



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Fabíola de Lima Soares

Qual o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS?

Rio de Janeiro

2018

Fabíola de Lima Soares

Qual o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS?



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Doris Rinaldi

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S676 Soares, Fabíola de Lima.
Qual o lugar do ambulatório de saúde mental da RAPS? / Fabíola de Lima
Soares. – 2018.
50 f.

Orientadora: Doris Rinaldi.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicologia clínica – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Serviços de saúde
mental – Teses. I. Rinaldi, Doris. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia. III. Título.

bs CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fabíola de Lima Soares

Qual o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS?

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em: 06 de Junho de 2018.

Banca examinadora:

Prof.^a. Dra. Doris Rinaldi (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof. DR. Luciano Elia
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof. Dr. Richard Harrison Couto
Universidade Estácio de Sá - UNESA

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

À Doris Rinaldi por ter aceitado me orientar e pela dedicação, paciência e cuidado com que realiza este trabalho.

Aos professores Luciano Elia e Richard Couto por aceitarem o convite para participar da minha banca e pelas contribuições valiosas na qualificação que impulsionaram meu trabalho.

Aos colegas de orientação de mestrado e doutorado, pela generosidade nos momentos de reunião, quando, apesar de apresentarmos temas diferentes, sempre esteve presente um interesse em ouvir e contribuir com o trabalho um do outro.

Ao meu marido Paulo, minhas filhas Maytê e Manuela e meus pais por me apoiarem e sustentarem meus afastamentos devido aos momentos de leitura e escrita.

Aos colegas da rede de saúde do município que aceitaram compartilhar comigo sua prática através das entrevistas.

À equipe de saúde mental do ambulatório onde trabalho em especial, Débora, Gisele, Georgina, Meire e Vera pela disponibilidade em discutir as questões do cotidiano da clínica, compartilhando dificuldades, angústias e alegrias.

Aos colegas Renata Fidelis e Marcos Ferreira que compartilharam este momento de conquista e pelas trocas estabelecidas desde então. Agradeço a eles também por disponibilizar para mim suas dissertações de mestrado.

À Deus, por sua proteção.

RESUMO

SOARES, Fabíola de Lima. *Qual o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na Raps*. 2018. 50f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O presente estudo discute o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial, considerando a importância deste dispositivo na articulação com outros dispositivos da rede, tendo em vista as mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica. Essa discussão vem sendo colocada desde 2011 quando o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesta portaria, o Ambulatório não está incluído como dispositivo da Rede, porém esse serviço possui um histórico de acolhimento e tratamento de uma demanda em saúde mental no Município e está efetivamente presente e atuante em vários territórios. A partir de um exame das configurações que este dispositivo assume, desde o ambulatório tradicional, com hegemonia médica, até aqueles que incorporam as transformações introduzidas pela Reforma Psiquiátrica, pretendemos discutir a importância do trabalho desenvolvido nos Ambulatórios, privilegiando a clínica do sujeito como forma de nortear a sustentação de seu lugar na rede.

Palavras-chave: Ambulatório público. Saúde mental. Clínica da recepção. Sujeito. Rede.

ABSTRACT

SOARES, Fabíola de Lima. What is the place of the Mental Health Clinic at Raps. 2018. 50f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The present study discusses the place of the Mental Health Outpatient Clinic in the Psychosocial Care Network, considering the importance of this device in the articulation with other network devices, in view of the changes introduced by the Psychiatric Reform. This discussion has been put in place since 2011 when the Ministry of Health established Portaria 3088 that establishes the Network of Psychosocial Attention (RAPS). In this ordinance, the Ambulatory is not included as a device of the Network, but this service has a history of reception and treatment of a mental health demand in the Municipality and is effectively present and active in several territories. From an examination of the configurations that this device assumes, from the traditional outpatient clinic with medical hegemony, to those that incorporate the transformations introduced by the Psychiatric Reform, we intend to discuss the importance of the work developed in Ambulatories, privileging the clinic of the subject as a form of guide the support of its place in the network.

Keywords: Public outpatient clinic. Mental health. Reception clinic. Subject. Network

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	7
1	A CONSTRUÇÃO DO LUGAR DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE	11
1.1	Contexto histórico	11
1.2	A importância do Ambulatório de Saúde Mental e o funcionamento da Rede	16
2	O Ambulatório de Saúde Mental e a rede de saúde mental: percorrendo os territórios	23
3	A PSICANÁLISE NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	32
3.1	A clínica do Ambulatório de Saúde mental na Reforma Psiquiátrica	32
3.2	O Ambulatório de Saúde Mental e Clínica Psicanalítica.....	35
3.2.1	<u>Algumas experiências no Ambulatório de Saúde Mental</u>	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a função do Ambulatório de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial, considerando a importância deste dispositivo na articulação com outros na rede, tendo em vista as mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica. Estas mudanças incluíram a alteração do modelo de tratamento centrado no médico e no hospital psiquiátrico e propuseram um conjunto de transformações e inovações no cuidado em Saúde Mental, que contribuíram para, entre outras coisas, a construção de outro lugar social para a loucura e de novas formas de abordar os sujeitos em sofrimento psíquico. A visada dos Direitos Humanos também possui importância singular neste projeto, pois trata da inclusão social e do resgate da cidadania daqueles que antes eram excluídos da sociedade. Nesta perspectiva, a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01 e a aprovação de demais leis estaduais no âmbito da Reforma Psiquiátrica legitimaram essas transformações, embora não se possa esquecer que o resgate social e a consideração do louco como cidadão seja um processo mais complexo que englobe várias outras esferas (AMARANTE, 2000).

A discussão sobre o Ambulatório de Saúde Mental vem sendo colocada desde 2011 quando o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 3088 que indica a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que regulamenta o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Nessa perspectiva, prioriza as ações que visam garantir o cuidado integral, centradas nos Territórios, na perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social (AMARANTE, 2000). De acordo com a portaria que instituiu a RAPS, as equipes que assistem o usuário em sofrimento psíquico devem dispor de uma rede de atenção, articulando serviços de acordo com a necessidade terapêutica de cada usuário. Sendo assim, os serviços que integram essa rede são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Como podemos verificar o Ambulatório de Saúde Mental não está inserido como um recurso possível na rede.

A justificativa dos gestores da RAPS para a subtração dos Ambulatórios pelo Ministério da Saúde está baseada no argumento da cronificação da assistência que se observa

nestes serviços. Segundo a gestão, a atenção ofertada pelos Ambulatórios é centrada na doença e não considera o conceito ampliado de saúde. Com isso, induz à prescrição excessiva de psicofármacos, acompanhada da ausência de tratamentos que privilegiem o trabalho com a fala e com as expressões estéticas, preconizadas pela Reforma, gerando a dependência por medicações. Como consequência desta direção clínica, ocorre o inchaço das agendas, com filas de espera, consultas curtas baseadas na distribuição de medicamentos e com longos intervalos de tempo entre elas, levando à reagudização de quadros clínicos e à internação da clientela grave. Há ainda o risco de desenvolvimento de um trabalho isolado, com pouca articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde e intersetorial. Assim, os pacientes que são atendidos nestes serviços permanecem vinculados a eles por tempo indeterminado, sem que haja a construção da rede de cuidados em saúde para os mesmos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

Quanto ao argumento da “cronificação”, Severo (2009) aponta que a assistência prestada nos dispositivos de saúde mental, atualmente, pode gerar a cronificação desses usuários, isto é, os mesmos podem se tornar dependentes do dispositivo de saúde. Para o autor, contudo, esse é um problema que pode ocorrer caso não haja a construção de redes e isto implica nos modos de gestão, direção clínica dos serviços e nos recursos disponíveis. Pensar o que gera o processo de cronificação dos usuários implica no modo como se concebe o trabalho clínico, associando o contexto social e as estratégias de trabalho na rede envolvida no cuidado. Ou seja, o risco da cronificação não atinge somente os Ambulatórios, mas diz respeito à própria rede.

Apesar de não estarem incluídos oficialmente na RAPS, alguns Ambulatórios permanecem na rede. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é promover uma discussão sobre a direção clínica que orienta os Ambulatórios de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro e seu lugar na rede, ao colocar a pergunta “qual é o lugar dos ambulatórios de saúde mental na RAPS?”

No desenvolvimento da pesquisa, procurou-se inicialmente mapear o lugar do ambulatório nos diferentes territórios do município do Rio de Janeiro, através de uma pesquisa de campo que percorreu esses territórios, realizando entrevistas com profissionais que trabalham nestes serviços. Este levantamento foi importante para situar o ambulatório na rede de serviços existente, trazendo elementos para a discussão sobre a questão clínica que norteia a pesquisa, ao incorporar informações sobre o ambulatório nos diferentes territórios do Município, para além do território onde se deu a experiência profissional em que se baseia este trabalho. Foram entrevistados 10 (dez) profissionais, um em cada área programática do

Município e 1 (um) profissional que atua na gestão da Saúde Mental do Município. Na discussão sobre a direção clínica que orienta os Ambulatórios de Saúde Mental, eixo central da pesquisa, procurou-se trazer para análise experiências clínicas vivenciadas pelos profissionais nesses serviços, acompanhada de uma revisão dos textos sobre a clínica institucional pública a partir da Reforma Psiquiátrica e a contribuição da Psicanálise a essa clínica.

A Reforma Psiquiátrica brasileira compartilha dos princípios do SUS e propõem a substituição do atendimento psiquiátrico centrado no hospital por dispositivos de base comunitária e territorial que englobem diferentes setores da sociedade e esferas governamentais em seu planejamento. Desse modo, o Paradigma Psicossocial coloca a saúde mental como um eixo da assistência da saúde coletiva onde a integralidade, a intersetorialidade e a territorialidade são eixos fundamentais que orientam as práticas em saúde. Neste panorama, a articulação entre Política Pública e a Clínica Psicanalítica contribui para essa discussão, pois a Psicanálise situa os limites e as possibilidades que concernem a uma clínica a ser realizada no serviço público de saúde.

É importante considerar que o Sistema Único de Saúde orienta as práticas em saúde através de uma normatividade política que se baseia na universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (LEI 8080), isto é, todos os sujeitos têm o direito de acesso ao cuidado em Saúde. A articulação com a Psicanálise contribui para que, no âmbito dessa universalização, possa se levar em conta a singularidade, ao sustentar a importância de intervenções que sejam construídas caso a caso, considerando a dimensão do sujeito do inconsciente. Sendo assim, a clínica e a política podem ser articuladas, a partir de uma escuta singular. O SUS tem também como objetivo a assistência terapêutica integral. Este conceito refere-se à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, exigidas para cada caso. (LEI 8080). A assistência terapêutica integral é uma orientação política, porém é importante destacar as dimensões da clínica que subjazem a ela. Na perspectiva da psicanálise, a articulação entre a clínica e política é fundamental para a construção do trabalho clínico nos serviços, desde o momento em que se toma o sujeito em sua singularidade como eixo da clínica. Nessa perspectiva, a direção de trabalho se baseia na fala do sujeito – sujeito dividido pela linguagem - pois é através dela que o analista terá acesso aos conteúdos inconscientes.

O SUS tem como princípio a regionalização da assistência e o acesso aos serviços de saúde é organizado a partir do território de moradia ou de referência do paciente. Apesar desta

orientação em relação ao acesso nas unidades, ela não é determinante para o tratamento. Embora a regionalização facilite o acesso inicial, não é a disposição geográfica que fará alguém aderir e sustentar um tratamento, mas sim a transferência com um ou mais profissionais. O conceito de transferência é fundamental na prática psicanalítica, como indica Segundo Freud (1912), ao defini-lo como um fenômeno que ocorre na relação entre o “paciente” e o analista, onde se verifica uma repetição dos modelos infantis que marcam o sujeito nas suas relações com os objetos, que são transpostos para o analista. Qual, então, a contribuição que essa direção clínica pode trazer para a Política Pública? Manejar a transferência no cotidiano dos serviços de saúde mental coloca como centro a relação entre usuário e os técnicos de forma que as intervenções sejam construídas caso a caso. Contudo, a transferência não se estabelece a partir da mesma lógica instituída pela realidade dos serviços, mas como efeito do Inconsciente, que nem sempre está de acordo com o cotidiano dos serviços. Este impasse clínico na maioria das vezes não é tratado pela equipe dos serviços e trabalhado em sua importância, fato que traz problemas para a realização da clínica na saúde mental pública. Sua importância exige que esta clínica esteja voltada à singularidade dos casos ao invés de seguir a generalização das portarias. (RINALDI & BEZERRA, 2009)

No primeiro capítulo pretendemos fazer uma breve contextualização histórica do surgimento dos Ambulatórios de Saúde Mental, assim como sua importância no contexto da Reforma Psiquiátrica e na constituição da rede de atenção psicossocial. No segundo capítulo discutiremos os elementos que pudemos destacar com base no trabalho de mapeamento realizado no percurso pelos territórios, que tomou como ponto de partida a indagação sobre o lugar do ambulatório na rede. No terceiro capítulo procuraremos fazer uma articulação entre teoria e clínica através de experiências nestes serviços, tomando a psicanálise como referência e recorrendo a autores que discutem a inserção da psicanálise nos serviços de saúde mental. Essa discussão é fundamental para que possamos abordar a questão principal e discutir a importância e o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS.

1 A CONSTRUÇÃO DO LUGAR DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NA REDE

1.1 Contextualização histórica

Os Ambulatórios especializados em Saúde Mental surgiram no Brasil na década de 20 do século passado, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, sob a lógica da clínica psiquiátrica. O primeiro Ambulatório do Brasil surgiu no Rio de Janeiro, no Engenho de Dentro, e se propunha não só acompanhar os egressos da internação, mas, também, disseminar aconselhamento genético através de um mapeamento sobre a história familiar dos pacientes, se havia ou não a ocorrência de doença mental, a fim de prevenir os distúrbios mentais. Em 1930, outras formas de tratamento psiquiátrico surgiram como a ECT (Eletoconvulsioterapia), a lobotomia e o choque insulínico. Esses meios de tratamento foram utilizados não somente para fins terapêuticos, mas sim como meio de punição àqueles que se rebelavam contra a autoridade exercida pelo Manicômio. Somente em 1950, os neurolépticos passaram a ser ministrados como recurso de tratamento, porém sua utilização indiscriminada produziu efeitos colaterais desastrosos, gerando, assim, a cronificação dos pacientes. É importante destacar que a Psiquiatria buscava um status de ciência nos estudos sobre a doença mental, fazendo uso de rótulos, classificações e do isolamento do doente mental para tratá-lo.

No período entre 1940 e 1960, ocorreu o aumento do número de hospitais psiquiátricos, porém o número de Ambulatórios não seguiu essa expansão. Em 1962, a previdência social emitiu um documento nomeado “Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica” que orientava o tratamento psiquiátrico para práticas preventivas na comunidade, sendo que as orientações deste trabalho nunca foram implementadas. Além disso, foram “comprados” pelo governo mais serviços médicos em hospitais psiquiátricos, aumentando, assim, o número de leitos e, conseqüentemente, de internações. Observa-se, então, um crescimento do fenômeno denominado mercantilização da loucura associada à privatização da assistência. Os poucos Ambulatórios não sustentavam sua função de prevenir internações, mas sim de recurso complementar ao Hospital Psiquiátrico, passando a funcionar como intermediadores entre a população e o manicômio. A assistência psiquiátrica passou a ser questionada devido aos altos custos para sua manutenção e pelas denúncias de violência praticada nos hospitais psiquiátricos. Em 1970, as unidades de internação passaram a ser

fiscalizadas e o número de internações reduziu. Em meados da década de 80, a assistência em Saúde passou a ser orientada pelo SUS (Lei 8080) e outros Movimentos como A Luta Antimanicomial e a reunião continental que gerou a Declaração de Caracas. Esses movimentos, apesar de não romperem com o aparato manicomial, deram força para as transformações na assistência em Saúde Mental, pois priorizavam as ações extramuros e sugeriam que o paciente fosse acompanhado por uma equipe multiprofissional na construção de ações a partir do conceito de integralidade do cuidado. Como consequência, observou-se a implementação de Ambulatórios de Saúde Mental desvinculados dos hospitais psiquiátricos. (LOUGON, 2006).

O objetivo do Ambulatório de Saúde Mental, neste período, era prestar assistência na contramão ao modelo Manicomial, isto é, atender e tratar os egressos das internações de forma a evitar outras internações, através, de atendimentos médicos e psicoterápicos, dando, assim, outra resposta ao adoecimento psíquico. Entretanto, a proposta de ambulatorização não questionava os efeitos negativos do manicômio e mantinha a hierarquização entre os níveis de Atenção. As práticas não eram integradas entre profissionais, isto é, cada um cumpria sua função específica nos consultórios e o discurso médico se sobrepunha aos demais. Percebe-se, então, que o processo de ambulatorização da saúde mental ocorrido no país, como já ressaltamos, favoreceu o processo de cronificação da população assistida, elevando o consumo de psicotrópicos (SANTOS, OLIVEIRA e YAMAMOTO 2007).

No Município do Rio de Janeiro, nas áreas 1.0 (Centro), 2.1 (Zona Sul), 3.2 (Zona Norte) e 4.0 (Zona Oeste), foram construídas instituições que contavam com o recurso da internação e do ambulatório de psiquiatria, sendo que esses dispositivos funcionavam no mesmo espaço físico e a consulta psiquiátrica era o principal recurso para o tratamento. Em 1990, após as críticas à assistência prestada pelos serviços de Saúde Mental, estes foram reorganizados segundo os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações (Lei 8080). Sendo assim, foram construídos ambulatórios de Saúde Mental nos Centros Municipais de Saúde de cada bairro do município e ocorreu a desconstrução de ambulatórios de Saúde Mental vinculados a Hospitais Psiquiátricos. Atualmente, somente as áreas 1.0 e 3.2 contam com ambulatórios vinculados a hospitais psiquiátricos, pois os demais Territórios passaram por um processo de reorientação da assistência.

Em 1992, a Portaria 224 do Ministério da Saúde foi sancionada e reorientou o atendimento em Saúde Mental prestado a nível ambulatorial, que passou a ser compreendido como um conjunto diversificado de atividades nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios

de Saúde Mental. Desta forma, outros serviços de saúde, além dos Hospitais Psiquiátricos, passaram a ofertar o atendimento em Saúde Mental e demais categorias como psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistente sociais passaram a integrar as equipes desses serviços. Apesar disso, poucos efeitos foram notados na construção do cuidado, pois a principal oferta de atendimento continuou sendo a consulta psiquiátrica. Em 2001, a Lei 10216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) foi sancionada e, assim, um processo de reorientação da assistência em Saúde Mental foi instituído em âmbito nacional.

A Lei 10216 instituiu um conjunto de mudanças nas políticas governamentais, propondo a reformulação dos serviços de Saúde Mental de forma a dar à loucura uma resposta social que não seja o isolamento. Essas mudanças foram na mesma direção da Saúde Coletiva, da equidade na oferta de serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços no processo de gestão e produção e tecnologias de cuidado (AMARANTE, 2000). A Reforma Psiquiátrica tem como objetivo a superação da violência asilar a partir da construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como os Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas. Esses serviços foram e são organizados de forma que possam oferecer o cuidado diário capaz de construir estratégias terapêuticas, levando em consideração os valores culturais e sociais e, principalmente, não segregando a diferença. Estas mudanças trazem à tona a discussão sobre o trabalho clínico desenvolvido pelos ambulatorios de Saúde Mental (SANTOS, OLIVEIRA e YAMAMOTO, 2009).

Como dissemos, o processo de implantação dos Ambulatórios de Saúde Mental, em seus primórdios, foi marcado pela centralidade da assistência psiquiátrica. Esta direção clínica de trabalho não só não diminuiu a frequência das internações psiquiátricas, como também, promoveu o mandato político ideológico da Psiquiatria sobre o tratamento das doenças mentais. Ao instaurar critérios de doença e cura, atendeu aos interesses das indústrias farmacêuticas e foi um meio de acumulação capitalista para as mesmas. Importante pontuar que a ambulatorização da assistência justificou a proposta terapêutica profilática que aponta como objeto de intervenção a doença mental. O Ambulatório de Saúde Mental orientado pela Psiquiatria ofertava como único manejo possível para o tratamento da loucura o uso de psicotrópicos (FERREIRA, 2000), eventualmente articulado com psicoterapias de cunho pedagógicas. Ao problematizar a hegemonia do saber médico em relação ao tratamento da loucura, a Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de outras formas de intervir em relação ao sofrimento psíquico, reorientando assim a prática clínica dos serviços de Saúde Mental (RINALDI, 2008).

É necessário, então, pensar a função clínica e social dos dispositivos em Saúde Mental como produtores de saúde. O Hospital Psiquiátrico, embasado na clínica psiquiátrica, sustentava a exclusão como meio de investigação do adoecimento psíquico, isto é, a Loucura ao ser marcada como desprovida de razão pelo mandato da Psiquiatria, torna inviável a vida social do louco, sendo necessária a reclusão nos hospitais para a cura e o retorno à sociedade após o tratamento. A anormalidade, periculosidade e a desrazão justificavam o isolamento e impossibilitavam o convívio com a diferença. Os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, orientados pela Atenção Psicossocial, visam à desconstrução deste mandato social e orientam suas práticas para a efetiva transformação das relações sociais com a loucura. Nesse sentido, Alves e Gujor (2004) indicam que os Ambulatórios de Saúde Mental orientados pela Reforma Psiquiátrica não são serviços ultrapassados, mas sim que demandam uma reorientação segundo os princípios da Reforma e de sua direção clínica para se tornarem serviços onde às práticas sejam orientadas pela Atenção Psicossocial.

Para romper com os alicerces do modelo psiquiátrico se fez fundamental um reposicionamento dos agentes envolvidos no ato terapêutico, isto é, passou-se a privilegiar a interlocução entre profissionais orientados por diferentes saberes e práticas. A direção de trabalho onde o paciente, seus familiares e outros parceiros são também agentes de cuidado configura um novo lugar para o profissional de Saúde. A construção do tratamento nessa direção permite ampliar as relações envolvidas, possibilitando a construção da Rede de Cuidado e a construção de espaços terapêuticos que possibilitem a circulação e trocas sociais (LEVCOVITZ, 2000). Neste sentido, a Portaria 3088 de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reorientando a assistência em Saúde Mental a partir da noção de rede, isto é, a partir da articulação entre os serviços de Saúde, levando em conta a indicação clínica de cada caso. Porém, o que é possível perceber hoje, na maioria dos serviços, é que a Rede se organiza de forma burocratizada, fato que dificulta o diálogo clínico entre as equipes e os encaminhamentos a partir das discussões dos casos. É importante mencionar, também, que nesta Portaria há a subtração dos ambulatórios de Saúde Mental como dispositivo possível de cuidado. Sendo assim, cabe levantar a questão: por que o Ambulatório de Saúde Mental não é citado na RAPS?

Ainda hoje, o Ambulatório de Saúde Mental é predominantemente orientado pela clínica psiquiátrica, desenvolvendo um trabalho centralizado na especialidade. O saber psiquiátrico é hegemônico nestes serviços, porém é importante que haja questionamentos sobre essa direção de trabalho de forma que outros saberes e práticas em Saúde Mental possam ser efetivamente incluídos, para que haja a construção de um cuidado interdisciplinar.

A interdisciplinaridade do cuidado diz respeito também à construção da atenção intersetorial, considerando a construção dos casos clínicos com os diferentes dispositivos do serviço e da rede. Sem abdicar do saber médico, os serviços orientados pela Atenção Psicossocial possuem a tarefa de discutir uma clínica onde a pluralidade de saberes se sustenta (RINALDI, 2008). Logo, é necessária uma reformulação do modo de funcionamento dos Ambulatórios, rediscutindo o seu papel na rede de atenção em Saúde Mental, que possibilite uma integração com outras práticas e demais serviços da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É importante pensar o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial como um processo social e não como um modelo a ser seguido, pois enquanto processo, pensa-se em movimento, isto é, algo que se transforma permanentemente e, assim, possibilita o surgimento de novos elementos, novos atores sociais, conflitos e manejos. Nesse sentido, a Atenção Psicossocial é um processo social complexo, que visa operar transformações sociais em relação à Atenção ao adoecimento psíquico. Um importante passo nesse processo é “colocar a doença entre parênteses” para que apareçam, então, os sujeitos que antes eram silenciados. Tratando de sujeito e não de doenças, amplia-se o conceito de integralidade no campo da Saúde Mental articulando diferentes disciplinas. Os dispositivos em saúde mental não são mais locais de repressão e exclusão, mas sim locais que lidam com o cotidiano das pessoas como trabalho, família e comunidade (AMARANTE, 2008). Sendo assim, os dispositivos orientados pela Atenção Psicossocial devem ter recursos que possibilitem a produção de subjetividade. Segundo González-Rey (2003), a noção de subjetividade é um sistema complexo e plurideterminado, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem, dentro do contínuo movimento das redes de relação que caracterizam o desenvolvimento social. Um processo que se traduz por uma singularidade pela qual se produz a flexão ou a curvatura de um tipo de relação de forças, atravessada pela formação histórica que a tensiona e que produz sentidos particulares, singulares e coletivos. Estar atento as produções de subjetividade diz respeito a uma direção clínica onde as intervenções são construídas a partir da produção de cada sujeito. Essa direção é fundamental para aqueles que se dispõem a refletir e avançar nos desafios da clínica, pois o cenário vem sendo marcado pela desvalorização dos processos subjetivos causado pelo detrimento da singularidade pela ordem objetiva medicalizante. (SILVA E GARCIA, 2011)

1.2 A importância do Ambulatório de Saúde Mental na Reforma Psiquiátrica e o funcionamento da Rede

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde na década de 1980, o Sistema de Saúde preconiza a organização em rede, objetivando tanto um acesso amplo à população quanto a integralidade das ações. A Política em Saúde Mental têm sido planejada a partir de uma rede de dispositivos de atendimentos comunitários que serão potencializadores da estratégia de cuidado. O princípio da intersetorialidade do SUS ocupa um lugar fundamental nas Políticas em Saúde Mental no sentido de possibilitar a construção da rede de cuidados na Atenção Psicossocial. Essa rede se constitui como o caminho que permite que haja diversos serviços implicados no cuidado do usuário em sofrimento psíquico. A base do trabalho em rede são as articulações territoriais, isto é, trata-se de estabelecer parcerias com demais setores públicos e/ou privados que possam oferecer suporte ao usuário (SEVERO, 2009).

A Lei 10.216 impulsionou a expansão de novos dispositivos como os CAPS, o que proporcionou um questionamento sobre que tipo de tratamento é oferecido pelo Ambulatório de Saúde Mental. Os CAPS são dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois propõem a substituição do hospital psiquiátrico. Eles se situaram inicialmente como organizadores da Rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, oferecendo atenção diária e atividades de reinserção social direcionados para uma clientela como psicóticos e neuróticos graves que demandem atenção intensiva. É importante que as equipes de saúde que lidam com o sofrimento mental tenham como referência as mudanças importantes ocorridas com o redirecionamento do paradigma assistencial em Saúde Mental, de forma a não reproduzir o modelo medicalizante. O Ambulatório não pode se isolar deste amplo movimento e tem a responsabilidade de trabalhar na lógica da Atenção Psicossocial (SEVERO, 2009).

Nessa direção o Ambulatório deve ser valorizado como um dispositivo importante, mas precisa estar articulado com a rede procurando buscar outros encaminhamentos e não somente a inserção do usuário no dispositivo. A organização do trabalho em Rede é fundamental, pois dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. No Município do Rio de Janeiro é formada por diversos dispositivos como: Os Ambulatórios, CAPS, CAPSI, Hospital Geral (incluindo Emergência psiquiátrica), Hospital Psiquiátrico, Centros de Convivência, Clínicas da Família, entre outros. A articulação entre esses dispositivos pode ocorrer por meio da construção de fluxos de encaminhamentos ou de acordo com a demanda.

Há, também, os espaços coletivos como as reuniões de equipe, os Fóruns de Saúde Mental e Supervisões de Territórios que possibilitam o diálogo entre os dispositivos (FIDELIS, 2013).

Resgatando a portaria 224 de 1992 que definiu que o Ambulatório de Saúde Mental, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, fosse orientado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde: universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade nas ações, é importante lembrar que esse dispositivo pode ofertar uma diversidade de recursos clínicos como atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares e atividades comunitárias. Dessa forma, não se caminha para a extinção do Ambulatório de Saúde Mental, mas sim para uma transformação do modo de funcionamento radical deste dispositivo. Ele se constitui como um dispositivo de tratamento na Rede para uma parte da clientela que busca por tratamento em Saúde Mental e, assim, deveria estar capacitado para tratar usuários que não demandam atendimento nos CAPS. Assim como o CAPS, o Ambulatório tem a responsabilidade de criar respostas singulares às demandas que lhe chegam, não apenas indicações para consultas psicológicas e psiquiátricas, mas respostas criadas a partir da escuta do usuário, que pode apontar para a necessidade de articulação com os serviços da rede (FIDELIS, 2013).

Ferreira (2016), em sua dissertação de mestrado, refere-se a um caso- o caso José, que nos pareceu ilustrativo. O usuário foi encaminhado ao Ambulatório pelo CAPS do Território por não “aderir ao tratamento”, segundo a profissional do CAPS. O usuário não comparece aos atendimentos no Ambulatório e um familiar comparece para reagendar (movimento apresentado, também, no CAPS). Em discussão junto com demais profissionais do CAPS e do Ambulatório, encaminha-se que seria importante realizar uma visita no domicílio do usuário. O profissional do Ambulatório então vai até à casa do usuário e o mesmo recusa-se a recebê-lo. Outras visitas foram realizadas até que, numa delas, o usuário aceita conversar com ele. O profissional o atende algumas vezes na residência e o convida para ir até o Ambulatório para atendimento e ele aceita. Importante colocar que este usuário passou a frequentar o serviço para seus atendimentos individuais e também nas atividades coletivas do serviço. Essa construção foi possível a partir da disponibilidade dos profissionais do serviço em se colocar diante do que há de singular no caso de José. A discussão do caso na equipe também contribuiu para que a orientação clínica fosse compartilhada com os demais técnicos e, assim, viabilizassem a saída do profissional para realizar as visitas domiciliares.

Na prática do Ambulatório, observa-se que, de acordo com o caso, é indicado o acompanhamento coletivo. Isto não significa que o usuário precise frequentar um dispositivo de tratamento coletivo, mas que haja o compartilhamento do cuidado, com a atuação de

diferentes profissionais. Desta forma, por exemplo, ele pode ser atendido individualmente por um psicólogo e um psiquiatra, que em outro momento irão estar juntos, participando da construção do caso clínico. O importante é o usuário saber que há mais de um profissional como referência para ele. Outros membros da instituição, ou mesmo de fora dela, podem vir a se constituir como uma rede para este usuário dentro do próprio Ambulatório. Essa é uma direção fundamental na organização desses serviços que demanda uma transformação nas práticas da equipe, já que a orientação dos Ambulatórios de Saúde Mental tradicionalmente levou ao isolamento dos próprios profissionais em seus consultórios, reproduzindo a prática privada no espaço público. Há, também, dificuldades em relação à postura defensiva de alguns profissionais que não favorece o trabalho em equipe. No entanto, trabalhar em equipe não significa partilhar das mesmas opiniões e estar em acordo sempre. Há uma concepção de interdisciplinaridade que significa uma tentativa de chegar a um consenso entre as diversas opiniões e posições, como se fosse possível que ao final todos saíssem satisfeitos (MARON e BORSOI, 2007). Porém, o que se faz importante neste trabalho, não é a “satisfação” dos profissionais, mas sim a articulação dos recursos a partir da demanda do caso. Apesar das dificuldades encontradas, é importante a desconstrução das práticas especialistas no Ambulatório de Saúde Mental, priorizando a organização do trabalho em equipe. Para essa transformação é fundamental que o “cuidado” a ser construído possa ser feito a partir da discussão dos casos clínicos.

Figueiredo (2002) afirma que o conceito de multiprofissionalidade pressupõe a conjunção de diferentes profissionais como: psicólogos, médicos (clínicos, neurologistas, psiquiatras), terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, musicoterapeutas dentre outros. A autora aponta que pode haver discursos distintos que orientam a organização do trabalho em equipe. Um desses discursos defende as especialidades onde cada profissional possui sua ação definida, isto é, “cada um faz o seu”. Essa prática não preconiza a troca de experiências, mas sim a permanência de uma fronteira rígida que isola os profissionais, tendo, como efeito dessa organização, a burocratização da assistência. Outro discurso propõe que as equipes se organizem de forma que haja o trânsito onde seja possível a comunicação entre os profissionais. São instituídos, então, os espaços de troca como as reuniões de equipe por exemplo. Assim, questões sobre fluxos no próprio serviço ou na rede territorial, discussão de casos podem vir à tona, produzindo efeitos interessantes na clínica. No Ambulatório de Saúde Mental na Reforma Psiquiátrica, é fundamental romper com a burocratização das especialidades para que sejam construídos “espaços de transição”, isto é, trânsito para que outra forma de fazer clínica possa ser construída.

Um exemplo interessante de trabalho em equipe diz respeito ao Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Jurandyr Manfredini onde atuei, pois se refere à demanda para o atendimento psicoterápico feita pelos médicos em relação aos familiares de usuários em tratamento. Os médicos, preocupados com o sofrimento e desgaste desses familiares, os encaminhavam para atendimento psicológico. Percebida essa demanda, organizei uma reunião com os profissionais envolvidos e, dessa forma, após escuta individual de cada caso, foi construído um grupo de familiares que passou a ser conduzido por um técnico de enfermagem e uma musicoterapeuta. Alguns desses encaminhamentos foram direcionados ao grupo de família e outros foram absorvidos em psicoterapia. A construção desse espaço de troca entre a equipe foi fundamental para a discussão desses encaminhamentos e, principalmente, para que a psicoterapia não fosse o único recurso para trabalhar a demanda.

Fidelis (2013) cita em seu trabalho o caso de uma usuária do Ambulatório em atendimento psicoterápico semanal. Neste atendimento refere ter pensamentos suicidas recorrentes após o falecimento do pai. A profissional avalia, então, que a usuária necessita de uma atenção intensiva no momento e recorre ao CAPS do território para que a usuária possa ter este local também como referência de tratamento. Segundo a autora, foi possível que a usuária fosse ao atendimento psicoterápico duas vezes por semana e realizasse uma das atividades no CAPS. O CAPS e o Ambulatório têm suas especificidades em relação ao tratamento e o dispositivo mais adequado para um usuário que necessite de um cuidado mais intensivo em determinado momento é o CAPS. Mas, o paradigma de cuidado psicossocial e a clínica que considera o sujeito devem nortear as ações em todos os serviços de saúde, não apenas nos CAPS. Dependendo das necessidades que a clínica traz, novas configurações vão sendo traçadas por aqueles que acompanham o usuário. Desta forma o ambulatório não pode se isolar deste movimento amplo e tem a responsabilidade de trabalhar na lógica da atenção psicossocial. Mas, na prática, a integração do ambulatório a este novo modelo ocorre de uma forma lenta e enfrentando obstáculos de diversos tipos. (FIDELIS, 2013)

Nos últimos anos, houve um grande investimento político nos programas de Estratégia de Saúde da Família¹(ESF) no Município do Rio de Janeiro que expandiu a cobertura, sendo criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que atuam no apoio e encaminhamento dos casos, um trabalho nomeado de matriciamento. Dentre as ações deste trabalho estão: discussões de casos, interconsultas, visitas domiciliares realizadas em conjunto

¹A ampliação da assistência em saúde de base comunitária é uma meta da política nacional. O atual governo municipal do Rio de Janeiro tomou como prioridade esta meta atingindo no primeiro semestre de 2012 uma cobertura aproximada ao percentual de 35% (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÓCA, 2012).

e planejamento para a realização de grupos ou outras atividades coletivas. O objetivo do matriciamento em saúde mental é que as equipes da ESF possam incorporar o olhar e o cuidado da atenção psicossocial em sua prática. Para isso é necessário um suporte efetivo por parte do matriciador e um contato regular que favoreça a formação do vínculo entre os profissionais. (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÔCA, 2012).

Os princípios de atuação das equipes de saúde da família se aproximam dos propostos pela política de Saúde Mental, pautados na Reforma Psiquiátrica, tais como, atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado, privilegiando a criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, e a organização em rede. A rede de saúde mental conta com mais este dispositivo, que passa a trabalhar lado a lado com os outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Logo, é necessária a formação de parcerias entre a ESF, o CAPS, o ambulatório e demais parceiros da rede para um melhor acompanhamento do usuário na rede. Assim como os demais serviços, o ambulatório tem a responsabilidade de criar respostas singulares às demandas que lhe chegam, não apenas indicações para consultas psicológicas e psiquiátricas, mas respostas criadas a partir da escuta do usuário, que pode apontar para a necessidade de articulação com os serviços da rede.

No próximo capítulo, discutiremos o Ambulatório de Saúde Mental e rede de saúde mental trazendo a visão de alguns profissionais que atuam nos ambulatórios da cidade sobre a dinâmica de trabalho nestes serviços.

2 O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCORRENDO OS TERRITÓRIOS

O Município do Rio de Janeiro conta atualmente com 53 Ambulatórios de Saúde Mental distribuídos em Policlínicas, Centros Municipais de Saúde e Instituto Municipal de Saúde, localizados nas 10 áreas programáticas que compõem a RAPS da região. Esta conta também com 33 CAPS, sendo 13 CAPS II (para municípios com mais de 50.000 habitantes), 5 CAPS III (podem funcionar 24 horas por dia, inclusive aos fins de semana, com leitos para permanência temporária de usuários em crise), 8 CAPSi (para crianças e adolescentes), 3 CAPS ad II (para usuários de álcool e outras drogas), 4 CAPS ad III, e 70% de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

“Qual é o lugar do Ambulatório de Saúde Mental na rede de Atenção Psicossocial?” é uma questão que se faz pertinente, pois o Município do Rio de Janeiro conta com esse dispositivo de tratamento como integrante na rede de “cuidado”, porém o mesmo foi subtraído da Política Pública vigente, a partir da portaria 3088, como já foi descrito neste trabalho. No entanto, na prática observamos que a rede não prescinde deste dispositivo. Sendo assim, para o desenvolvimento da pesquisa, essa questão foi levada para os profissionais que atuam nos Ambulatórios de Saúde Mental da cidade através da realização de entrevistas.

A primeira entrevista realizada ocorreu com uma profissional que atua na AP 4.0 (área de Jacarepaguá). É importante pontuar que nesta área programática está situado o maior parque manicomial do município, a Colônia Juliano Moreira, que é hoje conhecido como o bairro Colônia (ALTINO, 2016). Apesar desta região ao longo dos anos estar passando por um processo de reorientação de suas práticas assistenciais, nomeado desinstitucionalização, os Ambulatórios de Saúde Mental descritos pela profissional promovem ações isoladas e desarticuladas, pois “não possuem uma diretriz clínica de trabalho e há um baixo investimento da gestão em sua organização gerencial”. O trabalho ambulatorial realizado é organizado em consultas psiquiátricas com prescrição de psicotrópicos e atendimentos psicológicos, sem que haja uma construção das ações em equipe. Entretanto, a entrevistada relata que este cenário apresentou uma mudança após a implantação da emergência psiquiátrica no Hospital Geral onde um grupo de Atenção à Crise foi organizado para discussão dos casos que chegam à Emergência. Esta mudança se somou à ampliação da Estratégia de Saúde da Família e da Supervisão Clínica do Território, espaço de discussão dos casos junto aos parceiros da rede. Ela aponta que “esses movimentos fizeram diferença no trabalho realizado pelos Ambulatórios da região, pois os mesmos saíram do isolamento”. Pode-se perceber que a

implantação de serviços e a construção de espaços para discussão dos casos aproximaram os Ambulatórios de Saúde Mental dos demais dispositivos da RAPS, possibilitando, então, a construção da rede.

A segunda entrevista foi na AP 5.3 (Santa Cruz e adjacências) que mostra uma organização dos dispositivos em saúde mental diferente das demais áreas do município, isto é, não conta com o dispositivo Ambulatorial como integrante da rede. A profissional indica que o Território tem 98% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (Clínicas da Família e Núcleos de Apoio). Sendo assim, os usuários que antes eram atendidos nos Ambulatórios foram encaminhados para as clínicas da família e aos CAPS da área. Ela aponta que o “cuidado em Saúde Mental não é construído como uma especialidade.” Afirma também que esse movimento da gestão foi embasado na orientação da portaria 3088, onde a Estratégia da Saúde da Família é o ordenador da rede em Saúde. As Unidades Básicas de Saúde atuam como ponto de atenção da rede de Atenção Psicossocial e se responsabilizam pelo desenvolvimento de ações de promoção de Saúde Mental, prevenção e “cuidado” dos transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é constituído por profissionais de Saúde de diferentes áreas de conhecimento para atuarem de maneira integrada, sendo responsável por apoiar e matriciar as equipes de Saúde da Família. A função do NASF é o compartilhamento da atenção em Saúde, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Faz parte da função dos serviços da Estratégia desenvolver atividades coletivas e grupos terapêuticos e de apoio, porém, uma questão emerge quando o projeto terapêutico do usuário engloba o atendimento psicoterápico individual. Desta forma, o psicólogo que exerce a função de matriciador tem desenvolvido duas funções: apoio à Saúde da Família e psicoterapeuta. Esta organização, segundo o profissional, tem consequências para o trabalho destes psicólogos, com uma prática semelhante à do Ambulatório tradicional, “pois tais profissionais têm se dedicado mais à agenda de psicoterapia do que exercido a função de apoio, devido à demanda que chega aos serviços para tal tratamento”.

O que se percebe é que a subtração dos Ambulatórios de Saúde Mental gerou efeitos na organização da RAPS, pois a desconstrução destes serviços trouxe uma questão importante em relação aos recursos terapêuticos que eram ofertados neste dispositivo. Como encaminhar a demanda para Psicoterapia individual, por exemplo? A resposta encontrada pelo território, de alocar os profissionais matriciadores para desenvolver as atividades antes ofertadas pelos

Ambulatórios causou um impacto na construção da rede, pois a função de coordenação do cuidado e fortalecimento da rede é função exclusiva destes profissionais. Atualmente, os Ambulatórios de Saúde Mental fazem parte da Rede de Assistência deste território e este “retorno” ocorreu a partir de discussões realizadas pela Secretaria de Saúde sobre a organização da assistência em Saúde Mental do Município.

A terceira entrevista foi com profissional da AP 1.0, região central da cidade, que descreve o trabalho dos Ambulatórios da região como sendo de consultas médicas com prescrição de medicação e atendimento psicoterapêutico. Refere que há na região uma instituição com oferta de atendimento em três setores: emergência, internação e o Ambulatório de Saúde Mental, sendo que tal Ambulatório assiste a usuários de várias áreas do município do Rio de Janeiro e de regiões ao entorno. Segundo o entrevistado, “a organização ambulatorial em Saúde Mental está fadada ao fracasso, pois o serviço desenvolve um trabalho para dentro da instituição, isto é, responde às demandas sem construir rede, levando assim, a um esgotamento dos recursos”. Lembra que os Ambulatórios de Saúde Mental foram “apostas de renovação da assistência preconizada pela Reforma Psiquiátrica, num determinado contexto político e hoje são subtraídos da RAPS por não responderem à política vigente”. A afirmação feita pelo profissional remete à década de 80 onde os Ambulatórios de Saúde Mental eram uma aposta para a reformulação da assistência em Saúde Mental como recursos alternativos para evitar as internações psiquiátricas. Porém, o trabalho clínico destes “novos” serviços se manteve pautado na clínica psiquiátrica, isto é, na lógica médica curativa com sua ação limitada na prescrição de psicotrópicos, apesar da entrada de outras categorias como assistentes sociais e psicólogos.

Para Tenório (2001), a proposta de ambulatorização da assistência em Saúde Mental não questionava os efeitos negativos do manicômio. O saber médico continuou sendo o organizador da assistência, construindo ações isoladas nos consultórios de psiquiatria e psicologia. Desta forma, o Ambulatório de Saúde Mental passou, ao longo do tempo, a ser reconhecido como um dispositivo cronificante (TENÓRIO, 2001).

Nos Territórios das APS 5.1 e 5.2 (parte da zona oeste como Realengo, Bangu e Campo Grande), também foram realizadas entrevistas com profissionais dos Ambulatórios. Uma entrevistada diz: “alguns pacientes possuem frequência mensal na psicoterapia, pois são muitos casos que chegam e precisam ser ouvidos” e complementa que “há uma grande quantidade de dispensação de psicotrópicos e altos índices de abandono do tratamento da psicoterapia”. As falas remetem à orientação clínica a qual esses serviços estão submetidos. Na área 5.1, segundo a entrevistada, há a tentativa de parte da equipe de construir manejos

para lidar com a questão da medicalização, havendo a coexistência de um modelo centrado no tratamento medicamentoso, com iniciativas de ampliação deste “cuidado”. Esses profissionais apostam na potência das reuniões de equipe, da realização de grupos de estudos com demais dispositivos e no investimento da Supervisão Clínica do Território como facilitador da articulação com a rede.

Figueiredo (2002) aborda duas armadilhas sobre a clínica do Ambulatório de Saúde Mental: o medicalismo que responde ao pedido de remédio, tido como uma solução rápida para o não sofrer e o psicologismo que responde ao pedido por soluções para as questões do cotidiano. Estas condutas são tidas como “armadilhas”, pois respondem de imediato às demandas, sem que haja a construção do caso. Desta forma, no contexto de um dispositivo de saúde mental, a queixa trazida pelos pacientes tende à cronificação sem encontrar um ponto que venha implicar o sujeito e, assim, construir a demanda de tratamento (FIGUEIREDO, 2002). Para essa construção, é importante que o profissional que escuta redirecione as questões ao sujeito, sem respondê-las ou produzir demandas médicas, psicológicas ou institucionais, dando uma dimensão de singularidade (ELIA, COSTA & PINTO, 2005).

Nas APS 2.1 e 2.2 (Zona Sul), os profissionais entrevistados descrevem que as equipes dos Ambulatórios são compostas de forma multidisciplinar com médicos e psicólogos, porém essa organização não implica numa construção coletiva do “cuidado”. Um dos entrevistados diz: “não há construção de caso e nem troca entre os profissionais da equipe, por isso recebo encaminhamentos equivocados, digo, que não possuem demanda de atendimento em Saúde Mental.” Desta forma, para lidar com este cenário, os profissionais entrevistados fazem uma aposta em ações que não sejam isoladas, isto é, buscam a articulação com profissionais do Ambulatório a fim de realizarem alguma transformação no dispositivo. Uma entrevistada diz: “há iniciativa de alguns profissionais em realizar um trabalho a partir da construção da demanda de tratamento e da oferta de grupos terapêuticos a fim de diversificar a oferta de “cuidado” no serviço”.

O último Território percorrido foi o das áreas 3.1, 3.2 e 3.3 (zona Norte). Nos Ambulatórios selecionados, os profissionais descrevem os dispositivos como também organizados em torno do tratamento medicamentoso e da psicoterapia como principais formas de atendimento. A fala de um profissional remete a “uma falta de orientação gerencial em torno de tais práticas de forma que seja possível mapear e recolher dados clínicos sobre este serviço”. Assinalam que “cada um faz de um jeito, do jeito que bem entende. Não há uma organização institucional e isto faz com que cada profissional gerencie seu trabalho como se estivesse em seu consultório particular.” Dentro deste contexto, um dos profissionais observa:

“mesmo assim, sem uma direção institucional, alguns membros da equipe tentam furar essa desorganização a fim de construir um trabalho norteado pelos casos clínicos. Foi assim que conseguimos promover uma discussão sobre urgência e emergência”. O profissional relata que tal discussão foi importante devido ao movimento de alguns membros da equipe de encaminhar para a Emergência usuários que procuravam o dispositivo sem agendamento prévio. Outro profissional deste território relata que também foi a partir de discussões de casos, numa iniciativa particular, que foi possível realizarem visitas domiciliares ou a outras instituições. Ele diz “o usuário vinha às consultas com regularidade e faltou a dois atendimentos consecutivos. Fiz contato telefônico e soube por sua mãe que ele estava internado. Remarquei alguns atendimentos da semana seguinte para ter uma brecha para ir visitá-lo e discutir o caso com a unidade onde ele estava.”

No percurso pelos Ambulatórios de Saúde Mental da cidade verificou-se que, de modo geral, esses serviços realizam um trabalho centralizado na especialidade, isto é, adotam como prática o atendimento medicamentoso e/ou psicológico.

Há dois anos, a Superintendência de Saúde Mental (SSM) vem desenvolvendo um trabalho para mapear e recolher dados sobre os Ambulatórios de Saúde Mental do município. Foi realizada uma entrevista com um profissional que faz parte deste trabalho e, segundo ele, tanto a gestão, assim como demais profissionais dos dispositivos, apontam que os Ambulatórios de Saúde Mental, da forma como hoje estão organizados, não representam dispositivos da Reforma Psiquiátrica, pois não organizam suas ações em rede. Para o representante da Superintendência, a RAPS precisa ser construída no Território a partir dos casos clínicos e indica a existência de um abandono gerencial no que diz respeito aos investimentos clínicos, isto é, ausência de espaços para discussão de casos e supervisão clínico-institucional. O profissional menciona um estudo realizado nas emergências psiquiátricas do município onde foi verificado que mais de 30% dos atendimentos realizados em tais dispositivos são de tentativas de suicídio com uso de medicação psicotrópica por usuários que estão vinculados aos Ambulatórios de Saúde Mental. Para o entrevistado, esses dados apontam para o trabalho clínico desenvolvido nesses dispositivos baseado preferencialmente no atendimento médico e fornecimento de psicotrópicos. Sendo assim, a Superintendência de Saúde Mental aposta na reorientação do trabalho clínico deste serviço de forma que o mesmo se integre à direção preconizada pela RAPS, isto é, um dispositivo que não seja centrado em consultas e sim articulado na Rede. Nessa direção, Superintendência da Atenção Básica e de Saúde Mental junto com os Supervisores de Territórios elaboraramum

documento que fornece diretrizes para a organização do dispositivo ambulatorial em Saúde Mental.

De acordo com o documento “Linhas de ação ambulatorial em Saúde Mental” (2016), o “cuidado” especializado em Saúde Mental considera que a Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada da rede de Saúde do município, devendo ser a responsável pela construção do “cuidado” ao usuário em sofrimento psíquico e o acompanhamento daqueles que apresentam transtornos mentais leves, pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, psicóticos estabilizados, clientela infantojuvenil em sofrimento psíquico, pessoas com questões clínicas como diabetes e hipertensão e situações de sofrimento psíquico decorrentes de violência e vulnerabilidade.

É de responsabilidade da Atenção Primária em Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a referência para outros níveis de atenção como os CAPS e os Ambulatórios especializados em Saúde Mental.(SMS/RIO DE JANEIRO, 2016).Os CAPS são serviços saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Em relação aos ambulatórios, o documento considera o seu caráter estratégico na assistência em saúde mental enquanto um dispositivo de atenção especializado na atenção de casos de média complexidade, que não demandam um cuidado intensivo nos CAPS. Considerando a complexidade do cuidado em Saúde Mental, a Superintendência de Saúde Mental e a Superintendência de Atenção Primária indicam, nesse documento, diretrizes políticas, gerenciais e técnicas para o funcionamento ambulatorial, tendo em vista expandir a possibilidade de ações em Saúde e orientar a porta de entrada dos Ambulatórios pelo Sistema de Regulação, o SISREG.

OSistema de Regulação foi criado para o gerenciamento dos recursos disponíveis nas unidades de saúde como a oferta de consultas especializadas nas mais diversas especialidades, exames e procedimentos de alta complexidade. Regula, também, os leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento. O que é possível observar, contudo, é que esse sistema gera uma burocratização da assistência, desde o momento que não há uma interlocução entre o regulador do sistema e o profissional da assistência. Com isso, pode-se dizer que o SISREG não se adequa ao paradigma da Atenção Psicossocial, pois dificulta a construção da rede de assistência, pois não privilegia os espaços de trocas e discussão de casos entre as equipes preconizados pela Atenção Psicossocial.

Apesar do documento “Linhas de ação ambulatorial em Saúde Mental” levar em conta o sistema de regulação, ele visa o redirecionamento do modelo de assistência do Ambulatório de Saúde Mental na Rede. O documento apresenta diretrizes administrativas, tais como gerenciamento das agendas e faturamento, além de organizar o processo de trabalho de forma que os profissionais construam suas ações a partir do diagnóstico clínico situacional. Desta forma, é indicada a importância da organização de reuniões de equipe semanais nos ambulatórios, assim como a presença nas Supervisões Clínicas de Território e nos Fóruns de Saúde Mental. Segundo o representante da superintendência, a construção desse documento dá lugar ao Ambulatório de Saúde Mental na Rede de atenção do município, tendo sido construído a partir das experiências clínicas das equipes que atuam nos dispositivos da Atenção Primária, Ambulatórios e CAPS. Refere que há casos em que o projeto terapêutico do usuário demanda o tratamento de Saúde Mental em nível ambulatorial. Esta modalidade de tratamento é realizada por meio de consultas individuais em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, musicoterapia ou de grupos e oficinas terapêuticas. São situações que necessitam de um “cuidado” especializado em Saúde Mental que não é ofertado na APS, nem exigem a intensividade da atenção oferecida nos CAPS (SMS/RIO DE JANEIRO, 2016).

A vigência do documento está amparada na Política Nacional de Atenção Básica, no 15^a Conselho Nacional de Saúde, no relatório do CONASS e na experiência da própria Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em parceria com a Superintendência de Atenção Primária, a Superintendência de Saúde Mental propõe uma direção diversa daquela proposta pela Portaria 3.088/2011, sobre a atenção especializada em Saúde Mental: no lugar de retirar os Ambulatórios dos pontos de atenção da RAPS, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro sustenta que o Ambulatório é um dispositivo potente na Atenção em Saúde Mental. Especialmente para os casos que necessitam de assistência de média complexidade, que exigem profissionais especializados para diagnóstico e tratamento. Aponta-se que o Ambulatório de Saúde Mental deve ser qualificado pela adoção das lógicas da Atenção Psicossocial e da Atenção Primária, tecendo a rede no Território. Não contar com este dispositivo em Saúde Mental representa demandar dos CAPS um “cuidado” para um público que não representa seu alvo e sobrecarrega a Estratégia de Saúde da Família de uma demanda especializada da qual a mesma não pode ser a única responsável (SMS/RIO DE JANEIRO, 2016). A formulação deste documento possibilitou a discussão sobre o impacto da ausência dos Ambulatórios de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro e a construção de um lugar para estes dispositivos na Rede. Porém, é importante que haja investimentos e potencialização dos espaços de construção da rede para que tais transformações operem.

Segundos relatos de alguns profissionais, ocorreram tentativas por parte de membros das equipes em realizar transformações na condução do trabalho de alguns Ambulatórios de Saúde Mental. A estratégia adotada para mudar o funcionamento geral do Ambulatório começou pela porta de entrada, isto é, uma nova forma de receber através de uma escuta qualificada. Apostava-se que mudar a maneira como o serviço recebia e acolhia os pacientes que ali chegavam seria um meio para rever a concepção clínica e a construção de outros recursos de tratamento. Para Tenório (2001), qualificar o atendimento é fazer da porta da entrada um ato terapêutico onde subjetivar a queixa desarticula atriagem burocrática e assim, supera a posição medicalizante do serviço. (TENÓRIO, 2001). A proposta de desmedicalização não implica uma recusa à medicina como recurso de avaliação e intervenção no tratamento na Saúde Mental. Ao falar em desmedicalizar e subjetivar como objetivos, a equipe se utiliza de indicações da psicanálise no sentido de convidar o sujeito a interrogar sobre seu sintoma e se implicar no tratamento psíquico. Ser resolutivo, neste contexto, significa ser capaz de sustentar essa oferta de subjetivação recusando as soluções rápidas muitas vezes pedidas pelos pacientes como remédio, encaminhamentos, etc. Partindo sempre do caso a caso e da possibilidade de o sujeito suportar a urgência por soluções imediatas.

Um problema recorrente nos dispositivos de saúde está relacionado com a ação dos profissionais que, muitas vezes, oferecerem uma resposta imediata em relação ao cuidado terapêutico ofertado para os usuários. Nos Ambulatório de Saúde Mental, essas respostas podem vir sob diversas roupagens como prescrição de medicamentos, encaminhamentos para psicoterapia de casos em que as determinações maiores não são as psíquicas e internação, por exemplo. Uma das entrevistadas diz: “Os pacientes recorrem ao Ambulatório na expectativa de levarem medicações, às vezes, nem querem passar pela consulta com o médico, querem só o remédio. Pedem laudos para benefícios e conselhos para lidar com as dificuldades do dia a dia”. Essa fala reflete o cotidiano do dispositivo e, sendo essas demandas respondidas imediatamente, há a possibilidade de não serem postas em trabalho, isto é, no contexto de um dispositivo de saúde, é importante abrir a possibilidade de fazer aparecer outra dimensão da queixa e singularizar o pedido de ajuda, implicando o paciente em sua demanda. Pensar o tratamento nesta direção clínica amplia o jogo de relações envolvidas, descentralizando o “cuidado” da equipe. Decantar as demandas a fim de esvaziá-las e desfazer equívocos, fazendo operar deslocamento na fala dos sujeitos do tratamento (FIGUEIREDO, 2004).

Nesse sentido, o modo como o dispositivo responde à demanda é essencial para pensar as práticas em Saúde. O Ambulatório de Saúde Mental, como vimos na fala de um

entrevistado, é procurado por pessoas com diversas demandas dentre elas as principais: demandas por psicotrópicos, isto é, consulta em psiquiatria e prescrição de medicamentos, a demanda por escuta psicológica e busca por documentos para aquisição de direitos especiais como aposentadorias, auxílio doença e circulação gratuita nos ônibus. Percebe-se, então, que a maioria dos Ambulatórios de Saúde Mental possui as práticas organizadas pela via da especialidade dos profissionais, isto é, assistentes sociais orientando em relação a benefícios sociais, os psicólogos realizando psicoterapia individual ou, muito raramente, em grupo, o médico psiquiatra prescrevendo medicações e o auxiliar de enfermagem administrando medicações injetáveis e organizando as consultas dentre outros e a principal via de comunicação entre os profissionais é feita pelos registros dos prontuários. Há, então, uma fragmentação do cuidado que é ocasionado pela especialização das ações. Sendo assim, é fundamental que o cuidado ofertado por estes serviços possa ser reorientado pela integralidade do cuidado a partir da construção das ações em equipe, para que os mesmos possam operar nas diretrizes preconizadas pela Rede de Atenção Psicossocial.

O Ambulatório de Saúde Mental orientado pela Reforma Psiquiátrica é um dispositivo que pode construir suas ações tomando como diretriz o paradigma da Atenção Psicossocial onde o objetivo do “cuidado” não é diagnosticar e classificar as doenças, mas conduzir o tratamento por meio de uma escuta e da tomada de responsabilidade do sujeito por seu adoecimento. Esse redirecionamento clínico impulsiona a transformação do Ambulatório em suas rotinas terapêuticas. A atenção ambulatorial em saúde mental deve integrar as ações de recepção (acolhimento individual e grupo de recepção), os atendimentos individuais e grupais, as oficinas terapêuticas, a busca ativa e as visitas domiciliares, o trabalho territorial, o matriciamento e a articulação do cuidado em rede intra e intersectorial. Para tais condutas, é fundamental que se possa partir da escuta do sujeito como eixo clínico para que cada caso seja conduzido em sua singularidade. Sendo assim, é importante que a equipe do Ambulatório de Saúde Mental seja composta por profissionais de diversas categorias como psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem dentre outros e que o dispositivo tenha uma reunião semanal e que conte com a participação de todos os membros da equipe de modo a viabilizar a discussão do processo de trabalho e dos casos clínicos.

Muitos avanços foram alcançados a partir da Reforma Psiquiátrica, porém, há um desafio constante para cada profissional para que esse trabalho seja sustentado, mesmo com as dificuldades com as quais se deparam no cotidiano dos serviços.

Fidelis (2013) já trazia a discussão sobre os retrocessos que ameaçam os avanços da Reforma Psiquiátrica e aponta a importância dos novos posicionamentos daqueles que são

engajados nela. Há um movimento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para uma revisão da Política de Saúde Mental e a necessidade de uma análise crítica da eficiência dos CAPS. Membros desta associação criticam a política vigente em que tem os CAPS como dispositivo central no redirecionamento da assistência àqueles que apresentam transtornos mentais. A principal crítica da ABP diz respeito a função dos médicos nestes serviços. Segundo a ABP, este modelo de cuidado prescinde do médico, o que não é verdade. O que podemos perceber é que poucos psiquiatras se interessam em trabalhar no paradigma da atenção psicossocial, além disso, há pouca atratividade nas vagas para trabalho nos CAPS, devido à carga horária cobrada e o salário oferecido. É grande importância a avaliação sobre a eficiência dos serviços, porémé preciso que seja feita de uma forma a se pensar alternativas para a melhora dos mesmos. Além disso, é importante mencionar que a ABP propõem a criação de ambulatórios especializados (de Esquizofrenia, de Transtorno de Humor Bipolar e de Neurolépticos de Ação Prolongada) e as ações de tratamento para tais demandas se mostram contrárias às diretrizes e formulações da Reforma Psiquiátrica (AMANCIO, 2012).

Em 11/12/2017,a Comissão Intergestor Tripartite aprovou mudanças na Política de Saúde Mental. As mudanças propostas para asRAPS incluem os Hospitais Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas, que são instituições privadas sem fins lucrativos, financiadas pelo governo a fim de oferecer atendimento a usuários de álcool e outras drogas como serviços que passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial. A proposta da nova política, inclui também a criação de equipes de assistência multiprofissional de média complexidade em saúde mental vinculados a Atenção Básica. Segundo a nova orientação,os profissionais dos Ambulatórios de Saúde Mental oferecerão um cuidado intermediário, isto é, para pacientes que não tem demanda de tratamento intensivo nos CAPS e que demanda uma atenção especializada para além da Atenção Primária. Além disto, haverá também, a criação de CAPS AD IV, isto é, serviços especializados no tratamento de usuários de álcool e outras drogas e estarão localizados nas cenas de uso de drogas nomeadas “Cracolândia”.

Esse, porém, não é o modelo de tratamento do que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Na atual proposta, a função do Ambulatório de Saúde Mental vinculado aos hospitais psiquiátricos reduz-se ao encaminhamento de pacientes para a internação, o que traz graves consequências para o tratamento desses usuários. A aprovação de um modelo que privilegia a internação, na articulação entre clínicas e hospitais psiquiátricos e a indústria farmacêutica, traz o risco do retorno dos Manicômios.

As polêmicas sobre as mudanças na Política de Saúde Mental atingem diretamente o processo de desinstitucionalização, objetivo central da reforma psiquiátrica. Uma das

principais mudanças da nova resolução é a garantia de que não haverá redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Até então, a política instituída pela Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) recomendava o fechamento de um leito hospitalar a cada alta para atendimento ambulatorial e nos casos onde a internação pontual é indicada, a Rede conta com leitos em hospitais gerais e o acolhimento à crise nos CAPS III.

Em contraposição, além de propor a não redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, a nova política garante o financiamento com o aumento da diária para cada internação. Essa proposta de mudanças vem sendo duramente criticada, pois está na contramão do trabalho preconizado pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que abre espaço para a re-institucionalização através das comunidades terapêuticas e das internações nos hospitais psiquiátricos, além da ênfase no uso de medicação como principal forma de tratamento em Saúde Mental.

As novas mudanças na Política de Saúde Mental dão lugar aos Ambulatórios de Saúde Mental na Rede como um lugar que se reduz ao serviço de triagem para as internações. Porém, é importante considerar se é esse serviço que os usuários da Rede demandam. Dessa forma, apesar de estar incluído na nova política, o Ambulatório de Saúde Mental corre o risco de continuar desenvolvendo um trabalho pautado nas consultas médicas e na prescrição de psicotrópicos, modelo que se visava superar.

O Ambulatório de Saúde Mental deve ser valorizado como um dispositivo potente, que deve trabalhar articulado com a rede, procurando buscar soluções e encaminhamentos a partir da escuta clínica dos casos, de forma a não somente inserir do usuário no ambulatório, mas sustentar uma direção clínica que possa construir o cuidado na articulação com os demais serviços, quando isso se fizer necessário.

3 A PSICANÁLISE NO AMBULATÓRIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 A Clínica do Ambulatório de Saúde Mental na Reforma Psiquiátrica

No âmbito da Reforma Psiquiátrica é importante considerar as propostas para o Ambulatório de Saúde Mental que se orientam no sentido de uma reestruturação do cuidado oferecido pelo dispositivo enquanto serviço potente na assistência em Saúde Mental. Segundo Delgado (1997a), o Ambulatório de Saúde Mental orientado pela Reforma Psiquiátrica precisa ser resolutivo para se contrapor às forças e mecanismos socioculturais que levam à internação e, conseqüentemente, à segregação da loucura. Ou seja, orientar o manejo clínico através da escuta e da construção de um cuidado articulado na comunidade, favorecendo o trânsito dos usuários na rede de serviços que possam dar suporte clínico ao paciente. Assim, os serviços devem estar vinculados à rede assistencial de suporte de acordo com a diretriz política vigente. Esse é um ponto importante para trazermos à discussão as novas orientações da Política Nacional que trazem a questão em relação aos Ambulatórios e os colocam na Rede a partir de um lugar que se pretende superar, isto é, articulado com o hospital psiquiátrico, como “porta-de-entrada” do hospital. Esse modelo está na contramão do Ambulatório de Saúde Mental que se visa construir, na perspectiva da atenção psicossocial.

Retomando a discussão da rede, a estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário que tem como norteador a Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania daqueles que apresentam sofrimento psíquico e o Ambulatório de Saúde Mental tem uma função fundamental neste contexto. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação dos serviços afim de constituírem a rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, promovendo a inclusão a partir do seu território e subjetividade. (SCHNEIDER, 2009)

Uma questão importante é: Como a Psicanálise contribuiu para a clínica do Ambulatório da Reforma Psiquiátrica? O trabalho clínico nestes serviços dentro desta proposta traz o desafio de reorientar sua prática e, para isto, é importante considerar os modos de subjetivação no processo de adoecimento. O campo da Saúde Mental vem sendo transformado, levando em conta a heterogeneidade e pluralidade de orientações e da tensão gerada entre o novo modelo a ser construído e aquele que se pretende superar. Sendo assim,

Rinaldi (2015) utiliza o termo “micropolítica do desejo” como uma via de sustentação do trabalho e enfrentamento das questões que surgem no real da clínica e da política no cotidiano dos serviços de saúde mental. A ética da Psicanálise incide sobre os obstáculos e o impossível que apontam um furo no saber, favorecendo um investimento que movimenta a instituição a partir da clínica, possibilitando um lugar para cada sujeito. Operar com a clínica psicanalítica significa dar voz ao sujeito, considerando sua fala não apenas como registro da doença, mas sim em sua condição subjetiva. Sendo assim, a Psicanálise contribuiu para a clínica nos serviços de saúde mental, pois parte da reflexão permanente sobre as práticas clínicas. (RINALDI, 2015)

A organização do cotidiano do Ambulatório, as atividades a serem desenvolvidas e a construção das ações territoriais devem ser discutidas em equipe. É importante que o serviço ofereça atendimentos individuais e coletivos, de forma que a construção do cuidado seja flexível e diversificada, criando a possibilidade do usuário engajar-se naquilo que o interessa. A criação de meios que possibilitem o usuário a contracenar na cidade, deve ser, também, um meio de intervenção e construção de cuidado com o usuário. A fala do usuário deve ser tomada como possibilidade de fazer aparecer uma dimensão da queixa, manejo que singulariza o pedido de ajuda através da produção de subjetividade, convocando a construção de “intervenções não previstas”. (DELGADO, 1997a) Como nos lembra Freud, a diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõe-se a qualquer mecanização da técnica. (FREUD, 1913)

Nesse sentido, o trabalho clínico do Ambulatório da Reforma deve visar à subjetividade do paciente desde sua chegada ao serviço, pois os encaminhamentos construídos a partir da escuta na ‘porta de entrada’ são fundamentais para a condução do tratamento. Essa escuta deve ser qualificada de forma que não se resuma a oferecer um diagnóstico, mas sim sustentar a oferta de espaço para a subjetividade. A clínica se dá a partir do particular, não a partir do universal do saber.

Figueiredo (1997) aponta como tarefa preliminar, que o sujeito suporte a suspensão da urgência do sofrimento em seu pedido de cura, para que o sintoma em questão sustente um vazio de saber. Sendo assim é importante que o profissional não responda às demandas prontamente. Sustentar esse vazio não diz respeito à desassistência, mas sim criar a possibilidade de emergência de um saber singular sobre o adoecimento. Sendo assim, faz-se fundamental que os diferentes dispositivos de atenção psicossocial, incluindo os Ambulatórios de Saúde Mental, possam contar com a construção do caso clínico como

direção de trabalho para a equipe interdisciplinar. A maioria desses serviços, hoje, realiza um trabalho com poucas trocas clínicas entre os profissionais sem levar em consideração a singularidade de cada caso. A construção do caso é uma das contribuições que a Psicanálise traz para trabalho em Saúde Mental, pois, por meio dessa construção é possível oferecer uma escuta singular para o tratamento. Essa construção tem início quando o sujeito toma seu sintoma como sendo da ordem do enigma e, assim, passa de uma posição de vítima para a posição de um reconhecimento próprio em relação ao adoecimento. Como eixo importante do trabalho, a construção do caso, como direção de trabalho da equipe, oferece um lugar para a fala do sujeito, pois considera a escuta e as passagens subjetivas como ferramenta principal do trabalho. (VIGANÓ, 1999)

Para Tenório (2001), na clínica não deve ocorrer aplicação de saberes, mas sim a produção de um cuidado onde haja um sujeito implicado. Nesse sentido, seria importante que, no Ambulatório de Saúde Mental orientado pela Reforma Psiquiátrica, a equipe fosse organizada de forma igualitária, em que todos os profissionais pudessem estar implicados na construção do caso clínico. Para a construção desse trabalho em equipe, é importante que o acolhimento não se confunda com “triar” a diferença, mas sim como a escuta das particularidades de cada caso e que as primeiras entrevistas tragam a possibilidade do sujeito reorganizar sua posição frente o sofrimento.

A partir da Reforma Psiquiátrica, o trabalho interdisciplinar e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformaram-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas. Sendo assim, a interdisciplinaridade fornece o cuidado plural onde o usuário é o denominador comum entre as várias disciplinas e práticas assistenciais para que este serviço ofereça um cuidado ampliado, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e as diferenças sociais. Em contrapartida, a presença de diferentes práticas e saberes exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que possam surgir dessa pluralidade, como as dificuldades na comunicação e na demarcação das fronteiras profissionais, por exemplo. Sendo assim, é importante que os espaços coletivos sejam potencializadores de diálogo e fortalecimento do trabalho em equipe. (VASCONCELOS, 2010)

O Ambulatório de Saúde Mental orientado pela Reforma Psiquiátrica é um serviço onde há uma diversidade de demandas atendidas, por isso, é fundamental que a direção clínica de trabalho construa as práticas a partir da articulação entre diversos saberes e favoreça o

trânsito do usuário na Rede de Saúde e na comunidade. Para que a prática clínica não se perca atrás de estatísticas, exames, medicações, benefícios e auxílio psicológico, cabe ao profissional de saúde responsabilizar-se pela posição que ocupa no serviço. A clínica deve operar um deslocamento na demanda que possa abrir a possibilidade da construção de um saber compartilhado.

É importante, portanto, que a direção clínica que orienta o Ambulatório de Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica não reduza o trabalho a procedimentos de um cuidado com caráter pedagógico e normatizador, a partir da crença de um saber prévio sobre o que é melhor para o sujeito. Os profissionais devem estar atentos para as “novas” cronicidades do cuidado nos serviços substitutivos, pois podem engessar procedimentos, incorrendo no risco de, sob novas roupagens, recair em antigas práticas. (RINALDI, 2008) Essa direção clínica nos interroga então sobre: Como, então, lidar com as dificuldades e impasses que surgem no cotidiano dos serviços? Freud, em “Recomendações sobre aos médicos que exercem a psicanálise”, alerta sobre um equívoco possível de ser cometido por profissionais que pretendem ajudar e fazer o “bem” aqueles que buscam atendimento. (FREUD, 1912) O autor refere que esse é um equívoco, pois não há um bem a ser alcançado por todos, sendo assim, para lidar com o inesperado e os imprevistos da clínica, é importante que o profissional possa criar manejos caso a caso a partir do que cada sujeito aponta ao invés de colocar a frente seus próprios ideais de bem estar.

3.2 O Ambulatório de Saúde Mental e a Clínica Psicanalítica

Pensar a clínica psicanalítica nas instituições de saúde pública e sua relação com outros saberes remete aos seus princípios que a diferenciam de outros campos de saber. Segundo Lacan, a ética, na perspectiva da psicanálise, não se enquadra numa prática humanitária, isto é, que vise um ideal humanitário. A diferença fundamental da prática psicanalítica é escutar o sujeito a partir de seu inconsciente e da posição por qual é responsável. Essa direção clínica de trabalho interroga então, a prática especialista, pois desde o momento que retira das outras áreas o caráter de especialidade, já que é o sujeito que aponta a direção do trabalho, não haverá um saber prévio e/ou empírico sobre ele. A escuta do sujeito contribui como prática na instituição pública, pois marca uma das diferenças entre a

psicanálise e os outros saberes, desde o momento em que a dimensão burocrática não prescinde da clínica do sujeito. (ELIA, COSTA e PINTO, 2005)

A articulação entre a Clínica Psicanalítica e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) situa os limites e possibilidades que concernem à clínica a ser realizada no serviço público de saúde. O SUS (LEI 8080, 1990) orienta as práticas em saúde através de uma normatividade política, que se baseia na universalização do cuidado. Nesse contexto, onde a lógica do cuidado está para todos, a psicanálise propõe não perder de vista as questões de cada um, construindo intervenções que levem em conta a dimensão do sujeito do inconsciente. (ZENONI, 2000) É possível, também, da perspectiva da psicanálise, apontar uma subversão em relação à construção de um cuidado na lógica da integralidade (LEI 8080, 1990) que se refere à compreensão integral do ser humano. O sujeito, para a clínica psicanalítica, é um sujeito afetado pelo inconsciente, portanto, esse fundamento introduz um sujeito dividido, onde a direção de tratamento se baseia na escuta, pois é através da fala do sujeito que o analista terá acesso aos conteúdos inconscientes.

Segundo a lei 10216, os serviços de saúde devem organizar o acesso através do conceito de regionalização da assistência, isto é, o acesso é facilitado por ser regionalizado, a partir do território de moradia ou de referência do usuário que leva em conta o território subjetivo do usuário. Para esta construção, no caso a caso, é importante considerar que o conceito de regionalização deve estar clinicamente entrelaçado com as questões relacionadas ao desejo que, na experiência psicanalítica, é o que move o aparelho psíquico. As histórias que são produzidas, os modos de viver, as percepções e as práticas cotidianas, isto é, as referências que o sujeito traz dos espaços pelos quais circulou são atravessados pelo desejo. Embora a regionalização facilite o acesso inicial, não é a disposição geográfica, entretanto, que fará alguém aderir e sustentar um tratamento, mas sim a transferência.

A psicanálise pode contribuir para a construção do Ambulatório de Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica, uma vez que redimensiona a organização a partir da construção da clínica no caso a caso, fazendo com que a transferência prevaleça em relação às regras institucionais, que não deixam de existir e são necessárias. Entretanto, somente no trabalho sob transferência é possível supor um saber inconsciente que é fundamental para o tratamento clínico. Nessa direção, no contexto do Ambulatório de Saúde Mental é fundamental que o psicanalista traga o questionamento sobre o percurso trilhado pelo “paciente” nomeado como psiquiátrico, pois o atendimento oferecido aos mesmos é nitidamente objetivante e ligado ao discurso normatizador da psiquiatria. Para isto, é importante que o profissional não limite sua ação dentro dos consultórios, mas que possa, também, ocupar espaços coletivos como

reuniões de equipes e os espaços de construção de casos. A prática psicanalítica, nestes serviços, traz então um novo olhar sobre o sintoma e o diagnóstico, os quais passam a implicar o sujeito em suas relações. Dessa forma, a abordagem em saúde mental vai além do que é fisicamente perceptível, pois para a psicanálise o sintoma não é apenas corporal e há um conteúdo subjetivo passível de interpretação na relação transferencial. (CAVALCANTI, 2005)

A entrada do psicanalista nos Ambulatórios de Saúde Mental possibilita que a clínica do sujeito opere no tratamento, cabendo ao analista acompanhar as enunciações do “analisante”, sem fazer uso de categorias preestabelecidas, de forma que o sujeito do inconsciente emerja.

3.2.1 Algumas experiências em Ambulatório de Saúde Mental

A minha trajetória na Rede de Atenção Psicossocial teve início como acadêmica bolsista do Município do Rio de Janeiro, escolhendo como campo de estágio o Hospital Jurandyr Manfredini (HJM) que é um serviço de referência para o tratamento psiquiátrico no Município. Após o término do estágio, o trabalho nesta Instituição teve continuidade como Psicóloga da Equipe da Enfermaria e, em seguida, na Coordenação do Ambulatório.

O Hospital Jurandyr Manfredini (HJM) é formado por dois setores: o ambulatório e as enfermarias. As enfermarias recebem pacientes de várias origens e vínculos institucionais e, quando da alta da enfermaria, há encaminhamentos para outros dispositivos. A partir do trabalho desenvolvido nas enfermarias masculina e feminina, foi observado que havia uma diferença na articulação da rede. Quando o usuário era matriculado num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a equipe da enfermaria realizava contato com estes serviços a fim de discutir o caso e construir o projeto terapêutico do usuário. Porém, este movimento não ocorria quando a decisão era encaminhar os usuários aos ambulatórios de Saúde Mental fora do hospital. O procedimento tomado na alta do paciente era o preenchimento de uma guia de encaminhamento referenciando o paciente ao serviço ambulatorial do território, sem um contato e discussão prévia. Desde então, a falta de articulação entre as enfermarias e os ambulatórios de saúde mental já me causava um estranhamento.

Nesta instituição, atuei como coordenadora do Ambulatório e nesta função surgiram questões sobre o cuidado que este serviço ofertava aos pacientes, pois o cotidiano do trabalho

do ambulatório era pouco flexível em sua prática. As condutas eram, prioritariamente, pautadas no uso de medicação psicotrópica prescrita pelo médico assistente. Sendo assim, o projeto terapêutico dos usuários não era ampliado e havia poucas propostas que possibilitassem a construção de uma rede de cuidado.

A equipe deste serviço era formada por médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem e musicoterapeuta. Os profissionais médicos queixavam-se das agendas lotadas e de pouco tempo para atender os pacientes e assim justificavam a não interlocução com outros profissionais. Já os psicólogos e a musicoterapeuta relatavam agendas esvaziadas pelo frequente abandono do tratamento que ofereciam. Não havia reunião de equipe no primeiro momento, porém, foi possível a construção da mesma com frequência mensal e com presença de poucos profissionais. Os atendimentos com médico assistente eram marcados, geralmente, de três em três meses e os demais atendimentos como psicoterapia e musicoterapia possuíam frequência semanal. Em caso de alguma urgência, o usuário era orientado a procurar um serviço de Emergência em Saúde Mental. Nesse sentido, este dispositivo caracterizava-se como um Ambulatório Tradicional.

Neste cenário, a função da coordenação do setor era realizar atendimentos individuais e “apagar incêndio”, isto é, dar direcionamento às questões diversas que surgiam no cotidiano do serviço, tais como: pacientes sem agendamento para o médico ou sem remédio, agendamento para pacientes egressos de internação, organização da agenda em caso de ausência de profissional e elaboração de laudos. Também era atribuição da coordenação favorecer a articulação dos profissionais do ambulatório com demais serviços da rede, que demandavam informações sobre pacientes que estavam vinculados ao serviço. Importante ressaltar que a discussão de caso com a rede não era uma demanda da equipe do ambulatório, pois a maioria dos profissionais realizava os atendimentos sem considerar a possibilidade da construção de rede a partir das demandas de cada caso. Apesar do questionamento de alguns profissionais sobre esta direção de trabalho, os mesmos não operavam para que houvesse uma transformação da mesma.

Recentemente, a Secretaria Municipal de Saúde através dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo a Superintendência de Saúde Mental dentre outros, decidiu pela transformação do ambulatório de Saúde Mental do Hospital Jurandyr Manfredini no CAPS Manoel de Barros. O argumento para tal decisão baseou-se na demanda de desinstitucionalização no Município, com o fechamento de manicômios na cidade e a progressiva construção de mais Residências Terapêuticas (RTs) neste território.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica – é formado por casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Para que o processo de implantação de Residências Terapêuticas ocorra é fundamental que também se amplie os CAPS, pois estes serviços serão a referência de tratamento para os moradores das Residências. O território de Jacarepaguá já possui um CAPS (CAPS Bispo do Rosário) e, segundo a gestão, este serviço é vinculado a um número máximo de serviços residenciais terapêuticos, de acordo com a Portaria 106/2000. Deste modo, para a ampliação das residências terapêuticas, foi necessária a construção de mais um CAPS, o CAPS Manoel de Barros, neste território. A desconstrução do ambulatório de Saúde Mental gerou uma reorganização na rede de Saúde Mental do município, pois os pacientes vinculados ao serviço que não demandavam uma atenção intensiva do CAPS foram redirecionados para os Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família, de acordo com o local de moradia.

O Ambulatório do Hospital Jurandyr Manfredini era organizado nos moldes da Clínica Psiquiátrica, isto é, a principal oferta era de atendimento médico com dispensação de medicações, elaboração de laudos e remarcações de atendimentos. A porta de entrada era realizada por um médico e um técnico de enfermagem em atendimento individual e a maior parte dos encaminhamentos direcionados à agenda dos demais médicos do serviço. As principais demandas que chegavam à Unidade eram: neuróticos que se queixam de conflitos familiares, queixas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, pessoas que apresentam sintomas depressivos e ansiosos, pessoas que sofreram perdas e estão em processo de luto, psicóticos estabilizados ou em crise, demandas para avaliações psiquiátricas para obtenção de laudos.

Havia um esforço por parte da equipe (Psicólogos e Musicoterapeuta) em construir um fluxo para o atendimento no serviço desde o momento que os encaminhamentos dos casos dependiam da concepção clínica de cada profissional. Eles apontavam que a falta de diálogo entre os membros da equipe não favorecia a discussão dos casos e conseqüentemente, o trabalho era isolado sem articulação entre os profissionais. Dessa forma, a maior parte dos pacientes permanecia em atendimento com o médico assistente. Ocorreram tentativas da coordenação e de alguns profissionais em transformar este contexto e um dos avanços foi à implementação da reunião de equipe mensal, que, apesar de pouca regularidade, proporcionou a aproximação entre os profissionais, construção de fluxos de encaminhamentos e a discussão de casos clínicos. Um caso discutido na reunião de equipe foi levado pela coordenação,

pois a filha² da paciente recorria à coordenadora com regularidade pedindo por medicação para sua mãe. “A paciente era antiga na unidade e segundo registros no prontuário, “dependente de rivotril” com diagnóstico de “transtorno de personalidade”. Márcia fazia o movimento de faltar consultas com o médico assistente e comparecia no Ambulatório após longo tempo de afastamento, demandando levar medicação. Dessa vez, a filha da paciente veio à unidade pedindo por medicação e a resposta no setor de agendamento foi: “posso reagendar, porém para levar remédio, ela tem que vir”. Assim, a filha da paciente procurou a coordenadora e a mesma conta que sua mãe sofreu um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e apresenta sequelas graves de tal enfermidade, sendo uma delas estar acamada. Relata que a paciente não fala, porém emite sons, faz uso de fraldas e não anda. Tem apresentado agitação, se debatendo na cama, gritando e sem conseguir dormir à noite. Na discussão do caso na reunião de equipe, em que se refletiu sobre os encaminhamentos para o caso, foi observado que seria fundamental uma visita domiciliar na residência da paciente para avaliar o quadro da mesma. Na visita à residência da paciente, avaliou-se que Márcia demandava reavaliação psiquiátrica e rotina de apoio da equipe da Atenção Básica. A articulação do cuidado de Márcia ocorreu na Supervisão de Território, dispositivo da Rede para discussão de casos entre os serviços. No caso descrito, a resposta ofertada no setor de agendamento foi burocrática? Esse questionamento é fundamental para a discussão do caso pois a resposta que, a princípio, parecia burocrática, teve um efeito de interromper o automatismo da entrega de remédio e provocou a discussão do caso. Dessa forma, a discussão do caso na reunião de equipe proporcionou que os profissionais contribuíssem para a construção do caso e abriu possibilidades para outras intervenções para além de dispensar a medicação, que foi o que levou a filha até o serviço. Para o desdobramento do caso, foi importante não responder prontamente à demanda da filha pela medicação, pois possibilitou avaliar uma outra dimensão da queixa e, assim, deslocar o pedido de medicação para o redirecionamento do cuidado.

No cotidiano do serviço, as queixas e os pedidos trazidos pelos pacientes que chegavam à Unidade de Saúde se mostravam através de vários elementos justapostos e relatos de padecimentos pessoais. No contexto de um ambulatório, esta queixa tende à cronificação se não encontrar um ponto que venha implicar o sujeito e assim, construir a demanda. Para essa construção, é importante que aquele que escuta redirecione as questões ao sujeito, sem respondê-las ou produzir demandas médicas, psicológicas ou institucionais, dando uma dimensão de singularidade. (ELIA, COSTA & PINTO, 2005)

Os casos clínicos citados nesta dissertação estão com nomes fictícios.

Para Figueiredo (1997) abordar questões relativas à experiência psicanalítica no Ambulatório de Saúde mental está relacionada à crítica a tendência ao saber médico em dar respostas rápidas com o uso da medicação e as abordagens psicológicas que visam processos psicoterapêuticos rápidos. Nesse contexto, a psicanálise apresenta-se com o intuito de criar espaços onde a fala do paciente é privilegiada como possibilidade de deslocar a queixa e assim construir manejos levando em conta a subjetividade de cada caso. A autora aponta que esse processo não é breve, pois se propõem a desfazer equívocos, construir demandas e construir encaminhamentos mais adequados. (FIGUEIREDO, 1997) Essa direção clínica de trabalho considera como essencial ao tratamento a implicação do sujeito naquilo de que ele se queixa.

Para ampliar esta discussão, é importante trazer o caso de Suzana que foi atendida por mim no Ambulatório do Hospital Jurandyr Manfredini. A mesma foi encaminhada a coordenação pelo médico. A fala do profissional se referia a uma paciente para quem “nada mais dava certo, isto é, o profissional havia prescrito várias medicações ao longo dos quatro anos de tratamento, alternando períodos de melhora e recaídas. Suzana apresentava episódios de agressividade direcionado aos profissionais quando estes negavam seus pedidos, e desmaios, geralmente na porta ou corredor da unidade. Já havia estado internada por algumas vezes na mesma instituição devido a esse quadro. Nos atendimentos com a psicóloga, a paciente fala sobre sua situação financeira dizendo ter pouco dinheiro para bancar seu cotidiano. Motivo que, segundo ela, a tira dos “nervos”. Fala, também, sobre o relacionamento com seu marido e com seu único filho, acreditando que ele “por ter situação financeira melhor, poderia pagar algumas contas, pois não lhe custava nada”. Filho que ela refere ter batido e maltratado na infância. Sobre seu marido, Suzana diz que ele “gasta dinheiro comprando livros e deixa faltar comida em casa”. Ao longo do acompanhamento, a paciente esteve internada devido à crise de “agitação”, após ter recebido uma notificação de cobrança de um banco em relação ao qual não efetuou o pagamento do empréstimo que havia feito. Suzana era costureira “profissional”, porém recebia encomendas e pagamentos, mas não honrava o compromisso com suas clientes.

No caso de Suzana, a construção do cuidado junto ao profissional que lhe ofereceu escuta e não medicação proporcionou que a mesma fosse acompanhada nesse percurso, implicando-a na demanda de cuidado que direcionava aos outros. Esta direção de tratamento produziu efeitos no quadro clínico da mesma e, ao longo dos atendimentos, diminuíram as questões familiares e Suzana passou a apresentar o seu mal-estar através de desmaios na porta do consultório de sua psicóloga e não mais do médico. Percebe-se, então, que a entrada deste

profissional orientado pela Psicanálise possibilitou o endereçamento do mal-estar a um outro que a partir da escuta do sintoma construiu meios de intervenções para além da medicação. Ao longo do atendimento, os desmaios se tornaram menos frequentes e Suzana pode, de alguma forma, retomar seu trabalho como costureira, passando a demandar menos do marido e do filho o seu sustento.

Acolher, construir a demanda e acompanhar caso a caso são condições fundamentais para não se perder de vista a direção de trabalho. (FIGUEIREDO, 2005). Como então o psicanalista poderia trabalhar numa direção para além da psicoterapia? Um dos recursos possíveis no ambulatório é o tratamento psicoterápico. A psicoterapia é um método de tratamento de problemas psicológicos e emocionais onde o terapeuta possui um saber prévio. Segundo a psicologia, o terapeuta utiliza diversas teorias que fundamentem sua prática, sendo a psicanálise uma delas. (SCHULTZ & SCHULTZ, 1992). Este atendimento pode fazer parte do projeto terapêutico de usuários que chegam ao ambulatório para o primeiro atendimento e daqueles que possuem um projeto construído e estão em atendimento com um profissional. O saber da Psicologia difere da Psicanálise, pois a clínica psicanalítica constrói sua direção de tratamento por meio da escuta, considerando o sujeito do inconsciente, implicando-o no sintoma do qual se queixa. O conceito de demanda proposto pela Psicanálise contribui para reorientar o dispositivo ambulatorial quando refere a articulação entre o desejo e a demanda.

Para a psicanálise, existe um desejo porque existe algo do inconsciente que escapa ao sujeito, pois há no nível da linguagem algo que está além da consciência. O usuário chega à unidade com uma demanda, que por sua vez, é importante que se possa ouvir para além da demanda, pois o desejo se apresenta articulado na demanda. Sendo assim, o desejo ultrapassa qualquer resposta que seja dada ao nível da satisfação da demanda. Segundo Lacan, a relação com o outro ocorre através de um deslizamento que pode reduzir o desejo à demanda. O sujeito é movido pelo desejo que não é desejo de algo específico, mas desejo de nada, dessa forma, é importante que a demanda não seja ratificada como tal. Como diz Lacan: “o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda. (...) É a mudança como tal que não diz respeito ao novo objeto, ou nem o objeto anterior, mas o movimento de mudança que é de objeto em si” (LACAN, 1959-1960, p. 344).

Os usuários que procuram um serviço de saúde mental vêm, em grande maioria, pedir que os livresmos de seu sofrimento e os levemos a alcançar a felicidade. Entretanto, não é possível responder à demanda de felicidade que nos é direcionada. Tomando como referência a psicanálise, sabemos que a demanda, ao se articular com o significante, demanda sempre outra coisa, por estar na relação com o desejo, que suporta esta metonímia. A realização do

desejo tem como suporte a demanda, que por sua vez articula-se com o significante. Não é possível a satisfação plena da demanda, sempre resta algo, algo que movimenta a cadeia de significantes e possibilita o desejo. Há um impossível de satisfazer próprio ao desejo. Eis a dimensão trágica da experiência analítica, ao possibilitar o encontro do analisando com o desejo que o rege e com seu próprio limite, pois nada, nem ninguém, podem preencher esta falta fundamental que o move.

O analista irá apontar que o encontro com o objeto é sempre faltoso. Ele se coloca como testemunha dessa perda irreparável, fazendo emergir as manifestações do inconsciente. Sendo assim, a demanda de tratamento é correlata à elaboração da demanda trazida pelo sujeito, enquanto sintoma analítico. E para que essa demanda possa ser construída é importante que o sujeito possa colocar o sintoma em questão. (LACAN, 1958)

Para ilustrar a experiência analítica no Ambulatório Público, Tenório, em livro “A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica”(2001), cita sua experiência no Ambulatório de Saúde Mental do IPUB- RJ e de sua transformação a partir dos procedimentos de recepção aos pacientes. Para o autor, a construção da porta de entrada do serviço, levando em consideração a escuta do sujeito e a tomada de responsabilidade possibilitou a mudança das ofertas terapêuticas do serviço. A porta de entrada passou a ser organizada em grupos de recepção com o objetivo de qualificar a escuta, isto é, oferecer uma escuta que não se resumisse em uma avaliação diagnóstica e da indicação imediata do encaminhamento. O autor coloca que o potencial de resolutividade nesse dispositivo diz respeito à oferta que privilegiasse a subjetividade e assim, permitisse desdobrar o pedido, na possibilidade de elaboração sobre sua condição.

O autor traz então o caso clínico de Eleni que chegou ao Ambulatório a partir do pedido de uma colega da Unidade, pois o neurologista de um hospital geral a encaminhou para o setor de psicologia. Eleni passou pela avaliação da neurologia, pois havia realizado uma neurocirurgia em sua cidade natal e apresentava fraqueza e desmaios. Nas primeiras entrevistas, a paciente solicitava pelo agendamento com um neurologista e o autor aponta que interrogava a mesma sobre seu pedido, fazendo com que a mesma falasse de seu sintoma. Segundo a descrição do caso, Eleni seguiu atendimento com o profissional por dois anos trazendo questões importantes sobre sua vida. Tenório (2001) observa, na apresentação do caso, que o adoecimento de Eleni a colocou numa posição identificada pelo adoecimento, demandante de cuidado de outros. Sendo assim, a oferta do espaço de escuta conduziu o tratamento para a possibilidade da mesma se deslocar dessa posição. É importante, então, que a clínica não vise atender a demanda e sim implicar o sujeito no seu sintoma, como propõe a

psicanálise. Sendo a instituição em questão um ambulatório de saúde mental é fundamental a indagação de Tenório (2000) sobre como desmedicalizar à demanda e subjetivar a queixa.

Outro caso que demonstra a importância da clínica psicanalítica no Ambulatório de Saúde mental é o caso de Joana que chega ao Ambulatório do Hospital Jurandyr Manfredini com uma demanda específica por um documento que a afastasse de seu trabalho. Conta que vinha sentindo-se pressionada no local, pois exerce a função de contadora, presenciando irregularidades nas contas da empresa. Joana chora, relata insônia e dor no peito ao sair de casa para ir trabalhar. Ao invés de fornecer o documento solicitado, foi oferecida à paciente um espaço onde ela pudesse falar, na tentativa de trabalhar essa demanda, responsabilizando a paciente, não apenas por seu pedido, mas por seu sofrimento. Nos atendimentos, Joana demonstrou temor em ter que assumir alguma responsabilidade em relação à conduta de seu chefe e ao mesmo tempo temia se desligar da empresa e não conseguir outro emprego. Esse espaço foi importante para que pudesse se posicionar frente ao sofrimento e traçar novos caminhos. No caso de Joana, ela desligou-se do local de trabalho após ter sido aprovada num processo seletivo para outro emprego. Para condução desse caso, a escuta foi um instrumento fundamental para fazer advir o sujeito nas descontinuidades, interstícios do discurso e sua maneira particular da articulação. A relação do sujeito com seus direitos deverá ser interrogada na análise de modo mais amplo, permitindo que o sujeito se desloque da posição de demanda. Responsabilizar-se por sua vida e seu sofrimento, enfim para uma posição de desejante.

Segundo Freud (1915), a libido é definida como energia das pulsões, isto é, manifestação dinâmica em busca de satisfação que aparece nos sintomas e que, também, traz um desprazer devido a essa satisfação que não pode ser plena, pois o objeto que poderia satisfazê-la é perdido, devido ao processo de recalçamento colocado a partir da entrada do sujeito na linguagem. Levando em consideração essa impossibilidade, a pulsão encontra derivações através de representações da pulsão no inconsciente como forma de obter satisfação. (FREUD, 1915) Sendo assim, os significantes da pulsão aparecem nas demandas do sujeito em relação ao outro e que são atualizados de diversas formas na transferência na análise. Esses significantes representados nas demandas são passíveis de serem decifrados e esse aspecto da pulsão é que faz com que o sintoma possa ser tratado numa análise por estar articulado na linguagem. Dessa forma, o dinheiro numa análise tem um lugar fundamental, pois possibilita o ciframento da energia quantificável que Freud nomeou como libido. (QUINET, 1993) O dinheiro, então, permite colocar um valor na libido e assim, representar as operações libidinais que serão decifradas na análise. Sendo assim, como operar uma análise

serviço público como o Ambulatório de Saúde Mental, onde o pagamento pelo atendimento não passa pelo dinheiro?

Sobre esta questão, Figueiredo (2002) afirma que no consultório particular e no ambulatório público conta-se com elementos diferentes para o manejo da transferência e das resistências que surgem na análise. A partir dessas diferenças, é possível pensar soluções para cada caso e construir critérios de avaliação para a ausência do dinheiro. É importante, então, que possa ser levado em conta o custo real para esses pacientes que se engajam no tratamento como o tempo e dinheiro que gastam para ir até o serviço, trabalhadores que perdem diárias, desempregados que conseguem emprego e negociam esse turno para seu tratamento, isto é, modos singulares que cada um articula para sustentar sua análise. Esses exemplos devem ser contabilizados como pagamento. (FIGUEIREDO, 2002) É importante levar em consideração que nem sempre será possível recolher efeitos analíticos em um caso clínico e que, somente, *aposteriori*, esses efeitos poderão ser recolhidos.

A Psicanálise traz contribuições para a clínica no Ambulatório de Saúde Mental pois está orientada por uma ética que contraria a padronização e a burocratização da assistência, questionando alguns direcionamentos clínicos e institucionais. Freud(1912) alerta sobre a função da escuta analítica que não deve estar direcionada para algo específico na fala do paciente, pois, neste tratamento, o que importa não é o conteúdo, mas sim posicionamento do sujeito frente ao Outro e ao seu desejo. Sendo assim, o analista precisa se desvencilhar de ideais educativos ou de cura do paciente para que os efeitos analíticos possam operar. Escutar, acolher e permitir que o sujeito direcione seu tratamento implica em trabalhar com os limites impostos pelo próprio sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação trouxe como ponto central a discussão sobre a não inclusão do Ambulatório de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial, tal como definida pela Portaria 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Porém, apesar de não constar na lista de serviços que compõem a RAPS, o Ambulatório é um serviço que faz parte do dia a dia dos usuários e dos demais serviços de saúde e, de alguma forma, absorve parte dessa clientela. Neste sentido, é fundamental a articulação entre a Clínica e Política, entendendo que o Ambulatório de Saúde Mental está, na prática, incluído na efetividade da Rede de Atenção, pois são serviços que trazem consigo uma história de acolhimento de parte da clientela em sofrimento psíquico.

Tradicionalmente, os ambulatórios da rede pública eram reconhecidos como serviços onde havia a hegemonia do saber médico, fragmentação do processo de trabalho e condutas terapêuticas baseadas na medicalização. Orientado pela Psiquiatria, esse serviço respondia às demandas sociais muitas vezes através da hospitalização, reforçando assim, o estigma e a exclusão social.

A indagação do lugar deste serviço na RAPS, hoje, possibilita a discussão sobre como os serviços respondem às demandas que chegam ao dispositivo. Para Alves e Gujor (2006), o Ambulatório de Saúde Mental não é um serviço ultrapassado, mas sim potente, desde o momento que esteja aberto para se reorientar seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica e contando com a contribuição da Psicanálise.

É importante lembrar que o processo de transformação desse dispositivo será possível principalmente pelo desejo e participação dos profissionais envolvidos nos serviços. Apesar das dificuldades com que se defrontam no cotidiano, devido à burocratização da assistência, encontramos profissionais nos Ambulatórios dispostos a desenvolver um trabalho clínico articulado com as mudanças necessárias, isto é, a partir de uma escuta qualificada, na construção de parcerias com demais profissionais e serviços no território a fim de ocupar um lugar estratégico na rede de cuidados. É claro que nesse processo, ocorrerão impasses, avanços e retrocessos ao longo do percurso e para isto se fazem necessárias reuniões de equipe que possibilitem as articulações entre os profissionais a partir dos casos.

Na prática clínica no Ambulatório de Saúde Mental, com frequência o profissional é convocado a responder do lugar de “especialista”, digo, daquele que possui um saber especializado, seja ele médico, psicológico, assistencial.... Porém é importante que o trabalho

em equipe do Ambulatório possa superar a condição de “especialista” e os profissionais possam trabalhar juntos a partir da discussão das demandas e da construção dos casos clínicos. Nesta direção, a Psicanálise tem uma contribuição a dar, pois embasa sua clínica numa escuta que dá lugar à produção de saber pelo próprio sujeito e esta sim fará diferença para a construção singular de cada caso. Ou seja, pela via do caso clínico, algo pode ser transmitido no trabalho, o que ocorrerá não apenas nas soluções encaminhadas, mas também a partir dos impasses que surgem no tratamento. São estes impasses que irão trazer a dimensão do real que enfrentamos na clínica.

Outra maneira de possibilitar a efetivação de um trabalho com melhor qualidade nos ambulatórios seria um maior investimento com relação à formação de profissionais, com mais incentivo da gestão dos serviços e da Secretaria de Saúde à participação em cursos e à formação acadêmica. O que encontramos são iniciativas isoladas de alguns profissionais que, pela implicação na clínica, buscam lidar com as próprias dificuldades na condução do trabalho e produzir, então, um movimento em busca de atualização. (FIDELIS,2012)

Ao longo da pesquisa que realizamos, a partir das inquietações sobre à exclusão formal do ambulatório da RAPS, procuramos investigar o lugar do ambulatório na efetividade da rede de atenção psicossocial nos diversos territórios do município do Rio de Janeiro. Nesse caminho nos deparamos com tentativas de re-inclusão do Ambulatório de Saúde Mental na RAPS por parte da gestão. A Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, a partir da avaliação de que era necessário contar com o ambulatório como um dispositivo da rede, elaborou um documento com normas e diretrizes para o funcionamento dos Ambulatórios de Saúde Mental através do SISREG. O SISREG é um sistema de regulação de vagas utilizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro para regular acesso para procedimentos ambulatoriais e hospitalares. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016) A formulação do documento mostrou que há lugar para o Ambulatório de Saúde Mental no Município a partir da organização do acesso através de sistema de regulação. Porém associar o trabalho do serviço a um sistema de regulação de vagas anula a possibilidade de construção de um serviço efetivamente articulado com a Rede e, assim, mantém um modelo burocrático e ultrapassado que se pretende superar. Esse modelo já vem sendo implantado no Município e vem trazendo dificuldades que fazem com que a questão em torno dos Ambulatórios seja lembrada.

Por sua vez, em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde, através da Comissão Intergestores Tripartite, aprovou propostas de mudanças na Política de Saúde Mental. A reformulação da Política de Saúde Mental a partir dessas propostas atinge os avanços

realizados pela Reforma Psiquiátrica, na medida em que as alterações privilegiam o atendimento hospitalar, aumentam os recursos para os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas. Além disso, ao privilegiar a hospitalização propõe-se um modelo ambulatorial que não se presta à organização de um sistema comunitário de atenção em saúde mental. Uma das propostas apresentadas inclui o Ambulatório de Saúde Mental associado à Atenção Primária de Saúde, isto é, esse dispositivo será composto por uma equipe intermediária (entre o CAPS e a Atenção Básica) para atender uma demanda de atenção especializada que não é prestada por estes serviços. Apesar da perspectiva de inclusão do Ambulatório na Portaria da RAPS, é importante pontuar que as propostas de mudanças apresentadas pelo Ministério da Saúde representam um retrocesso em relação à Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois dão prioridade aos hospitais psiquiátricos como tratamento, dando lugar aos Ambulatórios como triagem para a internação.

A Reforma Psiquiátrica desconstruiu a hegemonia médica no tratamento abrindo espaços para a construção de um outro modo de cuidado em Saúde Mental. É importante, então, considerar as questões trazidas por cada caso que chega aos serviços, pois fazer clínica é se debruçar sobre os casos é estar atento para a complexidade de cada um e assim contar com parcerias de outros serviços ou profissionais quando necessário. No desenvolvimento da dissertação, foi fundamental pensar a construção do trabalho clínico a partir da psicanálise, pois a mesma propõe a construção de uma clínica que leva em conta o sujeito e seu desejo. É a partir da transferência que as articulações na rede podem ser construídas levando em consideração o sujeito, isto é, a rede é tecida a partir dos casos. Freud (1918) já afirmava que o trabalho analítico pode ser oferecido nas instituições públicas e que a técnica precisa de adaptações neste contexto, mas os elementos mais importantes do trabalho continuariam a ser os da psicanálise estrita. É importante ressaltar que não se pretende afirmar a Psicanálise como orientação hegemônica a ser adotada nos serviços de saúde. Ao contrário, parte-se do pressuposto que o campo da Saúde Mental seja pautado na diversidade de saberes e na articulação entre eles. A clínica psicanalítica contribui para o trabalho no Ambulatório de Saúde Mental a partir do momento que propõem um espaço de escuta que possibilite dar vez à clínica do sujeito e sua singularidade. (FIDELIS, 2012)

Nos territórios em que pesquisamos, em que pese a diferença entre eles, podemos dizer que o Ambulatório de Saúde Mental tem uma relevante função como dispositivo de cuidado na RAPS, pois representa um importante instrumento de cuidado para sustentar a clínica do sujeito frente às atuais ameaças de retrocessos.

REFERÊNCIAS

- ALTINO, Lucas. *O patrimônio histórico da Colônia Juliano Moreira está em risco no Rio*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/patrimonio-historico-da-colonia-juliano-moreira-antigo-hospital-psiquiatrico-no-rio-esta-em-risco-17300752>.
- ALVES, D. & GUJOR, A. O cuidado em Saúde Mental. *Revista Pinheiro, & Mattos (Org.)*. Cuidado: As fronteiras da integralidade (pp. 221- 240). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.
- CAVALCANTI, Ignez Leturzia. O sujeito da Psicanálise em instituições públicas. In: PSICANÁLISE, Clínica e Instituição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005
- ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; PINTO, Rosemary. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: PSICANÁLISE, Clínica e Instituição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- FERREIRA, Marcos. *Contribuições da Psicanálise à prática da intensividade em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.
- FIDELIS, Renata. *A recepção de usuários em um ambulatório de saúde mental: A importância da escuta do sujeito*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 2002.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à psicopatologia e a saúde mental. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, Ano VII, nº1, 75-86, 2004.
- GOLDBERG, Jairo. A Psicanálise no Ambulatório da Reforma. *Cadernos do IPUB*, nº 14, Instituto de Psiquiatria, 1994.
- LEVCOVITZ, Sérgio. Grupos de Recepção uma introdução ao tema. *Cadernos do IPUB*, nº 17, v. VI, Instituto de Psiquiatria, 2000.
- LOUGON, Maurício. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 227 p, 2006.

MARON, G.; BORSOI, P. (orgs.) *Urgência sem emergência*. ICP RJ/Subversos, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Nº 224 de 19 de Janeiro de 1992*.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Linhas de Ação Ambulatorial em Saúde Mental*, 2016.

RINALDI, Dóris; BURSZTYN, Daniela. *O desafio da clínica na Atenção Psicossocial*, 2008. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/243/182>

RINALDI, Dóris. *Micropolítica do desejo: A clínica do sujeito nas instituições de saúde mental*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0315>

RINALDI, Dóris; BEZERRA, Daniela. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de saúde mental. *Rev. Latinoamericano de Psicopatologia*. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, junho 2009.

SEVENO, Ana; DIMENSTEIN, Magda. *A rede e intersetorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do Ambulatório de Saúde Mental*, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015

SEVERO, Ana.; DIMENSTEIN, Magda. O ambulatório de saúde mental como analisador da Política de Atenção Psicossocial. In: L'ABBATE, S; PEZZATO, L.; MOURÃO, L. C. (Orgs.) *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 534-559.

SANTOS, Yalle; OLIVEIRA, Isabel; YAMAMOTO. *O Ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica*, 2007. Disponível em: www2.puccpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3371.

SEVERO, Ana. *Cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal/RN*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SILVA, Jerto Cardoso; Garcia, Edna Linhares. *Produção de subjetividade e a construção do sujeito*. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1760/2634>

TENÓRIO, Fernando. A ciência psiquiátrica nasceu como reforma. In: *A PSICANÁLISE e à Clínica da Reforma Psiquiátrica*, 2001, Ed Ambicious.

VASCONCELOS, Vinícius Carvalho. *Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS*. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762010000100015