. Até hoje! Aí vivo nessa vida...E comecei tumano até hoje. Eu sou uma pessoa neivosa. E sobre esse probrema com essa prisão minha eu fico mair neivosa ainda. E o neivoso continua. Tem noite que eu passo a noite todinha só chorano, neivosa.*

Por essa compreensão, o medicamento seria o suporte na intensidade dos sintomas, não apenas por estabilizá-los, mas no decorrer da experiência, outras vias de cuidado ajudariam para a apropriação do sofrimento e assim dar seguimento a vida de modo desmedicalizado. Não seria de uma ordem de elaborar diagnósticos ou de outras particularidades técnicas da terapêutica medicamentosa, fora das condições técnico-científicas da Psicologia, mas dialogar sobre esse uso e outras possibilidades de atenção às pessoas em sofrimento.

As narrativas têm apresentado aquilo que se chama de uso exacerbado de psicotrópicos. Nascimento (2015) questiona discursos arraigados que consideram o poder e a força do medicamento para minimizar o sofrimento. Muitas vezes, nos atendimentos psicológicos, é preciso confrontar a expectativa acerca do uso do psicotrópico, buscando refletir como o

<sup>4</sup> Total: Termo utilizado no sistema penitenciário para referir a contagem e conferência da quantidade das pessoas encarceradas realizada pelos agentes penitenciários. Na CPF B é realizada às 20 horas.

medicamento “resolverá” as questões trazidas de cunho singular no que é dito nas escutas. A atribuição de sentido aos acontecimentos vividos, apropriando-se da experiência, não se obtém com efeitos fármacos, diz de assumir o *poder-ser* que já somos. Existem aquelas que no diálogo se dão conta de suas possibilidades de lidar com o sofrimento e com a vida que se encontra em cárcere, outras se deixam ficar míopes requerendo medicação como suporte a vida, legitimadas pelas prescrições institucionais voltadas para o controle de corpos e do que eles podem sinalizar da existência em sofrimento.

Betânia revela situações existenciais de diversas perdas, do quanto se sente fragilizada no viver. Toma o remédio para dormir, mas o que parece tirar o seu sono são preocupações, o querer controlar o que possa acontecer com a família, o sofrimento dessas vivências. Cuida do sintoma. Percebe-se na escuta em atendimentos a predominância de um preconceito coletivo difundido na população carcerária de que aquela que vai para o atendimento psicológico vai porque está doida. Fato que inibe algumas procuras. Sinaliza um preconceito arraigado na psiquiatrização da vida, na qual o sofrimento é categorizado pela nosologia psiquiátrica.

*Matilde: Ói, o uso do meu remédio controlado, foi que, eu há, eu tava com dezesseis ano, eu estava com dezesseis ano, aí euu, levei um tiro, e no tiro que eu levei, euu fui pro hospital... Aí passei lá três meisi internada. Aí entre esses três meisi que eu passei internada, aí caiu o meu maxilar. Aí entre meu maxilar, eu tomava, é, remédio, remédio, é, comida, pela uma sonda, aí pela sonda eles também me dava os medicamento, porque eu não conseguia tomar pela boca, né. Aí, depois de três meisi, aí eles passaro os medicamento controlado pra mim tomar em casa. Passava, aí eu fiquei tumano os medicamento controlado, que foi uma psiquiatra... eu fui internada depois de três meisi, eu fui internada no hospital. Não! Na clínica de dottor Carlos<sup>5</sup>.*

P: E como é usar esse remédio aqui?

*Matilde: Não... é porque assim, entendeu, eu sou uma pessoa que passo o dia trabalhano na labor. Se eu fico dois dia sem o medicamento, eu já fico nelvosa. O meu só, é só chorar. Só é só chorar. Não desconto em ninguém. Não digo nada com ninguém. O meu só é só chorar. E... principalmente quando eu me vejo de noite nas grade. O remédio me ajuda porque eu fico relaxada, eu durmo muito.*

Matilde refere passar o dia na laborterapia, espaço sem grades, apenas com uma porta, um cômodo qualquer em que realiza trabalhos artesanais e costuras. À noite, parece ser o momento em que se dá conta de que está presa, precisando do medicamento para lidar com essa vivência.

P: O que ele é importante?

*Matilde: “Ele me ajuda bastante. Eu não sinto, assim, eu tomo ele, eu não sinto nada”.*

É como se o remédio a fizesse “esquecer”, por um momento, a realidade crua e dura do encarceramento, uma fuga.

P: A senhora se imagina sem tomar esse remédio?

*Matilde: Eu num sei não, viu... rsrs... acho que eu num tava guentano mai a cadea não. Assim, eu já num tô guentano ela,*

*né! Maisi, eu sem ele eu acho que eu... num guento... Porque assim, tem gente, que vai, air veizi começa com uma histora com a pessoa, quer discuti com a pessoa. Eu não! Eu conheço medicamento, eu num discuto com ninguém! Pode dizer o que dizer, ói... eu nem ligo! Eu tô veno ali que não é comigo.*

Matilde revela estar aprisionada no viver medicalizado. Sobre os conflitos informa “*eu conheço medicamento, eu num discuto com ninguém!*”. O controle é da ordem externa, o que pode justificar seu discurso de precisar de medicamentos.

As narrativas trazem indicativos do uso de psicotrópicos com o realce para as demandas do dormir e do ambiente estressor. Todas as participantes mencionaram os fatores dormir e ambiente estressor como indicativos da relevância e permanência do uso do medicamento. Apontam em suas falas, a noite como o momento do dar-se conta de estar encarcerada, sinalizando o quanto a vivência parece insuportável, experiência que precisa ser evitada.

Tal fato, leva a pensar num enviesamento biológico para aquilo que parece ser da experiência do encarceramento, da “dor do existir” como nomeiam Barreto e Silva (2019) que demanda tempo e paciência. As falas parecem reforçar a lógica medicalizante do remédio como solucionador de todo e qualquer tipo de desconforto, exigência e problema, desvelando um discurso “medicalizado”.

Evidenciam categorização dos sintomas, intolerâncias e culpabilização ante as alternâncias da vida. A compreensão de saúde apenas é referenciada pelo orgânico, quando interrogadas sobre outros modos de se cuidar, destacam procedimentos técnicos como exames citológicos, hemograma, atendimentos da enfermagem e da medicina, sendo esse o entendimento de cuidado para elas e para os demais dispositivos de saúde da instituição prisional.

Essa compreensão conduz a pensar o espaço que a psicologia ocupa e que lhe é atribuído no cárcere. O psicólogo não parece ser visto como um profissional da saúde em diversas nuances e possibilidades de atuação. Permeia uma visão institucional de que o psicólogo compõe o quadro da saúde para normalizar comportamentos considerados inadequados, anormais, desobedientes entre outros, como se fosse detentor de uma técnica que acaba com tudo isso, ou seja, adentra pessoas, produzindo a harmonia desejada para que possa manter a cadeia em ordem e tranquila. Nesse sentido, remonta ao início da psicologia com práticas de cunho individualista e de ajustamento.

Não é sobre assumir uma postura contrária ao uso de psicotrópicos, mas acolher o sofrimento que se manifesta, questionar aquele que procura atendimento psicológico, provocando-o para assumir o seu *poder-ser* em sua própria historicidade existencial, uma vez que o medicamento parece destituir essa tarefa, atribuindo a um outro que alivia os riscos e imuniza desavenças e infortúnios.

Discutir sobre outros modos de cuidado sem restringir-se a concepção de doença junto ao profissional médico na unidade, mostrou alguns movimentos de ruptura com a prática da medicalização, em situações encaminhadas para o atendimento psicológico. Um movimento discreto, mas que traz indicativos de mudanças no olhar e nas intervenções, proporcionando aproximação de saberes e compartilhamentos em alguns casos clínicos.

A equipe de saúde revela a necessidade de fortalecimento e compreensão sobre a saúde mental. A ausência de reuniões da equipe dificultava o diálogo. Nesse sentido, procurou-se linhas de fuga para realizar o movimento de aproximação com ela, porém as possibilidades foram acontecendo de forma individual, com diálogos e trocas realizadas com cada especialidade da equipe, visando repensar sentidos de saúde mental e de contribuições da prática psicológica para o cuidado. Os enraizamentos em solos mecanicistas e de biopoder tornam essa tarefa árdua. O próprio ambiente institucional mostra a complexidade dessa tarefa.

Nas falas havia uma forma não tão clara, mas audível às dificuldades. O sofrimento, como afirma Barus-Michel (2001), diz da impossibilidade de colocar em palavras o acontecido como insuportável, emudece e revela desordem das emoções, produz sintomas. A queixa e os sintomas podem se mostrar como um pedido de reintrodução no circuito da vida, segundo a

autora. As participantes voltaram-se para o medicamento, para informação, até mesmo para opinião acerca do uso do medicamento. Percebe-se apelos para superar dores intensas, profundas que vem sendo “abafadas” pelo uso de medicamentos, nessa trilha de compreensão, o problema será resolvido “rapidamente”, com isso, a experiência, apropriação do sofrimento seguem negligenciadas. Muitas vezes, o próprio sujeito negligencia a sua palavra e prefere não a pronunciar, fazer experiência de si, preferindo está no âmbito da informação e opinando sobre as coisas, sobre si de modo impessoal (BONDÍA, 2002). Para o autor o sentido clínico estaria quando:

[...] o sujeito da experiência seria como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos... o sujeito da experiência é um lugar a que chegam as coisas, como um lugar que recebe o que chega e que, ao receber, lhe dá lugar... é sobretudo um espaço onde tem lugar os acontecimentos. (BONDÍA, 2002, p. 24)

A convivência nas celas tem sido como uma obsessão em ter que opinar, em ter que se posicionar em favor ou contra nos desentendimentos ocorridos entre elas, frequentemente, contribuindo para agitação, vivências desgastantes e fragmentadas. Esse excesso de opinião e agitação anulam as possibilidades de experiência, de aguardar, de silenciar. Como afirma Bondía (2002) p. 23: “Ao sujeito do estímulo, da vivência pontual, tudo o atravessa, tudo o excita, tudo o agita, tudo o choca, mas nada lhe acontece”. Esse sujeito pretende conformar o mundo de acordo com o seu saber, sua vontade e seu poder, e por isso não pode parar, todas as coisas devem acontecer ao seu modo, contrariamente a experiência, pois ela requer:

a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002, p.24)

## Considerações

O caminho percorrido nesse estudo possibilitou uma compreensão significativa a respeito da prática psicológica em unidade prisional. As inquietações e provocações na experiência profissional encaminharam para refletir e dialogar sobre os atravessamentos do fenômeno da medicalização em experiências de sofrimento e de situações existenciais como perda por morte que se desvelavam nos atendimentos psicológicos e mostravam o quanto a singularidade da experiência do adoecer estava esquecida e negligenciada nas práticas em saúde.

Pensar a prática psicológica no contexto da saúde prisional convida a conhecer o caminho trilhado para inserção do psicólogo nesse campo, tendo em vista nuances dessa prática antes e depois da implementação de políticas públicas no sistema penitenciário, que abriram espaço para atuação do profissional de psicologia direcionado à atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Como dito, essa inserção se deu a partir do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSS), no ano de 2003, sendo aprimorado com a implantação, em 2014, da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Priso-

nal (PNAISP) que vigora buscando garantir o acesso integral da pessoa privada de liberdade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Anterior a esse período, a assistência à saúde era assegurada pela Lei de Execuções Penais de 1984 (LEP), sendo a assistência à saúde de responsabilidade da segurança. O psicólogo tinha atuação praticamente restrita à elaboração de laudos e pareceres direcionados ao magistrado, fazendo parte da equipe do setor psicossocial. Dessa feita, as políticas públicas de saúde no sistema penitenciário denotam os avanços trazidos à população carcerária e desafios a serem superados no diálogo de lógicas distintas, segurança e saúde.

As narrativas se mostraram recíprocas naquilo que advém da lógica medicalizante, tanto em relação às intervenções profissionais quanto aos pedidos das demandantes, voltados para esse modo utilitarista de intervir. Evidenciaram práticas em saúde envolvidas pelo automatismo e rapidez de resultados, distantes de diálogos acolhedores que possibilitam a construção do vínculo no processo de cuidado; falas norteadas por enraizamentos característicos do mundo moderno que facilmente bloqueiam a conexão significativa entre os acontecimentos, afastando aquele que fala da sua própria experiência e apropriação do sofrimento vivido. Mostraram compreensões de cuidado restritas ao biológico, desvelando superficialidade e impessoalidade no que vive, pois, habitar as vivências do cárcere pela via da experiência parece ser insuportável, mostrando atitudes de evitação da angústia, parece assim não exercer o seu *poder-ser*, atenuando a responsabilidade da existência (PRADO; CALDAS, 2013).

Ressalta-se entre as observações a cronologia do uso do psicotrópico em períodos de, no mínimo, uma década sem interrupções do uso. Apelos em situações existenciais inerentes ao humano, evidenciam o espaço dado por nós para que a medicalização ocupe uma posição que supera toda e qualquer demanda. O que faz refletir a relevância de construir modos de atenção nas práticas em saúde referenciados pela Fenomenologia Hermenêutica, como outro modo de olhar atento ao que se manifesta na prática psicológica, na procura de manter uma livre relação com a técnica, podendo dizer sim e não a mesma, não deixando capturar-se às cegas pelos seus procedimentos, viabilizando o desvelar do que se mostra, sendo a experiência via de acesso, acolhendo aquele que se angustia na existência pela inospitalidade do mundo.

Este estudo não delimitou a prática psicológica em unidade prisional. Prática ainda em construção tanto naquilo que se refere a política de saúde, ao sistema penitenciário e a complexidade que envolve o seu fazer. As considerações tematizam o que permeia essa prática na promoção da saúde e visam ampliar horizontes acerca dos modos de atenção psicológica nesse contexto, redimensionando o olhar para aquelas que são o tempo inteiro emudecidas e determinadas em relações verticais. Redimensionar o olhar para suas experiências, dizeres sobre si e as suas compreensões já se mostra como abertura inovadora nos modos de relação neste espaço. Mostrou a relevância do diálogo nas comunicações em contextos clínicos, apontou a insuficiência das práticas, através da narrativa das mulheres privadas de liberdade, realçando a experiência da vida encarcerada e revelando dimensões do trabalho em equipe no cuidado integral para a promoção da saúde.

Nesse sentido, ressalta-se a relevância dessa pesquisa e as contribuições que trouxe para pensar a prática psicológica em unidade prisional. Dessa feita, a ontologia heideggeriana se mostrou abertura como caminho que possibilitou desvelar o amparo e o acolhimento aos apelos realizados na vulnerabilidade em situações existenciais, o que alerta para considerar a angústia como disposição afetiva que abre o homem ao próprio cuidado, às suas possibilidades.

Não somente a pesquisa realizada, mas também a experiência profissional, apontaram a relevância de estudos sobre o serviço público de saúde para tecer compreensões ao que tange às implicações das produções, metas, quantitativos estabelecidos aos profissionais, que por vezes, engessam o saber-ofício no amparo pretendido, desconsiderando a singularidade daquele que adoecer e de sua dimensão existencial.

Destarte, as considerações tecidas neste estudo não se voltam contra o uso do psicotrópico e da técnica, necessários em vários casos, mas visam realçar aquilo que se mostra oculto nas práticas em saúde voltadas para o acolhimento da pessoa em sofrimento, repensando possibilidades de cuidado no contexto prisional além daquelas referenciadas.

## Referências

BARRETO, J. **Melhor prevenir para mais remediar**: a prevenção em saúde mental. Revista APS. vol. 8. n. 2. p. 191-198, jul/dez. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/prevenir.pdf>. Acesso em 09/12/17.

BARRETO, C. L. B. T., SILVA, E. F. G. da; SANTANA, A. M. de; **Prática Psicológica: contribuições da hermenêutica filosófica**. In: Vieira Filho, N. G. (Org.); **Crises, Processos Psicossociais, Promoção de Saúde**. Editora CRV, 2016. p. 41-56.

BARUS-MICHEL, J. **Sofrimento, Trajetos, Recursos, Dimensões Psicossociais do Sofrimento Humano** - Sofrimento e Perda de Sentido: Considerações Psicossociais e Clínicas. Artigo publicado no *Bulletin de psychologie*. V. 54 (2) 452. Março-abril, 2001. Tradução de Christiane Camps.

BENJAMIN, W. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BONDIA, J. L. (2002). **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev. Bras. Educ. [online], n.19, pp.20-28. ISSN 1413-2478.

BRASIL. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm). Acesso em: 10 de jun. de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. **Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf). Acesso em: 10 de jun. de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 10/06/18.

\_\_\_\_\_. Ministério de Estado da Saúde e Ministério de Estado da Justiça. **Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas**. Portaria n. 1.777, de 09 de setembro de 2003. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_1777.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf). Acesso em: 09 de jun. de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso racional de Medicamentos – 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio\\_medica/pdfs/livro\\_premio\\_DAF\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/livro_premio_DAF_2009.pdf). Acesso em: 20 de dez. de 2018.

CARDINALI, I. E. **Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein)**. Revista Psicologia USP. vol. 26. n. 2. p. 249-258, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-2015-26-02-00249.pdf>. Acesso em: 19 de jul. de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Subsídios para campanha Não à Medicalização da**

**Vida, Medicalização da Educação.** Brasília: CFP, 2012.

CRITELLI, D. M. **Analítica do Sentido:** uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. **Processo comunicativo e humanização em saúde.** Revista Interface. v. 13. supl. I. Rio de Janeiro: 2009. p. 641 – 649. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/641-649/pt>. Acesso em: 06 de ago. de 2018.

FERRAZZA, D. de A.; LUZIO, C. A.; ROCHA, L. C.; SANCHES, R. R. **A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental.** Revista Paideia, São Paulo, set-dez, v. 20, n. 47, p. 381 – 390, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>. Acesso em: 19 de jul. de 2018.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa** / Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. - 3ed.- Porto Alegre: Artmed, 2009.

FURTADO, M. A. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea:** patologização do mal estar e medicalização da vida. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/MariamaFurtadoD2014.pdf>. Acesso em: 15 de jul. de 2018.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tradução, organização, nota prévia, anexos e notas: Fausto Castilho. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp; Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2012.

\_\_\_\_\_. **A Caminho da Linguagem.** Tradução de Márcia Sá Cavalcante Shuback. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2003.

DANTAS, J. B. **Medicalização e Devir:** impasses existenciais na era da técnica. Revista Fenomenologia & Psicologia, São Luís, v. 3, n. 1, p. 12 – 28, 2015. Disponível em: <http://periodico-seletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/4149>. Acesso em: 19 de jul. de 2018.

LEITE, D. de F. da C. C. de S. **A Prática Psicológica com Famílias:** problematizando a prática no contexto de clínicas-escola. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2016.

NASCIMENTO, C. L. do. **Medicalização e distanciamento da experiência apropriativa.** Revista Fenomenologia & Psicologia, São Luís, v. 3, n. 1, p. 45 – 52, 2015. Disponível em: <http://www.periodico-seletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/4151>. Acesso em: 19 de jul. de 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F. **Experiências com a gestão autônoma da medicação:** narrativas de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [4]:1543 – 1561, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a15v22n4.pdf>. Acesso em: 21 de dez. de 2018.

PEIXOTO, V. S. **Uso Indiscriminado de Psicotrópicos Por Pacientes Da Unidade Básica de Saúde de Cana Brava, São Sebastião, Alagoas.** Monografia (Especialização em Estratégia de Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Maceió, 2017. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Uso\\_indiscriminado\\_de\\_psicotropicos\\_por\\_pacientes\\_da\\_Unidade\\_Basica\\_de\\_Saude\\_Cana\\_Brava\\_\\_Sao\\_Sebastiao\\_\\_Alagoas/479](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Uso_indiscriminado_de_psicotropicos_por_pacientes_da_Unidade_Basica_de_Saude_Cana_Brava__Sao_Sebastiao__Alagoas/479). Acesso em: 20 de dez. de 2018.



PELEGRINI, M. R. F. **O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade.** Revista Psicologia, Ciência e Profissão. v. 23. n. 1. p. 38 – 43, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a06.pdf>. Acesso em: 15 de jul. de 2018.

PELIZZOLI, M. (2011). **Saúde em novo paradigma:** alternativas ao modelo de doença. Recife: Ed Universitária da UFPE.

PRADO, R. A. A.; CALDAS, M. T. Atitude Fenomenológica Existencial e Cuidado na Ação Clínica. In: BARRETO, C. L. B. T.; MORATO, H. T. P.; CALDAS, M. T. (orgs). **Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica Existencial.** Curitiba: Juruá, 2013. parte 1, p. 95 – 105.

RAUTER, C.; PEIXOTO, P. T. C. **Psiquiatria, Saúde Mental e Biopoder: Vida, Controle e Modulação no Contemporâneo.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267 – 275, abr/jun 2009.

SANTANA, A. M. **Contribuições da Fenomenologia Existencial à Prática Psicológica em Saúde.** 2017. 139 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: [http://www.unicap.br/tedeprof/tde\\_arquivos/89/TDE-2017-06-08T205115Z-174/Publico/ana\\_maria\\_santana.pdf](http://www.unicap.br/tedeprof/tde_arquivos/89/TDE-2017-06-08T205115Z-174/Publico/ana_maria_santana.pdf). Acesso em: 27 de nov. de 2018.

SCHMIDT, M. L. S. **Pesquisa Participante:** Alteridade e Comunidades Interpretativas. Revista Psicologia USP, 2006. 17 (2), 11-41.

SCHWANDT, A. T. (2006). **Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa.** In DENZIN, NORMANK. *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.* Trad. Sandra Regina Netz –Porto Alegre: Artmed.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política.** Brasília: Verbena, 2015. 117p. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300019> (Resenhas e Críticas Bibliográficas. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 4 ]: 1429-1439, 2016). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>. Acesso em: 10 de jun. de 2018.

SILVA, E. F. G. da; BARRETO, C. **A tarja preta da medicalização: reflexões para clínica psicológica.** Rev. Nufen: Phenom. Interd. Belém, 11(1), p. 86-101, jan. – abr., 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n1/a07.pdf>. Acesso em: 30 de jun. de 2019.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michael Foucault na década de 1970.** Revista Interface – comunicação saúde e educação. (Botucatu0. v. 22. n. 66. 2018, p. 721 – 731. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005007103&script=sciabstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 de jun. de 2019.

Recebido em 22 de maio de 2020.

Aceito em 19 de julho de 2021.