

CONVIVENDO NA MARÉ: REFLEXÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EM SAÚDE

Living in Maré: Reflections on an experience in health care.

Elaine Sandra Amorim Savi¹, Victor Vincent Valla²

*Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo
é o jeito de caminhar.
Aprendi
(o caminho me ensinou)
a caminhar cantando
como convém
a mim
e aos que vão comigo.
Pois já não vou mais sozinho.*

Thiago de Mello, 2003, p.23
Extraído do poema A vida verdadeira

RESUMO

Este artigo tem por objetivo refletir sobre o sofrimento, na perspectiva do cuidado em saúde. Para isso, investiga as possibilidades do grupo como espaço de acolhimento dos estados de sofrimento e de construção de novas formas de com ele lidar. Apresenta parte dos resultados de um estudo realizado a partir da experiência de um grupo de convivência com mulheres moradoras da Maré, na cidade do Rio de Janeiro. A fim de entender o significado da experiência para as mulheres, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com algumas participantes. O material foi analisado à luz do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados indicaram que a convivência em grupo, onde se encontra acolhimento, tolerância e respeito mútuo, produz sentimento de pertencimento, bem-estar e facilita a construção de novos modos de lidar com o sofrimento. Verificou-se também que o grupo foi um importante dispositivo para cuidar do

ABSTRACT

This article aims to reflect the suffering in the perspective of health care. In so doing, it investigates the possibilities of a cluster of people as a space of embracing states of suffering as well as the construction of new ways to deal with it. It presents a part of the results of a study about the experience of a social group of women living at the slums of “Maré”, in the city of Rio de Janeiro. In order to understand the meaning of the experience for these women, semi-structured interviews were done with some of the participants of such cluster. This material was examined, taking into consideration the Collective Subject Discourse. The results indicated that living in clusters, where there is such a sense of embracement, tolerance and mutual respect, results in a sense of belonging and well-being, besides facilitating the development of new ways of dealing with suffering. There was also evidence that the cluster is an important way to handle the “pervasive

¹ Elaine Sandra Amorim Savi, psicóloga. Especialista em Educação e Saúde, em Saúde Mental e em Gestão Hospitalar, com mestrado em Saúde Pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ (Departamento de Endemias Samuel Pessoa). E-mail: esavi@terra.com.br.

² Victor Vincent Valla, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

sofrimento difuso, isto é, um estado de mal-estar que se apresenta por meio de queixas inespecíficas, não classificáveis na nosologia clínica ou psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde. Estresse Psicológico. Acolhimento. Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Embora a saúde pública atual entenda a saúde não como ausência de doença, mas como “bem-estar”, a subjetividade, o sofrimento não detectável por meio de exames diagnósticos, parece ainda não ter recebido a atenção de que necessita.

Sabroza (1994) afirma que a atual crise da saúde pública é também aquela vivida no cotidiano e se expressa pela generalização e banalização do mal-estar.

Para este autor, se o termo saúde pública descreve o conjunto de práticas e conhecimentos, organizados institucionalmente em uma sociedade, capazes de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável, um projeto de uma nova saúde pública, dirigida a promover a saúde e não preferencialmente, a cuidar da doença, deverá entender e trabalhar a questão de que as pessoas não têm apenas necessidades, mas também desejos e medos e que o sofrimento precisa ser atendido.

A questão é que atender o sofrimento implica reconhecer a subjetividade, que traz em si o singular e o coletivo. Esta parece ser uma questão crucial para a saúde pública. O sofrimento pertence aos sujeitos e não aos organismos, nem muito menos às doenças. Sujeitos que expressam não apenas o singular, mas também a singularidade da sua interação com o coletivo. Um sujeito não possui apenas corpo. Ele possui corpo, mente e também uma família ou a falta dela, possui vizinhos, amigos, enfim, faz parte de um coletivo e possui uma história que constrói e reconstrói cotidianamente e que é perpassada por desejos, medos, expectativas e anseios.

Para atender o sofrimento, como propõe Sabroza (1994), é preciso acolher o sujeito em sua integridade, permitindo que a subjetividade se expresse como possibilidade de saúde.

Entretanto, falar em acolhimento, em atenção integral e expressão da subjetividade em uma sociedade como a nossa, marcada pelo individualismo e pelo domínio do neoliberalismo, constitui-se num grande desafio.

Costa (2009), ao abordar a noção de abuso de poder no horizonte ético da cultura vigente, chama a atenção para a

suffering”, that is, a state of malaise that is presented by nonspecific complaints that could not be classified according to clinical or psychiatric nosology.

KEY WORDS: Delivery of Health Care. Stress, Psychological. User Embracement. Mental Health.

atitude de indiferença, tão presente em nossa sociedade, que anula o outro em sua humanidade. Tal fenômeno, denominado pelo autor como *albeamento em relação ao outro*, consiste numa atitude de distanciamento em que a hostilidade é substituída pela *desqualificação do sujeito como ser moral*. Neste estado, os maus tratos, as humilhações, a falta de cuidado, tudo passa a ser aceitável uma vez que a impiedade não é reconhecida como tal (COSTA, 2009, p. 81).

Neste contexto de fragilidade dos vínculos sociais e afetivos, torna-se relevante conhecer formas alternativas de cuidado à saúde, referenciadas na promoção da vida.

Este artigo se propõe a trazer a reflexão sobre o sofrimento para o âmbito da saúde pública, a partir da narrativa de quem sofre e, principalmente, enfatizar suas construções e formas de enfrentamento a partir da convivência em grupo. Tais práticas criam novas possibilidades de ação e legitimá-las pode contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde nas quais o interlocutor é o próprio sujeito a quem elas se destinam.

O SOFRIMENTO DIFUSO

Valla (2001) define o sofrimento difuso como uma queixa sobre sintomas como dores de cabeça e no corpo, desânimo, nervosismo, insônia, detectáveis, porém não diagnosticáveis através de exames laboratoriais, e que, via de regra, são medicados com resolubilidade duvidosa.

Para este autor, embora o modelo biomédico, hegemônico nos Estados Unidos e no Brasil, tenha tido muito sucesso na descoberta e no controle das doenças infecciosas, acabou tornando-se uma panacéia para muitas queixas, sem necessariamente resolver problemas como o do sofrimento difuso (VALLA, 2001).

Trata-se, portanto, de um estado de mal-estar que se manifesta por meio de queixas somáticas inespecíficas, de difícil classificação nos diagnósticos da clínica médica ou psiquiátrica. Os profissionais de saúde, de modo geral, não estão preparados para lidar com esta demanda e tendem a identificar essas pessoas como “pacientes poliqueixosos” ou “pitiáticos”.

Para Fonseca *et al.* (2008), refletir sobre este tema pode ampliar a compreensão a respeito dos usuários dos serviços de saúde que demandam por atenção sem que possuam alguma doença que, necessariamente, se enquadre em manuais diagnósticos. Em suas palavras: “Tirar esses usuários de categorias preestabelecidas ou preconceituosas - como poliqueixosos ou pitiáticos - e perceber suas necessidades de cuidado e acolhimento é um grande desafio para os profissionais da ponta, assim como para seus processos de trabalho”. (FONSECA *et al.*, 2008, p. 286)

Fonseca (2007), em sua dissertação de mestrado, lançou mão de um enfoque multidisciplinar para abordar este tema. Em uma das revisões bibliográficas, utilizou estudos epidemiológicos a respeito dos *Transtornos Mentais Comuns (TMC)*.

Os TMC se apresentam através de queixas somáticas inespecíficas e sua maior prevalência está entre as mulheres, nas populações com baixa renda, com baixa escolaridade, precária inserção no mercado de trabalho e precárias redes de apoio social.

Fonseca *et al.* (2008) chama a atenção para a alta prevalência dos TMC nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, o que muitas vezes se desdobra em encaminhamentos e exames desnecessários e/ou na prescrição abusiva de benzodiazepínicos.

Há consenso na literatura em afirmar que os “transtornos mentais comuns estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social”. Se, por um lado, esses achados nos colocam diante da “vulnerabilidade das condições de saúde mental das pessoas em situação de desvantagem econômica e social”, por outro, cabe ressaltar os efeitos protetores que as redes sociais oferecem para esse tipo de sofrimento (FONSECA *et al.*, 2008, p. 289).

Outro paralelo possível com o conceito aqui apresentado - sofrimento difuso - é com o código do nervoso, no qual diversos autores apontam para as diferenças entre os códigos de sofrimento nos diversos grupos e classes sociais e, conseqüentemente, para a importância de se compreender os códigos culturais daqueles que procuram os serviços de saúde em busca de ajuda.

Costa (1987) fala em *doença dos nervos* como um modo de adoecer mental característico das faixas sociais de baixa renda. Trata-se de um quadro sindrômico, de difícil enquadramento na nosografia clássica, e com sintomas variados.

O autor considera que a experiência dos pacientes com o *sofrimento dos nervos* é física porque: “da experiência da vida, guarda o hábito de oferecer, em primeiro plano, o corpo

como instrumento privilegiado de comunicação de conflitos de seu mundo afetivo. Mas, também é mental, e sua expectativa é a de ser reconhecido e seu sofrimento tratado, tanto como um problema”. (COSTA, 1987, p. 14).

Podemos dizer que a *doença dos nervos* não se refere apenas ao corpo. Ao contrário, possui uma significação que engloba queixas orgânicas e psíquicas. O ser que sofre assinala, como causa de seus distúrbios, fatores orgânicos e também de natureza relacional, como conflitos individuais, familiares ou no trabalho.

Costa (1987) critica a teoria que considera a *doença dos nervos* tendo um referente fixo no corpo, por considerar que esta abordagem representa um modo de conceber a linguagem fora de seu contexto ou situações práticas. Sua crítica não nega a presença da opressão social ou da exploração econômica no surgimento deste distúrbio psíquico. Nega, sim, a ideia de que a população trabalhadora possua uma linguagem incapaz de exprimir ou discriminar a natureza do seu mal-estar.

Para Duarte (1998), a noção específica de doença mental emerge da confluência do dualismo entre corpo e mente, que caracteriza o desenvolvimento das representações sobre o humano na cultura ocidental moderna, com o fisicalismo hegemônico nos demais saberes científicos.

Para este autor, os “nervos” se constituem como fio de relações entre o físico e o moral. Não abolem o dualismo físico-moral, ao contrário, constituem uma verdadeira teoria das conexões e fluxos possíveis entre as duas dimensões. Segundo a lógica do “nervoso”, um evento físico pode acarretar reações morais ou uma experiência moral ter implicações físicas, sem que se deixe de distinguir entre os dois planos. Ou seja, aquilo que dividimos como corpo e mente se unem para designar um estado de sofrimento.

Kristeva (2002, p. 13) lança uma inquietante pergunta: “Quem, hoje em dia, ainda tem alma?”

A psicanalista afirma que, em sua experiência clínica, tem observado uma *‘espetacular redução da vida interior’*. Segundo a autora, cada vez mais chegam *‘novos pacientes’* aos consultórios psicanalíticos. Com dificuldades relacionais e sexuais, sintomas somáticos, impossibilidade de expressar-se e mal-estar gerado pelo emprego de uma linguagem sentida como artificial e vazia, embora com a aparência dos analisandos clássicos, logo transparecem *‘doenças da alma’* que evocam, sem com elas se confundirem, as impossibilidades dos psicóticos de simbolizarem traumas insustentáveis. Novas sintomatologias se apresentam, tendo em comum a dificuldade de representar, e essa carência da representação psíquica cria entraves para a vida.

Segundo a autora, o homem moderno vive o empo-

brecimento da representação de sua experiência - vida psíquica. Pressionados pelo estresse e pelas imagens da mídia, que impõem identificações como única possibilidade social de construção do 'eu', as pessoas de hoje substituem a interpretação do sentido pelo ato ou pelo seu avesso, o abandono. São habitantes de um espaço e de um tempo retalhados e acelerados, com dificuldades para reconhecer, em si mesmos, uma fisionomia. Falta tempo e espaço para se constituir uma alma. Polarizando o problema, Kristeva considera o homem moderno um narcisista preso ao corpo pelo sofrimento. A sociedade, entretanto, não o "deixa" sem recursos - oferece a neuroquímica como alívio para suas angústias e, assim, o corpo conquista o território invisível da alma.

A reflexão de Kristeva sobre as *'novas doenças da alma'* nos oferece a oportunidade de pensar este mal-estar como próprio de um modo de vida de uma sociedade capitalista que tudo transforma em mercadoria, e não vinculado exclusivamente a uma classe social. Mesmo assim, não podemos deixar de considerar que a modernidade de nossos tempos não atinge a todos da mesma forma e, portanto, os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social vivem esse problema com algumas especificidades, próprias a seu modo de inserção no mundo.

Numa linguagem bastante peculiar à cultura brasileira, Adalberto Barreto considera que a consequência mais imediata da exclusão social é a cisão da sociedade em duas grandes correntes humanas: uma fixada na terra e possuidora de bens visíveis, e outra, que ninguém quer ver, e que perambula no espaço urbano movida pelas necessidades básicas, como "fantasmas semivisíveis". Estes se constituem na "sociedade dos descolados sociais ou das "almas penadas" (BARRETO, 2007).

Em nossa cultura, o termo "alma penada" define a situação de pessoas que morreram e não conseguem seguir o destino de todas as almas após a morte, ficando, assim, a vagar, tentando, sem sucesso, contato com o mundo dos vivos.

Para o autor, ser migrante, favelado, é tão angustiante e frustrante quanto ser uma "alma penada" buscando contato com os vivos, sem jamais conseguir ser visto ou ouvido. Barreto (2007) considera que as doenças da alma dos excluídos se caracterizam, principalmente, por três distúrbios que atingem de forma contundente os indivíduos, a saber: os distúrbios do abandono, da insegurança e da baixa autoestima. Tais distúrbios se constituem em elementos fomentadores de violência e divisão no seio da sociedade, pelos medos e ações irracionais que podem ocasionar.

MÉTODOS

A dissertação que deu origem a este artigo teve como objeto de estudo a experiência de um grupo de convivência feminino, enquanto território de vida que possibilita a expressão do sofrimento e seu enfrentamento.

A demanda para a formação do grupo foi explicitada por uma religiosa que participava da Rede de Solidariedade da Leopoldina, que, mensalmente, reunia representantes de movimentos sociais para trocar experiências com proposta orientada para a promoção de saúde através de políticas públicas formuladas e encaminhadas intersetorialmente. Em uma das reuniões, a religiosa relatou que frequentemente recebia em sua casa, situada na Maré, mulheres que precisavam ser ouvidas. Em função do número de mulheres que lá chegavam em busca de ajuda, entendeu que seria melhor agrupá-las. A casa, mantida pela Congregação, abrigava algumas religiosas em processo de formação e que, como parte deste processo, desenvolviam trabalhos sociais na comunidade.

O "grupo de mulheres" (assim denominado pelas participantes) se reuniu semanalmente de junho de 2001 até dezembro de 2003, tendo cada encontro uma duração média de duas horas. Apesar da rotatividade imposta pelas exigências da vida diária - as reuniões aconteciam em dia útil e horário diurno - o grupo contava com a participação de aproximadamente 15 mulheres, moradoras de diversas comunidades do Complexo da Maré.

Ao final do ano de 2003, mudanças significativas, na equipe de religiosas, culminaram na desmobilização do grupo. Pouco tempo depois, a Congregação deixou de atuar na Maré.

A participação da religiosa foi fundamental para a formação do grupo. A ela, coube convidar e estimular as mulheres a frequentarem o grupo. Nas primeiras reuniões, fez-se presente participando ativamente das reuniões, mas depois passou a ter participação eventual um pouco em função de seus afazeres, mas principalmente por entender que, desta forma, deixaria as mulheres mais à vontade. Mesmo assim, durante todo o tempo em que o grupo se reuniu, preparou cuidadosamente a casa que acolhia o grupo deixando pronto um lanche sobre a mesa e articulando com as participantes quem abriria e fecharia a casa na sua ausência.

Nos encontros, buscou-se destacar, nos relatos e conversas das mulheres, os incômodos, dificuldades e sofrimentos expressados que compõem uma sintomatologia manifesta ou sofrimento difuso. O acontecido foi registrado em diário de campo, pela coordenadora do grupo e por uma estudante de psicologia, bolsista do CNPq.

O papel da coordenação foi o de mediadora das situações vivenciadas pelo grupo. Portanto, não se furtou a um envolvimento com ele. Durante os encontros, procurou-se estimular as falas e a escuta, buscando compreender e clarificar sua dinâmica, apontar suas possibilidades de ação e suas implicações, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, transformando, sempre que possível, “ruídos” em “conhecimento”.

A fim de conhecer o olhar das mulheres sobre a experiência e, assim, melhor compreender a função do grupo em suas vidas, foram realizadas seis entrevistas com participantes do grupo, um ano após o seu término. Tais entrevistas foram do tipo semiestruturado, com blocos temáticos para orientar a abordagem. Assim, procurou-se conhecer um pouco da trajetória de vida de cada mulher, seus sonhos e suas opiniões sobre a experiência de participar de um grupo de convivência. Neste último item, procurou-se conhecer os motivos que levaram à participação no grupo, as possibilidades de o grupo ajudar na expressão e na construção de formas de enfrentar o sofrimento e as dificuldades de participar de um grupo.

A investigação contemplou as orientações presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante aos princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP). Foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um para as participantes do grupo e outro para as entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas no início de 2005, em local reservado, e transcorreram num clima ameno e respeitoso, em que foi possível acolher as emoções e refletir sobre a experiência de forma construtiva.

Para selecionar as entrevistadas, o critério adotado foi o da participação, tendo sido escolhidas mulheres que se destacaram trazendo para o grupo temas relevantes e questionamentos ou aquelas cuja presença, mesmo silenciosa, tenha sido marcante. Dentre as selecionadas pelos critérios acima, buscou-se contemplar a diversidade no tempo. Assim, foram entrevistadas mulheres que tiveram: a) presença desde o início; b) participação ativa na fase inicial e abandono; c) participação ativa na segunda fase, não estando presente em sua fase inicial; d) participação num primeiro momento, abandono e retorno ao grupo; e) não vinculação ao grupo. Neste último item, o critério adotado foi o de estar presente a mais de uma reunião, ter tido uma presença marcante e mobilizadora no grupo e aceitar ser entrevistada.

Para analisar o material das entrevistas, a metodologia utilizada foi o Discurso do Sujeito Coletivo, proposta por

Lefèvre e Lefèvre (2003). Esta metodologia consiste em analisar o material verbal coletado (discurso), extraindo-se de cada depoimento suas ideias centrais e ancoragens com as correspondentes expressões-chave. A partir das ideias centrais e ancoragens semelhantes, compõem-se discursos-síntese na primeira pessoa do singular. Para os autores, tais discursos, emitidos na *primeira pessoa (coletiva) do singular*, ao mesmo tempo que sinalizam a presença de um sujeito individual do discurso, expressam uma referência coletiva, ou seja, um pensamento social.

Tomando o grupo como tema principal, buscou-se destacar, nas narrativas das entrevistadas, suas motivações para participar do grupo, as expressões de seus sofrimentos, os recursos utilizados para lidar com esses sofrimentos e suas dificuldades em participar do grupo. Tais categorias foram questões norteadoras das entrevistas.

Por motivação, foi considerado aquilo que mobilizou as mulheres a participar do grupo. Buscou-se, em cada discurso, uma fala que sintetizasse a razão pela qual enfrentaram suas dificuldades para chegar ao grupo e frequentar as reuniões. As expressões do sofrimento eram diversas e, apesar das singularidades de cada história, procurou-se selecionar relatos em que a dor de cada uma mantivesse um traço em comum com as demais. Como formas de enfrentamento do sofrimento, foram destacados os recursos utilizados para lidar com seus problemas cotidianos. No item relativo às dificuldades, procurou-se realçar relatos sobre constrangimentos e questionamentos que pudessem favorecer uma reflexão crítica sobre a experiência.

Extraír pequenos trechos do discurso de um sujeito visando à construção de outro que represente o pensamento coletivo é uma tarefa bastante difícil, pois implica abrir mão da riqueza da diversidade e singularidade nele contidas. Para contemplar uma gama maior de ideias, elaborou-se um número de discursos coletivos considerados necessários para caracterizar aspectos diversos do mesmo problema.

Cabe ressaltar, também, a fluidez das categorias. Uma mesma fala, muitas vezes, pode ser inscrita em mais de uma categoria. Procurou-se identificar sua expressão mais marcante, a fim de evitar, o máximo possível, sobreposição.

Neste artigo, optou-se por apresentar os resultados referentes às possibilidades da convivência em grupo no tocante à expressão do sofrimento e seu enfrentamento.

A fim de preservar o anonimato das entrevistadas, solicitou-se que cada uma escolhesse um pseudônimo.

RESULTADOS

O primeiro encontro do grupo foi marcado por uma imensa “necessidade de desabafar”. Diante da solicitação para uma apresentação inicial, todas o fizeram, relatando seus problemas. As falas circularam pelas mulheres, cada uma a seu tempo. Com exceção de uma ou outra palavra de alento, não houve interrupções. Algumas apresentavam com riqueza de detalhes os problemas que estavam vivendo; outras faziam verdadeiros resumos de suas vidas, relatando “traumas” e decepções. Falas longas e emotivas, que quase sempre terminavam em lágrimas.

Chamava a atenção o número de mulheres em uso de medicamentos psiquiátricos, em geral antidepressivos e/ou benzodiazepínicos. Quase todas se queixavam de insônia, dores de cabeça e no corpo, tristeza, desânimo, nervosismo. Identificavam esse mal-estar como problema de saúde e buscavam atendimento médico.

Algumas mulheres, por vezes, percorriam vários serviços de saúde com encaminhamentos para diversas especialidades médicas e exames. Diante da impossibilidade de enquadramento nos manuais diagnósticos, eram medicadas, mas suas queixas persistiam.

Tal situação pode ser exemplificada pelo depoimento de uma das entrevistadas que, ao relatar sua história e o intenso sofrimento que lhe foi imposto pelas condições de sua vida, afirma: “Aí eu entrei em pânico, eu entrei em pânico e não consegui mais assim... enfrentar a realidade, caminhar... Comecei a ficar doente. [...] *Eu ia aos médicos e os médicos não achavam a doença em mim. Aí comecei a tomar antidepressivo [...]*” (CORUJA *apud* SAVI, 2005, anexo 4, p. 14)

Ao longo do tempo em que o grupo se reuniu, sempre que questionadas, as mulheres reafirmavam o desejo de continuarem se encontrando. Para elas, o grupo era um espaço para desabafar, encontrar conforto e ajuda.

A presença da estratificação social era marcante. Parte possuía certa estabilidade financeira, parte não. Havia quem não conseguisse trabalho porque já contava com “certa idade”, entretanto, tinha filhos e netos para alimentar. Havia também as que não podiam trabalhar porque, jovens e com filhos pequenos, não tinham como se ausentar de casa.

A violência, em suas diferentes formas de expressão, e o sofrimento eram temas constantes e atingia a todas. A religiosa, mentora do grupo, certa vez, lançou a ideia de formarmos uma cooperativa de trabalho, a fim de dar condições às mulheres para mudar o rumo de suas vidas. Entretanto, não houve consenso a esse respeito. O que pode ser explicado, em parte, pela estratificação social presente no grupo - as mulheres tinham necessidades diferentes.

Mas, de certa forma, definiu o grupo enquanto espaço de expressão do sofrimento e também de resistência.

Em meio a tantos problemas, as mulheres desejavam um tempo para pensar em si mesmas. Combativas, não desistiam da vida. Quando se reuniam, é verdade, sofriam e choravam muito. Por si mesmas, por suas famílias, por seus amigos e pelos semelhantes, mas também trocavam experiências e buscavam um espaço para a alegria e a esperança.

No dia da primeira festa de aniversariantes, as mulheres chegaram vestidas com muito cuidado. Roupas de festa. A casa, como sempre, estava arrumada com zelo. Um bolo sobre a mesa sinalizava que o dia era especial. Uma das participantes levou um livro, *A importância das coisas simples*, e contou que, apesar de não gostar de ler porque, em geral, não conseguia entender, havia se interessado por este e estava apreciando bastante. Compartilhou com o grupo um texto sobre “aniversário”.

Ao longo da existência do grupo, foi possível perceber a construção de vínculos solidários. As próprias participantes convidavam outras mulheres para frequentar as reuniões e se mobilizavam para visitar as que estavam doentes, para conseguir roupas e alimentos para as que precisavam. A rede solidária ultrapassava os limites de tempo e de espaço do grupo, o que se confirmou nas entrevistas.

As mulheres, mesmo após o fim do grupo, mantinham contato entre si e se ajudavam mutuamente. Algumas passaram a frequentar outros grupos onde se engajaram em atividades sociais, culturais e/ou religiosas. Outras superaram dificuldades e passaram a trabalhar um passo à frente na conquista da autonomia e aumento da autoestima.

As entrevistas evidenciaram que incluir, no cotidiano, um tempo para estar em grupo representou uma oportunidade de integração e, também, um estímulo para o autocuidado, como exemplificado pelo comentário de uma das entrevistadas que, solitária e descuidada de sua aparência, diante da possibilidade de encontro, afirma: “*Agora vou ter que ir [cortar o cabelo] [...] eu não vou aparecer lá com um cabelo desse tamanho [...]*”. (ORQUÍDEA *apud* SAVI, 2005, anexo 4, p. 22).

As mulheres, em seus depoimentos, apontaram aspectos da convivência no grupo pelos quais se sentiram motivadas a participar. Dentre eles, a chance de sair do isolamento e de se comunicar, os vínculos afetivos estabelecidos e o sentimento de pertencimento gerado, a ocasião para “desabafar” e sentir-se aliviada em seu sofrimento, foram destacados, com mais ou menos realce, de acordo com suas expectativas, seus anseios, suas agruras e suas histórias de vida. Outra entrevistada, uma mulher presa a um contexto

familiar de muita violência, encontrou, no grupo, coragem para se expressar.

Em suas palavras: “*Me dava mais coragem ali, eu já... eu não sabia nem conversar, gente! Ai eu fiquei mais... já falando... Eu tinha a maior vergonha de falar na frente dos outros... Tinha a maior vergonha. Ai, pra mim foi tudo melhor! [...]*”. (MARGARIDA *apud* SAVI, 2005, anexo 4, p. 25).

Cabe ressaltar, a ênfase dada por todas as entrevistadas à troca de experiências propiciada pela convivência no grupo. Geradora de *insight*, a partilha das experiências vividas foi sentida como promotora de crescimento pessoal. O saber adquirido por essas experiências e valorizado pelo grupo se constituiu em fator de fortalecimento da autoestima. Falar e ouvir ofereceu sentido para o sofrimento, produziu conhecimento e promoveu a coragem necessária para a busca de novos caminhos para lidar com o sofrimento. Estar em grupo ajudou algumas mulheres a ver o que não conseguiam enxergar sozinhas. Nas palavras de uma entrevistada: “*Porque às vezes você tá tão bloqueada que não dá pra raciocinar. E se for sozinha, não consegue sair não [...]. Cada vez mais entra no poço... e quando você convive assim com um tipo de pessoa, um grupo, você vai melhorando muito, vai ficando mais esclarecida*”. (ESMERALDA *apud* SAVI, 2005, anexo 4, p. 24).

DISCUSSÃO

O grupo de mulheres se constituiu com uma estrutura de funcionamento calcada na horizontalidade e solidariedade que, a partir do diálogo, buscou ser um espaço para o acolhimento e potencialização dos recursos pessoais e grupais.

Para um diálogo verdadeiro, é imprescindível conviver. O convívio suscita perguntas e oferece respostas; permite conhecer o outro e/ou seu contexto; amplia a compreensão da realidade, promove aprendizado mútuo e possibilita a construção de vínculos. Para conviver, é necessário envolvimento pessoal, estar junto e colocar-se, sem fazer disso um instrumento de dominação (OLIVEIRA, 2003).

Para Oliveira (2003), diálogo é encontro entre seres humanos que pronunciam o mundo e, após problematizá-lo, o repronunciam. É, portanto, ato de criação e recriação que constrói consciência crítica. Entretanto, o diálogo pressupõe a visão do outro como sujeito de sua experiência e, portanto, de conhecimento.

Tal ponto de vista vai ao encontro das concepções do movimento denominado Educação Popular e Saúde, composto, em sua maioria, por profissionais da área da saúde - técnicos, professores e pesquisadores - com a participação de ativistas e militantes de movimentos sociais e organizações não-governamentais.

Este movimento que, em 1991, organizou-se na Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde, em 1998, passou a denominar-se Rede de Educação Popular e Saúde. Seu propósito fundamental “consiste em trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população”. (STOTZ, *et al.*, 2005, p. 5)

Segundo os autores, uma das razões para a emergência e o fortalecimento deste movimento foi o descontentamento de profissionais de saúde que, cotidianamente, deparam com as limitações e contradições dos serviços de saúde, especialmente no que se refere à sua falta de resolubilidade diante da complexidade da vida. Tal situação é capaz de “mobilizar os profissionais no sentido de tentar outros caminhos e buscar outras soluções” (STOTZ, *et al.*, 2005, p. 3).

Diante das demandas de atenção por parte dos usuários dos serviços de saúde, estes tendem a oferecer uma escuta especializada que busca enquadrar na nosografia clássica os relatos do sofredor.

Pressionados por uma demanda superior às possibilidades de atendimento e pelas exigências burocráticas de cumprimento de metas estatísticas, os profissionais de saúde, mesmo nos serviços de atenção básica, enfrentam, no cotidiano, inúmeras dificuldades. Pouco conhecimento acerca da realidade local e das necessidades da população, impotência diante dos problemas decorrentes dessa realidade e dificuldades de encaminhamento para serviços de maior complexidade são alguns fatores de estresse para os profissionais de saúde.

A incapacidade de contextualizar os problemas, oriunda da negação da realidade adversa e suas consequências danosas, gera uma postura que tende a considerar os sintomas como uma entidade autônoma, que passa a ser o alvo da intervenção terapêutica. Sob esse ponto de vista, os sintomas seriam independentes do sujeito. Tal prática potencializa a impessoalidade do sistema, que acaba por gerar, em todos, a impotência e o desânimo.

Dentre as várias e férteis interseções possíveis entre a Educação Popular e a saúde, interessa aqui ressaltar sua contribuição para o campo do cuidado em saúde. Suas concepções oferecem novos jeitos de fazer saúde, mais próximos da vida social, permeados por afetos e pelo reconhecimento do outro como sujeito com o qual é possível se relacionar numa atitude de respeito e consideração (STOTZ, *et al.*, 2005).

Nessa perspectiva, o grupo pode se constituir em um espaço de construção coletiva de possibilidades de saúde no

qual a experiência de participar como sujeito do processo traz inúmeros benefícios.

Freire (1997) aponta para a importância dos pormenores do cotidiano, para os quais, em geral, pouca atenção se dá, mas que, na verdade, são plenos de significação, uma vez que ressaltam a dimensão formadora contida no gesto e no que há de informal nas experiências.

Na formação, segundo o autor, o que importa “não é a repetição mecânica do gesto, este ou aquele, mas a compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo, da insegurança a ser superada pela segurança, do medo que, ao ser ‘educado’, vai gerando a coragem” (FREIRE, 1997, p. 45).

O grupo de mulheres, ao definir o que queria ser e fazer, se afirmando como espaço não só de troca de experiências, mas também, de celebração da vida e, portanto, de resistência, enfatiza a ‘*eloquência do discurso pronunciado*’ no que há de informal no cuidado à saúde (FREIRE, 1997, p. 45).

No grupo, o respeito mútuo pronunciado em atos cotidianos que valorizavam a compreensão, os sentimentos, as emoções e desejos também se constituíram em experiências estruturantes para as mulheres, na medida em que possibilitaram a superação da insegurança, a transformação do medo e a construção da autonomia.

Para Saraceno (1999), um serviço deveria ser um “lugar” (constituído de uma multiplicidade de lugares/opportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades encontram-se continuamente à disposição de todos. Entre suas características deve estar a flexibilidade e a diversificação, em oposição “ao serviço como produtor de uma oferta fechada à qual o paciente deve se adaptar, sob pena de expulsão” (SARACENO, 1999, p. 96).

O autor considera um bom serviço aquele com alta integração interna e externa, ou seja, onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece. Por integração interna, compreende o conjunto de estratégias organizativas e afetivas de um serviço, enquanto a integração externa refere-se à permeabilidade do serviço a saberes e recursos circunstantes, que, em geral, não são vistos, tampouco utilizados.

Um serviço pode se organizar de modo a reproduzir respostas estereotipadas às demandas, adaptando a singularidade e complexidade do sofrimento a uma organização cristalizada e indiscutível, ou pode adaptar o saber à especificidade da situação, estratégia imprescindível para aprender: “a reanimação de si mesmo, a distinguir entre os gestos, as noções, os instrumentos que podem verdadeiramente servir para lutar contra o sofrimento e os componentes ‘parasitas’ da identidade profissional” (SARACENO, 1999, p. 97).

Assim, a integração interna do serviço referida por (SARACENO, 1999) inclui a adoção de um *modo de trabalho* com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, em que existem recursos disponíveis, competências flexíveis e uma organização orientada para as necessidades do paciente, e não do serviço. Cabe esclarecer que Saraceno utiliza a expressão ‘*stile de lavoro*’ usada na literatura psiquiátrica italiana progressista e traduzida por “estilo de trabalho”. O autor, entretanto, explicita que tal tradução prejudica uma compreensão mais profunda do seu significado pelos anglo-saxões. Optou-se pela expressão *modo de trabalho* por acreditar que traduz melhor a ideia à qual se refere.

Segundo o autor, a comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais, e com a qual o serviço pode entrar em relação através de processos de interação/integração.

Numa comunidade, suas instituições formais ou informais - paróquias, sindicatos, associações esportivas etc. - representam recursos potenciais de um serviço que possibilitam articulações capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar.

Levando-se em conta que os serviços de saúde são o local onde o sofrimento difuso se manifesta em busca de reconhecimento e ajuda, pensar em dispositivos grupais que possam acolher tais demandas parece adequado tanto para a população quanto para os profissionais que, pressionados por uma agenda lotada, dificilmente conseguem compreender ou mesmo atender esse tipo de solicitação.

Trata-se, portanto, de uma profunda transformação na lógica do trabalho, na qual o cuidado à saúde implica o reconhecimento do outro como sujeito e a utilização de recursos e saberes múltiplos, com ênfase nas competências. O trabalhador de saúde atua como negociador de interesses diversos, capaz de organizar estratégias de ações adequadas às necessidades demandadas.

Atividades grupais de diversas orientações, independentemente de se realizarem geograficamente dentro ou fora do espaço dos serviços de saúde, potencializam recursos e contextualizam o serviço.

A comunidade emerge como uma significação transformadora e ganha força insuspeitada nestes tempos de Globalização com predomínio do individualismo e competitividade. A palavra “comunidade tem aparecido investida de um poder de resgate da solidariedade humana ou da organicidade social perdida”. Em termos de comunidade, a solidariedade é “uma verdadeira estratégia dos que, por viverem na escassez ou à margem, constroem um saber

particular de convivialismo e de experiência local” (PAIVA, 2003, p. 19).

Para a autora, a ideia de aldeia global interligando os povos através da circulação de informação não trouxe conscientização nem efetiva participação na solução de problemas sociais. “A informação, tendo alcançado seu mais alto grau de rapidez e volume, não propiciou, como se poderia supor, a experiência comum, o partilhamento do real; ao contrário, simulou essa vivência” (PAIVA, 2003, p. 22).

A interpretação do mundo e a intervenção no real exigem que se priorize o local, o regional, o contato, embora não se possa abrir mão do aparato técnico que envolve o indivíduo em seu não-pertencimento e nomadismo, próprios da era atual. A comunidade e seus recursos se colocam como uma saída possível. Nas palavras da autora: “Os sujeitos individuais e coletivos podem escapar aos ditames do poder, às pressões da alienação, graças ao impulso dado pela experiência da pluralidade, da expressão múltipla. A comunidade é esse sujeito coletivo” (PAIVA, 2003, p. 26).

Partilhar a experiência do/com o outro é estruturante para o indivíduo. Pertencer a um grupo significa o enraizamento do indivíduo no cotidiano do outro e também o reconhecimento de sua própria existência. Afinal, precisamos do olhar do outro para nos percebermos e isso implica convivência.

Quando alguém conta sua história, na verdade, está recontando e refazendo a sua história. Precisamos do outro para nos construir enquanto sujeitos. Ao nascer, é através do par mãe-bebê que fazemos uma primeira distinção entre o Eu e o não-Eu. Aos poucos, vários “Outros” vão se introduzindo nesta relação e, assim, vai se dando o processo de construção do Eu. Com o crescimento, iniciamos um caminhar ‘*rumo à independência*’ (WINNICOTT, 1983, p. 87). Assim, construímos identidades múltiplas que nos permitem assumir diversos papéis sociais. Ao postular um caminhar *rumo a*, o autor nos dá a ideia de um processo que não se esgota. Este processo se dá justamente no espaço do coletivo, onde se entrelaçam o “Eu” e os vários “Outros” em construção. A subjetividade é, portanto, um processo que se dá na intersubjetividade.

A experiência de solidariedade e consideração vivenciada no grupo ajudou a reconstruir trajetórias interrompidas pelo cotidiano de necessidades, em que grande parte das suas energias é consumida em estratégias de sobrevivência física e emocional. Em grupo, cada mulher retomou a possibilidade da consciência de si mesma e do seu potencial transformador.

Lacerda e Valla (2003), numa releitura sobre a teoria do apoio social, afirmam que este compreende os diversos recursos (emocionais, informativos e instrumentais) que os sujeitos recebem através das relações sociais sistemáticas e que geram efeitos positivos tanto em quem recebe como em quem oferece o apoio, apontando para uma relação de troca e de envolvimento. Enfatizar os relacionamentos sociais significa dar relevância ao conceito de redes sociais, definidas como uma teia de relações que circundam os indivíduos conectados pelos vínculos sociais.

Estar junto é uma forma de lidar com o sofrimento difuso, mas não é só isso. O grupo funcionou como elo de apoio social e expressão para o sofrimento, mas foi também um espaço de liberdade, de autonomia e de construção de sentido, onde o individual e o coletivo se imbricaram na formulação da (re)composição da história de cada mulher, permitindo a elaboração e valorização de ideias sobre vida e saúde.

Winnicott (1975) lançou luz sobre o desenvolvimento humano ao mostrar a relação entre o objeto transicional, o brincar e a vida cultural futura. Para ele, a transicionalidade, o jogo e a criatividade são elementos essenciais em uma situação terapêutica.

Partindo de sua observação como pediatra, correlaciona hábitos infantis corriqueiros - chupar dedo, acariciar lençóis e fronhas e agarrar-se ao seu brinquedo de estimação para dormir - com as ansiedades de separação da figura materna. Designou-os como objetos e fenômenos transicionais, aos quais a criança se liga para substituir, transitoriamente, a figura materna da qual precisa se individualizar. Esta é a primeira possessão “não-eu”. São vivenciados como objetos ao mesmo tempo internos e externos e localizam-se, segundo o bebê, dentro, fora e na fronteira entre bebê e mãe. Sua importância não é tanto seu valor simbólico, e sim seu valor real. “O fato de ele não ser o seio (ou a mãe), embora real, é tão importante quanto o fato de representar o seio (ou a mãe)”. (WINNICOTT, 1975, p. 19)

Esta é a área intermediária de experiência, considerada por Winnicott a terceira área do ser humano, que se agrega ao interno e ao externo, com a qual se relacionam o pensar e o fantasiar. À medida que o bebê cresce, os objetos transicionais vão sendo substituídos por fenômenos mais abstratos - fenômenos transicionais. Para Winnicott (1975), são essas experiências que possibilitam o simbolismo, a diferenciação entre fato e fantasia, realidade interna e externa, criatividade e percepção.

Segundo Mello Filho, entre os participantes de um grupo, cria-se uma área de experimentação, um ‘*espaço-potencial*’ onde vai se desenvolver a ‘*interação-terapia*’. Esse espaço

intermedeia as relações dos participantes, “constituindo-se numa ampla zona de troca de experiências, de informações, onde, dentre outras produções, vão se desenvolver a criatividade e a cultura próprias daquele grupo” (MELLO FILHO, 1989, p. 191).

Para este autor, é a existência dessa área de ilusão e realidade que propicia as grandes contribuições do grupo para o processo terapêutico. A existência desse espaço potencial-transicional em um grupo que funcione em clima de liberdade favorece a criatividade. O uso do brincar pode ser vivido como uma atitude de aproximação, além de sugerir que a vida pode ser vivida de modo diferente.

Winnicott postulou que o olhar materno é o primeiro espelho do ser humano: “Quando olho, sou visto, logo existo” (MELLO FILHO, 1989, p. 196). No grupo, cada participante reflete a imagem real do outro e também o que vê, “com os olhos do inconsciente, no outro”. Em contrapartida, pode se ver através do outro. Ser olhado e reconhecido nos permite estruturar nossa identidade através de um “self” (si mesmo) mais íntegro e harmônico.

Parafraseando Winnicott, Mello Filho afirma que, no grupo, “vemos e somos vistos, logo existimos”. Desta forma, coloca o grupo como um espaço onde as interações e trocas adquirem potencial transformador (MELLO FILHO, 1989, p. 199).

CONCLUSÃO

Ao agrupar as mulheres, de pronto foi possível entrar em contato com o intenso sofrimento em que viviam. Um desconforto intermitente, obscuro e inominável que entendemos ser a expressão do sofrimento difuso. Um mal-estar e descontentamento inseparável e comum às pessoas desassistidas em praticamente todos os campos de sua existência.

Em luta constante por almejem reconhecimento, pertencimento, e recebendo como resposta o alijamento dos seus direitos e das políticas públicas, a solidão, a baixa autoestima, o desamor, a dor, enfim, o sofrimento se instala de forma tão contundente que corpo e alma se reúnem num contingente de desesperança.

Desconsiderado pela saúde pública e desvalorizado por uma sociedade cada vez mais veloz, cujo projeto dominante enfatiza as avaliações quantitativas e a sofisticação tecnológica, o sofrimento torna-se difuso. Na busca de acolhimento, se apresenta travestido do que é reconhecido pela sociedade, adquirindo, assim, características mutáveis.

É possível traçar os caminhos dos seus sofrimentos. Vão aos serviços de saúde, à igreja, participam de projetos sociais

e também do grupo de mulheres. Algo nessa trajetória é comum: a busca de construção de vínculos, de esperança em uma vida melhor.

Ao se agruparem, sinais de mal-estar, que até então pareciam pertencer a cada uma, gerando sentimento de incapacidade, se inserem num determinado modo de viver e adquirem novos sentidos.

Importante ressaltar a opção pelo grupo como um espaço de troca e de resistência, ou seja, uma possibilidade de falar de si, dos seus temores, de seus desejos, de suas conquistas, de suas histórias, de suas frustrações e de suas ilusões, facilitando entrar em contato com seus sentimentos e emoções. Dessa forma, permitiram-se construir um lar, ainda que incipiente, para suas mentes inquietas repousarem e, também, nos dizer que precisam e desejam sobreviver enquanto sujeitos.

Com a convivência no grupo, aos poucos foram se entrecruzando enxaquecas, desgostos, preocupações, insônias, desânimos e falta de perspectivas. O singular e o coletivo compartilhado traçaram um novo desenho para as dores do corpo e da alma. Ao partilharem o sofrimento, não estavam mais sós. A convivência criou sentido de pertencimento, resgatou valores culturais e possibilitou a participação, o diálogo e a reflexão, permitindo que cada uma pudesse vir a ser agente de sua própria transformação.

Ao falar de seu problema, a mulher transmitia sua visão de mundo e comunicava seu sofrimento. Sua história trazia, à tona, a dor, antes silenciada, das outras mulheres. No diálogo que objetivava o sofrimento, foi possível refletir e socializar o conhecimento elaborado ao longo de suas vidas. Mais ainda, foi possível construir novos conhecimentos a partir das diferentes vivências. Compartilhar problemas e sofrimentos fortaleceu os vínculos afetivos e gerou cumplicidade na busca de soluções possíveis, recriando o espaço para a esperança e a solidariedade.

Pertencer a um grupo significou enraizar-se no cotidiano do outro e também no reconhecimento de sua própria existência; afinal, é preciso o olhar do outro para ser percebido. A construção do sujeito é um processo que só ocorre na intersubjetividade, ou seja, na e com a presença do outro. As participantes do grupo perceberam suas semelhanças e, juntas, trocaram experiências, ofereceram e receberam ajuda. O problema vivido por uma, muitas vezes, se transformava em competência para ajudar quem precisava. A vivência que uma mulher experimentava no presente era sempre uma possibilidade de todas as outras.

A experiência de acolher essas pessoas sem voz e sem visibilidade em um grupo, para dialogar sobre seus sentimentos e buscar significado para os mesmos, constitui -se

numa alternativa simples e viável de cuidado em saúde. A oportunidade de serem ouvidas e respeitadas em suas falas, quer sejam elas queixosas quer sejam de ânimo, de descoberta, de medo, de raiva, de fé religiosa, ou de preocupação com seus familiares, demonstrou ser de grande importância em suas vidas. Mas não só. Ao tecer relações de confiança, o grupo se ofereceu como espelho da realidade local e refletiu nuances das delicadas situações de vida da comunidade.

A convivência mostrou ser um valioso instrumento metodológico para o conhecimento dos modos de vida e das necessidades de um determinado local e de seus habitantes. Ali, onde se imbricam as condições e as experiências de vida, o objetivo e o subjetivo, o individual e o coletivo, reside a possibilidade de transformação. A inclusão do subjetivo significa a inclusão do olhar do outro e, portanto, a oportunidade de construção de um conhecimento não excludente e de uma prática mais acertada.

Mesmo reconhecendo que a classe trabalhadora vive problemas específicos vinculados às suas condições de vida, não podemos deixar de pensar no sofrimento como um mal-estar próprio de um modo de vida de uma sociedade que consome bens materiais, símbolos de status e também a vitalidade de corpos e mentes utilizados na indústria do lucro. Uma sociedade que, de um lado, produz uma realidade social cruel apoiada no individualismo, na competição, no tédio e no medo e, de outro, os meios de fuga desta realidade.

Para pensarmos numa saúde pública mais comprometida com as possibilidades de vida e, portanto, com a saúde, é necessário considerar o sujeito e seu sofrimento.

O sofrimento, difuso em suas expressões e causas, é um pedido de socorro pleno de humanidade e esperança. A mulher que sofre necessita falar, mas seu desejo é também ser ouvida e assim poder atribuir sentido ao seu discurso. Busca o reconhecimento não apenas de suas amarguras, mas também de seus anseios. De posse da sua subjetividade, a dor, agora reconhecida pelo outro, pode ser identificada e transformada em desafio na busca de soluções, fortalecendo recursos antes dispersos.

Participar do grupo, podendo discutir e definir seus objetivos, inseriu as mulheres num processo de construção, pelo qual todas eram responsáveis. O grupo - espaço vivo - era perpassado pelo inusitado. Interagir para ocupar-se de situações das mais corriqueiras às mais delicadas, lidar com as contradições que, muitas vezes, envolviam tais situações e decidir sobre os caminhos a seguir. Vivenciar tudo isso num ambiente de acolhimento e respeito se constituiu numa experiência na qual a ética e a possibilidade de

intervir na realidade se colocaram. Tal experiência ajudou a superar medos e inseguranças e estimulou a coragem para ir além.

Nas palavras de uma das entrevistadas: “Porque, se você abrir uma porta, você vê que tem o outro lado de lá, você não esquece o lado de cá, não vai dar. Então, o grupo ajuda, ajuda a você ter coragem, aquela coragem de você poder abrir a portinha pra ver o que está do outro lado. Aí, você vai em frente e vê: ah, o mundo é assim?” (ESMERALDA *apud* SAVI, 2005: anexo p. 24)

Ao término do grupo de convivência, as mulheres continuam morando na Maré e enfrentando as dificuldades da vida cotidiana. Entretanto, podendo ser um pouco mais senhoras de si, lhes é possível “abrir a porta” e ver o futuro como problema, não mais como *inexorabilidade*.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. P. As dores da alma dos excluídos no Brasil e terapia comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Org.). **Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social: saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos: o lado privado da violência pública. In: ROITMAN, A. (Org.). **O desafio ético**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a “doença dos nervos” e a identidade psicológica. **Cadernos IMS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 4-44, 1987.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial? In: ALVES, P. C., RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia e saúde: traçando identidade e explorando fronteira**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

FONSECA, M. L. G. **Sufrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONSECA, M. L. G. *et al.* Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- KRISTEVA, J. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: UDUCS, 2003.
- MELLO FILHO, J. **O ser e o viver**: uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- MELLO, T. **Faz escuro mas eu canto**. 23. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- OLIVEIRA, M. W. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades**: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos. 2003. 135f. Pesquisa de pós-doutorado. São Carlos: UFSCar, 2003.
- PAIVA, R. P. A. **O espírito comum**: comunidade, mídia e globalismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.
- SABROZA, P. C. **Saúde pública**: procurando os limites da crise. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994. (Texto apresentado na Associação Latino Americana de Estudos em Saúde Coletiva).
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
- SAVI, E. S. A. **O sofrimento difuso das mulheres na maré**: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência. 2005. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- STEIN, G. Psicanálise compartilhada: atualização. In: OSORIO, L. C.; ZIMMERMAN, D. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- STOTZ, E. N., DAVID, H. M. S. L., WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetórias, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.
- VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V. V. (Org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Sulina, 1983.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: outubro de 2009
