



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva



**O vínculo como potência do cuidado em saúde à população em situação de rua –
uma contraposição a medicalização da vida**

Carina Marinelli Silva Paupitz

CAMPINAS

2022

Carina Marinelli Silva Paupitz

**O vínculo como potência do cuidado em saúde à população em situação de rua –
uma contraposição a medicalização da vida**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva
do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Profa. Dra Rosana T. Onocko Campos
Orientadora: Profa. Dra. Rosana T. Onocko Campos

CAMPINAS

2022

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.2 O acesso aos serviços de saúde no Brasil.....	7
1.3 Medicalização.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGIA.....	9
4. DESENVOLVIMENTO.....	10
4.1 Os “amarelinhos” - CNAR Campinas.....	10
4.2 Os Centros de Convivência (CECOS).....	11
4.3 Sobre ouvir histórias: um critério para artesanias dos afetos.....	13
4.4 As “miudezas” do cotidiano.....	14
4.5 Outros desdobramentos	17
4.6 Samba, vida e morte em uma avenida.....	20
4.7 Encontros e Desencontros.....	22
4.8 Diferença entre ver e enxergar.....	26
5. REFLEXÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	32

Resumo:

Este trabalho tem como objetivo discutir a importância da construção do vínculo para a efetivação do cuidado em saúde mental. Trazendo à luz, também, reflexão acerca do processo de medicalização da vida nos serviços de saúde, especificamente, na Atenção Primária. Trata-se de um relato de experiência sobre a formação em serviço vivenciada em um Consultório na Rua no Município de Campinas, partindo da descrição de dois casos clínicos atendidos enquanto psicóloga residente deste serviço. A partir dessa narrativa, faz-se necessário ressaltar que a resolutividade na rede básica de saúde está ligada não só ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que surge do encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Palavras-chave: Vínculo, Medicalização, Relato de Experiência

Abstract:

The objective of this work is to discuss the importance of building a bond for effective mental health care. Bringing to light, also, reflection on the process of medicalization of life in health services, specifically in Primary Care. This is an experience report on in-service training experienced in an Office on the Street in the city of Campinas, based on the description of two clinical cases attended as a resident psychologist of this service. From this narrative, it is necessary to point out that the resolution capacity in the basic health network is linked not only to the instrumental resource and technical knowledge of the professionals, but also to the welcoming action, to the bond established with the user, to the meaning that is gives in the professional/user relationship, which arises from the meeting of subjects with the meaning of acting in the field of health.

Keywords: Bond, Medicalization, experience report

1.INTRODUÇÃO

Esse trabalho nasce a partir de reflexões, afetações e atuação de uma psicóloga residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Campinas (UNICAMP).

Tem como objetivo descrever através do relato de experiência e da apresentação de dois casos clínicos atendidos, a importância da construção do vínculo para a efetivação do cuidado em saúde mental. Trazendo a luz, também, reflexão acerca do processo de medicalização da vida nos serviços de saúde.

A relação entre os profissionais e as pessoas que usam os serviços de saúde é um tema importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na atenção básica pelo uso da palavra *vínculo*. (BRASIL, 2012) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como foco descrever usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população. Segundo suas diretrizes, a atenção básica deve funcionar como porta de entrada e centro de comunicação de toda a rede de atenção com um amplo espectro de ações: promoção de saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação; redução de danos e manutenção da saúde.

Para a PNAB, vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). A política enquadra o vínculo como condicionante de sua efetivação, uma vez que o apresenta como viabilizador da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Brunello et al., (2009), em uma revisão sobre vínculo na atenção à saúde no Brasil, concluem que o estabelecimento deste tipo de relação entre equipes e usuários poderia, inclusive, melhorar o conhecimento por parte dos profissionais dos reais problemas da população atendida e motivá-los a buscarem juntos as soluções para estes e para a melhoria dos serviços.

Garcia Jr. (2015) aborda as relações de poder que a prática de produção de vínculo engendra entre sujeitos do cuidado e afirma que essa pode se estabelecer “[...] mesmo

nas diferenças entre si, de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências, um *ethos* do cuidado.” (p. 129).

1.2 O acesso aos serviços de saúde no Brasil

Embora o Brasil tenha avançado no acesso aos serviços de saúde por meio da expansão da cobertura pelas ESF nos diversos municípios do país, ainda existem grupos que devido à organização dos serviços e seus modos de vida, encontram grande dificuldade de acesso a estes em decorrência de suas singularidades (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010).

Esse é o caso das pessoas em situação de vulnerabilidade, o que requer constante renovação dos arranjos e das metodologias de organização do cuidado. Destacam-se nesse grupo pessoas que vivem em situação de rua que historicamente tem acesso limitado aos serviços de saúde com uma gama de entraves, alguns destes assinalados por Costa (2005): a exigência de comprovação de residência, tratamentos de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as condições de vida destes indivíduos e o despreparo dos profissionais para o acolhimento a esse grupo.

Contudo, recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica instituiu os Consultórios na Rua (CNAR) com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2012). A proposta das equipes do CR consiste em promover uma articulação da rede com a principal finalidade de garantir o acesso à atenção integral à saúde às pessoas em situação de rua/usuários de álcool e outras drogas.

1.3 Medicalização

O sociólogo Ivan Illich foi um dos primeiros e mais radicais críticos do processo de expansão do saber e poder da medicina sobre a sociedade. Em seu ilustre livro *Nêmesis: a expropriação da saúde* (1975), o autor afirma que a empresa médica é uma ameaça à saúde, aliena a sociedade e impede, através do seu monopólio médico, que o conhecimento seja compartilhado. Em momento posterior, Illich reavalia seu posicionamento a respeito desse fenômeno e acrescenta o papel da sociedade. De acordo com Nogueira (2003), Illich passa a falar sobre uma necessidade obsessiva que seria produzida em torno da saúde e observada nas décadas posteriores, 1980 e 1990. Não se trata, portanto, de um monopólio ou imperialismo da medicina, mas de uma produção de

urgência relativa ao autocuidado, na qual o cliente, ou cidadão comum, é transformado em uma nova espécie de profissional da saúde.

Segundo Costa (2005, apud Figueira & Caliman, 2014), tais processos, de agenciamento e controle de questões e problemas cotidianos pela medicina, acarretam reflexos importantes nas sociedades contemporâneas, nas quais as informações e afirmações médico-científicas passam a ocupar o lugar da verdade, do incontestável e do universal. Como consequência, comportamentos e estilos de vida pessoais e individuais, antes referendados por valores religiosos, éticos e políticos, passam a ser normatizados e referenciados através dos debates suscitados pelas ciências, principalmente as de bases biomédicas e neurocientíficas (Figueira & Caliman, 2014).

Segundo Caponi, (2007) a transformação do sofrimento em patologia, ou da situação de risco em uma doença futura, com sua consequente medicalização, são marcantes na demanda atual de bem-estar e intolerância ao sofrimento alheio.

A medicalização é um fenômeno que não é regular nem unânime, mas sim que varia de acordo com as diferentes populações e grupos sociais submetidos a ela (Silva & Canavêz, 2017). Partindo da perspectiva da medicalização como um processo no qual instâncias cotidianas da vida se tornam objetos da jurisdição médica (a partir de conselhos, advertências e informações circulantes no meio social sobre o que poderia ser considerado doença ou não), Conrad (2010) destaca ainda as dimensões da tecnologia, da colaboração e da ideologia médica como formas de viabilizar esse controle e poder nas sociedades atuais.

Portanto, propõe-se a construção do vínculo como potente estratégia para transformação das práticas cotidianas de saúde, a partir de um projeto ético-estético-político centrado nas demandas e necessidades em saúde dos usuários, em sua singularidade, e mediante relações simétricas.

2. OBJETIVOS

Narrar e discutir a construção de vínculo com usuários em situação de rua para efetivação do cuidado em saúde mental, a partir da experiência de atuação e descrição de 2 casos clínicos atendidos enquanto psicóloga residente no Consultório na Rua no Município de Campinas.

3. METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o trabalho é o relato de experiência. Pressupõe-se no relato de experiência um trabalho de concatenação e memória - a elaboração de um acontecimento como vê seu relator, invocando suas competências reflexivas e associativas. O relato de experiência é uma modalidade de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, concebida na reinscrição ativada através de trabalhos da memória, em que o sujeito constrói seus direcionamentos de pesquisa ao longo de diferentes tempos (DALTRO & FARIA, 2019).

Pode-se dizer que o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva, que dispara uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional (BVS, 2014 apud SCHULTZ, 2014).

Conforme o apontado por (BONDÍA, 2002, p. 25), “experiência é tudo aquilo que nos passa, que nos toca ou que nos acontece e, ao nos passar, nos forma e nos transforma.”

Dessa maneira, a experiência abrange aquilo que de alguma forma nos marca e reinventa; aquilo que ao nos mobilizar, nos desloca de nossas zonas de conforto e produz diferenças.

Posto isto, experienciar se trata de um movimento de abertura para aquilo que nos atravessa, de modo que é necessário ao sujeito receptividade ao processo e seus efeitos.

Nesse sentido, um relato de experiência como o proposto aqui tem como objetivo narrar não apenas os fatos em si - isto é, aquilo que se passa -, mas aquilo que eles expressam e os efeitos que promovem nos sujeitos e nos equipamentos de saúde que dele participam. Trata-se, portanto, daquilo que estes fatos agenciam e o que esses agenciamentos produzem.

Para basear e ilustrar a discussão acerca do vínculo como potência do cuidado em saúde a população em situação de rua, em uma contraposição a medicalização da vida, será apresentado e contextualizado sobre o que é o consultório na rua de Campinas e serão descritos/narrados dois casos clínicos atendidos durante a minha passagem enquanto psicóloga residente de saúde mental por esse serviço.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Os “amarelinhos” - CNAR Campinas

O consultório na rua é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) lançado em 2011, que compõe a Política Nacional de Atenção Básica e atende a população em situação de rua com abordagem multiprofissional.

O CNAR Campinas nasce em 2012 e é configurado como um serviço itinerante de saúde, oferecendo assistência a população em situação de rua e em vulnerabilidade social, prioritariamente na região central, norte e leste da cidade de Campinas - SP. Entretanto, faz algumas ações pontuais quando solicitado por algum outro serviço de saúde ou pela própria comunidade ou população atendida.

Os campos fixos e itinerantes constituem pelo Largo do Pará, Praça da Catedral, Praça Castro Mendes, Samim, Terminal Central (Quebra Osso), Favela do Borto, Fepasa (Campo das PSX), Parque Via Norte, Paranapanema e locais onde há um uso intenso de substância psicoativa, também conhecido como mocós, que são a linha do trem, buracão e barrancos. Entendem-se por campos fixos os locais públicos onde a equipe se instala, com dias e horários predeterminados, para que a população em situação de rua possa nos acessar.

Os usuários atendidos têm prontuário e se preconiza o máximo da resolutividade in loco. Também se ofertam outros cuidados para além do atendimento médico, a fim de resgatar a autonomia do sujeito.

O CNAR Campinas é circunscrito na modalidade III e conta com uma equipe multidisciplinar composta por 4 médicos, 2 motoristas, 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 administrativa, 1 educadora física/gestora e 3 redutores de danos.

A ação da redução de danos se faz essencial nesses locais. Muitas vezes, os redutores de danos (RD) são aqueles que fazem o contato inicial e estabelecem o primeiro vínculo com os usuários, além de fazer um mapeamento e sinalização para a equipe das áreas da cidade e dos locais, construindo a ponte com o restante dos cuidados em saúde que porventura venhamos a fazer.

São realizadas orientações específicas aos usuários sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, explicando sobre a importância de não compartilharem os materiais de uso, alertando sobre doenças como tuberculose, hepatite etc. e os problemas de usar o crack

com a palha de aço (bombril) ou na lata. Distribuem insumos relacionados ao uso de substância, como piteiras, cachimbos, preservativos e kits de higiene.

Além disso, por atuarem “in loco”, nossas ações se realizam diretamente no território dos sujeitos, fato este que carrega consigo inúmeras potencialidades - relativas à proximidade com a população local; à articulação com os equipamentos de saúde, cultura e assistência do território; e ao entendimento da dinâmica territorial e dos sujeitos, bem como destes em sua relação -, mas também, dificuldades, as quais estão relacionadas principalmente à continuidade das ações (dada a dinâmica também itinerante da população atendida) e ao acesso dos usuários a direitos básicos (como por exemplo, transporte, moradia, lazer e alimentação).

4.2 Os Centros de Convivência (CECOS)

Neste tópico discutem-se os centros de convivência, em virtude de seu papel na composição dos dois casos clínicos apresentados a seguir, fazendo integração com a promoção do cuidado no território, inclusão social e convivência dos usuários nos demais serviços de saúde.

O Centro de Convivência (CECO) é um equipamento nascido do movimento da Reforma Psiquiátrica que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) junto com outros serviços substitutivos de Saúde Mental. Esse movimento preconizou a mudança do modelo médico-centrado e higienista com a atenção focada em hospitais psiquiátricos e isolamento para um modelo extra hospitalar e comunitário, voltado à desinstitucionalização, ao convívio e inclusão dos usuários de serviços de saúde mental na sociedade, promovendo cuidado no território e buscando a garantia de direitos dessa população (BRASIL, 2005). Eles se constituem:

Enquanto um dos pontos de atenção da RAPS na atenção básica em saúde, ofertando à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, bem como promovendo a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das

diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2011, p.86).

Realizam um trabalho intersetorial, estabelecendo parcerias com serviços da saúde, cultura e assistência, inseridos em determinado território, e articulam-se a este com o objetivo de promover espaços de convívio e participação social a todos os sujeitos desse território, assim como às pessoas que vivenciam diferentes formas de exclusão.

Desse modo, tomando a problematização feita por FERIGATO et.al (2016) com relação à potencialidade dos Centros de Convivência para além da mera inclusão de pessoas excluídas, tem-se que os Cecos também podem e devem “criar um sentido para as produções coletivas de um território, produzir novos modos de sociabilidade, ou ainda fabricar formas de sociabilidade alternativas” (p.83).

A noção de território passa a ser construída, cultural e socialmente, de forma dinâmica. Na saúde coletiva o território é compreendido, não só como espaço físico, mas também existencial, ou seja, produzido pelos indivíduos e grupos que o ocupam e que buscam sentidos para viver naquele local. Trata-se de um conceito relevante para a compreensão da saúde, porque são levadas assim em consideração diversas dimensões das condições de vida das pessoas e seus contextos sociais (LIMA; YASUI, 2014).

O Ceco Portal das Artes e o Espaço das Vilas de Campinas compõem em parceria com o CNAR um projeto intitulado “Ceco na Rua”, no qual, todas as terças-feiras, no período da manhã, profissionais dos dois serviços comparecem ao campo fixo Praça Largo do Pará e ofertam espaços de convivência, oficinas de música, jogos interativos e atividades artesanais para os usuários e pessoas da comunidade.

4.3 Sobre ouvir histórias: um critério para artesanania dos afetos

José.¹ Um senhor de 67 anos, de pele preta, de olhos castanhos cansados, pequenos e vermelhos, comparece com regularidade aos nossos campos fixos, as vezes até mais que uma vez na semana. Lembro que passava despercebido por mim, entre idas e vindas, sempre em consultas médicas, na maioria das vezes com alunos estudantes de medicina,

¹ Para preservação da identidade dos usuários, os nomes foram alterados

residentes e ora pelos médicos da própria equipe, que já o conheciam há vários e longos anos.

Lembro da primeira vez que de fato o notei, era uma sexta-feira, no campo da Praça Castro Mendes, quando precisava discutir um caso com nossa assistente social, que estava há vários minutos, se não horas, sentada em uma mesa conversando com ele. Lembro de me aproximar e dele se comunicar de forma afetuosa com uma das nossas técnicas de enfermagem.

Era fim de campo, nossa assistente social me convida para acompanhá-la até a padaria para ir ao banheiro e para tomar um café, aceito seu convite e ela começa me dizendo sobre José. Conta que ele tem estado ansioso/depressivo e com dificuldades para dormir, refere que ele a procurou em virtude de pedir informações sobre o paradeiro de seu irmão mais novo e de sua mãe, de quem não tem notícias há anos. Informa que ficou sabendo por conhecidos de seu território, que ambos já haviam falecido. Ele, possivelmente por algum “câncer” e sua mãe, pela idade e vulnerabilidade. Disse que ele tem falado sobre a angústia de não saber o paradeiro e que necessitava de ajuda. A assistente social diz ser importante ele passar por uma “avaliação” comigo para acalmá-lo de sua ansiedade.

Digo a ela para que na próxima vinda de José nos apresente, viabilizando um possível acolhimento.

Semana seguinte.

José comparece novamente no campo de sexta-feira, a assistente social diz estar em busca das informações solicitadas, porém que levaria tempo. Me apresenta e diz para conversarmos para ajudá-lo com sua ‘ansiedade’.

4.4 As “miudezas” do cotidiano

Me apresento, dizendo meu nome, formação e que sou residente. Pergunto se poderíamos ir num lugar mais afastado e confortável para conversamos. José concorda. Pego duas cadeiras de dentro da van e levo em um gramado na sombra, no meio da praça.

Lembro da equipe, de uma maneira geral, nos olhares, com uma certa estranheza, não entendendo exatamente o que estava acontecendo ou o motivo de eu atendê-lo, naquelas circunstâncias e “afastados”.

Pergunto como José está e ele relata não estar bem, que tem tido insônia e que já tomou diversas medicações (Diazepam, Sertralina, Fluoxetina, etc), mas que nenhuma lhe ajudou. Fala que já fez vários exames e me questiona se não teria alguma “clínica do sono” (sic) no SUS, particular ou alguma especialidade neurológica que poderia sanar essas questões. Conta que faz 4 anos que mantém o quadro de insônia, que quando deita a noite mal consegue dormir 5h seguidas. Diz que no dia seguinte também não sente sono e nem cansaço igual das pessoas que não dormem.

Questiono o que aconteceu há 4 anos, período que, de acordo com seus relatos, seu quadro possa ter iniciado. José conta que foi quando parou o uso da maconha. Diz não saber o motivo de ter parado, que somente parou e não sentiu mais o desejo de fazer uso.

José para e pergunta o que uma psicóloga faz e qual a diferença com uma médica, se eu passaria alguma outra receita de medicação ou como eu poderia lhe ajudar. Parece incomodar-se com os questionamentos pessoais que eu havia feito. Conto que eu não receito medicação, que estava ali para lhe escutar e para descobrirmos juntos o que estava tirando seu sono.

José começa dizer o quanto se sente bem e acolhido por nossa equipe, refere que faz anos que passa conosco, apesar de no momento ter residência. Conta que já escreveu um poema para nossa enfermeira e equipe, há alguns anos.

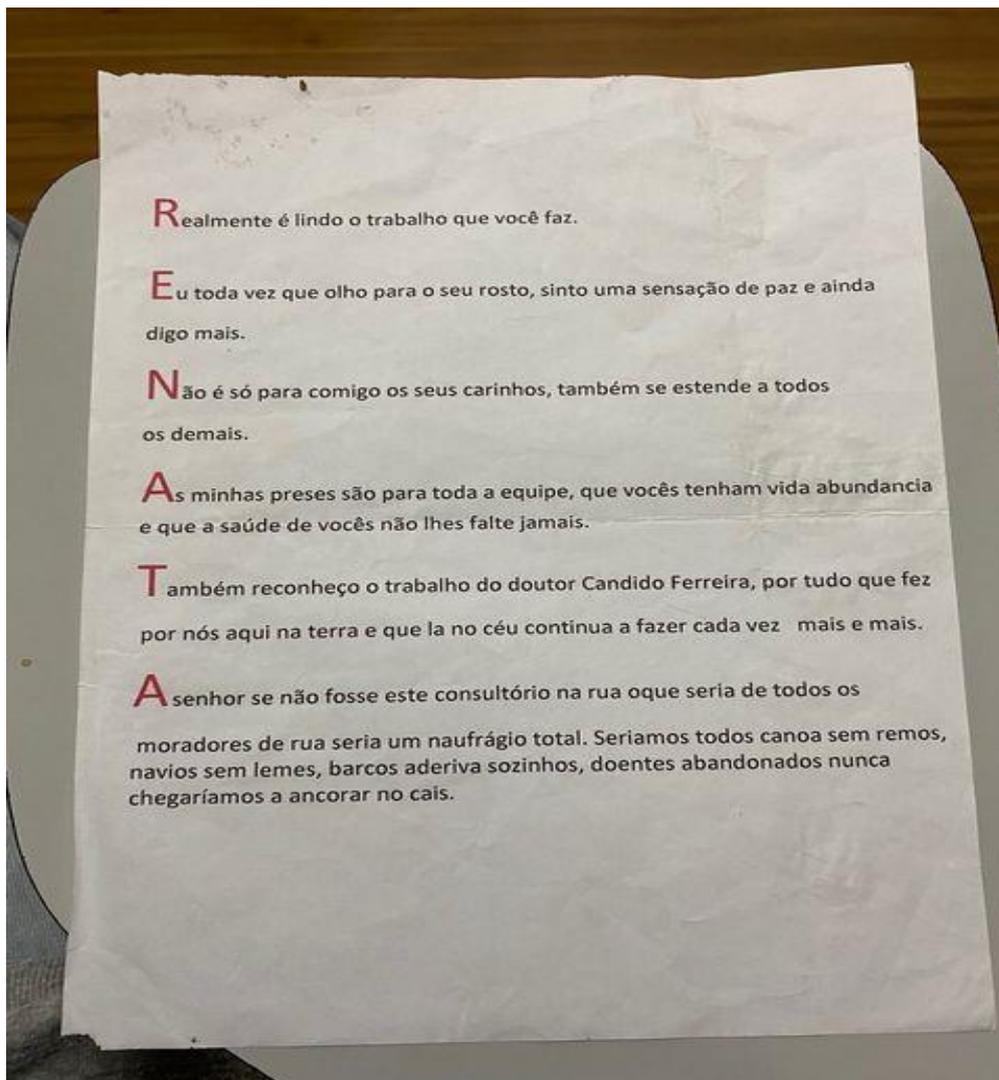


Imagem 1: Poema escrito por José

Peço para José me contar sobre sua rotina, seu cotidiano e ele diz que caminha vários quilômetros por dia e que também diminuiu a quantidade de caféina, porém que não adiantou. Diz que tem tido bastantes pesadelos com pessoas do seu passado que já morreram. Peço para me contar o conteúdo de seus sonhos e José relata que o último que teve foi com um amigo de infância que morreu enquanto eles estavam em um campo jogando futebol, diz que ele foi eletrocutado por um raio enquanto chovia e que ele viu tudo acontecer. Diz que acorda com uma sensação ruim e de mal-estar de rever essa cena de novo. Conta outros sonhos que se repetem constantemente em que ele está voando, correndo ou andando de ônibus muito rápido e sem saber para onde está indo e sem ter o controle da direção.

Pergunto se José teme a morte e ele relata que não, que apenas tem medo de ficar doente e sofrendo, igual um amigo conhecido que adoeceu e ficou acamado sem ter ninguém para cuidá-lo.

José começa a dizer um tanto sobre sua infância e sobre sua família ser disfuncional, que nunca lhe faltou nada de alimentos, casa, roupas etc., mas que faltava união entre sua família e havia muito problemas em decorrência das drogas. Conta que seu pai era evangélico e sua mãe era ‘macumbeira’ e que sua casa era uma “bagunça espiritual” (sic). Diz que sua mãe vivia lhe repetindo uma frase que até hoje lhe marca que é: “a porta da rua é serventia da casa” e que foi por isso que preferiu sair e morar na rua.

Conta que um dia após não aguentar mais as brigas e conflitos familiares, saiu de sua casa sem rumo, avistou um comerciante vendendo redes e se mostrou interessado em comprar. Disse que essa rede foi a sua cama por longos anos, quando invadiu um quintal em uma propriedade abandonada e depois, enquanto dormia no chão das praças da cidade.

Diz que recentemente ouviu um conhecido dizer que sua mãe e irmão haviam falecido (e que esse fora o pedido feito a assistente social) e que não conseguia dizer/saber se era verdade ou não. Fala que teria meios de descobrir se a informação procede, mas que não tem coragem de ir atrás, pois teme ser verdade. Quando questiono qual seria a diferença em saber por conta própria e saber por nossa assistente social, José diz que se sente ‘fraco de espírito’(sic) e que foi uma pessoa que demorou para amadurecer na vida. Revela que não se conhece, que não sabe dizer o motivo de ter feito algumas escolhas na vida e nem por qual motivo parou de usar drogas. Se emociona ao dizer sobre não se conhecer e não saber o motivo de suas escolhas.

O acolho e o incentivo a buscar a informação também por conta própria, porém respeitando seu tempo e seus limites. Digo que estou à disposição para atendimento psicológico e que se nessa semana seu quadro de insônia piorar, procure novamente o último médico que lhe atendeu.

José se diz grato pela conversa e pela atenção e refere que irá retornar na próxima semana para conversamos mais.

4.5 Outros desdobramentos

No mesmo dia faço a evolução de seu prontuário no PEC e prontuário online, no qual observo evoluções anteriores, quase todas feitas por médicos ou profissionais de enfermagem. Relatos de queixa de insônia há mais de 3 anos, passando por vários atendimentos médicos, desde estudantes de medicina, residentes nas mais diversas áreas, como também com médicos da nossa equipe. Conduta adotada sempre fora troca medicamentosa.

Aguardo seu José na semana seguinte, nada.

Na próxima semana, também não comparece. Pensei em levar na reunião de equipe, devido a tantas pautas, deixei para a outra semana. No entanto, uma das técnicas de enfermagem pede por um informe. Diz que gostaria de me agradecer, pois leu a minha “evolução no prontuário online” sobre o atendimento com o José e que ficou emocionada com a sensibilidade. Dizendo que ele sempre comparece sendo afetuoso e que ninguém nunca havia parado para escutá-lo da maneira que eu havia feito.

Fico surpresa e emocionada com sua fala, dizendo que estou fazendo apenas o meu trabalho e informo que gostaria também de pautar sobre o caso dele na reunião. Digo que dei uma olhada em seu prontuário e anuncio as diversas consultas médicas semanais e a mesma queixa-conduta por cerca de mais de 3 anos e reforço para a equipe estimulá-lo e para pensarmos o caso a partir de uma perspectiva de cuidado não pautados com atos 'medico cêtricos', ou seja, centrados na atuação médica, estruturados por atos prescritivos (MEHRY, 2005).

José comparece ao campo Largo do Pará, solicitando por atendimento médico, dizendo estar gripado. Quando o avisto, tento me aproximar, perguntando como está e se de fato conseguiu dormir.

José diz que hoje gostaria de passar apenas por atendimento médico, e que retornaria na sexta-feira para conversar comigo, por ser um campo até então “com menos demandas e mais tranquilo”.

Segundo atendimento.

Sexta-feira seguinte, José comparece perguntando se a assistente social havia tido alguma notícia de seus familiares. Ela informa que ainda está investigando e que não obteve mais notícias.

O convido para conversar, José aceita. Começa o atendimento trazendo que a nova medicação também não o tem ajudado, e que tem deixado com a boca seca e amarga.

Começa o atendimento com dificuldade de pensar sobre o seu quadro de insônia e angústia para além de uma questão de ordem física/biológica. Põe em questão de como eu poderia resolver seu problema apenas “conversando” (sic). Digo que não existe uma fórmula ou um roteiro que poderíamos seguir, que descobriríamos isso juntos, a partir do desenrolar de sua história e do autoconhecimento.

José diz que não se conhece, diz que não sabe por que teve algumas atitudes em sua vida e diz que fora uma pessoa que demorou para amadurecer. Traz algumas falas repetidas, quase que numa cronicidade, do primeiro atendimento e sobre outras conversas com outros profissionais da equipe. Que já exaustos e exauridos de escutá-lo, referem que ele comparece semanalmente ao campo por não ter outras atividades em sua vida e nem outras pessoas para conversar. Quase não validando seu discurso, por ser algo repetitivo e cronificado.

José se mostra curioso sobre minha vida, dizendo que a equipe é como se fosse a sua família, pois o acompanham há mais de 9 anos. Refere que possui pessoas muito preciosas e cita novamente o poema que escrevera para uma enfermeira da equipe e diz que eu deveria pedir para alguém me mostrar. Conta que estava em situação de rua quando conheceu nossa equipe, porém que já tem alguns anos que não está mais, que possui 2 residências. Uma que mora e outra que aluga para uma família, mas que por conta do vínculo e por não gostar dos profissionais da unidade de saúde do seu território de referência, continua sendo atendido por nós, quando necessita de cuidados.

Conta que sempre morou em Campinas, que seu pai era ferroviário e sua mãe funcionária pública de uma escola. Diz que era bem de vida e que estudou em uma boa escola. Revela que já escreveu várias peças de teatro, que tinha uma banda e que fez apresentações no teatro da praça que nos encontrávamos no presente momento. Traz com uma desconfiança como se eu fosse duvidar ou desacreditar do que estava me referindo no momento.

Diz que faz tempo que não escreve mais histórias, que tem tido dificuldades para enxergar com seus olhos. Quando digo que nosso médico de equipe e seu médico é ator, José se mostra interessado, dizendo que mostrará uma de suas peças escritas a ele. Desta

forma, tento deslocar sua queixa para o que o tem o angustiado da insônia, para o que produz e o que faz em outras esferas de sua vida e o que lhe potencializa.

Fala sobre ter feito escolhas erradas em sua vida e sobre nunca ter conseguido uma companheira, por sempre as mulheres com quem se envolveu serem “pior” (sic) que ele em relação a planos para o futuro e sobre o uso de SPA’S (substâncias psicoativas).

Conta que gosta de conversar, porém que não se dá bem com seus vizinhos, diz que todo dia de manhã sai para ir até o centro da cidade e que conversa com os trabalhadores dos comércios por onde passa. Fala que aos finais de semanas é que se sente mais solitário, pois gostaria de no domingo ter algum almoço em família, com todos reunidos. Fala que gosta de cozinhar, que aos finais de semanas, quando não come no bom prato, cozinha feijão, arroz, carne de panela.

Refere possuir algumas verduras e hortas em seu quintal. Sua casa é composta por dois cômodos, sendo quarto, cozinha e banheiro. José conta que já trouxe até feijão de sua própria horta para uma de nossas profissionais da equipe.

Aborda que na semana anterior conseguiu dormir 3h a mais que o habitual e que seus pesadelos cessaram.

Algumas semanas se passam e Seu José é avistado por nós em um dos campos moveis, chegando até nós e nos cumprimentando e depois não é mais visto por cerca de um pouco mais de um mês.

Discuto seu caso em preceptoria e novamente é proposto para ser levado à reunião de equipe, devido a outras questões que foram surgindo e a informações de seu passado e de momentos anteriores, no início de sua inserção no CNAR.

A equipe aborda que seu José sempre fora muito respeitado na rua e por todos os usuários do território, dizendo que no passado possivelmente ele havia de ter sido alguém “importante e/ou influente”. Contam do início de sua inserção quando, em um dos exames médicos devido ao aumento de sua próstata, foi descoberto que José escondia “pacotes” que continham SPA’S, como crack, cocaína e maconha em sua bolsa escrotal e em sua cueca, para não ser pego quando fora fazer a comercialização.

Trazem também que a equipe o acompanhou e articulou um abrigo para ficar depois da operação da próstata, sendo aí quando houve maior aproximação de seu José com a equipe.

É discutido e pensada a oferta de PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) (auriculoterapia) para José, incluindo seu processo de escuta comigo e, também, foi pensada novamente a tentativa de ofertar os espaços do centro de convivência (CECOS) para seu José.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia etc.

Estas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que a implantação da PNPIC teve caráter político, técnico, econômico, social e cultural, uma vez que estabeleceu diretrizes nacionais para o uso das PIC, a partir de experiências e práticas já adotadas nos serviços de saúde que obtiveram resultados satisfatórios. Tal fato possibilitou ainda mais a difusão dessas práticas em diversos pontos do país, que foi iniciada em 2006, por meio da Portaria nº 971/2006, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

Nota-se o desvio produzido pelos profissionais sobre o cuidado de Seu José no momento em que foram pensadas outras propostas, inclusive práticas tradicionais e fora do campo biomédico e exclusivo da medicina.

4.6 Samba, Vida e Morte em uma avenida

Mais algumas semanas. José comparece ao campo de terça-feira no Largo do Pará, sem trazer demandas ou queixas de saúde, diz que veio apenas nos ver.

Um profissional da equipe faz o investimento e oferta sobre o espaço do centro de convivência, fazendo, inclusive, articulação com o educador físico que estava no campo no momento, para também apresentar sobre o serviço. José não se mostra muito interessado, mas diz que algum dia irá até lá conhecer o espaço e as atividades.

Diz também não ter mais idade ou desejo de participar da oficina de música que acontecia também naquele momento, com outros usuários e os redutores de danos.

José pergunta se eu estarei na sexta-feira no campo do Castro Mendes, digo que sim, que estou toda semana e em todos os dias e José revela que irá então para conversar comigo.

É sexta-feira, José comparece ao campo, informa que foi até uma farmácia de manipulação e conversou com a farmacêutica, que lhe receitou algumas capsulas de capim-cidreira e chás para auxiliá-lo com sua insônia. Diz que teve melhora, mas que acha que nunca mais irá conseguir dormir igual antes.

José também aceita fazer auriculoterapia, proposto pela enfermeira, refere que tudo que tiver para fazer para lhe ajudar com seu “problema” (sic) está aceitando.

Conta que tentou fazer uso de maconha para ver se o ajudava, porém também não surtiu efeito e que, inclusive, não lhe fez bem, alega que ficou com taquicardia. José diz que desde que soube que seu médico também era ator e diretor de teatro, teve inspiração para voltar a escrever histórias, diz que está escrevendo sobre um casal que aposta sobre uma partida de futebol, e que se um dos times perder, o homem da relação terá que ir à uma consulta médica fazer exame.

José diz que a história é sobre outra pessoa, não ele. Revela que tem dificuldade de dizer sobre si mesmo e que a angústia e sensação que sente ao não saber se sua mãe e irmão ainda estão vivos, é como, nas palavras dele “se eu tivesse matado alguém, soubesse onde está o corpo e não pudesse contar pra ninguém” (sic).

Lembro de ficar com a sensação de que esse fora um dos atendimentos mais longos e penetrantes em que estive. José aborda sobre as eleições, diz sobre a desesperança e descrença nos políticos, fala sobre o período da ditadura e sobre fazer anos que não vota. Começa a dizer que naquela época escrevia músicas e poemas e que até hoje se recorda e que pareceriam que foram feitas para os dias de hoje. Lhe pergunto sobre o que diziam as

canções e José começa a recitar alguns dos poemas próprios e depois, a cantar outras músicas, escritas por ele. Lembro de ficar em silêncio o escutando.

José se emociona, encerra o atendimento e se despede. Não mais o vejo.

4.7 Encontros e Desencontros

Ricardo, um senhor preto, nascido em São Paulo, de 60 anos. Chega para a equipe do CNAR no início do ano, quase que simultaneamente a minha chegada. O conheço no campo fixo no Largo do Pará, ainda em um dos meus primeiros dias no campo R2, meio desorientada, observando os profissionais da equipe, que pareciam habituados com o espaço e com o que deveriam fazer. Fico transitando entre a equipe de enfermagem, uma primeira espécie de “fila” para colher os dados dos usuários que passariam por atendimento médico, no acolhimento/triagem e, no período mais tarde, transito entre o espaço juntamente com o “CECO na rua”

A partir de então, no final da manhã, me aproximo de uma técnica de enfermagem que parecia sobrecarregada fazendo várias funções ao mesmo tempo, nesse instante, solicita para eu pegar a gaze e a tesoura na mochila de curativos de enfermagem. A entrego e ela diz que é para o curativo de Ricardo, diz que após o procedimento fará aplicação de laser em suas lesões nas duas pernas, para contribuir com o “secamento” das lesões e para imunidade.

Me apresento para Ricardo e ele logo solicita ajuda para entrar no aplicativo da Caixa TEM em seu celular para ter alguma informação sobre seu auxílio emergencial. Diz que a bateria está quase descarregando e que tem tido dificuldades para carregar no Centro Pop e que colocou créditos no dia anterior, para poder usar a internet. Tento ajudá-lo entrando no APP, que logo se mostra fora do ar e, então, Ricardo mostra preocupação em dizer que está com dificuldades para andar e que talvez tenha que ir pessoalmente até o banco para resolver o problema. É combinado com o médico da equipe que lhe atendeu para retornar na próxima semana para reavaliação de suas lesões.

Pergunto onde Ricardo tem passado suas noites e se está em algum abrigo da assistência e ele refere que tem dormido na rodoviária, fala que é amigo dos guardas, que sempre o deixam ficar nos bancos e que se sente seguro no espaço, não sendo incomodado por ninguém, nem correndo risco de ser assaltado.

Semana seguinte. Ricardo retorna para atendimento médico e para realização de curativo em suas pernas. Conta que acordou com as faixas de suas pernas toda encharcada de líquido que saíram de suas lesões e que não apresentou melhora e que, inclusive, suas dores aumentaram.

Se mostra irritadiço com as várias pessoas que aguardavam para atendimento e começa a ficar impaciente com a espera, nesse momento, o convidado para se sentar no banco da praça para conversamos.

Ricardo começa a questionar se eu já sou uma profissional formada ou apenas estudante, começo a dizer sobre o papel da residência em minha formação enquanto pós-graduanda. Em seguida, a técnica de enfermagem nos interrompe e o chama para fazer o curativo, o acompanho até onde se encontra o carrinho de enfermagem e continuo tentando manter diálogo com Ricardo. A técnica de enfermagem me informa que Ricardo é também psicólogo, que logo se mostra incomodado por ela ter me passado tal informação.

Ricardo diz que também é educador físico e que já foi atleta, refere que antes da pandemia tinha uma empresa de RH, mas que teve que declarar falência e mandar os funcionários embora, pagando tudo que lhes era devido e que em virtude da pandemia foi para situação de rua. Ricardo diz que se diferencia dos demais usuários que ali se encontram, pois conta que -está- em situação de rua e que não é morador de rua, fala também que não faz uso de nenhuma SPA'S e que nunca foi preso ou teve alguma questão com a justiça.

A técnica de enfermagem questiona se Ricardo tem conseguido fazer a limpeza de seu curativo e ele informa que sim, mesmo ela dizendo que a faixa que ele está é a mesma da semana passada que ela fez. Ela tenta reforçar a importância de fazer a limpeza uma vez por dia, lhe entregando os materiais necessários, ao qual Ricardo pega e guarda em sua mochila.

Passam-se algumas semanas, Ricardo continua a comparecer semanalmente para realização de curativos, ora conversando brevemente comigo, ora apenas para buscar os materiais para realizar seu próprio cuidado, mesmo sendo notável a não troca das faixas e a limpeza de suas lesões. É administrado medicações antifúngicas e antibióticas, coletado exames de sangue para demais investigação de quadros clínicos.

Nas semanas subsequentes, a equipe avalia a melhora em suas lesões e inchaços em suas pernas, mesmo Ricardo referindo sentir mais dor e maior dificuldade para caminhar agora do que antes. A equipe de enfermagem se mostra exaurida de tentar dizer da importância de Ricardo cuidar e fazer a limpeza de suas próprias lesões, diariamente, para melhor evolução do tratamento, afirmando que, devido ter diminuído a gravidade, agora só iriam entregar-lhe os materiais para ele mesmo fazer.

Ricardo se mostra insatisfeito com a colocação da enfermeira, mas aceita, dizendo que irá fazer, assim como antes também estivera fazendo.

Após saída de resultados dos exames colhidos de Ricardo, ele é pautado na reunião de equipe, ao qual fica evidente a frustração da equipe com a dificuldade de manejo com ele, devido a Ricardo não gostar das coisas não saírem como ele espera. É discutido que talvez o caso dele seja de “Saúde Mental” e que seja importante ele passar com os profissionais específicos, ao invés de ir para conduta médica e para curativo de enfermagem.

É nesse momento que me aproximo mais contundentemente de Ricardo que continua passando semanalmente pelos campos fixos de terça-feira largo do Pará para retirada de material para curativo e nos campos fixos de sexta-feira para acolhimento e atendimento compartilhado comigo e com a terapeuta ocupacional.

Ricardo começa a dizer um tanto sobre sua vida, aborda sempre em seu discurso o quanto é um homem que foi “treinado” para vencer. Diz possuir uma filha de quem não é muito próximo e que teve várias mulheres, diz de amores e que sua primeira esposa é a que mais lhe deixou saudades e sentimentos de arrependimentos. Refere que na ocasião viajava muito a outros países ao seu trabalho como modelo e que, por isso, sempre ficava com outras mulheres, mesmo tendo compromisso com outras.

Semanas se passam e Ricardo retorna alegando que suas pernas pioraram, é feito outro investimento de que se não fizer seu próprio curativo, elas não irão melhorar e Ricardo queixa-se de que na rodoviária e no centro pop não consegue manter uma rotina adequada de banhos.

É questionado sobre os abrigos da assistência social, ao qual ele já havia referido em outros momentos que não iria para lá nem morto, que as pessoas eram tratadas pior do que cachorros... Conta que também não possui idade suficiente para ser considerado “idoso” e para ir a algum abrigo específico.

Tento fazer abordagem sobre outros abrigos ou casas de passagens que haveria disponíveis e Ricardo começa a dizer que eu deveria, enquanto psicóloga, passar pela experiência de ficar pelo menos uma noite no abrigo que recebe refugiados da cidade. Diz que eu não aguentaria 3 dias e que ‘enlouqueceria’ (sic). Diz que as pessoas que estão lá são todas bandidas, só falam sobre drogas e do período que ficaram encarceradas e que, ele não se identificava com as pessoas que ali permaneciam.

Semanas se passam e Ricardo não mais comparece a nenhum campo e não tivemos outras notícias sobre seu paradeiro, Ricardo sempre dizia que gostava de caminhar e ficar sozinho, por estar nessa situação apenas de passagem e por não se identificar com as outras pessoas em situação de rua.

Duas semanas se passam e Ricardo enfim retorna, conta de diversas cenas que o marcaram em sua vida, desde suas idas a outros países, a quando ainda morava no Rio de Janeiro e desde criança tinha que ir trabalhar no metrô da cidade vendendo balas e jornais para conseguir se alimentar.

Conta possuir 3 irmãos e que ele é o caçula, fala que sua mãe sempre quisera ter mais um e que fez um pedido, tipo uma promessa para “Deus” e que ela falecera quando ele tinha 6 anos de idade, em virtude de um câncer. Conta de uma maneira carinhosa sobre a lembrança de sua mãe, dizendo que ela está o olhando de cima.

Semanas se passam e Ricardo começa a comparecer ao nosso campo fixo de sexta-feira, apenas na praça Castro mendes, dizendo que vai para conversar comigo e com a terapeuta ocupacional, se mostrando de forma ressentida com a equipe de enfermagem, inclusive, chamando a enfermeira do período de “general” (sic).

Algumas semanas sem comparecer e Ricardo retorna, com piora significativa em suas pernas, passa por consulta médica e novamente é administrado medicação, coleta de exames laboratoriais e procedimento de curativo. É articulado a não inviabilidade de Ricardo estar caminhando como de costume e sobre a urgência e necessidade de ficar com suas pernas para cima.

É, então, ofertado novamente para Ricardo ir para um abrigo da assistência, o único com vaga disponível no momento. É feita a articulação com o abrigo referindo a importância e necessidade para acompanhamento e tratamento e Ricardo aceita a oferta.

4.8 Diferença entre ver e enxergar

Um dia retornando de ônibus do CAPS, avisto Ricardo dentro de uma lanchonete, próximo ao abrigo a qual estava inserido, tento acenar para cumprimentá-lo, porém o ônibus se esvai, antes mesmo que ele pudesse notar. Algumas outras semanas se passam sem que Ricardo compareça a alguns de nossos campos.

Retorna em um dia, apenas para renovar receita com um dos médicos para medicação que estava tomando e lhe digo, despreziosamente, que o havia avistado naquela lanchonete naquele período.

Ricardo questiona o que eu estava fazendo naquela região e diz que costuma estar quase sempre naquele lugar, porém que de fato não havia me visto.

Próxima semana, Ricardo sempre inicia a conversa com alguma “charada” (sic), dizendo que é para estimular a minha inteligência, sempre sendo bem articulado, refere sua história de vida, dizendo que ganhou bolsa no curso de educação física, por ser um bom atleta e, por ter um bom desempenho, a diretora da universidade lhe ofereceu outro curso. Diz que optou pela psicologia para compreender a mente humana, uma vez que já compreendia como funcionava o corpo humano, agora lhe faltava apenas a mente.

Começa, então, esse dia me indagando qual a diferença entre ver e enxergar, conta que é semelhante com a experiência de ouvir e escutar. Ambos sendo sinônimos, porém representando coisas diferentes.

Noto que nesse dia, diferente dos outros em que o acompanhava, Ricardo está com uma garrafa de água, com corote dentro. Devolvo então para ele: “E essa água batizada ai?” e Ricardo responde: “Eu só estou guardando, sei que estamos em um serviço de saúde”. Digo que apesar dos combinados previamente com os usuários sobre fazer uso de SPA’S durante o momento do atendimento, estávamos em seu território, em um lugar público, na praça e não propriamente em um serviço de saúde.

Ricardo retoma o diálogo que estávamos construindo, me pedindo para fazer perguntas de “dualidade” de coisas superficiais para ele responder, como, por exemplo: se ele prefere o frio ou o calor.

Seguem-se semanas, Ricardo comparece ao campo ora para atendimento compartilhado com outro profissional da saúde mental ou apenas comigo. Conta em um

desses momentos que gostou de ter sido “visto” por mim e que se sentiu “reconhecido” (sic).

Em um dos atendimentos, Ricardo aborda sobre sua filha, diz que ela sempre foi alguém muito preocupada com a vida e que, em virtude de sua preocupação, contraiu a doença Lúpus. Diz que ela, por conta de seu “HD “da mente muito sobrecarregada”, adoeceu.

A partir do vínculo e da relação de confiança estabelecido, faço um contraponto a Ricardo, lhe questionando o porquê ele acha que, sendo um ex-atleta, hoje se encontra com dificuldades para andar e com lesões nas pernas. Ricardo fica um tempo em silêncio, de forma pensativa e diz que é pelo sentimento de “culpa”. Tento aprofundar sobre de que culpa estamos falando e Ricardo logo muda de assunto.

Fica algumas semanas sem comparecer, recebemos notícias do abrigo que ele foi internado no pronto socorro da cidade em virtude de uma síncope. Ligo para saber sobre seu estado de saúde e semanas depois Ricardo retorna, dizendo que lhe avisaram que eu havia ligado perguntando por ele, se mostra emocionado com o fato de alguém “ter se preocupado com ele” (sic).

Ricardo retorna sempre trazendo um tanto de sua história pelas cenas em que foi bem-sucedido e de conquistas, sempre num jogo de adivinhação, provocação e charadas. Impressionado com seu repertório, um dos profissionais da equipe diz que sua vida daria um bom livro, ao qual Ricardo compra a ideia.

Em virtude de Ricardo ter dificuldades em contar sua própria história é pensando um espaço de cuidado em que ele possa se sentir seguro e confortável para narrar sua experiência, sendo chamado por ele de biografia, porém que iria a escrever em 3º pessoa.

É combinado que toda terça-feira no campo fixo, eu e outro profissional da saúde mental sentaremos com ele por cerca de 40 minutos para a escrita do seu livro. Ele faz o pedido para que nós dois estejamos presentes juntos, para ajudá-lo a pensar e a escrever, refere que eu o provoço a pensar ao não concordar com algumas de suas colocações.

Nos primeiros atendimentos, Ricardo traz sobre sua história narrando em 3º pessoa, dizendo de acontecimentos que o marcaram e fora de uma linearidade cronológica. Com o passar das semanas foram realizados 3 atendimentos para a construção de sua narrativa,

Ricardo começa a dizer de si em 1º pessoa, dizendo sobre o desejo de organizar o livro a partir de datas cronológica, desde o seu nascimento, até o ano atual.

Começa a trazer, também, sobre condições de vulnerabilidade e miséria que vivera em sua infância e adolescência, que antes nunca havia trazido em nenhum outro atendimento ou para outro profissional da equipe.

Ricardo se mantém semanalmente no campo, só que a essa altura, de maneira intoxicada por álcool e fazendo uso durante os atendimentos. Conversamos sobre os combinados e Ricardo se irrita, referindo que ele está apenas conversando com amigos na praça e que não está em um atendimento de saúde, pois não é doente.

A partir de então, são feitos outros investimentos indagando se Ricardo reconhece o uso que faz de álcool e a possibilidade de inserção no CAPS AD, o que ele compreende como uma oferta “ofensiva” (sic).

Semanas se passam sem que Ricardo compareça.

O abrigo em que Ricardo se encontrava nos acessa, comunicando seu desligamento por uso de álcool no estabelecimento, o qual seria contrário as regras do serviço.

Fora visto pela última vez por uma profissional do serviço da Assistência Social em um ponto de ônibus próximo a rodoviária e ao abrigo que costumava frequentar.

Seu caso foi levado novamente à reunião de equipe do nosso serviço e é articulada uma busca ativa de seu Ricardo. Porém ainda não o localizamos.

5. REFLEXÕES FINAIS

Fazendo uma reconstituição histórica, pode-se compreender que o termo medicalização aparece explícito pela primeira vez no começo da década de 1970, quando o sociólogo Irving Kenneth Zola, utilizou-o em seu artigo “A Medicina como uma Instituição de Controle Social” (1972) para criticar a influência crescente da medicina e os efeitos iatrogênicos de sua prática na sociedade (Silva & Canavêz, 2017). Neste artigo, Zola demonstra como, pouco a pouco, a medicina foi adquirindo o papel de regulação e controle social, antes tradicionalmente ocupado pela lei e pela região, configurando-se assim como um novo “repositório da verdade”, e “tomando para si o lugar de avaliador

moral, a partir da sua posição supostamente neutra e objetiva da ciência” (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Júnior, 2014, p.1862) para determinar o que seria considerado normal ou saudável e o que seria considerado anormal ou patológico.

Como se não bastasse diagnosticar as experiências indesejáveis de mal-estar e sofrimento, é preciso também, na maior parte das vezes, medicalizá-las através de tratamentos com psicofármacos. Utilizando o conceito de “farmocracia”, Szasz (1971) afirma que as respostas médicas passam a se apresentar cada vez mais atreladas à intervenção da medicação, na medida em que se propaga a ideia da descoberta, invenção e expansão de uma lista de remédios supostamente capazes de tratar e curar certos problemas e sofrimentos cotidianos.

De modo que, ainda que os dispositivos e tecnologias farmacológicas se apresentem onerosos do ponto de vista financeiro (e da perda da autonomia dos sujeitos), o poder da medicina vai crescendo se impondo como algo natural (Szasz, 1971; Freitas & Amarante, 2017).

Diante disso, é possível observar no caso de José, no qual o usuário comparecia semanalmente para atendimento médico, demandando sobre a mesma queixa por anos e, o quanto a conduta adotada era apenas de mudança medicamentosa, fazendo com que o próprio sujeito se apresentasse de uma forma alienada sobre o seu processo de saúde, não estabelecendo uma compreensão sobre suas angústias para outras possibilidades de ordem que não a orgânica/clínica.

Além de que, em seu discurso, José sempre relatava não compreender os motivos de ter feito algumas escolhas em sua vida e, também, não se conhecer. Trazendo um distanciamento sobre seu sentido existencial.

Desse modo, foi possível compreender que a partir da construção do vínculo e da abertura ao modo de se estar na relação com outro, José pode se aproximar de si mesmo. (POMPEIA & SAPIENZA, 2011, p.138) descrevem:

O que a terapia pode fazer por alguém é aproximá-lo da verdade de sua vida, de si mesmo, e isso significa possibilitar que ele se aproprie de sua história. Apropriar-se de sua história é aceitá-la como a sua, retomar significados e os sentidos já vividos agora e poder ver que

o tempo está sempre aberto. O modo como o problema que a pessoa havia trazido se encaixa no contexto da sua vida poderá ficar mais claro para ela, e é possível que apareça uma solução para ele, ou não.

Nessa perspectiva, a categoria cuidado expressa a complexidade da sua efetivação na atenção à saúde, uma vez que esta não se dá apenas por prescrições, medicalização, ou normatizações de condutas reduzidas a procedimentos e/ou protocolos. Isso porque, mais do que prescrever exames e medicamentos, os profissionais de saúde na atenção primária devem estar abertos ao diálogo com os usuários do serviço, aos seus desejos, às suas histórias, angústia e desafios, que são elementos constitutivos no projeto de vida destes. Tal perspectiva visa romper com uma proposição fragmentada do atendimento e pouco atenta aos aspectos psicossociais do adoecimento (AYRES, 2009).

No caso de Ricardo, tendo em vista o reconhecimento do espaço ofertado - a construção da escrita de seu livro autobiográfico -, se constituiu um lugar proporcionado pela relação, seu lugar de fala - para ser e estar - e sem julgamentos. O usuário passou a experienciá-lo de forma efetiva - e afetiva -, em virtude do vínculo e da confiança que ele e a residente haviam estabelecido, juntamente com o outro profissional.

Possibilitando, desta forma, que Ricardo pudesse narrar sua própria história de outra maneira e ressignificasse o modo ser-com-outro e a perceber-se no mundo.

Quanto mais aceitação e apreço sinto com relação a esse indivíduo, mais estarei criando uma relação que ele poderá utilizar. Por aceitação, quero dizer uma consideração afetuosa por ele enquanto uma pessoa de auto valia incondicional — de valor, independentemente de sua condição, de seu comportamento ou de seus sentimentos. Significa um respeito e apreço por ele como uma pessoa separada, um desejo de que ele possua seus próprios sentimentos à sua própria maneira. Significa uma aceitação de suas atitudes no momento ou consideração pelas mesmas, independente de quão negativas ou positivas elas sejam, ou de quanto elas possam contradizer outras atitudes que ele sustinha no passado (ROGERS, 2001, p. 45).

Torna-se, portanto, importante ressaltar que a resolutividade na rede básica de saúde está ligada não só ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que surge do "encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde" (MERHY, 2002, p. 189).

Experimentar novos modos de ser em presença de um outro é uma ação que deixa marcas. Ao mesmo tempo em que é algo intenso e prazeroso, este acontecimento deixa mais questões do que conforto e satisfação, abalando a segurança da pessoa. Ela é lançada ao encontro de um terceiro elemento, o espaço do “entre”, que a leva ao contato consigo mesma e com o outro, abalando as estruturas já construídas, trazendo certa vertigem. Mesmo assim, a relação é buscada incessantemente, apontada por Buber como uma necessidade inata do ser humano, o caminho para seu crescimento, pois a relação eu-tu confronta, provoca e remete ao paradoxo da existência. No diálogo genuíno, tanto no que é mutuamente construído e buscado quanto na relação espontânea a vivência eu-tu pode ocorrer, abrindo e transformando. Buber admite e explicita a fugacidade dos momentos eu-tu em meio à atitude eu-isso, mas assinala aquilo que todos percebem ao vivenciar encontros: quando acontecem, seus efeitos são inegáveis (LUCZINSKI & ANCONA-LOPEZ, 2010, p.78).

Destacamos que a existência desse trabalho depende de sua sustentação coletiva, a ser construída entre diversos atores que envolvem o usuário e o serviço, mediante permanente esforço de análise crítica. Para tanto, propomos a reflexão acerca de um posicionamento ético baseado na capacidade de o profissional envolver-se genuinamente com seus pacientes, podendo, ao mesmo tempo, abster-se e deixá-los traçar os sentidos do cuidado (Miranda, 2006)

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.**

Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BERNARDES, A.G.; PELLICCIOLI, E.C.; MARQUES, C.F. **Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação.** *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2.339-2.346, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* Brasília: MS; 2006.

Brunello, Maria Eugênia Firmino et al. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007).** *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2010, v. 23, n. 1 [Acessado 05 Dezembro 2022], pp. 131-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>>.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

CAPONI, S; Valença, MFV; Verdi, M; Assmann, SJ. organizadores. **A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica.** São Paulo: Editora LeberArs, 2013.

CAPONI, S. **Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones.** *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.1, p.7-15, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARVALHO, S.R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Cienc. Saude Colet., v.9, n.3, p.669-78, 2004.

COSTA, A.P.M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização.** **Revista Virtual Textos e contextos**, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 16 out. 2022

LUCZINSKI, G. F.; ANCONA-LOPEZ, M. **A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 27, n.1, p. 75-82, Mar. 2010.

LECOURT, D. Normas. In: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Eds.). **Estudos de Filosofia e história das Ciências Biomédicas São Paulo: Discurso Editorial**, 2006. p.293-303.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. **"Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial."** Saúde em Debate (2014): 593-606.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

POMPEIA, J. A. & SAPIENZA, B.T. - **Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica/ João Augusto Pompéia e Bilê Tatit Sapienza.** – 1 ed. – Rio de Janeiro: Via Veritta, 2011.

GAMEIRO, N. **"População em situação de rua aumentou durante a pandemia"**. Fiocruz Brasília. 8 de jun. de 2021. Disponível em: <18 <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/> > Acesso em: 05 de set. de 2022.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. v. 1, p. 669-714.

ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. 5. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ZORZANELLI, R. T., Ortega, F., & Bezerra-Júnior, B. (2014). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.