

O SOFRIMENTO PSÍQUICO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Silvana Rabello

Psicanalista, mestre em Educação/Distúrbios da Comunicação e doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Assistente-doutor pelo Departamento de Psicologia do Desenvolvimento da PUC-SP; coordena o Aprimoramento Clínico Institucional Projeto Espaço Palavra na Clínica Psicológica da PUC-SP e a pós graduação lato sensu em Teoria Psicanalítica PUC-SP. Pesquisadora membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental; supervisora técnica no Caps – Vila Prudente, coordenadora do Eixo da Infância e Adolescência do Projeto
E-mail: silvanarabb@hotmail.com

Resumo: Este artigo apresenta do projeto “Rede Sampa: Saúde Mental Paulistana”, iniciativa da equipe técnica de saúde mental da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, da Escola Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde, que propõe a ampliação da concepção de saúde, incluindo os devidos cuidados ao sofrimento psíquico, como parte das estratégias da Atenção Básica. Enquanto política pública, capacita os profissionais de saúde, reorganiza as práticas de cuidados nesse campo, assim como propicia a formação de Redes de Atenção Psicossociais (Raps), redes interdisciplinares e intersetoriais, produtoras de valor social, integradoras, na dimensão da cidadania, daqueles que, até a Constituição Brasileira de 1988, eram considerados excluídos sociais, sujeitos da gratidão e da caridade dos privilegiados. Sabemos pelos documentos internacionais que a exclusão social é a maior causa de sofrimento psíquico no Brasil e no mundo. Assim, restituir a dimensão de cidadania dessas pessoas, conferindo-lhes o direito à saúde e educação, entre outros é, por si só, uma importante intervenção promotora de saúde mental. Se entendemos que o valor, no caso o valor social, é arbitrário e efeito de relações, vemos que esse projeto tem potência para ressignificar o valor social daqueles que sofrem de invisibilidade ou de destituição de sua potência subjetiva, por determinantes históricos ou pela própria cristalização de sua condição aos olhos da sociedade.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde mental; sofrimento psíquico; redes de atenção psicossocial; psicanálise; valor social.

Abstract: This article introduces the project “Sampa Network: Mental Health in São Paulo city”, an initiative of the technical team in mental health of the Municipal Health Department of São Paulo, the Municipal Health School, and the Ministry of Health, which proposes extending the concept of health, in order to include proper

care procedures for psychological distress as a part of the primary health care (PHC) strategies. As a public policy, it provides health professionals with training, reorganizes care practices in this field, and also promotes the creation of Psychosocial Care Networks (RAPS), interdisciplinary and intersectoral networks that produce social value, interconnecting, in the citizenship dimension, those who were regarded as socially excluded until the 1988 Brazilian Constitution, subject to the gratitude and charity of the privileged ones. We know through the international documents that social exclusion is a major cause of psychological distress in Brazil and worldwide. Thus, resuming the citizenship dimension among these people, giving them the right to health and education, among others, constitutes, by itself, a significant intervention that promotes mental health. If we understand that value, in this case social value, is arbitrary and a result of relationships, we see that this project has the power to give a new meaning to the social value of those who suffer from invisibility or privation of their subjective power, due to historical determinants or the very crystallization of their condition in the eyes of society.

Keywords: public policies; mental health; psychological distress; psychosocial care networks; psychoanalysis; social value.

Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana – é o atual projeto de capacitação dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, em saúde mental.¹

Destaco. Trata-se da capacitação em saúde mental, daqueles que se dedicam, no seu cotidiano, à Atenção Básica à saúde dos paulistanos, isto é, agentes comunitários, médicos, enfermeiros, assistentes de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da Saúde da Família, profissionais das Unidades Básicas de Saúde, profissionais do Samu, aqueles que trabalham nos setores de Urgência Médica, profissionais dos hospitais gerais e especializados, entre tantos outros, incluindo os profissionais dos Caps, que se dedicam especialmente ao mundo da saúde mental.

Essa é uma das prioridades que define o momento atual de implementação do SUS (Sistema Único de Saúde), pelo Ministério da Saúde em todo o país – o cuidado à saúde integral da população enquanto política nacional.

1 Uma iniciativa da equipe técnica de saúde mental da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, da Escola Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde.

Teixeira (2013) sugere falar “invenção” do SUS ao invés de “implementação”, tomando-o enquanto horizonte que norteia a criação de uma nova política de saúde pública para todos os brasileiros. A palavra “implementação” sugere ideias prontas, faltando apenas sua execução. Invenção é uma boa palavra por se referir à inovação e riqueza desse processo coletivo criativo, que precisa dar conta da novidade determinada pela Constituição Brasileira de 1988.

Exige, para tal, a reflexão teórica e técnica diária dos profissionais que compõem o SUS e o trabalho dos políticos na construção de diretrizes norteadoras da nova concepção de saúde pública brasileira. Todos estes, porém, na interlocução diária com as demandas de saúde de cada cidadão, que apresenta, cada um à sua maneira, uma faceta da realidade da nossa sociedade que ainda precisa ser ouvida e conhecida, já que é singular, histórica e socialmente, e tem sido, em grande parte, excluída do universo da palavra e dos direitos.

É essa a novidade para a saúde determinada pela Constituição Brasileira, promulgada em 5 de outubro de 1988, considerada entre as melhores do mundo. Novidade esta que define cinco princípios básicos para a implementação/invenção de cuidados à saúde dos brasileiros: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (artigos 196 a 200).

Constitui um marco histórico, enquanto proteção constitucional à saúde. Antes, as ações em saúde eram destinadas apenas a determinados grupos que poderiam contribuir economicamente: não eram contemplados os que não possuíam condições para custear o tratamento e os que não contribuía para a Previdência Social.

A partir dessa novidade, a saúde se tornou dever do Estado e direito de qualquer cidadão: do morador de rua, do viciado em *crack*, dos idosos em situação de miséria, do trabalhador, dos cidadãos de classe média, dos ricos, ou daqueles que precisam de algum tratamento específico. Daquele que mora no sertão nordestino, na floresta amazônica, na caatinga, nos grandes e ricos centros urbanos, entre tantos outros, sem qualquer tipo de discriminação. Dessa forma, a saúde de muitos brasileiros sai definitivamente da dimensão do assistencialismo e da caridade e passa a ser um justo direito: o direito de todo cidadão a viver com saúde.

Assim, tem início a aproximação paulatina de todo e qualquer brasileiro aos dispositivos de saúde, muitos daqueles que nunca haviam se aproximado, trazendo consigo suas urgências e necessidades e, com estas, um diagnóstico da realidade do povo brasileiro a cada dia mais preciso, exigindo o ajuste diário desse projeto.

Igualmente ao que vem acontecendo com as escolas. A partir do momento em que, por conta da mesma Constituição, a escola não é apenas para a elite ou para os “brilhantes”, nosso sistema educacional precisa ser igualmente reinventado. Ao cotidiano das salas de aula, aproximam-se crianças de rua, outras com dificuldades sociais, sensoriais, genéticas e/ou afetivas, crianças sem família, em meio a tantas outras que apresentam as condições ideais para usufruir de qualquer sistema educacional.

Estamos vivendo um momento mundial de reorganização social, em que aqueles que viviam à margem da sociedade, alvo da caridade dos ricos ou das instituições, ganham seu passe de cidadania e, com isso, ganham o reconhecimento do seu direito a ter sua saúde atendida, assim como suas necessidades de educação, conquistando novo valor social.

Documentos de órgãos internacionais como ONU, OMS, UNICEF, entre outros, ditam isso como a diretriz mundial desejável. Mais do que isso, reconhecem os governos que constroem políticas públicas nessa direção, assim como os apoia economicamente. Em contrapartida, repreende os países estagnados ou que caminham na contramão, chegando a puni-los com sanções econômicas, na busca da reduzir a exclusão social e seus efeitos, uma vez que é sabido se constituir no mais contundente determinante de sofrimento psíquico mundial – a exclusão social como consequência da intolerância às diferenças, sejam estas de gênero, raça, classe social, diferença cultural ou religiosa, entre tantas outras.

É nesse contexto que as políticas públicas ganham destaque e se tornam objeto de pesquisa e de investimento mundial. Para responder, não mais a uma minoria elitista e favorecida, mas a todos os cidadãos que compõem um país imenso como o nosso e que contempla diferenças inimagináveis, como verificamos numa metrópole como São Paulo.

É pensando nesse índice de exclusão e de sofrimento psíquico que habita silenciosamente uma cidade como São Paulo, que estamos falando de um necessário projeto de capacitação em saúde mental dos trabalhadores da atenção básica em nosso município.

É chegada a hora de nos prepararmos, profissionais da saúde, para cuidar dos novos cidadãos que chegam demandando cuidados variados nos dispositivos de saúde, atravessados pelo sofrimento psíquico que define as contingências de seu cotidiano e as contradições de nossa cidade.

Há tempos, os profissionais da saúde têm sido atingidos por essa carga de sofrimento sem saber o que fazer com ela. Assim, prepara-los é também cuidar do sofrimento desses em seu cotidiano de trabalho. É dar-lhes clareza e as melhores condições para responder ao sofrimento que já os atinge diariamente e, conseqüentemente, potencializar suas ações na direção de uma boa resposta de cuidados, a si e ao outro.

Trata-se de considerar a subjetividade do trabalhador da saúde, como também do cidadão que busca cuidados junto ao SUS, e assim, considerar a dimensão subjetiva de nossa cidade, complexa histórica e socialmente, mas nem por isso passível de silenciamento, alheamento, desqualificação ou assepsia, o que pode ser incentivado pela visão medicalizante ou psicologizante, que costuma reduzir a um aspecto linear o que é multideterminado e complexo.

Dessa forma, o Projeto atual do SUS contempla as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, que, no ano de sua fundação, em 1946, já conceituava a saúde como *o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e enfermidade*.

Um dado importante

Segundo os dados da OMS, calcula-se que 25% das pessoas no mundo (uma em cada quatro) sofrem de um ou mais transtornos mentais ou comportamentais durante a vida. Cerca de um quarto da nossa população se encontra em algum estado de sofrimento psíquico e, portanto, uma problemática altamente prevalente. Assim, a partir desses dados epidemiológicos, supõe-se que apenas um terço desse percentual configura psicopatologias bem configuradas, exigindo tratamento especializado; algo próximo a 8% precisa de intervenção médico/psicológica especializada, isto é, que deveriam ser direcionados aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS).

As demais padecem de sofrimento psíquico passível de ser acolhido e cuidado no cotidiano da Atenção Básica à Saúde, numa composição intersetorial, justificando o fortalecimento da resposta integrada do setor de saúde com os demais, compreendendo que não pode haver saúde física sem saúde mental, e que é necessária uma

abordagem ao processo saúde-doença não somente na perspectiva da atenção aos prejuízos, mas também de proteger os atributos positivos da saúde e de promover o bem-estar da população.

Se não houver uma política clara para o cuidado ao sofrimento psíquico dessas pessoas, seus sintomas pouco claros do ponto de vista médico acabam por determinar sua errância pelos dispositivos em busca do seu lugar justo de cuidados, com consequente agravamento e cronificação, ou, inadequadamente, atendido num Caps.

Concepção de saúde mental nesse processo

Em seu Caderno 34, o Ministério da Saúde apresenta suas diretrizes de Saúde Mental na Atenção Básica (SUS):

[...] entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. É por isso que neste caderno privilegiamos as práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Reconhecemos, aqui, políticas públicas que propõem a transformação de paradigmas no trabalho com a saúde, ao propor a integralidade dos cuidados. Isto, em lugar da prioridade vigente em nossa saúde pública ou privada, onde as especializações costumam ser compreendidas como qualidade nos cuidados à saúde, e o diagnóstico via DSM ou CID, como referência ao bom atendimento, e, muitas vezes patologizando sofrimentos que são de ordem social ou contingencial.

Sabemos, historicamente, que a separação cartesiana – corpo/mente – trouxe ganhos na especialização dos cuidados e da pesquisa. Ao mesmo tempo, deixou o trabalhador, que se dedica à Atenção Básica, com dificuldades para acolher o cotidiano de sofrimento psíquico daqueles que chegam com suas queixas tão variadas.

A especialização fragmenta o sujeito, estuda “seus pedaços”, nos levando a crer, tantas vezes, numa separação possível entre corpo e mente e numa qualidade de sofrimento dissociada entre estes, dificultando a criação de estratégias que envolvam a vida subjetiva e o corpo numa abordagem clínica ou institucional.

Devemos lembrar ainda, que o mundo contemporâneo busca subordinar o sofrimento dos corpos e das almas à finalidade do sistema para a otimização do desempenho, operando, também, na direção da desumanização dos corpos-almas, para coloca-los à altura dos ritmos capitalistas.

E todo aquele que é subordinado, insurge-se a sua maneira! E através de seu sofrimento, onde sua história se impõe, buscando integrar o que nem este homem sabia até então sobre si mesmo.

Em alguns contextos, a especialização é muito bem vinda, mas, em outros, acaba por encaixar ou recortar a demanda do usuário na especialidade do seu olhar, ou encaminhar para quem estaria mais bem capacitado – o suposto especialista.

Mais do que fragmentar, transforma cada pedaço do homem num “objeto” específico, perdendo-se de vista, tantas vezes, no cálculo de suas estratégias, seus elementos fundamentais, sua humanidade, suas condições de vida, sua história, isto é, a subjetividade atravessando suas ações, palavras e vísceras.

Como efeito dessa lógica, determinante em nossa formação, especialmente dos não “psis”, encontramos profissionais desautorizados ou temerosos de abrirem seus olhos e ouvidos às peculiaridades do sofrimento psíquico que acompanha cada um que dele se aproxima. Sentem-se invadidos e invadindo a especialidade de outro, agregando mais uma função e não agregando o pedaço que lhe falta para a compreensão da queixa ou o pedaço que lhe falta para a organização de boas estratégias de cuidados. Se o profissional se retira da escuta desse sofrimento, gera a lógica dos encaminhamentos sem fim, em direção a um lugar de cuidados impossível, e gera sua própria frustração com os cuidados oferecidos no cotidiano de suas práticas.

Não podemos desprezar a realidade humana, essencialmente psicopatológica, como nos lembra tantas vezes Berlinck (2000), quando o profissional se perturba com o fato de que, além do problema físico que o traz, o sujeito não para de falar, ou não consegue fazer a dieta necessária, ou tem medo de tomar remédios, mente ao profissional, entre tantas outras dificuldades que a subjetividade traz junto ao “objeto” orgânico a ser tratado.

O sofrimento psíquico é um caminho semiótico, intrínseco ao humano, através do qual o sujeito diz quem verdadeiramente é e qual o pedaço da sua história que fala alto naquele momento. Seu organismo é atravessado em sua constituição não só por elementos genéticos, mas também por elementos históricos e sociais em sua

humanização. Sua condição psicopatológica é o sinal de que vive sendo afetado, já que na dependência permanente do Outro e constituído no âmbito da linguagem e de suas relações com o simbólico e a cultura.

Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que esses profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

Capacitação/reestruturação dos sistemas de trabalho

O trabalho neste projeto – Rede Sampa –, enquanto coordenadora do Eixo da Criança e do Adolescente, tem revelado sua potência em ser mais do que uma capacitação em saúde mental e mais do que uma transformação dos paradigmas na concepção de saúde/saúde mental, em direção à integralidade dos cuidados, pois se trata, também, de uma reestruturação das estratégias de trabalho dos profissionais da saúde para atingir esses objetivos.

Reestruturação/invenção para potencializar suas práticas, uma vez que rompe com a lógica do consultório particular transposta tantas vezes, indevidamente, ao mundo da saúde pública.

Potencializa suas práticas na direção da construção de estratégias criativas, potentes, complexas e intersetoriais, para o cuidado ao sofrimento humano, já que este não é mais entendido como um fenômeno linear e, sim, complexo e multideterminado, explorando a riqueza intersetorial do universo público.

Reestruturação/invenção dos sistemas de trabalho que passarão a reger o cotidiano desses trabalhadores, através da sua organização em Redes de Atenção Psicossociais (Raps), interdisciplinares e intersetoriais, enquanto composição de diferentes olhares que trabalham na reintegração dos diversos “pedaços” daquele que sofre, trazendo de volta o colorido de suas nuances histórico-sociais, mapeando suas relações e, dessa forma, se aproximando da complexidade que o define em nossa sociedade.

Conforme explica o professor doutor Roberto Tykanori, coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde (2014), existe uma oposição entre a lógica que determina “coisas” e a lógica que determina “relações, em nossa compreensão de mundo.

E estas diferentes lógicas podem se transformar num divisor de águas em nossas práticas e reflexões. Pensamos que vemos coisas, mas coisas são ilusões.

A reflexão que ele começa a nos oferecer vem desconstruir o raciocínio que nos ensinou a ver o homem e seus pedaços como objetos de estudo e nos oferece uma alternativa interessante de raciocínio como caminho da invenção a ser realizada na clínica do SUS. Nosso raciocínio cartesiano nos leva a ver a criança, por exemplo, como uma coisa e não como efeito de um conjunto de relações que a constituem.

Quem olha coisas, pensa que as coisas são como são e não podem ser mudadas, apenas guardadas em seu lugar próprio (como fizemos com os loucos). E, nessa lógica em nossa compreensão de mundo, sustentamos uma hierarquia de valores às coisas e às pessoas, como se fosse natural, incluindo até aquelas “que não servem para nada.

Na lógica que determina as relações, porém, como elementos fundamentais para nossa compreensão de mundo, o que existe são relações e são estas que constituem as qualidades e o valor de cada existência, em função da qualidade do laço que com ela estabelecem.

Quando pensamos a partir da lógica das relações, entendemos que não existem coisas em si, nem pessoas que são naturalmente como são, mas todos estes se definem a partir das relações que sustentam suas existências.

Duchamp nos revela isso, em 1917, magistralmente, a partir de sua obra *Fonte*, que marcou um ponto de transformação no mundo das artes. Ao apresentar um vaso sanitário numa importante exposição, revelou como essa mesma peça ganha novo sentido quando num lugar inédito, desconstruindo sua pretensa naturalidade.

A convenção desta lógica das relações, quando incorporada como modo de pensar o mundo, criará um espaço de direitos fundamentais para muitas pessoas que vivem em situação de desvantagem. Quando pensamos em pessoas com desvantagens, podemos entendê-las nas relações em que a constituíram assim, já que até um vaso sanitário define seu lugar e seu valor a partir das relações com ele estabelecidas, podendo se transformar num ícone da arte moderna que se mantém até os dias de hoje.

Assim, é possível que, nas relações do sujeito em situação de desvantagem com seu ambiente, possamos garantir maior equidade como uma posição política, através das

Raps que armam um tecido de relações inéditas revelando a todos a não naturalidade dessa desvantagem e, com isso, constituem-se numa importante intervenção na direção da promoção da saúde mental.

As Redes de Atenção Psicossocial (Raps), por sua vez, também não se referem a coisas. Para que existam, é necessário que trabalhadores estejam se relacionando em função de um objetivo comum, que seria o cuidado a um sujeito em sofrimento. Quando param de se relacionar com esse fim, quando não se faz mais necessário, não tem mais rede.

Podemos entender que Raps, assim como as Redes de Proteção à Infância e à Adolescência, ou mesmo as Redes Socioassistenciais, como proposições virtuais, que passam a existir quando os profissionais passam a se relacionar ao redor de objetivos comuns e de um agir comum.

Por exemplo, uma criança em situação de sofrimento precisa de uma rede de relações que a suportem, assim como à sua família, através da criação de um plano de ação comum entre vários profissionais, em posições estratégicas diferentes, em serviços diferentes como saúde, educação e assistência social. As relações que oferecem cuidados se tornam mais complexas para lidar com a multideterminação do sofrimento em sua vida familiar, tornam-se mais potentes e consistentes, e com maior variabilidade em sua compreensão e ação. Objetivo alcançado, aquela rede se desarticula e deixa de existir. Para nova situação, constrói-se nova rede e, sendo assim, a Raps não deve ser burocrática, nem engessada e, sim, um dever.

O que temos aqui são objetivos comuns, que reúnem trabalhadores no cuidado a um sujeito que não existe fora das relações, e que se tornará outro em suas novas relações, ao atribuírem-lhe novo olhar e novo valor, a partir dessa rede de atenções. Um exemplo disso em ação é o Projeto De Braços Abertos, que acontece como uma intervenção em rede intersetorial na direção da redução de danos do uso do *crack* na vida daqueles cidadãos, envolvendo saúde, saúde mental, moradia, condições de subsistência, construção de espaços saudáveis de convivência, compreensão dos fatores que levaram essas pessoas a essa condição entre outros.

Assim, a lógica das relações revela nossa responsabilidade diária na geração dos sujeitos como estão, assim como revela nossa potência transformadora. Essa lógica nos permite vislumbrar uma sociedade capaz de estabelecer novas relações e responsável pela sua parcela na

construção dessas relações e do que produzem. Assim, falar de saúde é falar de política e ética. Dessa forma, é preciso que ofereçamos uma compensação ética para todo aquele que estiver em situação de desvantagem, crianças especialmente.

Numa sociedade tão desigual como a nossa, as Redes de Atenção Psicossocial (Raps) devem ser máquinas de produção de valor como resposta ao sofrimento psíquico apresentado pelo usuário do SUS, já que valor é um efeito relacional e não dado pela natureza.

Psicanálise e saúde pública

Reconhecemos, assim, pontos de convergência entre a política pública para o cuidado à saúde mental na Atenção Básica em implementação/invenção como SUS e a teoria de linguagem pensada por Saussure quando revela que nenhum significante em si tem significado ou valor absoluto, sendo seu valor arbitrário e definido pelas relações em que se encontra nos eixos sintagmáticos ou paradigmáticos.

Igualmente acontece com o teor das contribuições antropológicas de Levi-Strauss acerca das relações de parentesco, com a teoria marxista de valor, como também com a compreensão teórica da psicanálise, desde Freud e retomada por Lacan, atravessados pela primazia dessa lógica das relações em sua compreensão acerca da subjetividade humana. A própria concepção do sujeito psicanalítico, evanescente, fugaz, efeito de sentido de um significante, dado que o significante representa o sujeito para outro significante, justificando a partir desses elementos fundamentais, a potência de sua própria clínica.²

Dessa forma, as relações humanas em sociedade, ao mesmo tempo que são nossa principal fonte de sofrimento, já que exigem tantas renúncias de prazer pelo pacto social, também pode sustentar o reconhecimento de cada existência singular, o sentido de seus sintomas e o partilhar respeitoso de sua existência como cidadão de direitos e de justiça social, ressignificando, com isso, o valor social de tantos dele destituídos.

Assim, podemos entender que o Rede Sampa é mais do que um projeto de capacitação, mais do que uma reestruturação de sistemas de trabalho, mas também uma estratégia capaz de recolocar aquele que sofre em sua potência subjetiva e de cidadania, seja aquele que cuida, como também aquele que é cuidado, e com isso construir/inventar um olhar complexo e integrado capaz de sustentar as subjetividades que atravessam uma metrópole como São Paulo.

2 A esse respeito, ver Dunker (2009).

Subjetividades com seus conflitos de toda ordem, produzindo sintomas, numa cidade atravessada por tantas palavras não ditas, determinando enigmas, com histórias recalçadas por forças repressoras de toda ordem, produzindo a alienação do sujeito, marcados pelo cansaço da luta diária por se fazer existir através do reconhecimento do Outro e por preservar sua fugacidade para não se engessar numa dimensão estática, burocrática e aparentemente natural de existir.

Assim, através dessa discussão, busco colocar nas pautas dos leitores, esta discussão acerca dos processos de construção da subjetividade/cidadania assim como das estratégias públicas de cuidados ao sofrimento humano, seja este, adulto, adolescente ou criança.

Referências

- BERLINCK, M. T. *O que é Psicopatologia Fundamental?* Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/artigos_e_livros/o_que_e_psicopatologia_fundamental.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- _____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rxct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbd.camara.gov.br%2Fbd%2Fbitstream%2Fhandle%2Fbdcamara%2F1366%2Fconstituicao_federal_35ed.pdf%3Fsequence%3D26&ei=3RlpVKbMNe3isATikoKYAg&usq=AFQjCNE_NIqyi8NCJIoRX1YQg1fQTuxlmQ&sig2=OW_1DGGx_gsyFrO7K3r-Gg&bvm=bv.79142246,d.eXY>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- DUNKER, C. Notas sobre a importância de uma teoria do valor no pensamento social lacanianiano. *A Peste: Revista de Psicanálise, Sociologia e Filosofia*, v. 1 n. 1, 2009.
- KOHN, R.; LEVAY, I.; CALDAS DE ALMEIDA, J. M.; VICENTE, B.; ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; SAXENA, S. e SARACENO, B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 18, 4/5, p. 229-40, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, n. 34, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259>. Acesso em: 20 nov. 2015.

TEIXEIRA, R. R. *VII Ciclo de Aulas Abertas no IPUSP – SUS em debate: Políticas governamentais e estratégias atuais de implementação / desmantelamento*, 10 outubro 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7QI7zcfEZVg>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

TYKANORY, R. (2014). Conferência. In: SIMPÓSIO “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CUIDADO NO TERRITÓRIO”. São Paulo, Auditório Elis - Anhembi, 29/8.

Recebido em 23/11/2014; Aprovado em 12/12/2014.