

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

XÊNIA ROSEMARIE DE CAMPOS

REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O MAL-ESTAR E
ITINERÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dourados, MS

2020

XÊNIA ROSEMARIE DE CAMPOS

REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O MAL-ESTAR E
ITINERÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na área de concentração em Processos Psicossociais.

Orientador: Prof. Dr. Conrado Neves Sathler.

Dourados, MS

2020

XENIA ROSEMARIE DE CAMPOS

REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O MAL-ESTAR E
ITINERÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o. Dr^o. Conrado Neves Sathler (Orientador)
UFGD

Prof^a. Dr^a Catia Paranhos Martins
UFGD

Prof^a. Dr^a Maria de Lourdes Dutra
UEMS

Prof^a. Dr^a. Gabriela Rieveres Borges de Andrade
UFGD

Prof^a. Dr^a. Cássia Barbosa Reis
UEMS

Dourados - MS, 23 de abril de 2020

Dedico este trabalho a(o)s usuário(a)s e
funcionário(a)s da RAPS que fizeram e
fazem parte do meu dia a dia profissional.

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão e o respeito a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com a minha formação como ser humano e como profissional. Iniciar os agradecimentos de uma forma geral é entender que, desde o começo da minha vida até este momento (acadêmico e profissional), muitas pessoas passaram pelo meu caminho, me acompanharam e me ensinaram de alguma maneira. Talvez nem elas saibam a dimensão e a importância disso. Algumas marcaram mais que outras e entendo que a vida só é completa com a presença marcante das pessoas. A minha eterna gratidão e respeito!

Transcrevo duas estrofes da canção “Caminhos do Coração” de Gonzaguinha para descrever a importância e minha gratidão, por todas as pessoas, por pessoas:

“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas”
“E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar”

Devo destacar, particularmente, algumas pessoas que de forma mais veemente fizeram e fazem parte deste momento.

Aos meus pais, João Xavier de Campos e Lidia Nunez Campos e irmãos: Zacarias Xavier de Campos Neto, João Xavier de Campos Júnior e Camila de Campos. Sempre me apoiando em tudo que faço. Como sou grata a minha origem. Sem palavras. E até não é preciso palavras, a emoção fala.

Aos meus familiares/parentes (tios, tias, primos e primas) que sempre confiaram e fizeram esforços para eu chegar onde estou. Em especial a minha tia e madrinha Addy Nunez da Silva. Torcem a cada passo que realizo, sentindo-se orgulhosos. Aos que já se foram, lembro-me de cada um deles.

Agradeço a todos os meus amigos que sempre ficaram felizes com as minhas conquistas. Não posso deixar de registrar dois amigos muito especiais, Roberto Rocha e Sidnei Soares e, se pude realizar o mestrado, também foi graças a eles e à querida amiga Cristiane Siqueira. Sozinha não conseguiria encontrar soluções aos obstáculos que antecederam o processo seletivo.

A minha gratidão ao meu orientador Conrado Neves Sathler que respeitando as minhas características orientava, conduzia, sugeria. Chamava a minha atenção com toda sutileza e delicadeza. A sua condução me fez aprender a enxergar além. O seu profissionalismo é admirável. E como é aparente o seu gosto pelo que faz. O processo foi dirigido respeitando o conhecimento teórico e técnico, ou seja, a experiência da minha prática com o conhecimento acadêmico. Tinha que fazer sentido. Um presente tê-lo como orientador.

Agradeço aos que representam a UFGD, aos professores do mestrado, ao secretário do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Gustavo de Oliveira Araújo, sempre atencioso. E também, a Maria de Lourdes Dutra e Catia Paranhos que prontamente aceitaram participar da Banca Examinadora. Quanta honra estar ao lado de pessoas tão especiais.

A Deus, por sua infinita bondade.

Resumo

Esta é uma dissertação de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (PPGpsi-UFGD), na linha de pesquisa: processos psicossociais, com o objetivo de indicar as construções subjetivas de práticas discursivas e não discursivas na Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. A abordagem é qualitativa de cunho biográfico e empregada a metodologia das narrativas (auto)biográficas. Intencionada em analisar as representações discursivas sobre o mal-estar e itinerários na rede de atenção psicossocial. O estudo é apresentado em modalidade multipaper, em formato de artigos que se complementam. Os dados foram levantados através da trajetória percorrida nas Políticas Públicas de Saúde Mental, experiência profissional, pesquisa bibliográfica, reuniões da RAPS, encontros temáticos da saúde mental, corredores e salas de espera do ambiente de trabalho e atendimentos psicológicos. Nos espaços de escuta estavam envolvidos os profissionais e usuários da RAPS. O estudo dos dados foi realizado a partir: da análise do discurso, em diálogo com a literatura de saúde mental. A análise do material evidencia a pluralidade de sentidos sobre o mal-estar e a não diferenciação, repercutindo as consequências e direcionamentos. O modelo biomédico predomina na RAPS, e assim acontece a reprodução do modelo hospitalocêntrico. A pesquisa mostrou que o caminho percorrido em busca do cuidado ao mal-estar, envolve desorganização e percalços no sistema de atendimento. Dificultando o tratamento e um projeto terapêutico. O estudo evidenciou que a dificuldade na UBS em avaliar o mal-estar, promove a busca do serviço especializado, além de que, a insegurança na avaliação e o predomínio da visão biomédica reforça o imediato encaminhamento para os serviços especializados, criando uma fila de espera difícil de diminuir. A pesquisa evidenciou a necessidade de uma perspectiva ampliada e autônoma, que possibilite avaliar com práticas diferenciadas ao modelo biomédico, que reduza ações medicalizantes e condicionantes na unilateralidade no cuidado do mal-estar.

Palavras-chave: Narrativa; Mal-estar; Itinerário Terapêutico; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This is a master's thesis carried out in the Graduate Program in Psychology at the Federal University of Grande Dourados (PPGpsi-UFGD), in the line of research: psychosocial processes, with the aim of indicating the subjective constructions of discursive and non-discursive practices in Psychosocial Care Network in the city of Dourados, Mato Grosso do Sul. The approach is qualitative with a biographical nature and the methodology of (auto) biographical narratives is employed. Intended to analyze discursive representations about malaise and itineraries in the psychosocial care network. The study is presented in a multipaper mode, in the form of complementary articles. The data were collected through the trajectory covered in the Public Mental Health Policies, professional experience, bibliographic research, RAPS meetings, thematic meetings on mental health, corridors and waiting rooms in the workplace and psychological assistance. RAPS professionals and users were involved in the listening spaces. The study of the data was carried out from: discourse analysis, in dialogue with the mental health literature. The analysis of the material shows the plurality of meanings about malaise and non-differentiation, reflecting the consequences and directions. The biomedical model prevails in RAPS, and so the reproduction of the hospital-centric model happens. The research showed that the path taken in search of care for malaise, involves disorganization and problems in the service system. Making treatment difficult and a therapeutic project. The study showed that the difficulty at UBS in assessing malaise, promotes the search for specialized services, in addition to the fact that insecurity in the assessment and the predominance of the biomedical view reinforces the immediate referral to specialized services, creating a waiting list difficult to diminish. The research evidenced the need for an expanded and autonomous perspective, which makes it possible to evaluate with differentiated practices to the biomedical model, which reduces medicalizing and conditioning actions in unilateralism in the care of malaise.

Keywords: Narrative; Malaise; Therapeutic Itinerary; Psychosocial Care Network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABERTA	Portal de Formação à Distância – Redução de Danos
ABRAMD	Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRAÇO	Associação Brasileira Comunitária e de Pais para a Prevenção ao Abuso de Drogas
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ABS	Atenção Básica em Saúde
AMENT	Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMA	Centro Educacional Marie Annie
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COA	Centro de Orientação e Aconselhamento
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CONAD	Conselho Nacional de Políticas de Drogas
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAI	Policlínica de Atendimento Infantil

PPGpsi-UFGD	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Públicas de Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1	Representações Discursivas Sobre o Mal-Estar e Itinerários na Rede de Atenção Psicossocial	08
1.1	Introdução	08
2.	Memorial: Um Pouco da Minha História Profissional com o Serviço De Saúde Mental	11
2.1	Início Escolar	11
2.2	A graduação	15
2.3	Vida Profissional	20
2.4	O Mestrado	25
2.5	Referências Bibliográficas	27
3	O que se diz sobre o Mal-estar na Rede de Atenção?	30
3.1	Introdução	30
3.2	A Narrativa: a subjetividade nas pesquisas em saúde	38
3.3	Considerações Finais	50
3.4	Referência Bibliográfica	52
4	Itinerário do Mal-Estar e Gestão da Clínica: singularidades e intervenções psicossociais	56
4.1	Introdução	56
4.2	Itinerário Terapêutico	63
4.3	Usuários e Itinerários Terapêuticos	66
4.4	Considerações Finais	73
4.5	Referências Bibliográficas	75
5	Considerações Finais	77

REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS SOBRE O MAL-ESTAR E ITINERÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Introdução

A Reforma Psiquiátrica questionou o tratamento dado ao sofrimento mental e postulou novas respostas à compreensão do sofrimento. Trago a inquietude que me acompanha com relação aos estudos avaliativos marcados na compreensão da dinâmica do indivíduo de forma universalizante. A visão biomédica reduz as doenças apresentando unicamente à causalidade biológica e as determinantes sociais e culturais desaparecem. Esta visão predomina na avaliação do sofrimento mental, nas cadeiras acadêmicas, na atuação de diversos profissionais e também do próprio usuário.

Passados 42 anos do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira continuamos construindo a história da Saúde Mental nos espaços e atuações, bem como, nas mudanças de orientações das políticas públicas. Como profissional da RAPS –Rede de Atenção Psicossocial- busco refletir abordagens, avaliações e intervenções terapêuticas adequadas ao meu contexto.

O Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (PPGpsi-UFGD), na linha de pesquisa: processos psicossociais, me propicia realizar a dissertação “Representações discursivas sobre o Mal-estar e Itinerários na Rede de Atenção Psicossocial. O estudo será apresentado em modalidade *multipaper*, o que torna sua organização distinta do formato tradicional de apresentação de trabalhos finais de mestrado. Assim, explano sobre essa modalidade de relatório final de pesquisa para a apresentação nesta defesa de mestrado.

A opção nesta apresentação é pelos múltiplos textos, em formato de artigos separados, numa composição *multipaper*. No caso, disponho ao exame três artigos. O primeiro nomeado: “O que se diz sobre o mal-estar na rede de Saúde?” e o segundo com o tema “Itinerário do mal-estar e gestão da clínica: singularidades e intervenções psicossociais”. O terceiro, apresentado nas regras de uma revista em que foi submetido,

trata de “Os sujeitos do mal-estar: análise da narrativa de uma profissional da Rede de Atenção Psicossocial”, tenta apresentar uma escrita mais sintética do tema.

No primeiro artigo apresento a disseminação de sentidos do mal-estar e discutir a circulação de conceitos e temas em uma parte da RAPS.

O segundo artigo traz a narrativa profissional sobre os lugares e itinerários dos usuários. Busco através da escuta no Ambulatório de Psicologia compreender o caminho percorrido do usuário em seu mal-estar.

Ressalto que um terceiro artigo encontra-se em elaboração para a submissão e publicação em espaços que promovam e ampliem o campo de investigação científica.

Finalizando, somo as considerações finais sobre a produção total. Assim, não apresento capítulos, mas artigos que se encerram em si mesmos. Os complementos são a introdução e um breve memorial que traz o foco para essa construção pessoal.

Há, no entanto uma solução de continuidade temática, primeiro discuto o mal-estar e em seguida os itinerários dos usuários. E como a opção metodológica utilizo a narrativa, empenho-me em construir um memorial para indicar como minha autoria inscreve o mestrado como parte da formação, de meu trabalho na Rede de Atenção Psicossocial e também de minha vida. Utilizo a abordagem qualitativa de cunho biográfico e emprego a metodologia das narrativas (auto)biográficas. Busco rememorar os caminhos percorridos desde o início da minha vida acadêmica e aos caminhos por onde passei na atuação profissional. Entende-se que o Memorial constitui, pois, uma autobiografia, configurando-se como uma narrativa simultaneamente histórica e reflexiva. Deve então ser composto sob a forma de um relato histórico, analítico e crítico, que dê conta dos fatos e acontecimentos que constituíram a trajetória acadêmico profissional de sua autora, de tal modo que o leitor possa ter uma informação completa e precisa do itinerário percorrido. A proposta deve avaliar cada etapa, expressando o que cada momento significou, as contribuições ou perdas que representou (Severino,1990). Atribuir relevância às experiências próprias, dando significados a situações e acontecimentos da existência, permite integrar e interpretar a situação sócio-histórica.

Início com um memorial, pois trato aqui de minha própria subjetividade no percurso acadêmico e profissional que possibilitou essa narrativa. A escrita narrativa, no entanto, me permitiu identificar movimentos reflexivos, pois no ato de narrar pude identificar quantas vozes compunham meu texto, colegas de trabalho e orientações escritas pelo Ministério da Saúde são componentes muito presentes.

Essa identificação de outras vozes embaralha-se ainda com a reflexão própria da pesquisadora. Assim, curiosidade científica, desejo de avaliar, analisar e reorganizar a vida profissional, me moveram até o curso de mestrado. Logo, não se trata aqui de produzir novidades conceituais ou técnicas, mas da exploração, por meio da reflexão e da escrita narrativa, do conhecimento produzido para além das esferas científicas, profissionais e políticas, mas desse imbricamento em minha própria subjetividade.

A busca dos fundamentos do que se diz sobre o mal-estar provocou também leituras valiosas que enriqueceram as perspectivas humanas, clínicas, teóricas e administrativas que envolvem o serviço na Atenção à Saúde Mental. Esses fundamentos estabelecem também um retorno ao mundo acadêmico depois de tantos anos distante da rotina universitária. O reencontro com a vida universitária não é um evento qualquer, é especial, como sujeito sei que discursos e práticas atravessam e provocam reorganizações da subjetividade.

Submeter-me às críticas da sala de aula, às provocações do grupo de pesquisa e às regras próprias de produção do mestrado foi um desafio somado às dificuldades do trabalho. O momento político no qual produzo e compartilho essas reflexões são provocativos, as condições de trabalho na Rede de Saúde e no serviço público em geral estão se degradando.

Produzo até aqui um preambulo que introduz ao tema do mal-estar e da circulação dos sujeitos no ambulatório de Saúde Mental onde atuo. A partir deste ponto, apresento parte de uma narrativa autobiográfica das experiências na RAPS buscando evidenciar os atravessamentos em torno do mal-estar profissional e das vicissitudes dos usuários que me procuram e me afetam.

UM POUCO DA MINHA HISTÓRIA PROFISSIONAL COM O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Dedicar-me à tarefa de elaborar o memorial descritivo de minhas atividades acadêmico-profissionais faz com que eu retorne ao passado tão presente no caminho percorrido. Do tempo da iniciação acadêmica até o momento se passaram 32 anos. Uma trajetória longa, mas que parece ser tão presente por ter sido importante a cada passo.

“O acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo que veio antes e depois” (BENJAMIN, 1994, p. 37). Através da minha trajetória, penso que posso explicar o meu presente e a dedicação à minha vida profissional.

Início Escolar

“O que pra você é lagartixa,
Pra mim é borboleta,
O que pra você é razão
Pra mim é coração”.

Filha primogênita de 4 filhos, mãe de origem paraguaia e pai nascido na fronteira do Paraguai. Pais com muita preocupação em oferecer estudo aos filhos. O estudo era priorizado para proporcionar um futuro profissional melhor. Não frequentei o pré-escolar, fui direto à primeira série. Na escola “Educandário Santo Antônio”, escola que era administrada por freiras, cursei o ensino fundamental, de primeira à quarta série. Fui para a escola pública na quinta série e minha mãe resolveu retornar os meus estudos para a escola privada, Escola de 2ª grau “Imaculada Conceição”. Lá fui atleta de vôlei e, neste período, chegou a Dourados a escola especializada em preparatório para o vestibular, o “Objetivo”, com uma bolsa escolar com cinquenta por cento de desconto terminei o segundo grau. O seu diretor motivava os alunos a se prepararem para o curso universitário em específico para a área Médica, ou seja, a Medicina era valorizada em detrimento aos outros cursos universitários. Havia, em suas palavras, um desdém em relações aos outros interesses dos cursos universitários. E em meu maior sonho estava o de cursar a Psicologia. Idealizava o mundo Psi. Poder realizar a escuta, estudar o comportamento

humano, colaborar com a pessoa em sua Saúde Mental. Será que já começava a pensar que nem todo sofrimento mental ou que o sofrimento mental não necessita ser medicalizado? Acho que pensava na Psicologia contribuindo nos cuidados com os adoecimentos emocionais mais leves e então, entendia que o “louco” era área da medicina, do especialista Psiquiatra. Só me recordo que queria colaborar com as pessoas na sua compreensão. Entendia que a importância para o diretor escolar era o lado financeiro que a profissão poderia proporcionar. Não levando em conta outros fatores na escolha profissional. O primeiro vestibular não foi para o curso de Psicologia, pois na época curso em Universidade Pública, aqui no Estado, só havia em Corumbá. E a distância era difícil para mim! Tinha os medos de ir para uma cidade distante. Optei em fazer Educação Física, não fui aprovada na prova prática. No ano seguinte, cursinho e, finalmente o segundo vestibular e agora para a Psicologia. Quanta expectativa em receber o resultado. Teria que aguardar a colocação por ordem alfabética. E a letra X fez eu aguardar o último nome ser chamado.

Neste momento da minha vida escolar e nos momentos que o antecederam, importantes movimentos aconteciam no país quanto às questões políticas e de saúde pública. Destaco aqui estes acontecimentos: Reforma Sanitária Brasileira, SUS e Reforma Psiquiátrica Brasileira. Menciono, brevemente, pois faz sentido quando falo na compreensão da Saúde Mental em seus tempos e faço este percurso da memória.

Na segunda metade da década de 1970, insatisfeitos com as contradições no setor da saúde e contrárias às políticas autoritárias, privatizantes e que assistia em específico à classe trabalhadora, que contribuíam com a previdência social, através do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência) aconteceu o movimento social que envolveu vários grupos: classe trabalhadora, setores populares, classe estudantil, intelectuais, bem como profissionais da classe média. Além de envolver vários grupos, também envolveu várias regiões brasileiras (RS, SP, MG, BA, PA, RJ e PE). A mobilização desses grupos fez surgir organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no ano 1976 e a ABRASCO em 1979 (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) que funcionaram como um laboratório de estudos da saúde brasileira, proporcionando e produzindo um saber do motivo social da saúde/doença. Começava-se a pensar a saúde com um olhar e conceituação ampliada de saúde. Via-se a mobilização de médicos residentes em busca da regulamentação da Residência Médica, a participação

de docentes dos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). As discussões direcionavam em torno da politização da saúde. Estas movimentações foram consideradas fatores importantes para a Reforma Sanitária Brasileira. (FLEURY, 2007; PAIM, 2008).

Com o fim da ditadura militar e o início da redemocracia em 1985 a população pôde ir às ruas pedir justiça, por uma saúde pública que abrangesse a medicina gratuita e que toda a população tivesse direito, não somente a classe trabalhadora. Os movimentos, deste período, criaram as condições políticas para a reforma sanitária.

Pode-se destacar que a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, ou seja, um ano após o período ditatorial é considerada um marco na história das conferências. Foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação de usuários. Antes, se dava com a presença de autoridades do setor da saúde convidados pelo Ministério da Saúde e políticos (deputados e senadores).

A Comissão Organizadora do evento foi presidida por Sergio Arouca, considerado uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Teve como eixos temáticos: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. (PAIM, 2008, p. 99). O relatório produzido nesta conferência serviu de base para elaboração do capítulo do tema saúde da assembléia constituinte de 1987 e para a criação do SUS.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O sociólogo Arlindo Fábio Gómez de Souza militante do movimento sanitário em reportagem ao Portal da Fio Cruz, sobre a 8ª Conferência, analisa: “O que tivemos em 1986 não aconteceu de repente, nem foi coisa de uma ou duas cabeças geniais. Foi o amadurecimento de todo esse processo de pesquisa, prática, reflexão e ensino que se fez por mais de dez anos. Quando chegamos à Conferência, isso já estava maduro. E a proposta de uma nova Constituição, que já estava em pauta, era um espaço para que novas

ideias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para decidir qual era a função do Estado e o que cabia à sociedade”.

A conclusão final, apontava que as mudanças necessárias para o sistema de saúde brasileiro perpassavam a ampliação do conceito de saúde e a uma revisão na legislação vigente. Não se alcançaria as melhorias no atendimento à saúde apenas com a reforma administrativa e financeira.

Conforme Jairnilson Paim, professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: “Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação)”. (PAIM, 2008, p. 27).

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi construído na 8ª Conferência Nacional de Saúde “Em síntese, a leitura desse Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) permite destacar os principais elementos constitutivos do projeto da Reforma Sanitária construído pela 8ª CNS: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social”(PAIM, 2008, p. 125).

O SUS foi formalizado a partir das leis orgânicas da saúde através da lei 8080 de 1990. A Lei dispõe sobre a promoção, proteção recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Contemporâneo à Reforma Sanitária, inicia-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como marco o ano de 1978. Surge neste período o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por uma diversidade de pessoas, formado por trabalhadores do movimento sanitário, sindicalistas, associação de familiares, membros de associações de profissionais e internos com uma longa história hospitalar. Este movimento passa a denunciar as violências existentes nos manicômios, a mercantilização da loucura e o domínio da rede privada de atendimento. Constatou-se que aconteciam milhares de internações indevidas, serviços não realizados, pacientes inexistentes e

medicamentos que não chegavam aos destinos. Passaram a reivindicar por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos. Este grupo passou a criticar o modelo de assistência vigente às pessoas com transtornos mentais, o modelo hospitalocêntrico.

O movimento inspirava-se no modelo da Reforma Psiquiátrica Italiana através do nome de Franco Basaglia. Na Itália com a mudança de paradigma, aconteceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços comunitários abertos. A doença mental passava a ser compreendida como um fenômeno complexo que envolve não apenas o aspecto biológico, mas também os aspectos sociais e psíquicos.

Realizando este levantamento de fatos históricos do momento em que saio do ensino médio e recebo a notícia que seria acadêmica de psicologia, nada percebo do grande movimento, mas que fervilhava em pessoas que queriam dar um novo movimento para a saúde pública brasileira. Entendo que o momento era de mudanças na forma de atender as pessoas com transtorno mental, porém só passo a compreendê-la quando passo atuar, já como profissional da psicologia no serviço público. Além de ser o início do meu momento acadêmico, penso que o local do território em que eu estava, distante dos grandes centros e das mobilizações, fez com que nada pudesse compreender enfaticamente, e assim, ficava satisfeita com a idealização da psicóloga clínica. Passados 42 anos do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira continuamos construindo a história da Saúde Mental nos espaços e atuações, bem como, nas mudanças de orientações das políticas públicas.

A graduação

O curso de graduação em Psicologia foi realizado na UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* de Corumbá, em 1987, eu estava com 18 anos de idade. Paralelo a graduação, realizei estágios extracurriculares que proporcionaram experiências com a ciência que estava estudando. Tive contato com gestantes, estudantes, crianças, idosos, alunos com necessidades educacionais especiais e trabalhadores. As abordagens teóricas que mais predominavam era a Psicanálise e a Psicologia Comportamental. Havia escassez em doutores na equipe de professores, mas havia um professor de Psicologia comportamental, oriundo da UnB. Desde o início da graduação tive interesse pela área da clínica. Não havia a abordagem psicossocial, área na qual estou envolvida.

No quarto ano os estágios eram divididos nas áreas: Escolar, Organizacional e Clínica. Tive a oportunidade de realizar estágios diversificados que introduziram experiências em instituições que atendiam crianças, adolescentes e adultos. E em locais como: Hospital, Industrias de Cimentos, “Postos de Saúde”, Assentamentos, Escola Especial e escolas Municipais e Estaduais. No hospital da cidade não havia espaço ou programa específico para pessoas com necessidades em sua Saúde Mental. Quando era necessário o atendimento em Saúde Mental era encaminhado às instituições no estado de São Paulo para a internação psiquiátrica. Nesta abrangência, foi-me proporcionado importantes reflexões, destacando aquilo em que eu gostaria de desempenhar em minha vida profissional.

Os acadêmicos passavam por todas as áreas de atuação da psicologia. Mas a clínica chamava atenção. Na Clínica-Escola, realizávamos os estágios supervisionados, as atividades práticas nas áreas: clínica, escolar e organizacional. Era o início do contato prático com a Saúde Mental.

O curso de graduação em uma Universidade Federal, na época, a única no Estado dava o reconhecimento à instituição. Havia também o curso de Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco, ensino privado, na cidade de Campo Grande. O curso de Psicologia na UFMS em Corumbá iniciava com 20 alunos e encerrava com a média de 15 alunos. Havia acadêmicos de várias regiões do país e intercambiários de outros países (chilenos, cabo-verdianos e peruanos).

O curso iniciou as suas atividades em 1967, com habilitação em Licenciatura Plena, com a finalidade de formar profissionais capacitados para o exercício da docência. A formação da primeira turma foi no ano de 1972. Em 1975 ocorreu o funcionamento de uma nova habilitação: Curso de Psicologia – Formação de Psicólogo.

Em Dourados, no período em que me desloquei à Corumbá para estudar, não havia cursos de psicologia e, atualmente a cidade é atendida com três cursos, sendo um no setor pública federal e duas em estabelecimentos privado.

Aqui cabe a reflexão da responsabilidade que a universidade pública tem no cenário educacional, que me promovia o contato com a Psicologia nos espaços públicos tendo a preocupação com o atendimento coletivo e nos levando a conhecer na prática os

espaços de saúde pública. Porém, o que mais evidenciava no meu interesse era obter a formação de Psicologia e ser inserida em uma clínica particular, consultório. O espaço do psicólogo(a) em nossas cidades era reduzido e o psicólogo(a) clínico(a) era a mais valorizada. Penso que isto contribuiu para o meu desejo. Além de que, o país iniciava a sua reformulação na Saúde e na abordagem do tema: Saúde Mental. Mudanças que pude ver após o início da vida profissional, ou seja, após a conclusão do curso.

Reporto a seguir, alguns fatos históricos importantes sobre a construção do itinerário do atendimento à Saúde Mental em Mato Grosso do Sul. Estes fatos poderiam estar inseridos, também, em outra parte da minha narrativa. Justifico, por este espaço, porque são fatos que aconteceram antes, durante e depois da minha formação e tem valor no itinerário que foi construído na saúde mental. Destaco a monografia de mestrado do colega de trabalho, Walmir Barbosa da Silva, Assistente Social. Profissional que finalizou suas atividades no CAPSad. Em seu trabalho de conclusão da Especialização em Saúde Mental em 2006, ofertada pela Secretaria de Saúde do Estado em 2006, busco dados sobre a Saúde Mental na cidade de Dourados.

As ações em Saúde Mental no Estado de Mato Grosso do Sul (MS), ocorrem desde a divisão do Estado de Mato Grosso (MT), sucedida em 11 de outubro de 1977, quando o presidente Ernesto Geisel assinou a Lei Complementar 31, que criou o Estado de Mato Grosso do Sul, em área desmembrada do estado de Mato Grosso. Os serviços existentes, neste período, se resumiam ao Ambulatório da Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental). Havia o Sanatório Mato Grosso, inaugurado em 1966 e o Hospital “Nosso Lar” que atendia com fins filantrópicos, inaugurado também em 1966. Ambos em Campo Grande. Em Cuiabá existia o Hospital Adauto Botelho, fundado na década de 40. Na sequência, aconteceu a abertura do ambulatório da Santa Casa, em Campo Grande.

Em Dourados até o ano de 1989, no serviço público não haviam médicos especializados em Saúde Mental. Os médicos generalistas atendiam aos casos de transtorno mental nos postos de saúde (nome referido hoje a Atenção Básica de Saúde - ABS) e não havia local de referência para a pós internação, quando estes retornavam de cidades que tinham os espaços de internação.

Através de relatos, iniciados no ano de 1992 e contínuo ao ano de 2019, de usuários e profissionais e também de leituras a prontuários de usuários, de serviços como o Ambulatório de Saúde Mental (primeiro local especializado de Dourados, após mudanças na política pública de Saúde Mental), Centro de Atenção Psicossocial-CAPSII e Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Outras Drogas - CAPSad, obtive informações de como aconteciam (antes das mudanças para modalidade de atendimento psicossocial) os atendimentos às pessoas com sofrimento mental, em especial os casos graves. Os casos graves eram encaminhados para outras cidades e outros Estados que tinham manicômios, como: Paranaíba, Campo Grande, Presidente Prudente/SP, Maringá e Marechal Cândido Rondon no Estado Paraná.

Com a criação do SUS os serviços começam a ser implantados. E acontece movimentações para as mudanças de políticas públicas relacionadas à Saúde Mental no Estado. Em 1989 acontece o concurso público estadual e o “Centro de Saúde” passa a ser referência no atendimento em Saúde Mental em Dourados. O concurso atendia a função de Psiquiatra, Assistente Social, Enfermeiro e Psicólogo, bem como, profissionais de nível médio e técnicos. Entende-se que os profissionais estavam vinculados à Secretaria Estadual de Saúde.

Conforme dados da monografia de Walmir Barbosa da Silva (2006), com o objetivo de sensibilizar os profissionais da Saúde Mental e a gestão, aconteceu o encontro multiprofissional, que resultou na formação de um grupo para a elaboração do plano de Saúde Mental para Dourados. Para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas foi inserido em parceria com o Rotary nos serviços da rede municipal e em parceria com o Rotary Internacional o COA (Centro de Orientação e Aconselhamento), com atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. Os profissionais desse serviço eram cedidos pela gestão estadual.

Segundo a página oficial da prefeitura municipal de Dourados no ano de 2002, com a nova política de Saúde Mental, foi criado o programa de Saúde Mental de Dourados, na gestão do prefeito Laerte Tetila, com a modalidade de atendimento psicossocial. Compostos pelas unidades: CAPSII, CAPSad, Residência Terapêutica e Ambulatório de Saúde Mental. Conforme o Diário Oficial da Prefeitura Municipal de Dourados (2006):

A rede de tratamento de saúde mental de Dourados é composta pelo Ambulatório de Saúde Mental [...]; pela Residência Terapêutica; pelo atendimento de urgência e emergência no Hospital Evangélico; pelos leitos para internação de curta permanência no Hospital Universitário; pela Farmácia do programa de Saúde Mental que disponibiliza medicamentos para o uso controlado das pessoas em tratamento e por dois CAPS, um para pacientes psiquiátricos e outro para usuários de álcool e drogas.

Quando eu estava no segundo ano do curso, em 1988, importantes mudanças aconteciam no país: a Constituição Federal sendo promulgada, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Acontecia a fundação do SUS com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 marcou ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão. Diante disso, os profissionais da saúde, usuários, entre outros, lutaram pela reestruturação do sistema de saúde através da Reforma Sanitária Brasileira que almejava ser mais do que uma reforma setorial, queria implantar um sistema que servisse à democracia para consolidar a cidadania no país e um projeto social que garantisse o direito à Saúde Integral (AMARANTE, 1998; AMARANTE, 2011). Simultaneamente, acontecia o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Estas mudanças trariam modificações ao se produzir saúde. Aconteceriam alterações em várias dimensões: na política, epistemologia, técnico-assistencial e sociocultural.

Tudo isto acontecendo, porém, como era muito recente, não me recordo se foi neste momento que consegui ter a percepção do que estava acontecendo com a Psicologia e o SUS, ou seja, claro que não. Eram informações muito recentes, mudanças na visão do atendimento à saúde do brasileiro pois, antes o direito aos cuidados da saúde pelo Estado era somente aos trabalhadores. Me faz entender que o próprio atendimento na área da Psicologia era para poucos, para quem tinha condições de remunerar e acontecia mais nos espaços privados.

Da graduação trago a inquietude que me acompanhava com relação aos estudos avaliativos marcados pela compreensão da dinâmica do indivíduo de forma

universalizante. Os próprios “testes psicológicos” não tinham traduções brasileiras. A realidade e os problemas sociais não eram valorizados. A visão biomédica passava pelas nossas cadeiras acadêmicas, às vezes, muito fortalecidas.

Ao término da graduação, grandes mudanças, novos começos e muitas inseguranças. A certeza existente era a de retornar para a minha cidade natal, Dourados. Momento de retornar e recomeçar. As amizades, os laços deveriam ser refeitos, renovados. Ir em busca do campo profissional. Novos territórios a serem descobertos, constituídos. A minha inquietude permaneceu em novos tempos e talvez direcionou as escolhas realizadas.

Vida Profissional

Em 1º de maio de 1992, após a formatura, retorno à Dourados. Sem saber por onde começar. O sonho era o atendimento clínico privado e passar em concurso público. Após alguns meses ansiosa para iniciar um ofício e pensar como estrear, surgiu a ideia de ser voluntária na Educação Especial, na Pestalozzi. A escola se ocupava em realizar atendimento clínico e educacional de pessoas com limitações físicas e mental. Os avanços para que as pessoas com necessidades especiais fossem preferencialmente atendidas em escolas regulares não existia. A Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva aconteceu em 2008 no Brasil. Este foi o primeiro envolvimento com a profissão após a conclusão da graduação. Pude entrar em contato com a equipe multiprofissional do local e com a proximidade dos profissionais, pude dividir consultório com uma fonoaudióloga. Até aumentar a clientela e ter o próprio consultório. E assim segui por vários anos no consultório. Sempre aguardando a oportunidade de realizar concurso público.

Em 2000, tive a oportunidade de trabalhar como contratada no Ambulatório de Saúde Mental. Neste período, o modelo ambulatorial envolvia todas as modalidades de atendimento. Onde permaneci por dois anos. A equipe técnica era formada por oito profissionais da Psicologia, um Assistente Social, um Psiquiatra, um Terapeuta Ocupacional e Técnicos de Enfermagem. As oficinas terapêuticas ficavam aos cuidados de oficinairos contratados para as atividades. Este local era a referência para o tratamento dos adoecimentos mentais e as necessidades da cidade e regiões circunvizinhas eram

tratados nesse local. Todas as faixas etárias eram atendidas. O atendimento psicoterápico era dividido entre os profissionais através da semiologia apresentada ou fase de desenvolvimento. Eu fazia parte da dupla que realizava os atendimentos aos usuários de álcool e outras drogas. Já começávamos, nesta época, a realizar semanalmente reuniões técnicas para os estudos de caso.

Em 2002 aconteceu o concurso público municipal e assim todos os contratados foram exonerados. Na participação das provas a minha classificação foi o terceiro lugar, mas com os requisitos necessários de cursos e experiências profissionais a classificação geral foi para o décimo terceiro lugar. Os oitos classificados assumiram o cargo. Continuava no consultório e buscando outros espaços. Apareceram convites e indicações através de amigas psicólogas para trabalhos em escolas especiais- APAE, em cidades próximas, Caarapó e Rio Brilhante, onde permaneci por cinco anos. Com a ausência de profissionais da Psicologia nas cidades próximas a Dourados, surgia a oportunidade em trabalhar nestes espaços. Neste período, ainda não havia os cursos de Psicologia na região de Dourados. E assim, tive a participação profissional com a Psicologia escolar.

Também passei a trabalhar em Caarapó, no CEMA- Centro Educacional Marie Annie, com crianças e adolescentes abrigados. Crianças e adolescentes que em situações de riscos, abandono e que foram retiradas do seu ambiente por medidas protetivas. Nesse período, passei a me aproximar de temáticas como: famílias, abusos, vulnerabilidade e da promotoria pública. Dessa forma, me aproximei da Psicologia Social.

Após quatro anos do concurso público, em 2006, fui chamada para assumir o serviço na Secretaria de Saúde de Dourados, iniciando o atendimento no CAPSad. Havia classificado também no concurso público do município de Caarapó e estava organizando a documentação. Precisava optar por Dourados ou Caarapó. E fiz a opção por Dourados. Trabalhar com usuários de álcool e outras drogas era o sonho do período acadêmico, já no primeiro ano universitário. Fiquei muito feliz quando informaram que seria conduzida ao CAPSad. Recordo que eu estava realizando um curso de especialização em Dependência Química. Faltou pouco para finalizar, mas colaborou muito para o momento inicial no CAPSad. Começava a trabalhar no SUS como funcionária efetivada e a fazer parte do grupo de pessoas que acreditavam no SUS que dá certo, respeitando os usuários que buscam por tratamento e humanizando o espaço de saúde. Haviam divergências na

abordagem de tratamento, alguns acreditavam como melhor forma de tratar ser através da abstinência total e outros com a Redução de Danos. O que era preconizado pelo SUS era a Redução de Danos.

A Redução de Danos considerada como uma abordagem ou uma perspectiva, é utilizada para proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos. Conduz estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudança de atitude diante a situações de vulnerabilidade. A posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA): “Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas”. Conforme a ABERTA - portal de formação a distância- Redução de Danos (RD) é um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas que é utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições formuladoras das políticas sobre drogas no Brasil, como a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde.

Apesar das divergências de pensamentos no modo de tratar/cuidar, era um grupo que gostava de estar lá, gostava de cuidar, de estudar e de realizar um atendimento humanizado.

A gestão municipal, dos meus primeiros anos de CAPSad, possibilitava a capacitação dos profissionais. Frequentava congressos, encontros, fóruns. Destacarei alguns que considero de relevância para o momento. Participei na qualidade de palestrante da “1ª Reunião Ampliada em Saúde Mental”, realizada pela FUNASA em 12 de dezembro de 2006, em Campo Grande, com o tema: “Centros de Atendimento Psicossocial no Estado do Mato Grosso do Sul”. Alguns profissionais dos CAPSII e CAPSad tiveram a oportunidade de participar do Encontro Nacional “20 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”, que aconteceu na cidade de Bauru no mês de dezembro de 2007. Encontro idealizado por todos os profissionais devido à grande importância do marco para a Saúde Mental. Pude participar na UNIFESP em São Paulo, de discussões promovidas pelo professor e pesquisador Elisaldo Carlini sobre os “dez

primeiros anos de crack em São Paulo”. Nesta época, em Dourados não tínhamos como usuários do serviço essa clientela. Na ABRAMD – Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – compareci ao “1º Congresso da ABRAMD sobre drogas e dependências”, realizado em 2008, em São Paulo, o professor/doutor Dartiu Xavier da Silveira era o presidente da entidade.

A Secretaria Estadual de Saúde, também promovia espaços para discussões das temáticas e ações pertinentes. Em Campo Grande, a ABORDA- Associação Brasileira de Redutores de Danos e a Associação Águia Morena de Redução de Danos, promoveu o “II Encontro Centro Oeste de Redutores de Danos”, em agosto de 2008. Participei em Aquidauana do “IV Encontro de Profissionais e Usuários de CAPS”, no ano de 2009. E em 2010, na cidade de Ponta Porã aconteceu o “ENCONTRO ESTADUAL FRONTEIRIÇO DE REDUÇÃO DE DANOS”.

A participação como psicóloga no CAPSad colaborou na compreensão das políticas públicas aplicadas a Saúde Mental e em especial às políticas públicas ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Entendo que o investimento nos meus primeiros anos de serviço público na Educação Continuada coincide com a necessidade de políticas públicas às pessoas em sofrimento com o uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Com vistas à organização da sociedade brasileira, as políticas públicas são desencadeadas em níveis federal, estadual e municipal, adquirindo uma missão específica à medida que buscam solucionar fenômenos distintos (SOUZA, 2006; LOWI, 1972). Não entrando aqui no mérito se as políticas públicas são as mais adequadas para o momento. Embora seja materializada pelos governos, a elaboração das políticas públicas envolve vários atores e níveis de decisão. A sequência de ações para a criação de uma política pública inicia após a identificação “do(s) problema(s)” e da necessidade de apresentar alternativas viáveis à resolução. Tais alternativas são hierarquizadas segundo uma ordem de preferências, em simultâneo à ordem dos problemas e a importância dos instrumentos a serem utilizados (PEREIRA, 2005).

Fazendo um adendo nesse caminho percorrido, me faz lembrar que já na graduação me vi interessada pela temática “abusos de drogas”. Uma de minhas primeiras participações em encontros sobre o assunto foi o “1º ENCONTRO DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS DO PANTANAL”, em 1990, promovida pela Associação Brasileira Comunitária e de Pais para a Prevenção ao Abuso de Drogas – ABRAÇO. A

ABRAÇO era um programa do Rotary Clube Internacional. Este primeiro encontro contou com um dos conferencistas mais renomados no assunto da época, o psiquiatra argentino Eduardo Kalina. Quando eu estava de férias em Dourados frequentava os espaços de atendimento mantido pelo Rotary, o COA, para conhecer o seu funcionamento. Entendo que neste período, em Dourados, o serviço público não atendia nas especificidades as pessoas em sofrimento ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Após seis anos e 6 meses no CAPSad surgiu a oportunidade em coordenar o CAPSII. Aceitei. Era o momento em que o CAPSII passava por situações difíceis e o convite de coordenar se estendeu a todos da equipe técnica do local e ninguém aceitou. Assim que assumi a função era preciso organizar a equipe para o processo de trabalho. Já no início a equipe foi desmembrada, por opção dos técnicos. Ficamos sem Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Psicóloga. Era preciso manter o serviço funcionando até recompor a equipe mínima de técnicos. Com diálogo e muito estudo com os que permaneceram fomos nos organizando. Sentíamos confiança no trabalho porque tínhamos o respaldo da gestão. Aos poucos a equipe foi se recompondo. Conseguimos chegar a reflexões que possibilitavam mudar a nossa forma de trabalho. O pensamento era viabilizar a animação da equipe de trabalho, o atendimento humanizado, realizar estudos de caso, consolidar os técnicos de referências, trazer a família para participar do processo de tratamento, avaliar os casos de usuários que permaneciam há muito tempo no serviço por acomodação e não necessariamente para o tratamento, possibilitar a inserção destes usuários em atividades da comunidade, avaliar a situação da Residência Terapêutica e buscar diálogo com os outros serviços da RAPS. Apesar do início da função de coordenadora ser tumultuado e com desconfiança de alguns profissionais e usuários, aos poucos, fomos adquirindo respeito e confiança. E assim, o desenvolvimento do trabalho parecia mais leve. Permaneci por dois anos e oito meses no CAPSII e por chegar a um momento em que a coordenação só se envolvia em resoluções administrativas e questões de escassez de recursos materiais e humanos, sendo que esta não era a proposta inicial. Pedi transferência para o Ambulatório de Psicologia.

Em 2015, começo o trabalho no Ambulatório de Saúde Mental onde retorno aos atendimentos dos usuários. Cuidando de transtornos mentais considerados leves e moderados conforme encaminhamentos da UBS e passados ao SISREG – Sistema de

Regulação de Consultas. O Ambulatório funcionava no Centro Homeopático e agora, nos últimos dois anos, mudamos para o PAM – Pronto Atendimento Médico - onde todas as especialidades se encontram. A clientela do ambulatório modificou após a construção do Protocolo de Atendimento dos serviços da RAPS. Dentre as modificações está a clientela infantil. Atendíamos crianças a partir dos 03 anos de idade e abrangia as dificuldades de aprendizagem. Agora esta clientela é atendida no PAI-Policlínica de Atendimento Infantil e nos serviços da Secretaria de Educação. Passamos a atender adolescentes a partir dos 16 anos de idade. O ambulatório de Saúde Mental oferece basicamente atendimento psicoterápico individual ou em grupo. Se por cerca de duas décadas, o ambulatório de Saúde Mental ganha espaço na assistência, logo a seguir, não são poucas as críticas feitas à expansão de uma rede ambulatorial em Saúde Mental em razão de promover a cronificação da clientela e induzir à farmacodependência (ALVES; GULJOR, 2005).

A minha experiência profissional no Ambulatório de Saúde Mental me fez questionar o sofrimento mental no que concerne ao usuário do serviço. Visto que, estes usuários são encaminhados ao Ambulatório por profissionais da UBS, e os procedimentos dependerão da escuta realizada. Estes questionamentos me fizeram interessar pelo estudo da temática no mestrado.

O Mestrado

Que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. (ROSA,1995, p.20)

O mestrado era tudo o que eu desejava para o momento das indagações. O mestrado me fez passear por diferentes campos teóricos e iniciar leituras de alguns pensadores franceses como Félix Guattari, Gilles Deleuze e Michel Foucault. Pensadores que não faziam parte do meu contexto. Algumas palavras e conceitos me foram apresentadas: rizoma, território, biopolítica, governamentalidade *etc.* Pude ler Michel Foucault através de textos e livros como: a “Arqueologia do saber”, “O sujeito e o poder”, “O nascimento da clínica” e a “História da loucura”. A leitura inicial de Foucault faz pensar nos diferentes processos de subjetivação contemporânea.

Relembrando as primeiras aulas do mestrado me recordo de aulas importantes para a minha formação. Através da disciplina: Formação de Professores e Práticas Docentes, com a professora Jaqueline Batista pude conhecer alguns autores fundamentais. Phillipe Perrenout é um deles. Em seu livro: “Professor Reflexivo no Brasil”, coloca que os currículos de formação de profissionais deveriam propiciar o desenvolvimento da capacidade de refletir. Para ele os profissionais deveriam ser capazes de ensinar em situações singulares, instáveis, incertas e carregadas de conflitos e dilemas que caracteriza o ensino como prática social em contextos historicamente situados.

Paulo Freire é outro autor que destaco no meu processo aprendizagem. A educação fundamentada na ética, respeito e na dignidade foi uma constante preocupação durante a sua vida como educador e político. Freire critica as formas de ensino tradicionais e defende uma pedagogia fundada na ética, no respeito, na dignidade e na autonomia do educando:

A ética de que falo é a que se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe. É por esta ética inseparável da prática, jovens ou com adultos, que devemos lutar. E a melhor maneira de por ela lutar é vive-la em nossa prática, é testemunhá-la, vivaz, aos educandos em nossas relações com eles. Na maneira como lidamos com os conteúdos que ensinamos, no modo como citamos autores de cuja obra discordamos ou com cuja obra concordamos. (Freire, 1996, p.7-8)

Ensinar para Freire exige pesquisa, não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino:

Enquanto ensino continuo buscando, repercurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo, educo e me educo. Pesquiso para conhecer e o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. (Freire, 1996, p.16)

Para Freire, o professor deve assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque é capaz de amar.

Na disciplina “Teorias e Métodos em Estudos Psicossociais”, aulas conduzidas pela professora Carolina de Campos Borges, sugere que o objeto de estudo das ciências sociais possui consciência histórica. Não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e a suas construções, na medida em que as estruturas sociais nada mais são que ações objetivadas. Para Minayo:

Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelecem definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação. (Minayo, 2009, p. 13-14)

Busquei apresentar neste memorial fatos e reflexões com o objetivo de tecer uma análise sobre o processo de formação e produção percorrida até o presente momento. Nesse movimento foi desenvolvida a familiaridade com a pesquisa. Na trajetória, busquei o conhecimento científico para que o conhecimento e a prática se entrelacem e possibilitem propostas de práticas mais humanizadas.

Referências Bibliográficas

- Alves, D.S.; Guljor, A.P. O cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro, R.; Araujo De Matos, R. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005,(p. 221-240).
- Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO Editora FIOCRUZ, 1998.
- Amarante, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 1,(p. 34-41), 2011.
- Amarante, P. D. de C. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.
- Amarante, P. D. de C., O homem e a serpente: outras história para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

- Arouca ASS. O Dilema Preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzivo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires, RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saude Transf Soc. 2012; 3(1):((18-31).
- Benjamin, W. Obras Escolhidas. Magia e Técnica, Arte e Política. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Fleury S, Bahia L, Amarante PDC, organizadores. Saúde em Debate: fundamentos da forma Sanitária. Rio de Janeiro: Editora CEBES; 2007. [Links]
- Freire, P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. 1992
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) – Segurança Pública. Governo Federal. Brasília (DF): Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Minayo, M. C. de S. (org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- Paim, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica (online), Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. (356 p.) ISBN 97885-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Paim, J. S. A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, Rio de Janeiro, 2012
- Pereira, O. Políticas públicas e coesão social. Estudios Económicos de Desarrollo Internacional. Asociación Euro-Americana de Estudios de Desarrollo Económico (AEEADE). V. 5-2. 2005.
- Perrenoud, P. Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. Editora Cortez. 2002
- Rosa, J. G. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Aguilar, 1994.
- Souza, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, Ano 8, nº16, 2006 (p.20-45)

Spink, M. J & Frezza, R. M. (2013). A perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. Livro eletrônico. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Silva, W. B. As motivações para a frequência do usuário no grupo de alcoolistas do CAPSad de Dourados. Monografia apresentada como requisito final de aprovação no Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”. Campo Grande, Braisl, 2006

<http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/saude-mental-avanca-em-dourados/>

O QUE SE DIZ SOBRE O MAL-ESTAR NA REDE DE SAÚDE?

Introdução

Para elucidar e delimitar o campo de investigação que me envolve nas esferas profissional e científica, como profissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como mestrandia em Psicologia, inicio este texto com a pergunta sobre meu objeto: o que é sofrimento mental? Essa pergunta se faz necessária porque os sintagmas dor mental, doença mental, sofrimento mental, sofrimento psíquico e transtorno mental são pouco diferenciados. Pode parecer tarefa fácil, porém os termos se confundem, não há neles aceção permanente e os profissionais que os utilizam atribuem sentidos diversos, por vezes aleatórios, cujo significado será construído na relação com outros elementos da sentença em que emergem e nas condições sociais de produção de sentidos que os envolvem. A variação desses sentidos pode ser de ordem ideológica, teórica, política ou reflexo das escritas institucionais, normativas, doutrinárias, *etc.*

Este artigo busca apresentar a disseminação de sentidos do mal-estar e discutir a circulação de conceitos e temas em uma parte da RAPS, tendo como perspectiva tocar as consequências dessa pluralidade. A nomeação do mal-estar é tema frequente no campo da Saúde Mental e há motivos plausíveis para isto. Às palavras se associam preconceitos e estigmas, além disso, o lugar social do sujeito predicado se desloca historicamente, já tendo ocupado o lugar do santo até o lugar do mais abjeto. Como texto autoral, este artigo emprega o recurso da narrativa autobiográfica, que será discutida adiante, abrindo-se a minha subjetividade - primeira autora - que atuo como Psicóloga há mais de vinte e cinco anos e componho a RAPS há mais de dez anos, o que me torna imbricada com a Saúde Mental, tendo sido formada nela e nela ter me tornado formadora de outros profissionais.

Uma palavra não coincide, em seu sentido, sequer consigo mesma, há sempre uma heterogeneidade enunciativa, para utilizar o termo de Authier-Revuz (1998). A heterogeneidade se constitui (1) nas diferenças de sentido dado à palavra pelos motivos linguísticos e (2) pelas disputas próprias às relações de poder entre os interlocutores, em nosso caso, profissional da escuta e usuário do serviço. O primeiro motivo diz respeito às

características discursivas: opacidade, equivocidade, incompletude e associações inconscientes, entre tantas outras condições discursivas às quais a linguagem se submete.

O segundo motivo, mais identificado à sociolinguística, abrange as relações de poder, a pertença às formações ideológicas e as condições históricas da formação dos sentidos. Por fim, como o sujeito é constituído pela linguagem, a subjetividade torna-se um fator inalienável à interpretação (SATHLER, 2016, TAVARES e CAVALLARI; 2016; FERREIRA, 2005).

Desta forma, a simples nomeação do mal-estar em linguagem “Psi” institui categorizações e encaminhamentos. Esses procedimentos compõem as (con)sequências concretas dos sentidos dados às palavras e aos sujeitos que as enunciam. No presente movimento de medicalização, os sentidos patológicos, com toda pluralidade possível, apontam para uma longa produção histórica que os naturaliza. A medicalização reúne e aprofunda as práticas derivadas do controle disciplinar pelo discurso biomédico, descrito por Foucault (2003), e também se estabelece como dispositivo de visibilidade e dizibilidade da verdade sobre sujeitos doentes, colocando-os em lugares subalternos, uma vez que eles próprios não detém a verdade sobre os corpos inscritos na linguagem médica, por vezes inalcançável ao leigo (FOUCAULT, 2006) que, por fim, dá fundamento à Biopolítica como ciência de governo (FOUCAULT, 2008). Algumas obras de tradição crítica (ROSE, 2010; HACKING, 2002; 2005; TESSER, 2019; CRP/SP, 2010) discutem a medicalização e os efeitos da Biopolítica na sociedade contemporânea mostrando a complexidade e polissemia desse conceito.

Preliminarmente, a confusão entre os conceitos de queixa e sintoma deve ser desfeita, minimamente. O acesso aos manuais diagnósticos e às páginas virtuais de profissionais, usuários do serviço de saúde mental e curiosos propiciou difusão da linguagem técnica “Psi” dando, superficialmente, a aparência de transparência, universalidade e univocidade à terminologia da Psicopatologia. Assim, o que estava posto, inicialmente, em linguagem profissional restrita, torna-se público e a nomenclatura se dissemina ligeiramente dando a impressão de que todos dominam não somente a linguagem, mas também a técnica diagnóstica. Pode-se perceber, ainda, principalmente devido ao aceite massivo dos manuais diagnósticos, profissionais centrados na busca de uma evidência imediata para formar um diagnóstico, seguindo a lógica dos manuais.

Nos procedimentos mais clássicos, a queixa é compreendida como expressão de uma interpretação pessoal sobre o mal-estar de quem o sente. O sintoma é uma interpretação do profissional que escuta a queixa e, seguindo raciocínios semiológicos da fisiopatologia ou das contingências do comportamento ou, ainda, das formações do inconsciente, formula, por meio de anamnese, testes e exames (clínicos e laboratoriais), o diagnóstico. Isso, com as variações disciplinares e do campo de atuação de cada profissional (SANCHO; PFEIFFER; CORRÊA, 2019; SILVA JUNIOR; DUARTE; MENEZES; MORAIS; ALVES; DAHER, 2014).

Desta forma, usuário do serviço e profissional constroem um diagnóstico, não obstante a precedência do saber sobre o corpo ou sobre o comportamento, o detentor do poder da verdade “Psi” não ser do usuário nem do profissional, mas do Manual Diagnóstico que com suas diretrizes estabelece uma linguagem e uma técnica. A entrevista é dirigida pela queixa e a lógica diagnóstica é regida pelas associações da queixa com uma ou mais evidências; essas ditas evidências são tomadas por critérios diagnósticos ou sintomas e o conjunto de sintomas compõe o diagnóstico sindrômico (FIGUEIREDO e TENÓRIO, 2002; SOHSTEN e MEDERIOS, 2016). A evidência assume a primazia na relação profissional-paciente e a consequência é a díade queixaconduta, na qual o próprio profissional assume como verdade a queixa, ao nome atribuído a queixa associa o diagnóstico, e a essa segunda palavra (diagnóstico) associa outro nome, o do remédio ou do procedimento. Essas práticas discursivas, historicamente estabelecidas, desvalorizam a semiologia e assumem a queixa como verdade. O profissional, ao admitir a verdade autorreferida daquele que faz a queixa e buscar uma evidência que confirme a queixa exclui da elaboração do diagnóstico o exame, a anamnese e o raciocínio semiológico (SANCHO; PFEIFFER; CORRÊA, 2019).

Esse dispositivo de visibilidade e dizibilidade das classificações psicopatológicas permitiu a disseminação de diagnósticos, dispositivo que guarda semelhança com o que aponta Gutman (2010): a voz de quem faz a queixa integra a enunciação técnica. Os sintomas e diagnósticos tem soado tão naturais e familiares à população que cotidianamente, no trabalho na RAPS, ouve-se as expressões: “acho que sou bipolar”, “tenho TOC”, “sofro de ansiedade” *etc.* A população tem se autodiagnosticado dado a suposta facilidade de identificar e nomear o mal-estar. Há um movimento costumeiro de autodiagnóstico, inclusive com orientações e recomendações online (SOUZA, 2013). O

que parece natural pode dificultar a compreensão do próprio mal-estar e assim transformar problemas ordinários em patologias. A disseminação das práticas de autodiagnóstico faz parecer que a população aceitou passivamente o movimento de medicalização da vida, dos corpos e das subjetividades.

O mal-estar sempre esteve presente na civilização, faz parte da constituição humana (FREUD, 1997/1929). O ambiente, os outros e nós mesmos somos causas de mal-estar. Catástrofes, penúrias, tensões, inseguranças, apreensões, lutos, indecisões, tristezas, dúvidas, dissabores, desafetos e frustrações são exemplos de sofrimentos, mas são ocasionais e não chegam a afetar a organização da subjetividade, não provocam transtornos permanentes. Se o sofrimento aumenta em intensidade e é temporalmente contínuo pode romper o limite do suportável. Não importa se a intensidade ou a permanência das excitações sejam de prazer ou dor, importa que sejam acima do limiar suportável àquele sujeito, é isso que pode tornar o sujeito disfuncional ou significativamente desorganizado, tendo como parâmetro seu próprio modo de existir. Nesses casos fala-se em Dor Mental, Sofrimento Psíquico ou Transtorno Mental. É importante o reconhecimento de que o mal-estar para um, não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos a adversidades semelhantes. Os níveis de frustração e de tolerância são singulares. Vale dar relevo a contribuição freudiana à hipótese desenvolvida desde o início da Psiquiatria contemporânea, com Pinel, de que o que leva ao sofrimento (ou adoecimento) não é uma questão de qualidade, mas de quantidade.

O mal-estar tem distintos sentidos e atribuições causais ao longo do tempo e há diferentes formas de percebê-lo, considerando suas condições de produção históricoculturais. Aqui, vou tentar problematizar os diversos sentidos atribuídos ao mal-estar considerando a escuta de casos que, necessariamente, são atendidos em meu cotidiano profissional. Interessa, sobretudo, entender as categorias e os encaminhamentos realizados segundo critérios de gravidade do quadro identificado, intensidade na qual se apresenta, frequência em que alterações são apresentadas e permanência temporal.

As categorias do mal-estar são nomeadas, hoje, como Transtornos Mentais, muito comumente. Os nomes empregados nas duas primeiras edições do DSM eram os termos neurose e psicose. Na terceira edição, Distúrbio Mental. No entanto, ao léxico “Distúrbio” foi associado um grande estigma. Além disso, a tentativa de apagar as marcas da

Psicanálise na Psicopatologia forçou o uso do léxico “Transtorno” em substituição as “Neuroses e Psicoses” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). O termo “dor Mental” aparece mais associado à Psicanálise Inglesa. Sofrimento Mental e Sofrimento Psíquico não encontram, no meio em que trabalho, regularidade perceptível e, muito comumente, são tidos como sinônimos.

Essa nomenclatura, como aponta Foucault (2003), é uma abertura da linguagem aos novos domínios das ciências, a pessoa se abre como sujeito e como objeto de conhecimento, estabelece novas formas de visibilidade e cria enunciados para o que estava oculto. Um novo jogo de signos se forma a partir da positividade do conhecimento do corpo morto e do corpo vivo: “a saúde substitui a salvação” (p. 228).

Objetos ambientais, econômicos e comportamentais, entre outros, foram incorporados pelo discurso médico aos processos de Saúde e Doença, conhecimentos foram gerados e novos domínios epistemológicos se associaram às gramáticas administrativas da população. Esses novos objetos diziam respeito à moral, à identidade, ao uso dos corpos e aos lugares de fala. Não somente a loucura foi capturada, muitas outras expressões humanas receberam atenção diferenciada e, neste conjunto de apropriações, o dispositivo privilegiado de leitura, classificação e territorialização das populações foi a disciplinaridade. O discurso médico é, nesta altura, um mecanismo de legitimação das novas formas de ver e dizer, positivamente, o que ocorre com os sujeitos desviantes de normas. A loucura, a histeria, o onanismo, o incorrigível, o monstruoso e a sexualidade não-normativa são atravessadas por métodos que vão da anátomo-físio-patologia até a Psicanálise.

A loucura representou, portanto, a via de acesso da Medicina aos problemas morais, identitários, normativos, econômicos, *etc.*. Foucault reflete sobre a existência de uma produção de formas de relação com a loucura, mais especificamente com sua transformação em “doença mental”, alterando a experiência da Idade Clássica.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência

recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra (Foucault, 1978, p. 35).

Até o início do século XIX, à loucura eram atribuídas causas morais, religiosas e sociais. Considerava-se também que o louco tinha a capacidade de se recuperar. Os ataques de loucura eram contidos com medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas e sangrias, formas de repressão aos ataques de loucura. Inicia-se, neste período, a medicalização. O fundamento da internação era o pensamento de que a cura da loucura, agora convertida em doença mental, ocorreria a partir da liberdade vigiada e do isolamento. Começava a Psiquiatria.

Ícone desse movimento, Philippe Pinel foi médico alienista, administrador dos Hospitais Salpêtrière e Bicêtre de Paris e introdutor do tratamento moral aos seus pacientes. Pinel escreveu um importante Tratado sobre a Alienação Mental, nele buscou compreender positivamente o que se chamava de doença e, assim, livrar-se de respostas místicas ou respostas sem achados empíricos significativos. Mudou significativamente o tratamento aos alienados ordenando retirar as correntes e afirmava que o alienado não é culpado por sua condição, mas é um doente que merece toda consideração (PEREIRA, 2004; FACCHINETTI, 2008). Essa postura, calcada em racionalidade e método de rigor, foi decisiva para a introdução da Medicina no campo dos comportamentos.

A Psiquiatria clássica, como parte da Medicina, considera que os sintomas são sinais de distúrbios orgânicos. Isto é, a doença mental é vista como distúrbio funcional ou estrutural do Sistema Nervoso Central. Desta forma, sua origem seria endógena, orgânica, referida a alguma lesão de natureza anatômica ou fisiológica do tecido cerebral (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999, p. 350). Segundo a lógica (bio)médica, a doença mental é simplesmente uma doença orgânica, logo, a ser tratada com fármacos. Ao lado da medicação ainda são usados eletrochoques, choques insulínicos e internamento.

O Modelo Biomédico reduz as doenças apresentando unicamente à causalidade biológica, as determinantes sociais e culturais desaparecem. Este modelo é predominante em meu meio profissional. Dessa forma, na RAPS observa-se um processo de psiquiatrização da vida e conseqüente medicalização das subjetividades, cujo sinal mais evidente é a proposta de redução do sofrimento por meio dos sistemas classificatório dos

Manuais Diagnósticos – os DSM's e CID's -, requeridos nos serviços públicos para a escrita dos prontuários e encaminhamentos.

Com isso se articula o apagamento do mal-estar, do sofrer próprio à existência, tornando-o um Transtorno Mental, e tomar estes termos (Transtorno Mental, Sofrimento Mental e Mal-Estar) como sinônimos é uma generalização perigosa. Polanczyk (2009) assim se manifesta para definir a Psicopatologia do Desenvolvimento:

Convergem também no conceito de que os transtornos mentais surgem a partir de interrelações dimensionais, complexas, em múltiplos níveis, entre características específicas do indivíduo (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), características ambientais (cuidado parental, relacionamentos interpessoais, exposição a eventos estressores) e sociais (rede de apoio social, vizinhança, nível socioeconômico (Polanczyk,2009,p. 7).

E a abrangência deste conceito mostra que dificilmente um sujeito pode escapar deste espectro, pois, quem passa pela vida toda sem problemas genéticos, sem estresses, sem agressões e tendo a personalidade flexível o suficiente para escapar a todas as vicissitudes próprias da vida?

A Psicanálise propõe inserir a compreensão da dimensão discursiva sobre o malestar, abrindo espaço para o sujeito da linguagem, com suas particularidades. Freud, no final do século XIX, contribuiu com a clínica do aparelho psíquico partindo de estudos e hipóteses neurológicas, como aponta sua obra “Interpretação das Afasias” (Freud, 1977 [1891]) e consolidou sua hipótese sobre o inconsciente com os “Estudos sobre a Histeria” (Freud, 1980 [1895]), distanciando-se definitivamente da Sociedade de Neurologia, mantendo, no entanto, alguma continuidade no raciocínio neurológico.

Freud inaugura a clínica da escuta, introduzindo uma ruptura paradigmática com o método dedutivo, prevalente até então, para propor uma lógica indutiva, o que significa dispor do Inconsciente como chave de leitura dos eventos subjetivos. Isso foi feito, primeiramente, na “Psicopatologia da Vida Cotidiana” (1900), buscando uma compreensão com elementos generalizáveis, aqueles relativos aos esquecimentos, às trocas de palavras, às condensações *etc.* A psicopatologia Psicanalítica inaugura o estudo do mal-estar tomando-o como sofrimento psíquico na abordagem das formações inconscientes no fazer clínico.

Na perspectiva biopsicossocial, o mal-estar se desloca do discurso médico. Logo, é tratado como doença (física ou mental). Então, saúde e doença são conceituações de processos complexos, contínuos, dinâmicos e multideterminados cujas causas e evoluções vão além das variáveis biológicas e individuais. As questões socioculturais são valorizadas. Segundo Ingleby (2012), a expressão “construção social das doenças” visa descrever uma interação particular entre fatores sociais, culturais, atitudes, crenças, relações sociais, ideias e descobertas científicas que permitem a definição e/ou transformação dos significados atribuídos às doenças. Saraceno (1999) afirma que no campo da Saúde Mental predomina a abordagem biomédica, sendo necessário o deslocamento para uma abordagem biopsicossocial, o que requer mudanças importantes na formulação das Políticas de Saúde Mental: no financiamento, nas práticas e no *status* dos profissionais da equipe. O modelo anterior de cuidado à pessoa em sofrimento centrava-se nos déficits, na incapacidade do sujeito, pela percepção de tratar-se de alguém que precisava ser curado, no entanto surge a Reforma Psiquiátrica que reorienta o modelo hospitalocêntrico, vigente até a década de 1980 no Brasil, mostrando novas possibilidades, pautando-se assim em cuidados que visam a autonomia do sujeito (JORGE e BEZERRA, 2004).

Para Dalmolin (2006), autora que trabalha na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, o sofrimento psíquico envolve um conjunto de elementos que cerca o usuário:

Compreendo, pois, a vivência de intenso sofrimento psíquico, chamada na psiquiatria de “doença mental”, como um processo que ocorre na vida da pessoa e que envolve o conjunto dos elementos que a constituem (quer sejam de ordem individual, familiar, política, religiosa, econômica...), repercutindo na sua história pessoal, familiar e nas suas redes de relações, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica da ‘crise’ (p. 62).

A Reforma Psiquiátrica buscou reverter o modelo hospitalocêntrico de atenção criando novos dispositivos de assistência. A Reforma Psiquiátrica possibilitou uma oferta de cuidados diferenciados, com mudanças significativas nos saberes e práticas assistenciais (Tenório, 2002; Amarante, 1995). A reabilitação psicossocial surge entre as ações de cuidado. Assim, a Atenção Primária e os serviços substitutivos precisam se articular às equipes de Saúde na Atenção Primária em busca do acolhimento e os serviços substitutivos com a ação do cuidado. A complexidade e amplitude das questões ligadas à

Saúde Mental apontaram para a necessidade de integrar essa rede aos serviços de Atenção Primária (BRASIL, 2004a). A Atenção Primária passa a ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de saúde. Entendendo que na rede de cuidados o usuário será acompanhado por vários profissionais.

Produzo até aqui um preambulo que introduz ao tema do mal-estar e da circulação dos sujeitos no ambulatório de Saúde Mental onde atuo. A partir deste ponto, apresento parte de uma narrativa autobiográfica das experiências na Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Dourados, buscando evidenciar os atravessamentos e vicissitudes do mal-estar em torno dos profissionais e dos usuários que nos procuram e nos afetam.

A narrativa: a subjetividade nas pesquisas em saúde

As narrativas, especialmente as autobiográficas, já têm sido muito utilizadas como método de investigação na Educação (CARVALHO, MIRANDA e CORREIA, 2019; RODRIGUES e PRADO, 2015; RABELO, 2011; SOUZA, 2014). Em um trabalho que analisa o emprego desta metodologia na Saúde, Onocko-Campos *et al* (2013) fazem algumas constatações e as que mais me atingem serão agora apontadas.

A primeira diz da valorização da experiência, mas não se trata da experiência imediata, nem da experiência controlada e já registrada. Trata-se da articulação reconfigurada da própria subjetividade a partir de um tema em que memórias fragmentadas e descontínuas ganham, nesta experiência, um fio histórico e produtor de sentidos. A narrativa, nesse sentido de organização de memória e continuidade, traz em si muitas vozes, de forma que é um ouvinte que se torna narrador.

A narrativa, em alguns momentos, se cruza com a história escrita e o narrador voltado para sua própria experiência não se torna um agente institucional privilegiado, mas, à margem da história oficial, reconhece as instituições e os movimentos instituintes que o perpassam. Assim, o que o narrador busca é uma compreensão dos conteúdos presentes na sua própria vivência.

Para falar de alguns pontos nos quais a escuta do mal-estar se realiza na experiência do trabalho em Saúde Mental, faço a narrativa de dois eventos. Foram duas reuniões da RAPS que acontecem uma vez ao mês. A participação conta com os membros

da RAPS da cidade de Dourados. Essas escutas se deram entre os meses de março e maio de 2019, em locais dos serviços de saúde mental cedidos. Não houve um registro de falas, não se trata aqui de analisar uma fonte primária, mas buscar uma produção reflexiva sobre práticas em saúde, sobre a produção de um sentido histórico/sociológico sobre as concepções e conflitos vividos com o mal-estar, suas acepções e dispersões discursivas, para auxiliar a compreensão do lugar de escuta do mal-estar. Os registros foram posteriores, em um caderno de anotações como um diário de campo. Na escrita do presente texto, busco a manutenção dos sentidos registrados, cientes de que os recortes e, na revisão, algumas alterações de palavras foram necessárias para auxiliar a coesão textual.

A primeira narrativa se deu após escuta de uma reunião da RAPS, na qual representantes dos serviços de Atenção à Saúde Mental são convidados a participar. Conforme o Ministério da Saúde (2013), a RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que preconiza o atendimento a pessoas com Transtorno Mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme portaria fazem parte da RAPS: ABS, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Universidade e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Um dos objetivos da RAPS é reunir e ampliar o envolvimento dos serviços nas discussões e ações voltadas ao Sofrimento Mental. As seguintes entidades enviaram seus representantes na primeira reunião: Ambulatório de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial II e Álcool e Drogas (CAPS II e CAPSad), Núcleo da Saúde Indígena, Secretaria de Assistência Social, Hospital Universitário (HU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento Infantil (PAI), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Entre as pautas dessa reunião estava o projeto de “Prevenção ao Suicídio” que a Universidade Federal local propõe para em parceria com o município (Secretaria de Saúde). A coordenação do PAI pede a palavra para questionar a escuta do sofrimento na rede. Conta que, na função de coordenadora, as pessoas a procuram em busca de agendamento com especialista, porém, nesse momento, ela funciona como a primeira escuta. Conforme a sua fala: “*As pessoas falam das suas necessidades do momento, do seu sofrimento mental, precisam ser escutadas...*” e o que lhe chama a atenção é que “*a escuta daquele momento*

é suficiente para acalmar” e, ainda segundo ela: “Sensação que foi ouvida. Precisava ser ouvida”.

A sentença traz alguns efeitos de sentido mais imediatos: a compreensão do itinerário para ter acesso à especialidade, sem especificar qual seja a especialidade, parece ser: de forma naturalizada a entrada no sistema via Estratégia da Saúde da Família (ESF), que serve como serviço de encaminhamento e não de acolhimento nos termos pensados pelo SUS, da ESF para o ambulatório do PAI, que faz triagem e acalma o usuário enquanto a especialidade é aguardada. Ainda emergem os sentidos de identificação do sofrimento mental como “necessidade momentânea” que pode ser tocada e abrandada com a escuta.

Nesse recorte, a escuta ocupa um lugar difuso: ora técnico, ora paliativo e, por fim, espaço transitório que sinaliza que o socorro chegará. Há, então, uma pluralidade de sentidos possíveis, alguns deles muito específicos aos profissionais de saúde. O primeiro sentido observado é o da pré-consulta. Vários serviços de Saúde têm a prática de uma escuta inicial que levanta dados para a intervenção biomédica, sendo que nessa pré-consulta se realizam também diagnósticos, como avaliação de risco ou de urgência e emergência nos Pronto-Atendimentos, preenchimento dos prontuários com informações do histórico do usuário do serviço nos ambulatórios e organização de intervenções invasivas em hospitais. A escuta nos ambulatórios de Saúde Mental pode estar associada, pela memória linguística, às três funções que neste ponto se tornam indiferenciadas. Emerge nessa descrição o termo “triagem” que, neste contexto, se opõe a acolhimento, uma vez que o acolhimento é inclusivo e a triagem é excludente.

O enunciado *“As pessoas falam das suas necessidades do momento, do seu sofrimento mental, precisam ser escutadas”* apresenta uma personalização dicotômica que destaco pelo uso dos verbos falar e escutar. Uma pessoa, a da fala, apresenta a ação do usuário do serviço, a escuta, a ação do trabalhador em Saúde. Como aquele que fala necessita da escuta, o que se estabelece como primordial é a relação entre sujeitos. Essa interrelação se estabelece dentro de uma lógica suposta: *“a escuta daquele momento é suficiente para acalmar”*. Isso significa que o usuário não estava calmo e que a escuta o acalma, significa também que a falta de calma faz parte do mal-estar. Supõe que o sujeito calmo pode se reorganizar momentaneamente e isso se torna suporte suficiente para a espera na possível demora da intervenção do especialista. No entanto, a “primeira escuta”,

é uma sinalização de que o sujeito está assistido, acompanhado e avaliado, o que dá a sensação de que havendo uma necessidade maior terá alguém dentro do serviço que o representará, além de inseri-la numa ordem cardinal: primeira escuta, segunda, terceira...

Na nomeação do mal-estar, neste ponto, identifico muitas vozes e destaco, entre elas, o sofrimento mental, a necessidade do momento e a calma. A dispersão dos sentidos, como visto em Foucault (2000), é descontínua e suas rupturas buscam legitimar os saberes e sujeitos da fala. O sofrimento mental, nessa enunciação, é uma referência à especificidade do sujeito, da posição subjetiva e do lugar social. Há algo da esfera mental, da ordem neuronal que traz sofrimento, logo, há uma especificidade que no sistema será reconhecida como especialidade e, certamente, em nosso meio, quando se fala em especialidade ou em especialista a identificação se liga à formação médica. Isso justifica o cuidado da rede de Saúde Mental. Quer dizer, para o sofrimento mental há uma rede - a Saúde Mental -. Uma profusão de sentidos acolhe desta forma, os usuários, os especialistas e demais trabalhadores da Rede, e dá a todos eles alguma estabilidade construída e legitimada em redes discursivas que poderiam ser problematizadas a partir da desestabilização de suas mais antigas institucionalizações.

Ao mesmo tempo em que a especialidade “mental” caracteriza o “sofrimento”, ao afirmar “*As pessoas falam das suas necessidades do momento, do seu sofrimento mental, ...*” os termos “necessidades do momento” e “sofrimento mental”, postos nesta ordem, podem indicar (1) sinônimos [as necessidades do momento, ou seja, o sofrimento localizado na esfera mental...], (2) atribuição causal [as necessidades do momento que lhe causam sofrimento mental], (3) uma serialidade [falam primeiro de necessidades do momento, depois do sofrimento mental], (4) uma prioridade [o sofrimento mental é a maior necessidade do momento], (5) sintomas [as pessoas falam de seus sintomas, do seu sofrimento mental...] mas podem além disso indicar, simultaneamente, (6) uma distinção, uma ruptura, falam de uma coisa e depois de outra. Um efeito de sentido mais sutil, porém mais ardiloso pode ser observado se a associação dos termos sugerir um contexto não histórico. Assim, a necessidade do momento perde o caráter de constituição histórica do sujeito, perde o valor da construção social, pois sendo a necessidade do momento e sendo apenas do momento se caracteriza como algo volátil, não frequente, rápido, súbito, inesperado, efêmero.

O que leva a afirmar do ardil que se abre nesta interpretação é o deslocamento do sujeito que, sendo um sujeito do momento, sem história, perde seu caráter e sua condição de produção sócio-política. Assim, uma estratégia de intervenção funcional, instrumental, pode ser lançada. Vale lembrar que a crítica que se faz à Psicopatologia dos Códigos é que os manuais que as difunde é de uma Psicopatologia sem sujeito (SATHLER, 2013; SERPA JÚNIOR, 2007).

Com a abertura para esta temática os participantes da reunião foram acrescentando: *“No meio em que vivem, as pessoas não ouvem uma a outra; nas redes sociais sentem-se realizadas, postam as suas alegrias, mas não postam seus sofrimentos; na escola não se ouve. Em casa não se ouve. O colega não tem tempo para ouvi-lo. A grande possibilidade é buscar a escuta na Atenção Básica à Saúde (ABS)”*.

Embora haja uma denúncia de que as pessoas não se ouvem no meio social, o enunciado também produz um efeito de sentido de que se ocultam nas redes sociais. (redes sociais a estrutura, composição ou organizações de pessoas, conectadas por um ou vários tipos de relações). Na sequência, os participantes da reunião concordam que os usuários podem chegar ao atendimento especializado sem a escuta de um agente da ABS, visto que, para acolhimento e escuta do sofrimento mental necessitam da disponibilidade sensível do profissional. Quando falam em escuta sensível, referem-se à percepção das queixas para além dos sinais e sintomas. Entretanto, atravessados pelos discursos medicalizantes, os profissionais estão imbricados à escuta biomédica na qual as queixas de sofrimento mental não encontram o devido espaço. Assim, fazem encaminhamentos diretos aos atendimentos especializados, ao Ambulatório de Saúde Mental (Psiquiatria ou Psicologia).

O efeito de sentido tocado pela repetição sobre a não escuta no enunciado *“[...] as pessoas não ouvem uma a outra; [...] na escola não se ouve. Em casa não se ouve. O colega não tem tempo para ouvi-lo”* é de que há uma cultura mouca já disseminada. A ausência de escuta no meio social promove a emergência do dizer de que a *“grande possibilidade é buscar a escuta na ABS”*. As redes sociais participam da sentença apontando uma política restritiva da circulação do dizer sobre si: *“[...] nas redes sociais sentem-se realizadas, postam as suas alegrias, mas não postam seus sofrimentos [...]”*. A referência de rede sociais, nessa fala, são de redes sociais virtuais. Podemos interpretar

então que não há espaços para o dizer sobre si e onde se pode dizer algo há enquadres preestabelecidos e interdições sobre o conteúdo. Como a ausência de espaço de fala é generalizado, torna-se fator de mal-estar e esse sofrimento social tem a grande possibilidade de escuta, talvez única, na ABS.

Há um quadro generalizado a ser analisado em casa, na escola, no trabalho... A escuta desejada falha e gera um sintoma ou um pedido de ajuda ao Sistema de Saúde que, entretanto, escuta essa demanda como problema de saúde mental, enquanto poderia ser tomado como sintoma sistêmico comunitário. Com a naturalização dos discursos medicalizantes a escuta ocupa sempre um caráter clínico e hierárquico.

A escuta se faz necessária, conforme Dalmolin (2006), para se compreender saúde-doença como processo, o que significa não ficar circunscrita apenas ao corpo, ao psiquismo nem à fase aguda. O eixo da escuta na ABS é, portanto, outro, é “a grande possibilidade da escuta”, que cobra um custo em um paradoxo: para vincular-se e ser ouvido o sujeito precisa de um profissional de Saúde, logo será identificado como doente. Se é identificado a uma doença, não será ouvido, mas encaminhado. A complexidade desse processo aceita, naturaliza e potencializa o adoecimento, pois é na escuta que se constitui um sujeito da experiência, da vinculação. A ABS, se atravessada pelo discurso biomédico, medicaliza o sujeito. Assim ao propiciar escuta ao sujeito social o torna doente.

Na segunda narrativa da reunião da RAPS, estiveram presentes as seguintes representações das entidades: Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II e CAPSad, Núcleo Estadual de Saúde Indígena (Nesi), Secretaria de Assistência Social, HU, PAI, CRAS, ABS e UFGD, e constavam as seguintes pautas: a introdução de equipes da Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament¹); a cobrança do Ministério Público de um local de atendimento para adolescentes; Programação do dia da Luta Antimanicomial e a implantação do Consultório na Rua. Recortamos para discutir a escuta: a implantação do Consultório na Rua e uma discussão derivada desse tema sobre o Matriciamento na rede.

¹ AMENT - Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. Proposta inscrita na Nota Técnica 11.2019 – DAPES.SAS.MS. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Do primeiro tema discuto o relato a seguir: “Os consultórios na rua são uma modalidade de atendimento aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade e que estão distantes da rede de serviços de saúde. Sua proposta é o oferecimento de clínica acessível e especializada – com profissionais de diversas áreas, como da Saúde e Assistência Social – para o atendimento de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Não entrarei aqui no mérito de algumas discussões que vieram com a proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, uma delas a Ament. Estou me referindo à Política Nacional para contribuir com uma proposta de escuta, aqui levantada pelo Ambulatório de Saúde Mental. O Ambulatório, em seu protocolo de atendimento, se define na função de intermediário entre os CAPS e a ABS. Os ambulatórios são considerados especialmente necessários em municípios que possuem maior demanda de atenção para que, junto a uma rede efetiva de CAPS, ofereçam suporte para o atendimento e articulação com as equipes da ABS em busca de evitar o esgotamento da rede, afastando a possibilidade de internações em hospitais”.

Conforme Luzio & L’Abbat (2007) os serviços substitutivos nas cidades de pequeno e médio porte, possuem dificuldades enfrentadas pelo paradigma da Atenção Psicossocial e os serviços substitutivos ainda possuem fortes resquícios do modelo psiquiátrico, ambulatorial e medicamentoso no tratamento da loucura.

O segundo recorte, subsequente ao Consultório na Rua traz: “Nessa reunião foi discutida a necessidade do Matriciamento. Conforme o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, o Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir Saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O apoio matricial tem estruturado um tipo de cuidado colaborativo entre Saúde Mental e Atenção Primária. A responsável pela UBS informou que dois psicólogos assumiram o NASF, mas é necessário aumentar a equipe e também receber apoio da gestão para que esses profissionais possam priorizar a atuação no programa de Saúde Mental. Em sua fala mostra-se muito preocupada, tanto com os usuários quanto com os profissionais do serviço: - *“Eu vejo a angústia dos usuários, mas também dos cuidadores. Às vezes, penso que os profissionais querem se livrar dos usuários. É um livramento fazer o encaminhamento para especialidade. Eles estão tão sofridos com suas próprias emoções e problemas... Além de que o próprio serviço com as suas necessidades faz eles sofrerem e não têm quem os escute”*.

Um traço é comum aos dois recortes apresentados: o acesso aos pontos nodais da rede. Enquanto o Consultório na Rua liga os profissionais a usuários, o Matriciamento liga os profissionais entre si.

O Consultório na Rua vai ao encontro de potenciais usuários da RAPS, pois *“são uma modalidade de atendimento aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade e que estão distantes da rede de serviços de saúde”*. Os efeitos de sentido levantados conduzem a uma percepção de que pode haver algum grau de vulnerabilidade em usuários de drogas, no entanto cabem algumas indagações sobre essa vinculação. Todos os usuários de drogas são vulneráveis? As drogas geram ou aumentam a vulnerabilidade? Como se identificam as condições de maior ou menor vulnerabilidade? A distância da rede de serviços indica vulnerabilidade ou um risco para quem se encontra vulnerável? Enfim, essas questões são postas aqui como reflexões para ajudar a descolar o que parece marchar ombro a ombro: drogas e vulnerabilidade.

A dispersão discursiva, suas associações e fragmentações se naturalizam pelo viés da validação dos saberes historicamente institucionalizados. Manter essas associações como nesse caso, sem desconstruir, os termos “drogas” e “vulnerabilidade” reproduz os efeitos dessa naturalização. Afinal, o que são drogas? Drogas, pelos processos institucionais produzidos ao longo do tempo, têm conotações moralizante, disciplinar, política e clínica. Todos esses efeitos de sentido se misturam e movimentos históricos convivem como comensais do mesmo pasto. A moralização advoga que este sujeito rompeu com seus valores familiares e religiosos, virou vagabundo, pervertido, promíscuo. Somam-se a esse discurso as linhas disciplinares que apontam a ausência de regras, de cuidados com a saúde e de ritmo de trabalho, entre tantos outros dizeres. A política afirma ser esse um sujeito ilegal, marginal, perigoso à sociedade. A clínica diz primeiramente que foi alvo de um contágio cujo vetor foram os falsos amigos, o contágio o torna um mau elemento e, por fim, a clínica lhe dispõe diagnóstico de geneticamente anormal, mentalmente perturbado, incapaz de juízo, e prognósticos: degeneração progressiva e incurável. A vulnerabilidade acompanha essas avaliações universalizantes. Resta saber, como pode haver uma proposta para o cuidado do malestar para dar conta disso tudo, já que, a princípio, todos estes discursos aumentam a tensão, pouco percebem da subjetividade presente e tornam o sujeito tão indesejável que lhe resta a prisão, o isolamento e a vergonha.

Tratar este sujeito implica em desnaturalizar as associações que nele colam características identitárias preconceituosas, como visto acima. Se reconhecermos os problemas sociais envolvidos ressaltamos o amplo grau de vulnerabilidade: alimentar, securitária, trabalhista, educacional e física. Se assim o considerarmos, um conflito se estabelece: a educação para a saúde, a prevenção e a participação social, funções da Atenção Básica tornam-se prioritárias. Se a vulnerabilidade for concebida como colada às drogas, a Atenção Especializada deverá ser investida. Isso pode confundir a dimensão do Consultório na Rua, pois estará, por um lado, junto ao usuário em seu próprio território e com atenção caracteristicamente comunitárias e, por outro, será acessado por especialistas, como na Atenção Especializada.

A sequência textual aponta ser a distância da RAPS um dito pacífico que, portanto, precisa ser problematizada. Pensemos a rede como uma malha, um traçado de linhas que se cruzam em espaços delimitados formando tecidos com espaços vazios. As linhas interligam pontos, como em uma malha viária, e os cruzamentos constituem nós. Assim, a distância entre si das linhas paralelas e também das perpendiculares é que determinam as bitolas das malhas e, com elas, a capacidade de reter nas teias pessoas ou objetos que são por ela arrastados.

Ilustro as Redes de Atenção à Saúde com a imagem territorializadas por cruzamentos de linhas de cuidado em cada programa de saúde (Rede Materno-infantil, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial *etc*). Quando se trata de Rede Territoriais se levanta a possibilidade de não haver cobertura de todo o território, de haver buracos largos ou linhas frágeis que se rompem no contato com os objetos “peneirados”. Dessa forma, afirmar a “distância da rede” é um eufemismo para escapar do dizer sobre a fragilidade e a ineficiência da rede.

Como a rede presente é demasiadamente porosa e, portanto, excludente, há uma proposta de capilaridade por meio de uma “clínica acessível e especializada – com profissionais de diversas áreas, como da Saúde e Assistência Social – para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas”. Essa é a razão do programa Consultório na Rua, atender aos que escapam das equipes territorializadas, porém, ao elencar duas especialidades, “Saúde e Assistência Social”, mantém-se excludente, pois distancia outras demandas ligadas à vulnerabilidade, como Educação, Trabalho e Justiça, e ao nomear “o atendimento de problemas relacionados ao consumo

de drogas” torna-se seletivo. Faço a ressalva de que isso não apaga o mérito de alcançar uma população à margem da assistência territorializada.

A Rede de Atenção à Saúde, surgiu com a pretensão de organizar o sistema e serviços de saúde, de forma integrada, ligando cada ponto da rede para responder às necessidades da população. Projeta melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários, atender os usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Mas o que se observa, atualmente, são sistemas fragmentados em que os pontos de atenção à saúde são isolados, incomunicáveis, não contextualizando a população/grupo atendido ou que necessitam de atendimentos em saúde. Os níveis de atenção: primário, secundário e terciário, em sua ordem crescente de complexidade, acabam não se comunicando entre si o que pode provocar o “inchaço” nos atendimentos dos níveis mais avançados, impossibilitando uma atenção continuada. A ABS realiza o nível primário de atenção à saúde, ou seja, o atendimento inicial, os encaminhamentos para a atenção secundária e as ações para a promoção da saúde pública em espaços comunitários. Desenvolve ações de caráter individual e coletivo para a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação. O nível de atenção secundária, é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatórios, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento- de urgência e emergência. O nível terciário é de alta complexidade, neles estão os serviços dos hospitais de grande porte com tecnologias médicas e profissionais capazes de atender as situações complexas.

Com as divisões de complexidades na saúde, supõe-se que o nível de atenção primária seja menos complexa aos outros dois níveis de cuidados, diminuindo a sua capacidade e importância nos cuidados à saúde. No entanto, é na ABS que ocorre o atendimento da maioria dos problemas de saúde e onde se referenciam os cuidados. Logo importa a aproximação e ampliação do cuidado em saúde com o território, com as demais redes de cuidado existente, além dos serviços de saúde.

Na sequência, aponto um enunciado incidente: *“Não entrarei aqui no mérito de algumas discussões que vieram com a proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, uma delas a Ament. Estou referindo à Política Nacional para contribuir com uma proposta de escuta, aqui levantada pelo Ambulatório de Saúde Mental”*. Ao iniciar esse enunciado com uma negativa, invoco o princípio psicanalítico que diz ser a

negativa a afirmação do contrário (D'agord, 2006). Assim, pode-se inferir: há um mérito e ele se refere à escuta.

O (de)mérito que assegura à interdição é a sugestão de alteração da Política de Saúde Mental que aponta para a internação involuntária em Comunidades Terapêuticas dos usuários de drogas em vulnerabilidade. O efeito desse mecanismo de linguagem (negação como afirmação do contrário) é a oposição entre a política de confinamento, sem escuta, e a proposta do Consultório na Rua ou da “[...] *Política Nacional para contribuir com uma proposta de escuta, aqui levantada pelo Ambulatório de Saúde Mental*”. A sequência da fala esclarece, reafirmando a diferença tocada: “*em busca de evitar o esgotamento da rede, afastando a possibilidade de internações em hospitais*”. Novamente, o enunciado modaliza o dizer, pois as políticas vigentes evitam as internações hospitalares e, principalmente, as não hospitalares, ou seja, em Comunidades Terapêuticas.

Não são somente as internações a serem evitadas, o que foi registrado e circulou na reunião vai além, é a busca de “*evitar o esgotamento da rede*”. O significado desse sintagma pode dar vazão a muitos sentidos. O “*esgotamento da rede*” pode se referir ao colapso da capacidade numérica de assistência (acolhimento, encaminhamento), o fim da capacidade de comunicação entre os nós da rede, o adoecimento generalizado dos trabalhadores ou a falta de resolutividade. Em certo grau, esses elementos compõem faces do esgotamento.

A interdição da fala sobre o mérito, associada aos sentidos assinalados na intensidade do substantivo “esgotamento” e uso do advérbio “especialmente” para qualificar a necessidade, neste contexto, mostra o discurso operando sobre oposições marcadas. Ao afirmar que “*Não entraremos aqui no mérito de algumas discussões*” é exatamente o contrário disso que ocorre. Há a tentativa de uma comunicação polida, mas a alteração da Política Nacional de Saúde Mental - a Ament – é uma proposta que preconiza o extremo oposto da política vigente. Aliás, observe-se: a sigla “Ament” provoca, mesmo que sutilmente, a associação com as Ciências da Mente ou Teorias Cognitivas, uma tendência medicalizante.

Para elucidar, a política atual, defende a Redução de Danos, a atenção no território e a integração da RAPS às demais redes de atenção; a alteração da política propõe a

abstinência, a internação e a integração aos modelos moralizantes, disciplinares, legalistas e religiosos. Operando sobre opostos polarizados, dificilmente, esses dois modelos conseguiriam coabitar. A existência de um é a falência do outro.

A tensão interna à equipe implica na falência da escuta, ao mal-estar nos trabalhadores de saúde. O trabalho em Saúde Mental se configura, no campo temático em pauta, como expressão do mal-estar. As políticas em disputa não são as únicas fontes de mal-estar, embora seja intensa o suficiente para inibir a discussão profissional. Outra tensão, no entanto, parece unir as equipes da Saúde Mental: - as condições de trabalho.

A discussão sobre o Matriciamento propiciou um toque em mais uma linha discursiva sobre a qual se atribui causa de mal-estar. Ao apontar que o “Matriciamento é um modo de produção de Saúde” compartilhada cuja finalidade é uma “intervenção pedagógico-terapêutica” abre-se um flanco para nossas observações. Bastou uma citação às questões relativas ao trabalho “*O Matriciamento é um modo de produzir Saúde, em que duas ou mais equipes...*” para que o mal-estar se manifestasse. Mesmo usando como ponte uma boa notícia, “*dois psicólogos assumiram o NASF*”, o que se seguiu foi desolador. “*Eu vejo a angústia dos usuários, mas também dos cuidadores. Às vezes, penso que os profissionais querem se livrar dos usuários. É um livramento fazer o encaminhamento para especialidade. Eles estão tão sofridos com suas próprias emoções e problemas... Além de que o próprio serviço com as suas necessidades faz eles sofrerem e não têm quem os escute*”.

O efeito de sentido criado por esse dito por uma coordenadora de serviço e que foi posto como encerramento da narrativa do encontro, e por isso, tem um significado conclusivo, é de desespero. Assim, não basta o mal-estar ser o objeto de trabalho, ele instala-se na própria equipe. Sintagmas como angústia, livramento e sofridos (precedido pelo advérbio de intensidade tão) dão o tom desse desespero.

O que sustenta o argumento da condição desesperadora é a congruência dos movimentos indicados na afirmação de que (1) “*os que os profissionais querem se livrar dos usuários*”, sendo essa afirmação reafirmada em “*é um livramento fazer o encaminhamento*”. Afirmar ser um livramento aponta para o sentido de opressão ou carga abusiva de trabalho posta sobre eles. (2) “*Eles estão tão sofridos*” tem os complementos

distintos de “próprias emoções”, “problemas”, “próprio serviço com suas necessidades”. Essa soma de fatores indica a sobreposição de elementos que torna insuperável a condição humana no trabalho. E, por fim (3) “*e não têm quem os escute*” pode, inicialmente, gerar o efeito de sentido mais frequentemente atribuído à escuta psicológica, mas aqui há que se ampliar este quadro. Sem retirar o sentido da escuta psicológica, há o abandono político, a experiência do trabalhador não é percebida como algo a se levar em conta, pois as alterações das políticas não consideraram suas vozes, abandono administrativo, pois as condições de trabalho representadas pela adequação dos ambientes, condições de segurança, dimensionamento de equipe e suporte para estudos e nas demais Redes de Atenção à Saúde não são minimamente suficientes. Assim, aquilo que as políticas de Saúde Mental têm como objeto de trabalho, tem sido, no ponto em que está, fator de adoecimento dos próprios trabalhadores.

Considerações finais

A experiência narrativa me permitiu reorganizar experiências e aprofundar o conhecimento que propicia gestos e posições subjetivas mais fundamentadas para minha atuação profissional. Como vértice mais potente, afirmo o fortalecimento da percepção do valor da ABS para a Saúde Mental. Esse rearranjo não altera os rumos de minha subjetividade, construída dentro dos movimentos da Saúde Mental, mas a realinha com argumentos mais fortes e também com uma compreensão maior da complexidade da dinâmica territorial na produção da Saúde.

Nas pesquisas, voltadas à delimitação dos conceitos que me envolviam, constatei imensa heterogeneidade linguística sobre o mal-estar. Optei pelo uso do conceito mais geral de mal-estar como conceito guarda-chuva que inclui os sintagmas dor mental, doença mental, sofrimento mental, sofrimento psíquico e transtorno mental. Não encontrei um núcleo de significado no uso atual desses termos, nem em qualquer outro momento histórico, desde o reconhecimento das ciências “Psi”.

Ainda nas buscas bibliográficas notei o movimento da medicalização das populações como dispositivo de visibilidade e de dizibilidade que no campo da Saúde Mental constrói corpos dóceis e subjetividades subordinadas à Biopolítica. Desta forma, a Saúde, como valor, integra a concepção de governo como governo das almas, governo

dos desejos, atribuindo lugares sociais a cada indivíduo. Nesse mecanismo, a popularização dos Manuais Diagnósticos e a ampla e fácil circulação de informações pela internet atuam como agentes na construção da gramática da Saúde Mental.

Os procedimentos diagnósticos voltados à lógica da evidência e os procedimentos clínicos de queixa-conduta representam uma quebra na compreensão da subjetividade como produto histórico e responsabilizam a constituição biológica do sujeito pelo mal-estar. Na linguagem “Psi”, isso se organiza em torno da consolidação da Saúde Mental como especialidade. O léxico “Saúde” carrega hoje marcas do modelo Biomédico. Mas, como disputa discursiva, se instalam no movimento da Saúde Mental, posturas vinculadas à Reforma Sanitária, aos movimentos sociais e comunitários e às políticas de democratização e humanização da Saúde que emergem em meio a fortes conflitos, como apontado na análise.

Da primeira análise emergiu a função da escuta na RAPS. Os conflitos são tocados quando as práticas de in(ex)clusão nos gestos da escuta, as compreensões do mal-estar como produção subjetiva ou como acidente biológico, momentâneo e sintomático, propiciam diferentes posturas nos serviços: uma escuta de acolhimento, por um lado, e uma escuta da queixa para triagem, classificação e encaminhamento, por outro lado. As rupturas entre o sujeito social e sujeito do sofrimento mental são observadas como formações que disputam uma ordem discursiva organizadora das políticas públicas.

Há uma intensificação desse embate quando consideramos a segunda narrativa. Os conflitos entre a medicalização das subjetividades e a produção da Saúde, compartilhada nos territórios atendidos por redes que integram programas e populações e com intervenções pedagógicas e terapêuticas, são expressos quando se faz a defesa da implantação dos Consultórios na Rua. Este, atacado e contraposto pela alteração das políticas públicas que se regulam pelas ações centradas nas práticas disciplinares de internação, moralização, judicialização *etc.*

Enquanto essas correntes disputam os espaços de fala (e, por conseguinte de financiamento e reconhecimento) o mal-estar é evidenciado como tensão central no sistema que deveria tratá-lo. O mal-estar se apresenta como angústia tanto do usuário quando do trabalhador. Atravessado pela sua angústia, o usuário busca o serviço, o

trabalhador, previamente angustiado com suas próprias demandas e em condições precárias de trabalho, vê-se impelido a atendê-lo, mas seu desejo é de livrar-se dele. Amplia-se assim o mal-estar do trabalhador: primeiro por desejar um livramento e depois por ver aquele que o procura, com necessidade genuína, não ter o atendimento merecido. Por fim, se o trabalhador busca uma escuta para tratar de suas angústias e também é rejeitado. Tanto quanto o usuário que o procurou.

O mal-estar não somente é dito de forma difusa, como também se instala de forma maciça. Ronda a saúde mental uma suspeita: o mal-estar atinge seus usuários e a proposta que os ameaça de exclusão, contenção e disciplinamento e este parece ser o destino também dos profissionais que se propõem a ouvi-lo.

Referências Bibliográficas

- Amarante, P. (Coord). Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- Authier-Revuz, J. Palavras Incertas: as não-coincidências do dizer. Campinas: EdUnicamp, 1998.
- Bock, AMB; Furtado, O; TEixeria, MLT. 13 ed. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999.
- Carvalho, MLD; Miranda, CPQ; Correia, MAS. ‘Pegadas na areia’ de professores ‘caçadores de sonhos’: duas identidades profissionais em (des)construção. Pro-Posições. 2019; 30(e20170051). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100505&lng=pt&nrm=iso
- Chiaverini, DH (Org.). Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CRP/SP. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- D'agord, M. A negação lógica e a lógica do sujeito. Agora (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 241-258, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Aug. 2019.

- Dalmolin, BM. *Esperança equilibrada: cartografias do sujeito em sofrimento Psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Facchinetti, C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008; 11(3), 502-505. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300014>
- Ferreira, MCL. Linguagem, Ideologia e Psicanálise. *Estudos da Língua(gem)*. 2005; 1(1): 69-75. Disponível em: <http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/article/viewFile/10/16>
- Figueiredo, AC; Tenorio, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29-43, mar. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142002000100029&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 17 ago. 2019.
- Foucault, M. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola, 2000.
- Foucault, M. *A História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- Foucault, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Foucault, M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- Freud, S. *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. [Original de 1895]
- Freud, S. *Interpretação das Afasias*. Lisboa: Edições 70, 1977. [Original de 1891]
- Freud, S. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de Paranoia (Dementia Paranoides)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. [Original de 1911]
- Freud, S. *O mal-Estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- Freud, S. *Psicopatologia da Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. [Original de 1900]
- Gutman, G. Como nascem as classificações. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2010; 13(3): 522-527. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000300012>
- Hacking, I. (2002). *Façonner les gens*. In *Philosophie et histoire des concepts scientifiques*. (Resumo de curso). Paris: Collège de France. Disponível em: www.college-de-france.fr/media/phi_his/ups1957_hackingrol02. Acesso em: 07/09/2005.
- Hacking, I. (2005). *Façonner les gens II*. In *Philosophie et histoire des concepts scientifiques*. (Resumo de curso). Paris: Collège de France. Disponível em:

http://www.college-de-france.fr/media/professeurshonoraires/UPL46353_UPL35833_hackingres0405.pdf.

Ingleby, D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. *Psychosocial Intervention*. 2012; 21(3), 331-341. Disponível em: <https://doi.org/10.5093/in2012a29>. Acesso em 29.05.2019

Jorge, MSB; Bezerra, MLMR. (2004). Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2004; 13(4), 551-558. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400007>

Onocko-Campos, RT et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.10, pp.2847-2857. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>.

Pereira, MEC. Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2004; 7(3), 113-116. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004003011>

Polanczyk, GV. (2009). Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 6-12. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>

Rabelo, AO. A importância da investigação narrativa na educação. *Educ. Soc.*, 2011. 32(114):171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v32n114/a11v32n114.pdf>

Rodrigues, NC; Prado, GVT. Investigação narrativa: construindo novos sentidos na pesquisa qualitativa em educação. *Revista Lusófona de Educação*. 2015; 29(29): 89-103. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34941151006>

Rose, N.; Martins, ERP. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*. 2010; 22(3): 628-638. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300024&lng=pt&nrm=iso

Russo, J, Venâncio, ATA.. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; 9(3), 460-483. <https://dx.doi.org/10.1590/141547142006003007>

Sancho, KA, Pfeiffer, CRC; Corrêa, CRS. Medicalização, diagnóstico clínico e queixaconduta – redes de significação em jogo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019. 23, e170633. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/interface.170633>

Sathler, CN. A subjetividade na clínica psicológica: introdução temática e histórica.

- Psicol inf., São Paulo, v. 17, n. 17, p. 107-121, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141588092013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2019.
- Serpa Junior, OD; *et al.*. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface (Botucatu)*[online]. 2007, vol.11, n.22, pp.207-222. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200003>. Acesso em 15 ago. 2019.
- Silva Junior, GB, Duarte, RP, Menezes, AR, Morais, AP, Alves, AM; Daher, EF. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de medicina: uma outra ausculta. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014; 38(3), 381-387. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000300013>
- Sohsten, PV; Medeiros, CP. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. Reverso, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-65, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952016000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 ago. 2019.
- Souza, EC. Diálogos cruzados sobre pesquisa (auto)biográfica: análise compreensivainterpretativa e política de sentido. *Educação (UFSM)*, 2014; 39(1): 39-50. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/11344>
- Tavares, CNVT; Cavallari, JS. Linguagem e subjetividade na relação do sujeito com a(s) língua(s). *Letras & Letras*. 2016; 32(3):2-15. Disponível em: <file:///C:/Users/UserPc/Downloads/36295-Texto%20do%20artigo-149774-1-1020161108.pdf>
- Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002; 9(1), 25-59. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Tesser, CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019. 17(2), e0020537. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>.

ITINERÁRIOS DO MAL-ESTAR E GESTÃO DA CLÍNICA: SINGULARIDADES E INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

Introdução

Os caminhos percorridos na Saúde Mental (SM) desde a Reforma Psiquiátrica, se comparados com a minha trajetória profissional, fazem pensar que estamos caminhando juntos, ligados pelas memórias e marcas simbólicas. Minha graduação aconteceu entre 1987 e 1992. Encerrei a graduação, mas os estudos continuaram.

Grandes eventos estavam acontecendo neste período e recorro à música “A Lista”, de Oswaldo Montenegro, com a estrofe “Faça uma lista de grandes amigos. Quem você mais via há dez anos atrás? Quantos você ainda vê todo dia? Quantos você já não encontra mais?” para listar algumas informações importantes da época que reverberam nos tempos atuais. Duas datas marcantes: 1987 e 1992. Em 1987, acontecia a reunião de Trabalhadores da SM, em Bauru-SP, considerado um marco no início da Luta Antimanicomial, iniciando a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E, a partir 1992, intensificou-se a implantação dos serviços substitutivos de atendimento aos sujeitos do mal-estar.

Esse “caminhar juntos” ajuda a pensar nesses momentos vividos de conquistas, avanços e retrocessos, procurando o melhor caminho para o momento. Agora, atuante no serviço de SM, como psicóloga no ambulatório de psicologia, reflito o melhor caminho para o atendimento àqueles que buscam o serviço.

A proposta deste artigo traz a narrativa profissional sobre os lugares percorridos e itinerários dos usuários. Através da escuta no Ambulatório de Psicologia pretende-se compreender o caminho percorrido pelo usuário em seu mal-estar. Utilizo a abordagem qualitativa de cunho biográfico e emprego a metodologia das narrativas (auto)biográficas. A narrativa autobiográfica permite o pensar sobre si mesmo, oportunizando reflexões frente às vivências e experiências. Nesse sentido, o contexto histórico, cultural e social ligado à vida do sujeito também está inserido no memorial de formação.

Abrahão (2011) destaca, ainda, que podemos entender a narrativa autobiográfica em uma tríplice dimensão “como fenômeno (o ato de narrar-se reflexivamente); como metodologia de investigação (a narrativa como fonte de investigação); como processo (de aprendizagem, de autoconhecimento e de (re)significação do vivido)” (ABRAHÃO, 2001, p. 166, grifo do autor).

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe novas formas de atendimento e, com elas, novos desafios. Desafios em se pautar pelos princípios de universalização do acesso, integralidade da assistência e equidade. O usuário deve ser atendido em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural em busca de promoção de sua saúde, prevenção, tratamento de doenças, redução de danos e sofrimentos que possam comprometer a sua saúde. No cuidado do adoecimento mental desenvolve-se o que chamamos de atendimento psicossocial.

O campo da Atenção Psicossocial no Brasil, conforme Almeida (2002), vem, desde a década de 1990, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas. Novos objetivos e propostas terapêuticas com mudanças significativas inserem-na no campo que se denomina Reforma Psiquiátrica para transformar o paradigma de tratamento asilar/hospitalocêntrico. Lima (2012) aponta que há indícios de que o fazer psiquiátrico tenha se adaptado para continuar operando nas novas estruturas sob os ‘velhos preconceitos’ valorizando a visão estritamente biologizante que lhe garantem todo saber-poder e que implicam em uma série de relações de forças perpetuadas no cotidiano dos serviços, aos demais profissionais e nas relações médico-paciente.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é estruturada em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, como novo modelo de Atenção à Saúde Mental baseado na convivência em sociedade, livre acesso, promoção de direitos dos usuários e articulações e serviços de Saúde em diferentes níveis de complexidade. A RAPS é implementada em municípios que possuem uma estrutura para o atendimento e onde não há esta estrutura, o atendimento é feito na Atenção Básica, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Se nos anos noventa intensificou a implantação dos serviços substitutivos de atendimento à SM, acontecendo avanços gradativos, a partir 04 de fevereiro de 2019, novas diretrizes de ações, divulgadas em forma de Nota Técnica, foram demarcadas para dispor sobre a RAPS e assim, novos serviços passam a ser reconhecidos, como também novas abordagens no tratamento. Caminhando em direção oposta à Reforma Psiquiátrica.

A NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS informa que a RAPS passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas. Os serviços que compõem, atualmente, a RAPS não são mais considerados substitutivos, todos têm a mesma importância, considerando a necessidade de mais ofertas e serviços diversificados.

Os fechamentos gradativos de leitos dos hospitais psiquiátricos, que foi uma das grandes marcas da Reforma Psiquiátrica, a partir da Nota Técnica, passa a não ser estimulado e ocorrem investimentos para a abertura de vagas nos hospitais gerais para os leitos psiquiátricos. Conforme a Nota Técnica: O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. (Ministério da Saúde, pg. 4).

A Nota Técnica permaneceu por pouco tempo em circulação e foi retirada pelo próprio Ministério da Saúde. Apesar da exclusão da circulação, as portarias não foram revogadas. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva –ABRASCO, avaliou que a retirada foi motivada por pressão social e pelo movimento organizado do campo de saúde mental.

O crescente incentivo às Comunidades Terapêuticas e à internação compulsória são considerados para os técnicos e estudiosos do tema o retorno da privatização da saúde.

Destaco que em inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas, no final de 2017, pelo MPF, por meio da PFDC (Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão), CFP (Conselho Federal de Psicologia) e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), vinculado ao Ministério dos Direitos Humanos, revelaram uma série de violações aos Direitos Humanos disfarçados em tratamento. (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas-2017). Também, em dezembro de 2018, aconteceu a inspeção em 40 hospitais psiquiátricos, de 17 estados, em que foram evidenciadas graves violações com sinal de torturas em pacientes com Transtornos Mentais. O relatório mostrou que 52% das instituições inspecionadas foram inauguradas durante a ditadura militar e 83% dessas instituições são privadas, sendo a maioria sem fins lucrativos. Conforme o relatório, os internos dos hospitais psiquiátrico são submetidos à medicação excessiva e à contenção mecânica diárias. Ainda, dentre outras situações, observaram-se situações de violências: estupro, intolerância religiosa e LGBTfobia. (Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção Nacional - CRP, CREPPOP, 2019).

Fazendo uma análise das determinações propostas na Nota Técnica (Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017), do Ministério da Saúde, que compete e pode influenciar em meu local de trabalho, o Ambulatório de Saúde Mental de Dourados, está a implantação do Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Ament)/Unidades Ambulatoriais Especializadas. Na Seção I das Disposições Gerais, traz o Art. 50-J, “Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental”.

A Secretaria de Saúde, mostrou-se interessada em implantar a Ament, aconteceram duas reuniões, com possibilidades de formação de equipes multiprofissionais. Com a adesão do município à proposta, haveria o custeio das equipes. A equipe tipo 2, foi a sugerida, conforme a portaria: II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) teria o custeio da equipe de R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais. (Ministério da Saúde, Portaria nº 3.588, 21 de dezembro, 2017).

Considerando que os Ambulatórios não eram contemplados por Portarias. Ao implantar a Ament o município receberia verbas para custeios. Neste período, vários setores da gestão da Secretaria de Saúde estavam em mudanças de cargo, inclusive o cargo de Secretária(o) Municipal de Saúde e não prosseguiram nas discussões e propostas.

A Portaria 3.088/11 não contemplava o Ambulatório de Saúde Mental no quadro de dispositivos de cuidados. Se por cerca de duas décadas, o ambulatório de saúde mental ganha espaço na assistência, logo a seguir, não são poucas as críticas feitas à expansão de uma rede ambulatorial em saúde mental em razão de promover a cronificação da clientela e induzir à farmacodependência (ALVES; GULJOR, 2005).

As dificuldades apresentadas, atualmente, no Ambulatório de Saúde Mental de Dourados, como: a falta de coordenação específica para o ambulatório (diminuindo ou inexistindo espaços para a discussão e reflexão de práticas do atendimento), a Clínica Ampliada em desuso, não acontece reunião de equipe, dificuldade da realização plano terapêutico singular (PTS), a Referência e a Contra-Referência é uma prática com pouco uso e o Matriciamento não é aplicado e ainda ocorrem problemas com recursos materiais: telefone de linha em determinados períodos não funciona, celular com crédito reduzido, computadores com a internet com bloqueio de acesso à rede, dificultando o contato com usuários, profissionais e ABS., podem confirmar e colaborar com a conduta que favoreçam cronificação da clientela e a condução da visão biomédica. Desta forma, percebe-se a prática da clínica tradicional.

Com a ênfase na criação de Ambulatórios especializados para o tratamento de quadros menos graves, a Nota Técnica deixa de valorizar o matriciamento das equipes de saúde da família e estímulo aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Os caminhos percorridos pelo usuário nas especialidades de SM em Dourados, Mato Grosso do Sul, são constituídos por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPSad), Residência Terapêutica e Ambulatório de Saúde Mental (AmbSM) (Psicologia e Psiquiatria). A minha atuação é no Ambulatório de Psicologia (AmbP) junto a usuários cujo sofrimento mental são considerados leves e moderados. Esses usuários chegam ao serviço pelo Sistema de Regulação (SISREG), encaminhados pelas UBS, CAPSad e CAPSII.

A porta de entrada priorizada na Rede de Saúde em Dourados é a Atenção Primária em Saúde (APS) e é de sua responsabilidade a identificação precoce de pessoas com sofrimento psíquico. A ABS deve acompanhar os transtornos mentais leves e moderados, pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas e psicóticos estabilizados. Devem realizar a promoção, prevenção e quando necessário referenciar para outros níveis de atenção. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) concebe a ABS como responsável pelo cuidado individual e coletivo, de forma “que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma ação integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes das coletividades” (Brasil, 2012, p. 19).

E quando o sofrimento mental leve e moderado não são acompanhados na ABS, acontecem os encaminhamentos para o AmbSM. Entendendo que, se beneficiarão do atendimento do AmbP os usuários cuja situação clínica não recebe suporte na ABS e que não precisam dos cuidados intensivos do CAPS.

No AmbSM, não há equipe multiprofissional. O grupo de profissionais é composto por: cinco psicólogas efetivas, e três psiquiatras contratados. Os profissionais da psiquiatria têm horário diferenciado, permanecem em média duas horas no serviço. Os atendimentos psicológicos e psiquiátrico são realizados no mesmo prédio, porém não há ligação entre os atendimentos. Refiro-me às atividades possíveis com a reunião de equipe multiprofissional, como discussão de casos e plano terapêutico singular, proposta alinhada à uma clínica ampliada. O retorno ao atendimento psiquiátrico é realizado com longos períodos de espera. No atendimento psicológico são contratadas 12 sessões, com possibilidades de renovação de acordo com o desenvolvimento do tratamento. Além da desarticulação entre os serviços de psiquiatria e Psicologia ocorre também a desarticulação desses serviços com os outros serviços da RAPS, não permitindo a união para a ampliação da clínica. Desta forma, a fila de espera é crescente tanto para a Psicologia como para a Psiquiatria e a atuação do serviço especializado é isolada e marcada pela valorização da farmacoterapia.

A atuação da Psicologia na SM deu-se a partir da Reforma Psiquiátrica, em que o modelo de atenção foi reformulado e possibilitou a formação de equipe multiprofissional.

A proposta do modelo psicossocial diversificou o número de profissionais para o cuidado do usuário. Antes disso, o psicólogo(a) era considerado(a) um profissional de elite, autônomo(a) e atuante nas áreas clínica, escolar e organizacional. O profissional da psicologia passa a ter, então, outro campo de atuação, a SM, no serviço público. Inicialmente, a ação no ambulatório privilegiou a clínica tradicional e, aos poucos, buscou modificações e novas formas de atuar. Porém, o que mais sobressai são profissionais trabalhando isoladamente, com dificuldades de adaptação ao novo espaço e à nova clientela. Condição verificada no momento de transição do modelo asilar ao psicossocial.

A reorientação dos modos de trabalho nesses novos serviços indica as dificuldades de atuação dos psicólogos mencionadas por alguns autores: A manutenção da lógica ambulatorial e o foco no modelo clínico tradicional – principal atividade realizada pelos psicólogos nos serviços de saúde, independentemente do tipo de população e da queixa atendida, ou do tipo de serviço e do nível de atenção em que o atendimento é realizado. Como efeito, as práticas dos psicólogos no SUS acabam por se apresentar pouco integradas (e implicadas) com os demais processos de trabalho que acontecem nos serviços, a exemplo da prática do acolhimento, da construção de projetos terapêuticos, da produção do cuidado, da realização de atividades de sala de espera, do atendimento em grupo, das visitas domiciliares, das oficinas terapêuticas, do matriciamento das equipes e das ações de fortalecimento comunitário e do controle social etc. (Boarini & Borges, 2009; Ferreira Neto, 2008; Sales & Dimenstein, 2009a, 2009b; Spink, Bernardes, Santos & Gambá, 2006).

Conforme Costa-Rosa (2006) e Yasui e Costa -Rosa (2008) os serviços ambulatoriais abrigaram duas formas de funcionamento contrastantes e, ao mesmo tempo, resultantes da convergência dos movimentos de reforma psiquiátrica e sanitária: o modo asilar e o modo psicossocial. O modo asilar caracteriza-se por colocar o usuário como centro do problema e a sua existência é pouco considerada. O tratamento é baseado no diagnóstico psiquiátrico e o êxito acontece quando há ausência dos sintomas e controle da crise. Por outro lado, no pensamento psicossocial, procura-se a autonomia do usuário, a família é convidada a participar do projeto terapêutico e a equipe técnica participa do processo.

Em contraposição à clínica tradicional e no bojo da prática psicossocial, surge outro modo de abordar o usuário da saúde, a Clínica Ampliada. Esta abordagem valoriza novos enfoques, além do biológico, e assim a interdisciplinariedade torna-se foco. Situações que influenciam diretamente a vida do usuário passam a compor a avaliação do sofrimento do usuário. Desta forma, a escuta torna-se essencial, possibilitando que o usuário decida seu próprio percurso e indique o direcionamento do tratamento, tornando o atendimento singular e respeitando as subjetividades. Na clínica ampliada, busca-se a articulação entre as abordagens, ampliando a possibilidade de maior eficácia no manejo das situações complexas.

A Psicologia foi inserida nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para contribuir para a efetivação de uma clínica ampliada na ABS. A clínica ampliada é uma diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) acontecem discussões coletivas dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, pois as condutas terapêuticas e as metas são negociadas. O PTS baseia-se na singularidade do usuário, na receptividade das diferenças que transcendem os diagnósticos com inclinação para igualar os sujeitos (BRASIL, 2009).

Um dos grandes desafios que permeiam a RAPS é a avaliação do mal-estar. Entendo que a prevalência na avaliação continua sendo a de modelo biomédico e permanece a reprodução do modelo hospitalocêntrico nos espaços de atuação, reduzindo as doenças à causalidade biológica e negando as determinantes sociais e culturais. É evidente, na maioria dos casos, a desconsideração das diversidades de contexto.

Itinerário Terapêutico

Compreender como se dá a construção do Itinerário Terapêutico (IT) do usuário do serviço de SM frente aos problemas de saúde, sem deixar de lado os atravessamentos das representações culturais é oportuno.

Trabalho com a hipótese de que na RAPS se desenvolve um processo de psiquiatrização da vida e conseqüente medicalização das subjetividades, cujo sinal mais evidente é a proposta de classificação reducionista das narrativas dos usuários com o uso dos Manuais Diagnósticos – os DSM's e CID's -, requeridos nos serviços públicos para a escrita dos prontuários e encaminhamentos, e com isso promove um apagamento das constituições culturais e relacionais dos usuários.

A proposta deste artigo é, sobretudo, ampliar a compreensão e possibilitar outros modos de se considerar o processo saúde-doença. Para alcançar este objetivo busco compreender a construção do IT diante dos problemas de saúde, resgatando, dessa construção, as representações culturais que o atravessam.

Para Dalmolin (2006), compreender saúde e saúde mental como processo significa que o sofrimento envolve uma experiência ocorrida na vida, não circunscrita apenas ao corpo, ao psiquismo ou à fase aguda - quando a manifestação de uma série de sintomas se faz presente. O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida: sistemas simbólicos, significações subjetiva e contextual, direitos civil, trabalhista e de inclusão.

Conhecer o IT de sujeitos possibilitará conhecer o seu mundo e suas relações e assim acompanhá-lo em seu mundo de planos individuais e coletivos alterados pelo sofrimento, pois, o ser humano é um ser basicamente cultural e a cultura é uma construção do ser humano. Com o processo de socialização, o homem interioriza maneiras de pensar, sentir e atuar e, a partir dessa interiorização, não somente compreende o mundo de sua comunidade, mas, também, torna-se um elemento constitutivo dessa cultura e, inevitavelmente, participa da sua transmissão, conservação e transformação (Geertz; 1963).

Clifford Geertz (1926 – 2006) recupera o conceito de Max Weber que afirma ser homem amarrado em teias de significados que ele mesmo teceu. A cultura é, portanto, uma ciência interpretativa, em busca do significado. O comportamento é uma ação simbólica. A cultura é pública porque o significado o é.

O tema dos ITs não é novidade no campo da Saúde Coletiva. Há quase três décadas vem sendo utilizado como constructo teórico-metodológico em investigações sobre

doenças, sofrimentos, aflições e perturbações de sujeitos em situações de sofrimento mental.

Os Its são as diferentes práticas em Saúde e os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado, em função das necessidades de Saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes, sob a forma de redes sociais formais e informais e da resolutividade obtida. As redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e o papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT et al., 2009).

Ao longo da história das Ciências Sociais, esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como “illness behavior”, “illness career” e “therapeutic itineraries”. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições. Nos últimos vinte anos, a produção de trabalhos sobre IT cresceu de forma significativa (ver GERHARDT, 1990; LAWTON, 2003; PIERRET, 2003; CABRAL et al., 2011).

Desenvolvidos a partir da década de 1950, os trabalhos de “illness behavior” voltavam-se para a identificação de condutas de indivíduos ou de grupos sociais no uso de serviços de Saúde (KOOS, 1954; MECHANIC, VOLKART, 1960). O objetivo fundamental nos trabalhos deste período era identificar e caracterizar os fatores socioculturais que determinam, em certos grupos sociais, a pouca ou alta utilização de serviços de Saúde. Nos anos 1980, os estudos voltam-se para a análise, embora guardem alguns pressupostos da década de 1950. Consideradas “novas sociologias”, as teorias surgidas a partir de 1970 passam a compreender a doença ou aflição em outras dimensões. Essas perspectivas se constituem em uma gama variada de abordagens teórico-metodológicas preocupadas com as questões do mundo da prática, através dos conhecimentos adquiridos e utilizados para orientação nas situações diárias e na resolução de problemas. Por meio de “estoque de conhecimento”, pela forma que se vive, conjuntos de estratégias e planos de ação são desenvolvidos para lidar com a vida.

Kleinman (1978) criou o conceito de sistema de cuidados com a saúde (health care system), em que aponta para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados.

Dalmolin (2006) também afirma que indivíduos têm conceitos próprios sobre o sofrimento psíquico e ressignificam esses conceitos a partir do seu lugar, dos seus sistemas simbólicos, de sua cultura. A experiência dessa situação de vida é constituída de múltiplos sentidos que, ora são antagônicos, ora complementares, colocando a todos diante de várias possibilidades de compreensão, bem como de maneiras distintas de superação do sofrimento.

O IT do usuário de SM colabora na compreensão das ligações sociais estabelecidas. Desta forma, a minha narrativa é a partir de memórias e pequenas anotações de prontuário de dois casos atendidos no Ambulatório de Psicologia na tentativa da compreensão dos seus ITs. Os nomes dos relatos são fictícios, respeitando o anonimato das usuárias.

Usuários e Itinerários Terapêuticos

A usuária foi acompanhada em atendimento psicológico e psiquiátrico. Trata-se de uma senhora de 60 anos. Separada há muitos anos, residia com as filhas, todas adultas, e uma neta de 3 anos. Em atendimento, Cecilia diz: *“Eu não estava me sentindo bem e pedi para a médica do posto de saúde me encaminhar para uma psicóloga. Eu não queria ir pro médico, mas não aguentava mais. E ela me encaminhou para a psicóloga e para o psiquiatra[...] não consigo dormir. Tenho medo de ficar sozinha. Sinto uma dor no peito e nem vontade de comer eu tenho[...]. As minhas filhas moravam comigo e agora estou sozinha. Uma casou primeiro e depois a outra voltou com seu marido. Eu estava acostumada com elas em casa. Sinto falta da minha netinha[...]. Tenho um medo que não sei do que é[...]. Quando elas estavam em casa a gente dividia as despesas e agora tenho medo de não ter dinheiro para pagar tudo”*. Cecilia fala que gostava de sair. *“Eu gosto de sair, ir pros baile da terceira idade. Agora nem vou mais [...]”*. Ela sente falta de uma companhia, mas não quer casar-se novamente. Quer namorar. *“As amigas que iam pros*

bailes sumiram” [...] “Eu saia tomava mate com umas colegas” Após aguardar por muito tempo, aproximadamente 4 meses, veio para o atendimento com o especialista. A consulta psicológica ocorreu antes da consulta psiquiátrica. Após algumas sessões no atendimento psicológico, foi comunicada do agendamento da consulta psiquiátrica. Os sintomas iniciais: insônia, medo, inapetência e isolamento já haviam diminuídos ou cessados. Dessa forma, ela entendia que já não teria a necessidade da consulta. Mas, ficou na dúvida e por temer que os sintomas retornassem decidiu ir à consulta. Foi medicada. Também se mostrou confusa em relação ao uso da medicação: *“tomei algumas vezes, mas não mudou nada. Então parei de tomar [...] Tomei porque fiquei com medo do médico ficar bravo comigo, precisar do acompanhamento e não conseguir mais a consulta. Porque demora muito conseguir uma consulta com o médico”*. O retorno ao médico foi marcado para três meses após a consulta. Assim resolveu não tomar a medicação, não comparecer ao retorno médico e continuar com o atendimento psicológico. Ela narra que é a primeira vez que busca ajuda médica: *“É a primeira vez que procuro o médico. Não queria vir na consulta[...]. Tenho medo do que as pessoas vão pensar. Achar que sou louca. As pessoas não entendem o problema [...]. Eu não queria vir, tentei ficar calma e conseguir dormir com chá, tomei chá de camomila, hortelã. Pensei que ia passar, mas não resolveu”*.

O caso contado acima parece muito comum e parece não haver nada que se possa considerar quando nos referimos a *IT*. Caso até ordinário em se tratando do AmbP. Mas o tomarei como exemplo para ponderações quanto ao *IT*.

Geralmente, dentre as características das pesquisas de *IT* estão: analisar os transtornos no uso de um dado sistema terapêutico e buscar acontecimentos que sucedem na situação presente do usuário. Destacam-se: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do usuário, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados.

Em se tratando do processo de escolha do tratamento, Cecilia fala da sua chegada à unidade de atendimento. Foi atendida por uma médica na UBS que a encaminhou para as especialidades de Psicologia e Psiquiatria. Antes mesmo, tentou cuidar do seu sofrimento com chás que pudessem acalmá-la para ver se o que sentia desapareceria. Resistiu até mesmo em procurar a UBS. Demorou alguns meses para ser chamada ao atendimento de especialidades. Primeiro conseguiu a consulta com a psicóloga e após o psiquiatra. Em atendimento psicológico, por alguns meses, percebe a sua melhora e que,

no momento, não precisaria de uma avaliação psiquiátrica. Porém, sabe que consultas com especialidades demoram meses. E por essa justificativa, vai à consulta psiquiátrica. Entende-se que o direcionamento do seu tratamento atravessa o funcionamento dos serviços porque “escolhe” ir ao psiquiatra mesmo não necessitando, no momento. A dificuldade de acesso aos especialistas passa a ser o motivo principal da consulta. Caso houvesse uma interlocução entre especialidades no cuidado do usuário, neste caso, considerando referência, contra referência e PTS, a possibilidade de Cecília sentir-se segura com seu tratamento inicial não a direcionaria para a consulta com o psiquiatra.

O IT tem o objetivo de estabelecer uma linha de conduta para a obtenção do tratamento. Analisa o caráter direcional das ações que os usuários do serviço de saúde realizam para buscar tratamento, profissional ou não. Nas narrativas de Cecília observo que antes de procurar a rede de serviços, buscou alívio de seus sintomas por meio de seu conhecimento sobre chás. Também resistiu em buscar ajuda profissional. Nesse momento, por mais que precisasse aliviar o seu mal-estar, evitou porque conceituava negativamente o mal-estar: *“Tenho medo do que as pessoas vão pensar. Achar que sou louca. As pessoas não entendem o problema”*[...]. É possível analisar que o conceito negativo de mal-estar é próprio, não havendo “os outros”.

Em outro momento, no processo de tratamento, viu que os sintomas foram aliviados, começavam as melhoras, passava a entender o que estava acontecendo emocionalmente (inseguranças, abandono e medos pelas mudanças que estavam acontecendo em sua vida): [...]. *As minhas filhas moravam comigo e agora estou sozinha. Uma casou primeiro e depois a outra voltou com seu marido. Eu estava acostumada com elas em casa. Sinto falta da minha netinha*[...]. *Tenho um medo que não sei do que é*[...]. *Quando elas estavam em casa a gente dividia as despesas e agora tenho medo de não ter dinheiro para pagar tudo*”. Pode-se analisar, nessa escuta, que ela passa por uma transição. A síndrome do “ninho vazio” se evidencia na ausência das filhas e, consequentemente, da netinha, que ficava sob seus cuidados. Sente-se sozinha e passa a “ouvir” o silêncio do vazio. Cuidar da neta a fazia útil, ocupava seu tempo. A situação financeira a assusta, pois, as filhas colaboravam nas despesas. Essas mudanças a deixava triste, com vazios, dores no peito, sensação de inutilidade e preocupação excessiva.

Os transtornos no uso de um sistema terapêutico e os percalços para obter tratamento são dois elementos centrais nos estudos sobre IT, e estão intimamente ligados às dificuldades para realizar um tratamento. Embora se sentisse melhor e não visse mais a necessidade, optou pela consulta psiquiátrica. A opção foi devido à morosidade em conseguir consulta para as especialidades em SM. Se em outro momento necessitasse da consulta, teria que iniciar novamente o processo, mesmo se houvesse justificativa. Assim, resolve aceitar o itinerário proposto pela rede de atendimento, desconsiderando sua condição atual.

Quando Cecília observa melhoras, uma vez que passa a perceber as causas de suas emoções, surge a consulta psiquiátrica, fica então, insegura com a medicação prescrita, porém resolve tomar a medicação por causas que vão além do mal-estar:

“tomei algumas vezes, mas não mudou nada. Então parei de tomar[...]” *“Tomei porque fiquei com medo do médico ficar bravo comigo, precisar do acompanhamento e não conseguir mais a consulta”*. A análise dessa fala demonstra o poder da autoridade médica. O medo do médico sobressai ao seu estado de saúde.

É necessário que todos os envolvidos no processo de cuidado ao usuário reconheçam suas escolhas quanto ao seu IT. É preciso que os atores envolvidos no processo do cuidado ao sujeito do mal-estar reconheçam e respeitem as escolhas dos usuários, pois as estratégias e recursos por eles adotados traduzem uma forma de autonomia que deve ser apoiada e motivada nos diversos âmbitos da vida e, em especial, no cotidiano dos serviços de Saúde.

Os ITs se referem também às outras redes de relações sociais que podem incluir ou não as redes de serviços. Quando Cecilia narra seu sofrimento, além dos sintomas de seu mal-estar, aponta, sem a percepção, fatores que aconteciam e influenciavam no seu mal-estar: [...] *“As minhas filhas moravam comigo e agora estou sozinha. Uma casou primeiro e depois a outra voltou com seu marido. Eu estava acostumada com elas em casa. Sinto falta da minha netinha”*[...] e *“ Quando elas estavam em casa a gente dividia as despesas e agora tenho medo de não ter dinheiro para pagar tudo”*. A mudança das filhas a desestabilizou, temia a solidão e o descontrole financeiro.

Cecilia define o início do seu processo de adoecimento a partir da descrição de fatos e sentimentos que a levaram a vivenciar o intenso mal-estar. Apresenta dificuldades

em lidar com situações, sentimentos e emoções. Desta forma, traz à narrativa sua própria história de vida que ultrapassa o processo de adoecimento e assim evidencia a sua subjetividade.

O sofrimento de usuários que enfrentam o “ninho vazio”, tem grande relação com os serviços prestados pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). O atendimento à terceira idade é um de seus principais serviços e a falta dele pode apontar para um aumento do número de atendimentos em Saúde. Um desvio provocado pela ineficiência das Políticas Públicas e fragmentação da Rede.

O segundo caso: Em respeito ao anonimato da usuária daremos um nome imaginário. Dagmar, uma senhora de 56 anos, solteira, não se casou, tem um filho de 26 anos. Reside com a irmã de 50 anos e com sua mãe, uma senhora de 79 anos de idade. Dagmar reside no distrito de Vila Vargas, a 28Km de Dourados/MS. Foi encaminhada ao serviço de Psicologia após relutar em aceitar que estivesse sofrendo algum mal-estar. Pessoa muito tímida e com dificuldade em falar sobre seus sentimentos, emoções e história de vida. A enfermeira da UBS de seu território, após a acolhida, propôs o encaminhamento à Psicologia. A unidade que Dagmar frequenta desenvolve várias atividades de promoção e prevenção à Saúde. E frequentemente, realiza atividades de caminhada, alongamento e roda de conversa. Através dessas atividades conseguiu se aproximar da usuária. Dagmar foi medicada pelo generalista com antidepressivo. Ela verbaliza: *“Eu não queria vir, mas sei que preciso. Não sei se vou voltar [...] A enfermeira conversou comigo [...]”*. Não sabe se retornará porque precisa se deslocar de transporte público. A vila em que reside é formada por moradores envolvidos com produção agrícola de pequeno porte e com marcenaria. Demora em média quarenta minutos para deslocar-se até o local de atendimento. Questionada sobre como estava, afirmou: *“Sinto uma dor no peito, dor de cabeça, não sinto vontade de comer. Não quero levantar da cama. Por mim, ficava o dia inteiro na cama. Mas preciso levantar e cuidar da minha mãe[...]. Minha irmã ajuda, mas minha mãe, confia mais em mim[...]*. Dagmar conta que após uma desilusão amorosa, quando jovem, resolve mudar o rumo de sua vida e sair da vila onde morava. Aceitou ir para um grande centro, em outro Estado, para trabalhar como doméstica. Por lá, viveu 15 anos. Retorna para a casa da mãe para cuidar dela. Recorda, frequentemente, o passado, em especial a sua vida amorosa: *“Depois do pai do meu filho eu tive mais um namorado que morei junto e quando eu vejo ele, lembro*

de todo passado [...]” Dagmar se cobra: *“Me sinto uma pessoa que não conquistou nada. Saí porque precisava sair e também para juntar dinheiro [...]. Consegui comprar só uma casa [...]. Agora não consigo mais trabalhar. Já não aguento mais o trabalho pesado” [...]* *“Construí uma lanchonete em frente à casa da minha mãe. Já que não posso sair pra trabalhar. Cuido da minha mãe e trabalho na lanchonete [...]*”. A rotina de Dagmar se resume a cuidar da mãe, produzir salgadinhos para a lanchonete e frequentar um culto evangélico aos finais de semana: *“mesmo muito cansada ou não querendo ir eu vou [...]* *O pastor que pregava antes na minha igreja, falava que não precisava procurar psicólogo nem psiquiatra. E eu fiquei na dúvida [...]. O que está agora, é diferente, ele fala bem de médico. Fala que quando a gente fica doente é bom procurar o médico [...]*”. Dagmar relata ainda: *“Eu sempre fui tranquila, calma, de poucas palavras. É o meu jeito de ser”*. Passa a preocupar-se com o sofrimento quando os pensamentos de suicídio aconteceram: *“eu pensava: por que estar viva? Por que a gente precisa viver? Se morrer acaba tudo”*.

O início do atendimento à Saúde da usuária, aconteceu na ABS, através do médico generalista que prescreveu um antidepressivo. Em sequência a enfermeira que a acompanhava, sugeriu o encaminhamento para a psicóloga. A Referência/Contra Referência foi utilizada para que o atendimento fosse contínuo, articulando os serviços em seus diferentes níveis de atenção.

Os dois elementos centrais nos estudos sobre o IT são: 1. Os percalços para obter o tratamento e 2. Os transtornos no uso de um sistema terapêutico. Estes, estão intimamente ligados às dificuldades para realizar um tratamento. Dagmar percorre 28Km para a consulta com a especialidade. Para que pudesse continuar o atendimento pede que a consulta seja de 15 em 15 dias. Ela pensa em desistir pela distância, porém continua o atendimento: *“Eu não queria vir, mas sei que preciso. Não sei se vou voltar” [...]* *A enfermeira conversou comigo” [...]*. Além da distância, a acomodação e aceitação de que o seu sofrimento é normal e não merece cuidado, passa a ser motivo para a desistência: *“Eu sempre fui tranquila, calma, de poucas palavras. É o meu jeito de ser”*.

Na fala: *“quando vejo ele, lembro todo o passado”* – pode indicar que não sai de casa para evitar as lembranças. É preciso que haja um atendimento domiciliar para auxiliar a vinculação com a Rede de Saúde. Pode-se entender também, que se a escuta não é

adequada, a proposta de encaminhar para o atendimento especializado torna-se mais rápido e adequado (como um desvencilhar de algo que não se sabe lidar) aqui no caso, as emoções. Dagmar foi encaminhada à psicóloga, mas em muitos relatos que ouvimos, a encaminhariam direto ao psiquiatra e assim suas emoções seriam medicalizadas. É possível supor que a enfermeira que a acompanha sentiu-se segura em encaminhar ao clínico geral e a acompanhará na evolução do seu tratamento. O matriciamento colaboraria muito em casos semelhantes a estes, o que diminuiria os encaminhamentos ao atendimento especializado e, conseqüentemente, diminuiria a fila de espera, deixando chegar aos cuidados dos serviços os característicos de sua clientela.

O IT se preocupa em saber como os usuários de saúde buscam o tratamento. Na narrativa de Dagmar, antes da enfermeira convencê-la, há a negação no cuidar-se. As situações a fazem distanciar-se do tratamento, acredita ser normal sofrer e segue orientação do pastor. [...] *“O pastor que pregava antes na minha igreja, falava que não precisava procurar psicólogo nem psiquiatra. E eu fiquei na dúvida[...]”*. Analisa-se que a postura do pastor é a de negar os tratamentos científicos e a cura vem da espiritualidade. Não é preciso buscar ajuda profissional. Adiante é outro pastor que a orienta: *“O que está agora é diferente, ele fala bem de médico. Fala que quando se adoecer é bom procurar o médico [...]”*.

O pastor entra no IT de Dagmar. Afinal, se o problema era concebido como espiritual, na igreja ela estava se tratando. A igreja é parte, portanto do IT, não é somente um desvio do IT. Além do que, o antigo pastor falava mal de médico (e certamente dos outros profissionais da saúde). Um ataque direto a uma parte do IT. De qualquer forma, para quem não saia de casa, ir à igreja pode ser um índice de saúde. Havia dúvida quando o pastor falava. A dúvida indica que havia uma avaliação de possibilidade de o pastor ter razão. Uma razão que altera-se segundo a orientação do líder religioso.

Ao afirmar: *“eu não sei se vou voltar...”* outros efeitos de sentido se interpõem: será que eu tenho valor suficiente para que o sistema invista em mim? Será que eu tenho valor suficiente para que eu mesma invista em mim? Será que a vida tem valor suficiente para que seja investida? A vontade é ficar em casa e não sair da cama, porém cria situações para ir à ABS, construir uma lanchonete, para trabalhar e frequentar a igreja.

O IT proposto pela rede de atendimento à Dagmar na ABS foi iniciado através do contato com a enfermeira. O que se apresenta é que a escuta aproximou Dagmar para que ela aceitasse cuidar-se. A partir da aceitação ela passa a frequentar mais a ABS e aceita o atendimento. O IT propõe que todos os envolvidos no processo de cuidado ao usuário reconheçam as suas escolhas, para a busca da autonomia nos diversos espaços de cuidado da saúde. Assim, a igreja, a enfermeira, suas próprias interrogações e o seu negócio, a lanchonete, participam do seu IT.

Considerações Finais

Ampliar a compreensão e possibilitar outros modos de considerar o processo saúde-doença, diante da evidência que o modelo biomédico predomina nos serviços públicos e atua na medicalização das subjetividades, foi a intenção deste trabalho. O sinal evidente deste modelo se dá pela proposta de classificação reducionista das narrativas através do uso dos Manuais Diagnósticos (DSM's e CID's).

Através da narrativa analítica no serviço da RAPS (UBS-Ambulatório de Saúde Mental) procuro pensar sobre os lugares percorridos do usuário em Saúde Mental considerando o Itinerário Terapêutico como uma proposta em contraposição ao reducionismo das causalidades biológicas que nega as determinantes sociais e culturais.

Nos levantamentos bibliográficos é possível considerar que a avaliação do mal-estar não deve restringir-se apenas ao corpo, ao psiquismo ou à fase aguda, o sofrimento está envolvido com os aspectos da vida: sistemas simbólicos, significações subjetiva e contextual, direitos civis, trabalhistas e de inclusão. As múltiplas trajetórias assistenciais ou não, os diferentes sistemas de cuidado, a existência de disponibilidade de recursos sociais existente formais e informais compõe o estudo do IT. Considerar o IT do usuário de SM é considerar os caminhos em busca de cuidado para o seu mal-estar. Possibilita o conhecimento do seu universo e suas relações, possibilitando acompanhá-lo nos planos individuais e coletivos alterados pelo sofrimento. O adoecimento acontece em seu sistema de relações, em seu território e, desta forma, a recuperação também deve ser.

A análise narrativa da usuária do Ambulatório de Psicologia indicou que o IT é marcado por fragilidades na Rede de Atenção à Saúde. Como porta de entrada no atendimento em saúde a ABS é responsável na identificação precoce de pessoas com

sofrimento mental e os cuidados individual e coletivo, de forma “que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e, caso seja necessário, referenciar a outros níveis de atenção.

A escuta, neste primeiro momento, se acontece de forma despreparada propicia encaminhamentos inadequados ao serviço especializado. Gerando o aumento na demanda da fila de espera dos serviços. Conforme a escuta e a compreensão do mal-estar, problemas ordinários podem ser transformados em patológicos.

Mostra-se frágil também, quando a direção do tratamento atravessa o funcionamento dos serviços. Ser encaminhada para duas especialidades pode ser necessário ou, acontecer porque escuta é desqualificada. A ordem da consulta com o especialista depende do sistema que regula a consulta médica. A consulta psicológica aconteceu primeiro e evidenciou que fatores emocionais e mudanças no ciclo da vida causaram o mal-estar e com a continuidade do atendimento os sintomas foram estabilizados. O difícil acesso ao especialista foi o que motivou a consulta psiquiátrica, além da insegurança de que em outro momento pudesse precisar da consulta médica. Preponderando a visão biomédica. A interlocução ABS e especialidades não aconteceu, bem como, entre as especialidades, prejudicando e influenciando o IT do usuário em seu tratamento.

No IT estão envolvidos a avaliação das representações culturais e sociais. O mal-estar provoca o afastamento da pessoa em suas relações, atividades e convívio. No caso estudado fica evidente que o sofrimento distanciou e anulou a vontade de participar do baile da terceira idade, das rodas de chimarrão e de convívios. De modo simultâneo, são nestes espaços que a recuperação acontece.

É possível verificar, em atitudes que antecedem ao estado do mal-estar a negação do estado ou medidas de cuidados criadas informalmente. A negação, pode acontecer por preconceito, aos cuidados inerentes às práticas de hábitos, crenças e condições religiosas.

Quando acontece a narrativa do processo de adoecimento vem à tona o relato da própria história de vida, enriquecida com detalhes que colaboram na compreensão da dinâmica saúde-doença.

Ampliar a perspectiva avaliativa do mal-estar através de práticas diferenciadas do modelo biomédico, possibilita que o IT seja valorizado como uma das possibilidades avaliativas, reduzindo ações medicalizantes e condicionantes na unilateralidade.

Referências Bibliográficas

- Abrahão, M. H. M. B. Memoriais de formação: a (re)significação das imagenslembranças/ recordações-referências para a pedagoga em formação. *Educação*, v. 34, n. 2, p. 165 – 172, maio/ago 2011.
- Alves, D.S.; Guljor, A.P. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro, R.; Araújo de M., R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 221-240
- Abrasco (2019). Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes de Política Nacional sobre Drogas. (site) Recuperado https://www.abrasco.org/site/wp-content/uploads/2019/02/notq_saude_mental_home.jpg
- Alves, P. C. A teoria sociológica contemporânea: da superdeterminação pela teoria à historicidade. *Sociedade e estado* [online], Brasília, v. 25, n. 1, p. 15-31, 2010.
- Alves, P. C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, nº 42, Janeiro/junho de 2015, p. 29-43.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Cardoso, M. R. O., Oliveira, P.T. R., Piane, P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no estado do Pará. *Saúde Debate*, v. 40, n. 109, p.86-91
- Conselho Federal de Psicologia, MNPT, PFDC, MPF, Brasil, (2018). Relatório de inspeção nacional em comunidade terapêutica/2017. Brasília, DF.[site] recuperado de: www.cfp.org.br e pfdc.pgr.mpf.mp.br
- Conselho Federal de Psicologia, CRP, CREPPOP. Brasil,(2019). Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional/2018. 128p.
- Costa, J.F. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. RJ: Campus, 1980.
- Fontinele, J.K. Programa saúde da família: PSF comentado. Goiânia (GO): AB-Editora; 2003.

- Leal, M.E., Ferrari, I.F., (2019, setembro). A realidade social brasileira e o retrocesso na Saúde Mental. *Revista Latinoamericana Psicopat. Fund.*, S.P., 22(3), p. 421-429
Editorial [site] recuperado <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2019c22n3p421.1>
- Geertz, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
- Geertz, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- Gerhardt, T. E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: Pinheiro, R.; Lima, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 41, p. 423-434, abr./jun. 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental. Políticas de saúde mental. Brasília (DF); 2005. (citado em: 2 mar 2005). Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>
- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216 2001. Brasília (DF); 2005. (citado em: 12 mar 2005). Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>
- Ministério da Saúde (BR). (2019) NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD saude.gov.br[site] recuperado <http://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e> p.4
- Quirino Cordeiro Júnior Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
- Pereira, A.A. Diretrizes para saúde mental em atenção básica, NESCON/UFMG. (Série Nescon de Informes Técnicos, nº. 3), B.H. 2009.

Considerações Finais

A Reforma Psiquiátrica com o modelo de assistência à saúde buscou reverter o modelo hospitalocêntrico criando dispositivos e mudanças significativas nos saberes e práticas. Mudanças foram surgindo de forma gradativa. Desde então, com muita luta e engajamento, conquistas, avanços e retrocessos aconteceram e estão acontecendo. Neste período de estudo, em 04 de fevereiro de 2019, surge uma Nota Técnica com recentes diretrizes de ações para os serviços da RAPS e, assim, novos serviços passam a ser reconhecidos, como também outras abordagens de tratamento. A nova gestão do Ministério da Saúde tem uma visão diferenciada para os cuidados com a saúde mental. Considero que as diretrizes das ações propostas são retrocessos ao cuidado à saúde mental, aos caminhos e conquistas que a Reforma Psiquiátrica percorreu e ainda continua buscando. Os investimentos em leitos psiquiátricos, o crescente incentivo às Comunidades Terapêuticas e à internação compulsória, financiamento para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes me faz pensar no retorno da privatização da Saúde, bem como, na centralização no modelo hospitalar, possibilitando o retorno ao modelo manicomial. Desse modo, a RAPS passa a funcionar com novos serviços e os modelos de Atenção Psicossocial (CAPS, Consultório na Rua, Residência Terapêutica...) perdem a força, pois não é considerada a sua eficiência.

Com a Nota Técnica 11/2019, os Ambulatórios de Saúde Mental são incluídos na RAPS e passam a receber investimentos. Não havia, até então, portaria que os reconhecessem como serviço da RAPS e os investimentos ficavam a critério dos municípios, visto que, com a Política de Saúde Mental anterior, os antigos ambulatórios vinham sendo sistematicamente desmontados para que os transtornos mentais considerados leves e moderados fossem incluídos na Atenção Básica, principalmente no PSF e no NASF, e os casos de transtornos graves fossem tratados nos CAPS. Os Ambulatórios receberam sérias críticas por atuarem de forma medicalizante e o atendimento ser focado na figura do médico.

Esse momento na Política de Saúde Mental é considerado um grande desmonte da Reforma Psiquiátrica. Valoriza um modelo de incentivo às internações hospitalares,

centraliza o atendimento no modelo biomédico e pode retornar a “Indústria da Loucura”. Assim, a desconstrução do modelo manicomial e hospitalocêntrico perde força.

Na produção do memorial, coube a mim trazer à tona as memórias e os passos percorridos, inicialmente, como estudante e, após, como profissional em busca de uma identidade. A referência à identidade relaciona-se às mudanças pelas quais o país e o Sistema de Saúde estavam passando e constituíam a postura profissional diante das mudanças no tratamento à Saúde Mental.

A decisão em fazer o mestrado aconteceu diante de inquietudes temáticas relacionadas à saúde mental. Preocupei-me em escolher um tema que pudesse, de alguma maneira, contribuir com diálogos e reflexões na atuação profissional. Sem a pretensão de produzir algo novo, empenhei-me em refletir sobre assuntos com os quais estava envolvida e que pudessem contribuir nos espaços das Políticas Públicas. Além de buscar o conhecimento científico para entrelaçar e possibilitar propostas práticas, mais humanizadas. O desejo é carregar e argumentar nos espaços em que percorro estas reflexões, para que amplie o debate dos caminhos que estamos construindo. Caminhos formados pelo protagonismo entre trabalhadores e usuários.

O campo de investigação proposto me fez questionar quais as representações discursivas sobre o mal-estar e quais os itinerários percorridos na RAPS do usuário de Saúde Mental.

Através da narrativa autobiográfica produzi dois artigos. O primeiro: “O que se diz sobre o mal-estar na rede de saúde?” E, o segundo artigo: “Itinerários do mal-estar e gestão da clínica: singularidades e intervenções psicossociais”. A relevância das temáticas, que se complementam, direcionou a percepção do significado sobre o mal-estar e dos caminhos trilhados para os seus cuidados.

A trajetória percorrida nas Políticas Públicas de Saúde Mental, a experiência profissional e a pesquisa bibliográfica colaboraram na compreensão do que se pensa sobre o mal-estar e o caminho que se percorre para os seus cuidados. Frequentar reuniões da RAPS, os encontros temáticos da Saúde Mental, os corredores e salas de espera do ambiente de trabalho e o atendimento psicológico foram os espaços de escuta.

Pesquisando o que se diz sobre o mal-estar, observa-se a pluralidade de sentidos dados. Sofrimento mental, dor mental, doença mental, sofrimento psíquico e transtorno mental são pouco diferenciados. A não diferenciação dos termos e a utilização de forma aleatória, nos ambientes de cuidados, repercute as consequências e direcionamentos.

No meio profissional, nos espaços culturais, em escolas, redes sociais, *etc*, fala-se, categoriza-se e, desta forma, é cada vez mais comum as pessoas banalizarem o mal-estar ou o relacionarem a preconceitos e estigmas.

Considero que na RAPS a avaliação do mal-estar acontece de forma reducionista. Os Manuais Diagnósticos, DSM's e CID's, dão os tons conceitual e técnico, negando outras formas de avaliação. Esta forma de atuar esclarece ser o modelo biomédico o predominante na RAPS, e assim acontece a reprodução do modelo hospitalocêntrico.

O mal-estar também cerca o ambiente dos serviços do SUS quando servidores responsáveis pelo Cuidado em Saúde sentem a ausência da gestão na resolução dos problemas e necessidades (falta de recursos materiais e humanos, Educação Permanente, supervisão institucional, apoio, *etc*). Ficam impossibilitados de resoluções, de continuidade em programas, frustram-se e adoecem.

No segundo artigo, intencionei ampliar a compreensão e possibilitar outros modos de considerar o processo saúde/doença. Entender como o usuário da RAPS constrói seu itinerário terapêutico diante do seu mal-estar, resgatando dessa construção as representações culturais e sociais que o atravessam. Por meio da análise de casos atendidos no Ambulatório de Psicologia, buscou-se compreender o Itinerário Terapêutico de usuários da Saúde Mental. Compreendendo a história e a subjetividade como partes da história saúde/doença. A avaliação não deve ficar restrita à fase aguda, ao seu corpo, ao psiquismo. Entendo que o sujeito é cultural, social e individual. E, por viver em sociedade, acontece a interiorização no pensar, sentir, atuar e existir. Assim, os sintomas estão envolvidos com os aspectos de sua vida: sistemas simbólicos, significações subjetiva e contextual, grau de inclusão e pertença, apropriação dos direitos civil, trabalhista.

Avaliar o mal-estar através, unicamente, de corporeidade, psiquismo e fase aguda exclui a visão dos processos cognitivos, sentimentais e emocionais imbricados na sua

dinâmica. Analisar o conceito do mal-estar com preconceito dificultará reconhecer-se na Saúde/Doença impedindo a busca de cuidados. Possibilitando o agudizar esse mal-estar.

Vale considerar, nesta pesquisa, que a desorganização e os percalços do sistema de atendimento estão intimamente ligados às dificuldades para realização de um tratamento ou de um projeto terapêutico. A dificuldade na UBS em avaliar o mal-estar promove uma corrida para permanência no serviço especializado, evitando o retorno para a continuidade na UBS. A insegurança na avaliação e o predomínio da visão biomédica reforça o imediato encaminhamento para os serviços especializados, criando uma fila de espera difícil de diminuir.

Constata-se, ainda, o predomínio do poder do médico nas relações de “cuidado”. A autonomia do usuário é desvalorizada, a medicalização autoritária prevalece impossibilitando o usuário de decidir sobre a continuidade ou não da medicação. Embora o mal-estar seja provocado por emoções e mudanças do ciclo de vida, os casos são medicados por longos períodos. Recordo da leitura em que Foucault descreve que “os doentes tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (Foucault, 1979, p. 96) O sentimento de insegurança sobre seu estado o impede de tomar qualquer decisão e, portanto, aguarda o comando do médico.

As múltiplas trajetórias, assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais sob forma de redes sociais formais e informais e da resolutividade obtida conferem o Itinerário Terapêutico do usuário.

Uma perspectiva ampliada e autônoma do usuário possibilita avaliar com práticas diferenciadas ao modelo biomédico. Reduzindo ações medicalizantes e condicionantes na unilateralidade no cuidado do mal-estar.

Discurso sobre a importância que foi em realizar o mestrado, após anos sem frequentar o ambiente acadêmico. Garantir o conhecimento teórico, técnico e a experiência profissional promove o enriquecimento na atuação como profissional que trabalha no SUS. Entendo que os dois temas se entrelaçam e são pertinentes ao protagonismo da Saúde Mental.

A adaptação ao meio acadêmico não foi fácil, bem como escolher a temática e direção do trabalho. Os temas se entrecruzam constante e dinamicamente, da mesma forma que ocorre em um serviço que cuida do mal-estar. Levo para a minha prática comprovações, argumentos e possibilidades. Também o desejo de continuar buscando conhecimento.

Viajar por memórias, me fez recordar (por onde passei) meu itinerário na RAPS e assim, perceber os momentos de lutas, buscas, confianças em dias melhores. Lembrar a existência de profissionais que acreditam no SUS.

As considerações precisam ser contínuas e não finalizadas. Se, por um lado, estamos em um momento de apreensão com as mudanças nas Políticas Públicas de Saúde Mental, da mesma forma, é possível escutar e ver nesse caminhar, profissionais que praticam o cuidado de maneira humanizada, conseguindo observar possibilidades inovadoras. Possibilidades e reinvenções continuam em construção nas práticas de cuidado.