



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

DANIELLE CHRISTINE VASCONCELOS CHAUVET

**NEOLIBERALISMO E SUBJETIVIDADE: DESDOBRAMENTOS EM UM SERVIÇO
DE SAÚDE MENTAL**

BRASÍLIA

2020



DANIELLE CHRISTINE VASCONCELOS CHAUVET

**NEOLIBERALISMO E SUBJETIVIDADE: DESDOBRAMENTOS EM UM SERVIÇO
DE SAÚDE MENTAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Dra. Valéria Deusdará Mori
Co-orientação: Dr. Daniel Magalhães Goulart

BRASÍLIA

2020

AGRADECIMENTOS

A meus orientadores, Valéria e Daniel, agradeço por terem me apresentado a tão bela *Teoria da Subjetividade*, por todo o acolhimento e pela profunda participação em minha formação. Admiro muito o trabalho de cada um de vocês e os tenho como grandes inspirações. Obrigada, Daniel, por ter acreditado neste trabalho desde quando ele ainda era um ensaio e por ter sustentado a orientação do início ao fim, considerando todas as mudanças de cenário. Sua presença foi essencial em todo o processo e suas orientações são sempre muito enriquecedoras.

Agradeço a minha família, que oportunizou de diversas formas a continuação de meus estudos e que, com muito afeto, me apoia em minhas decisões. Ao Matheus, obrigada pelas trocas, pelo carinho de sempre e pela companhia e suporte ao longo desse percurso.

Ao grupo de pesquisa do PIC e do mestrado na Teoria da Subjetividade, agradeço por cada reunião e pelas discussões fundamentais para dar corpo e prosseguimento a esta pesquisa. Sou grata também pelo apoio que demos umas às outras em paralelo ao grupo e, em especial, a querida Maria Luíza, com quem pude dividir os vários momentos da pesquisa.

Por fim, agradeço ao CAPS por ter possibilitado a realização deste estudo, por todos os profissionais que dele participaram e pelos frequentadores do serviço, para quem os esforços de um melhor cuidado são voltados.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender processos subjetivos produzidos na relação entre usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (CAPS) que se relacionam a expressões do neoliberalismo e à manutenção do fenômeno da nova institucionalização, à luz da teoria da subjetividade, de González Rey. Partimos da premissa de que modelos socioeconômicos, para além de configurarem sistemas de produção e de consumo, favorecem certas formas de existência. A lógica do mercado, baseada na concorrência e em modelos empresariais, presentifica-se como um imperativo que visa reger todas as relações. Sendo assim, em uma articulação do cenário neoliberal com cenário medicalizante que vivenciamos, assistimos ao processo da patologização e da gestão psicofarmacológica de si. Para alcance dos objetivos propostos, o método utilizado foi construtivo-interpretativo, baseado na epistemologia qualitativa. A pesquisa foi realizada em um CAPS do Distrito Federal, tendo como participantes a equipe do serviço. Foram realizados oito encontros com membros da equipe, entre eles seis presenciais e dois virtuais, nos quais o instrumento utilizado foi a dinâmica conversacional. Como resultados, destacamos a hipótese de que a subjetividade social do CAPS em questão é marcada pela lógica neoliberal, de modo que há uma produção subjetiva da equipe do serviço em termos mais amplos e de políticas governamentais voltada à marginalização do CAPS. Verificamos, ainda, como a manutenção desse sistema de patologias que alimenta a racionalidade neoliberal se relaciona com o fenômeno da “nova institucionalização” no CAPS, cultivando o modelo manicomial em serviços que formalmente se voltam para sua superação. Por fim, pudemos observar também a emergência de posicionamentos criativos de profissionais que, não apenas resistem, mas produzem sentidos subjetivos alternativos à racionalidade neoliberal e à patologização.

Palavras-Chave: Neoliberalismo. Subjetividade. Saúde mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
MÉTODO.....	18
RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES	42

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo compreender produções subjetivas relacionadas ao neoliberalismo em serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, à luz da teoria da subjetividade (González Rey, 2003, 2007, 2016).

Partimos da premissa de que modelos socioeconômicos, para além de configurarem sistemas de produção e de consumo, favorecem certas formas de existência. A frase de Margaret Thatcher em uma entrevista ao *Sunday Times* (1979) deixa explícito tal pensamento: “a economia é o método; o objetivo é transformar o coração e a alma” (Butt, 1981). Uma das implicações dessa passagem é a exigência de uma psicologia implícita para o funcionamento de uma racionalidade econômica (Safatle, Afshar, Castro, Franco, Manzi, 2016).

Outro fundamento deste trabalho é que o patológico não tem gramática própria; ele depende daquilo que é reconhecido como normal – em contraponto ao que é considerado anormal (Canguilhem, 1978). Nesse sentido, a tríade economia, psicologia e moral se articula, de forma que a primeira não é somente um modelo de gestão social, mas também distingue comportamentos, julgamentos e afetos como racionais/irracionais, sendo estes intimamente relacionados ao que é entendido como “doença mental” (Safatle, Afshar, Castro, Franco & Manzi, 2017). O que foge ao “agir racional” e, neste caso, em termos neoliberais, à maximização de interesses é, por vezes, associado à “patologia mental”, abrindo condição para que se descreva essas “ações irracionais” em um sistema de patologias, como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (2014).

O DSM, sobretudo em suas versões mais recentes, tem suas bases no modelo biomédico (Canguilhem, 1978; Illich, 1975), assentado em uma concepção cartesiana mecanicista do humano e na ciência positivista (Goulart, 2019). É essencial ressaltar a inserção desse modelo em um contexto mais amplo de patologização (Goulart, 2017) e medicalização da vida (Illich, 1975), em que percebemos uma subserviência do social à medicina.

Em uma articulação do cenário neoliberal com o processo de medicalização, assistimos ao processo da gestão psicofarmacológica de si (Le Breton, 2003), em que as intervenções psiquiátricas e mesmo psicológicas têm se orientado à prescrição de

remédios que propiciem o estado desejado pelo “paciente”. Nesse sentido, Birman (1999) afirma que, para o mal-estar na atualidade, basta sua regulação por meio de psicofármacos, de sorte que certos modos de vida possam ser corrigidos para que se tornem “funcionais”.

Para a manutenção desse sistema de patologias que alimenta a racionalidade neoliberal, faz-se presente o fenômeno da “nova institucionalização” (Goulart, 2017) em serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que vai de encontro ao princípio que norteia reforma psiquiátrica: a superação manicômios, sejam eles físicos ou simbólicos (Lobosque, 2001). Sendo assim, a nova institucionalização consiste na cristalização de relações objetificantes e cronificantes, de forma a cultivar o modelo manicomial em serviços que formalmente se voltam para sua superação (Goulart, 2017).

Entendemos que a teoria da subjetividade (González Rey, 2003, 2007, 2017) favorece a formação de novos caminhos de inteligibilidade críticos a esse cenário, fundamentando estratégias alternativas aos modos de normatização dominantes. Situando-a no campo da saúde mental, observamos o deslocamento do foco de políticas formais e intenções de seus atores para a qualidade dos processos singulares e das relações humanas (Goulart, 2019).

Haja vista estas considerações, este projeto de pesquisa abordará as seguintes questões: quais processos subjetivos estão sendo mobilizados em pessoas atendidas pelos serviços de saúde mental? Quais novas formas de institucionalização emergem nesse cenário? Como a racionalidade neoliberal tem tomado forma e se relaciona com a nova institucionalização nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos?

Este projeto se insere no projeto de pesquisa mais amplo “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo, e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, orientado pelo professor Daniel Goulart, que tem suas origens em inquietações a respeito dos desafios que emergem desde a reforma psiquiátrica no Brasil. Ao adotar uma perspectiva que, para além de tecer críticas ao sistema vigente, tem um posicionamento propositivo, o objetivo desse projeto mais abrangente é:

compreender como se configura subjetivamente o fenômeno da nova institucionalização em diferentes dispositivos institucionais da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, de modo a fundamentar teoricamente alternativas

institucionais a esse fenômeno voltadas para o desenvolvimento subjetivo e para uma ética do sujeito (Goulart, 2017, p. 2).

Nesse sentido, a compreensão a respeito de como o sistema neoliberal ganha expressão nos CAPS se relaciona ao contexto da nova institucionalização, em razão da reprodução da lógica manicomial em processos de subjetivação perpassados por esta racionalidade econômica. A contribuição social deste projeto, portanto, deu-se pelo menos de duas maneiras: (i) gerar visibilidade a desdobramentos de uma racionalidade econômica em um serviço de saúde mental, favorecendo a realização de uma prática e reflexão diferenciadas; (ii) analisar impasses e alternativas geradas pelas produções subjetivas relacionadas a tais desdobramentos. Esses dois pontos se orientam à valorização das novas demandas que as transformações econômicas e suas profundas consequências têm trazido para a sociedade, tal como indica Vasconcelos (2016).

O propósito último de ambas as contribuições tem um sentido, a saber, o de oferecer formas de cuidado mais qualificadas, sustentadas pelos princípios da reforma psiquiátrica (Lobosque, 2001). Busca-se, a partir dessa investigação, pensar em outras formas de se relacionar nesse cenário, que enfatizem o diálogo e o desenvolvimento subjetivo como centrais para a transformação.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender processos subjetivos produzidos em um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal que se relacionam a expressões do neoliberalismo e à manutenção do fenômeno da nova institucionalização.

Objetivos específicos

(i) Explicar processos subjetivos sociais relacionados às dificuldades do serviço promover processos terapêuticos singulares voltados para o desenvolvimento subjetivo dos usuários.

(ii) Analisar como a racionalidade neoliberal se relaciona ao fenômeno da nova institucionalização nas produções subjetivas de usuários e equipes profissionais dos serviços de um CAPS do Distrito Federal.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O neoliberalismo é definido por Dardot e Laval (2016) como a racionalidade do capitalismo contemporâneo. Diferentemente do liberalismo, que se pautava na determinação dos limites estatais, o neoliberalismo aparece como ruptura com esse modelo anterior e demarca, entre os anos 1980 e 1990, uma nova governamentalidade: um sistema normativo que se estende do Estado para a vida, favorecendo outras formas de subjetivação. A lógica do mercado, segundo estes autores, baseada na concorrência e em modelos empresariais, é o imperativo que visa reger todas as relações, sejam elas econômicas ou interpessoais.

Em um esforço de delimitar a governamentalidade neoliberal, Fraser (2003) aponta para sua regulamentação transnacional pós-fordista, na qual o *locus* do governo é dispersado em diversas funções e níveis, resultando em um novo modelo de “governo-à-distância”, no qual redes, cada vez mais flexíveis, transcendem locais físicos de controle. A competitividade, a privatização e a flexibilização emergem como traços distintivos dessa perspectiva, os quais sobrepujam o âmbito econômico, tomando espaço em formas de subjetivação contemporâneas. No que concerne à competitividade e à privatização, os sujeitos parecem assumir novas responsabilidades por suas vidas, gerindo-as como “*experts de si mesmos*” com vistas a alcançar a maximização de lucros e a diminuição de custos, administrando, assim como as empresas, os riscos de suas decisões. A flexibilidade, outro atributo de dimensão temporal demandado como qualidade dos “novos” indivíduos, desponta sob a forma de relações temporárias, quaisquer que sejam – trabalhistas ou pessoais (Fraser, 2003).

Outro aspecto importante da racionalidade neoliberal é sua proposição de uma unificação em torno da liberdade, ideal facilmente defensável, em princípio, por qualquer grupo social, em qualquer âmbito, seja ele econômico, cultural ou, mesmo, sexual (Dardot & Laval, 2016). O paradoxo emergente é de que há uma condição para essa liberdade: o sistema normativo de consumo enquanto o outro lado da pretensa liberdade emerge como da ordem da “imposição”. Em um sistema que todos e tudo pode ser transformado em “nicho de mercado”, as implicações são de cunho bastante severo para o campo da saúde mental. O sofrimento, nesse caso, torna-se potencialmente comercializável por meio de sua transformação em uma demanda de mercado e o cuidado passa a se resumir

à oferta de serviços lucrativos, isto é, há uma mercantilização generalizada em que as iniciativas de grandes indústrias, como a farmacêutica, direcionam-se somente para atividades coerentes com a lógica lucrativa (Vasconcelos, 2016). É um sistema que *cria* o problema e *vende* a solução, retroalimentando-se, em última instância, do sofrimento (Dardot & Laval, 2016; Žižek, 2014).

A racionalidade neoliberal na saúde mental é bem retratada pelo movimento de saúde mental global (Global Mental Health Movement/GMHM), que caracteriza o “transtorno mental” como de base física e cerebral e, portanto, universal (Mills & Fernando, 2014). Sendo assim, de acordo com Ingleby (2014), percebemos a relação entre a psiquiatria contemporânea e os interesses financeiros da indústria farmacêutica que, ao reivindicar a saúde mental “baseada em evidências”, beneficia somente pesquisas com resultados favoráveis à utilização massiva de medicamentos. Por consequência, as pesquisas críticas, qualitativas, interpretativas, que compreendem a saúde mental como política, social, econômica e historicamente situada, não obtêm o título de “baseadas em evidências”, visto que elas não prometem um retorno lucrativo para a indústria farmacêutica (Ingleby, 2014).

O projeto deste movimento tem como horizonte impor verticalmente uma concepção de saúde mental individualista ocidentalizada, desconsiderando quaisquer particularidades regionais ou locais no tratamento da saúde de dada população e sua implementação ocorre sem nenhuma consulta ou informação aos beneficiados acerca de custos ou outras alternativas possíveis (Ingleby, 2014). Um fato discutido por este mesmo autor é que, a despeito de certo fracasso na implementação de uma saúde mental “baseada em evidências”, acompanhada de tratamento medicamentoso, o GMHM visa espalhá-la ainda mais para países de renda média baixa. A título de exemplo, em quatro países ocidentais, o aumento de tratamentos psicofarmacológicos não resultou em melhora na saúde mental da população – na Islândia (Helgason, Tómassom & Zoega, 2004 citados por Ingleby, 2014), o número de suicídios não diminuiu; no Reino Unido (Brugha, Bebbington, Singleton, Jenkins, Lewis *et al.* 2004 citados por Ingleby, 2014), o número de pessoas com transtorno mental não mudou significativamente; na Austrália (Jorm, 2011 citado por Ingleby, 2014), não houve melhora significativa e, possivelmente, tenha havido até uma piora; e nos Estados Unidos (Compton, Conway, Stinson & Grant, 2006 citados

por Ingleby, 2014), a depressão quase dobrou após o aumento de 400% no uso de antidepressivos.

Cabe, neste panorama, apontar a racionalidade clínica vigente afinada ao GMHM, que é justamente aquela pautada pelo DSM, em que as ditas síndromes e os sintomas são enfocados em detrimento da etiologia relacionada ao sofrimento psíquico (Birman, 1999). Logo, a orientação à saúde mental neste contexto biomédico se centra no controle/eliminação de sintomas e não em processos de desenvolvimento subjetivo (Goulart, 2019).

O paradigma biologicista atrelado a essa racionalidade clínica que, por sua vez, satisfaz os interesses da racionalidade econômica neoliberal, para firmar o poder do humano em intervir e modificar a natureza conforme seus desejos, tem por axioma universal que o campo do normal e do patológico consiste em uma homogeneidade, apenas um estado se diferenciando do outro por critérios quantitativos, de excessos ou déficits no corpo (Canguilhem, 1978). Essa concepção esconde a dimensão de descontinuidade eminentemente qualitativa entre os dois e tem como implicação a definição do patológico a partir do normal, de modo a buscar regularidades na doença (Canguilhem, 1978), como é o caso de sintomas a serem “corrigidos”, o que resulta na perda da dimensão do singular. Além disso, é um entendimento que acaba por ignorar o ensino e a função de uma doença em um organismo.

Refletindo sobre alguns desdobramentos de tais racionalidades no cenário brasileiro, percebemos um enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, de toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio de políticas neoliberais de ajuste, que utilizam fundos públicos para incentivo da economia privada (Vasconcelos, 2016). Esse processo implica “desinvestimento, sucateamento, terceirização/privatização, focalização, precarização das políticas sociais, principalmente as de caráter universal, e a perda de direitos sociais do trabalhador” (Vasconcelos, 2016, p. 96). Vinculadas a essas políticas, são mediadas propagandas que desacreditam o sistema de saúde – já que os principais jornais e redes de televisão são dominados pelos interesses econômicos (Vasconcelos, 2016) –, que é, com efeito, uma referência internacional, do qual 70% da população é dependente (Brasil, 2018). Paralelamente, há um permanente crescimento de investimentos na saúde privada, favorecendo práticas

manicomiais de internação forçada em comunidades terapêuticas conveniadas (Vasconcelos, 2016).

Algumas outras consequências dessa conjuntura de hegemonia neoliberal, em que há o sucateamento de políticas sociais universais dizem respeito à diminuição do investimento na assistência a grupos sociais “improdutivos” com fragilidades existenciais (Vasconcelos, 2016). Por conseguinte, segundo o mesmo autor, há uma reprivatização do cuidado quando essas pessoas migram novamente para suas famílias, juntamente com a migração dessa população para o setor filantrópico, desresponsabilizando o Estado por este cuidado. Esse quadro culmina na desassistência e negligência social, no aumento da população em situação de rua, bem como na transinstitucionalização, em que o sistema prisional se torna um dos principais locais para os quais essa população é “encaminhada” (Vasconcelos, 2016).

É imprescindível neste momento histórico fazer alusão à Nota Técnica de número 11/2019, do Ministério da Saúde (Brasil, 2019), representante da abrupta tentativa da desconstrução da política de saúde mental em nível nacional. Este documento é proposto como compondo “esclarecimentos sobre as mudanças na política de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas” (p. 1). Entre outras questões, é recomendado o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos e de comunidades terapêuticas e ao Ministério da Saúde é possibilitado o financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia: indicações que vão radicalmente na contramão das diretrizes preconizadas pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001). Assim como as políticas de ajuste neoliberais, descritas por Vasconcelos (2016), mudanças vêm acontecendo na política de saúde mental por meio da promulgação de portarias e notas técnicas. São transformações radicais que, por constituírem portarias e notas técnicas, aparecem disfarçadas do que seria um mero “ajuste”.

Nesse panorama, a lógica manicomial baseada no modelo biomédico (Goulart, 2017) parece ter forte expressão: a institucionalização de hospitais psiquiátricos, a medicalização e o cultivo de diferentes formas de dependência servem ao capital, representado eminentemente pela indústria farmacêutica e pela rede privada de serviços. O discurso que alimenta esse sistema tem a aparente preocupação com a saúde da população, mas, com efeito, o espaço democrático da política e do conflito de interesses é esvaziado (Dardot & Laval, 2016). No lugar dele, políticas sutis são impostas

verticalmente, em nome do “bem”, sem que tenhamos clareza dos posicionamentos implicados nelas e sem a participação dos usuários da rede pública de saúde mental.

Mais especificamente sobre a saúde mental no Brasil, ressaltamos os diversos avanços nesse campo desde o movimento da reforma psiquiátrica de 1970 (Pitta, 2011) que objetivou a desinstitucionalização, contrapondo-se veementemente à lógica manicomial. A construção dos CAPS é uma das referências centrais dos ganhos com a reforma, tendo representado uma modificação parcial no tocante às práticas de exclusão e de violência no contexto da saúde mental (Goulart, 2017).

Não obstante, novos desafios surgiram nessa área de atuação, entre os quais o fenômeno da “nova institucionalização” (Goulart, 2017, p. 5) no CAPS ganha relevância no âmbito deste projeto de pesquisa. A nova institucionalização refere-se à manutenção de processos sutis de violência simbólica nos centros de saúde. Se antes a violência nos hospitais psiquiátricos era explícita em seus termos repressivos, nos quais os ditos doentes mentais eram presos em manicômios, atualmente ela se expressa em forma de uma “prisão” química e simbólica (Goulart, 2017). Subjacente à hipermedicalização, a função diagnóstica é utilizada em excesso em um processo que Dunker (2012) denomina “hipertrofia da norma”.

A partir das informações ora expostas, esta pesquisa será fundamentada pela teoria da subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural de González Rey (2003, 2007, 2017). Nessa perspectiva, a subjetividade (González Rey, 2016) transcende noções de adaptação, assimilação e sobrevivência, compreendendo o humano em sua configuração histórica e cultural, a partir de uma definição ontológica que não se reduz a nenhum outro processo implicado em sua gênese: o sistema simbólico-emocional. Segundo González Rey (2016), a cultura é uma produção humana que não se reduz à realidade objetiva. Nessa produção diferenciada, o humano e a sociedade, em constante tensão, legitimam certos sistemas de práticas que orientam processos de subjetivação e que, historicamente, não são modificados somente por uma racionalidade externa. No caso, o próprio sistema subjetivo é produtor de necessidades e possibilidades, que podem ser percebidas em seus desdobramentos na expressão individual e nos espaços sociais de relação em uma cultura.

Nesse aspecto, compreendemos como, pela cultura, na qual, em geral, a “produção subjetiva se subordina pelos imperativos de lucro e poder que dominam o

mundo de hoje” (González Rey & Martínez, 2017, p. 77), criamos conjunturas que, no lugar de promoverem formas compartilhadas de bem-estar social, por exemplo, têm os mais adversos desdobramentos à nossa espécie e à natureza de maneira geral.

O valor de se pensar na perspectiva da teoria da subjetividade, elaborada por González Rey (2003), está justamente no rompimento da categoria “subjetividade” com quaisquer ideias darwinistas de humano ou da sociedade e na abertura de novos horizontes para a criação de realidades culturais e modos de subjetivação. Desse modo, esta teoria vai na contramão de uma concepção neoliberal, em que o capitalismo é identificado com ideais naturais de sociedade (Dardot & Laval, 2016).

Este referencial se organiza a partir dos seguintes conceitos principais: subjetividade, sentidos subjetivos, configurações subjetivas e sujeito (González Rey, 2007). A subjetividade, a partir desta teoria, é definida como sistema simbólico-emocional, remetendo-se a uma nova qualidade dos processos humanos (González Rey & Martínez, 2017), que escapa a qualquer tentativa de universalidade ou reificação. Sua unidade básica, que expressa precisamente a unidade do simbólico e do emocional, é conceitualizada como sentido subjetivo, integrando a diversidade do social e do indivíduo em todas as suas dimensões em processos contraditórios. Os sentidos subjetivos são produções capazes de construir realidades a partir das construções simbólicas dominantes em determinada cultura e sua expressão se dá por meio da ação tanto de sujeitos individuais, quanto de instituições sociais (González Rey, 2007). É importante ressaltar que, de acordo com o mesmo autor, o emocional, para essa teoria, tem um papel central e, diferentemente de ser entendido como epifenômeno, é resgatado como processo gerador, de forma integrada aos processos simbólicos.

A organização estável de certos sentidos subjetivos em torno de si em um contexto forma uma configuração subjetiva, trazendo a dimensão histórica para o entendimento da psique humana. Desse modo, os sentidos subjetivos que emergem em um dado momento se relacionam com sentidos subjetivos também anteriores ao presente. Essa alusão à unidade entre passado e atual é precisamente o que permite que, de maneira processual, haja a emergência e abertura para o imprevisível. Sendo assim, os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas se atravessam mutuamente, gerando contradições e tensões provocadoras de mudanças (González Rey, 2007).

Uma das formas de expressão da subjetividade é chamada de subjetividade social, a qual não é reflexo de outros sistemas, mas é igualmente uma produção, que se configura singularmente em diferentes espaços sociais. Quando determinados códigos presentes na subjetividade social tomam forma na produção e reprodução de sentidos subjetivos cristalizados em uma configuração subjetiva, podemos dizer que ali se configura uma subjetividade social dominante (González Rey, 2007).

Nessa perspectiva, podemos pensar que a racionalidade neoliberal se desdobra em processos subjetivos dominantes em diversos cenários sociais. A lógica empresarial ganha marcante expressão nesse contexto como norma a ser seguida não só pelas empresas, mas como modelo de como se relacionar com os outros e consigo: uma gestão que vise à maximização do lucro e à minimização do custo, em detrimento da qualidade das relações que se constituem em seu processo.

No contexto da nova institucionalização no campo da saúde mental, a constituição do indivíduo neoliberal se apresenta como protótipo para a radicalização do uso dos psicofármacos à regulação do humor (Le Breton, 2003). Dessa forma, podemos compreender como a racionalidade neoliberal está presente na subjetividade social dominante, em que a gestão farmacológica de problemas existenciais cotidianos é uma realidade e que acaba por atravessar espaços como os dos CAPS, onde o enfoque, por diversas vezes, ainda é na eliminação de sintomas pela prescrição imposta de medicamentos e o ajustamento de indivíduos (Goulart, 2017, 2019).

Dessa maneira, a nova institucionalização representa relações tecidas nos serviços substitutivos de saúde mental que continuam a ser unilaterais, hierárquicas e cristalizadas entre usuários e profissionais, em que os usuários continuam sendo tratados como objetos individuais de procedimentos técnicos (Goulart, 2019). A solução medicamentosa, aparentemente mais rápida e externa ao usuário (Goulart, 2017), expressa que o cálculo das relações parece ser o maior ganho (redução/eliminação de sintomas) em um menor tempo e custo pessoal possível por meio da medicação que, por sua vez, mantém a pessoa atendida sob tutela do psiquiatra.

Neste contexto, o diálogo como mobilizador de relações, por sua vez, pode tornar-se empobrecido, haja vista que a escuta passa a ser primordialmente do medicamento que deve ser gerido e não da história singular do usuário. Embora seja inegável que haja processos subjetivos criativos alternativos à nova institucionalização nos CAPS, a

frequente carência de espaços dialógicos nesses espaços demonstra como que, em vez de as pessoas atendidas terem seu desenvolvimento favorecido, elas acabam por serem transformadas em objetos de intervenção profissional (Goulart, 2017). Desse modo, assim como na forma de governo neoliberal que tem seu *locus* dispersado (Fraser, 2003) de uma instância física para relações, a nova institucionalização se trata não mais de um lugar físico repressor de ótica disciplinar, mas, segundo Goulart (2017), são estratégias sutis que cultivam relações manicomiais.

A categoria de sujeito (González Rey, 2007) emerge como outra possibilidade de relação com esse espaço normativo neoliberal e, por conseguinte, de relação consigo e com o outro. Ao levar em conta que nenhum sistema na história humana foi capaz de neutralizar os sujeitos, a despeito de todo o investimento em sua domesticação, apostar não apenas na resistência, mas na capacidade criativa imprevisível do sujeito que está, por definição, em constante relação de contradição e tensão com pressões normativas sociais, é o principal valor de se pensar a subjetividade e é o que possibilita a construção permanente de uma psicologia crítica. É precisamente em virtude de certas subversões que a sociedade permanece em movimento, gerando alternativas às verdades absolutas e aos projetos que se prestam a servir “em nome de todos”. Pensar a subjetividade é entender que o destino da história não está posto ou ditado por leis que transcendem os indivíduos, mas a história se produz de forma processual, com transformações e mudanças não passíveis de previsão.

O sujeito tanto a nível individual com social é aquele que, configurado subjetivamente, produz novos processos subjetivos que, de modo criativo, abre caminhos próprios de subjetivação que transcendem o espaço normativo. Sendo assim, o reconhecimento do caráter ativo do sujeito é fundamental nesta teoria, podendo ele se expressar ou não na ação (González Rey, 2016). É essencial evidenciar que a emergência do sujeito na teoria da subjetividade diz respeito à abertura de espaços singulares alternativos que é percebida mais por seus desdobramentos do que por escolhas conscientes do sujeito, ultrapassando tentativas de ação calculadas previamente e que podem ser autogerenciadas, não tendo a ver, portanto, com uma atividade no sentido de uma “sociedade de desempenho” (Han, 2015, p. 23).

Para González Rey (2007), a ordem social não está, nesta teoria, acima da subjetividade individual. A subjetividade é constituída, simultaneamente, do individual e

do social e, logo, o sujeito não é relegado a um segundo plano. Por mais que a (nova) institucionalização tenda a homogeneizar e domesticar os indivíduos sem considerar a diversidade dos sujeitos, favorecer a emergência do sujeito é abrir a possibilidade de ruptura com o estabelecido, de transformação, de uma ética do sujeito que seja voltada a outros tipos de relações e vínculos que não os dominantes. Essa é a perspectiva teórica que fundamenta esse projeto.

MÉTODO

Esta projeto de pesquisa foi orientada pela metodologia qualitativa de caráter construtivo-interpretativo, proposta por González Rey (2005). A epistemologia qualitativa, que fundamenta essa proposta, baseia-se em três princípios básicos:

- (i) o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento: o conhecimento é tomado antes como produção e não como apropriação linear de uma realidade “dada”, sendo as interpretações construções feitas de forma gradual a partir de indicadores;
- (ii) o singular como instância legítima de produção do conhecimento científico: o valor do estudo de um caso singular não é dado a nível procedimental, mas é conferido na medida em que seu estudo é importante para avançar na construção de modelos teóricos, que geram novos campos de inteligibilidade sobre os fenômenos pesquisados;
- (iii) compreensão da pesquisa como processo de comunicação dialógica: considerando que grande parte dos problemas sociais é expresso por meio da comunicação direta ou indireta, o aspecto dialógico do conhecimento é enfatizado, de modo que os participantes se envolvam ativamente com a pesquisa.

Cenário social de pesquisa

O cenário social da pesquisa é definido por González Rey (2005) como o espaço social no qual se dará o desenrolar da pesquisa, orientado a promover o envolvimento dos participantes. É nesse espaço que o participante decidirá sobre sua participação no processo, que este e o pesquisador se ambientarão e ganharão confiança um no outro, o que possibilitará que ambos se engajem ativamente no estudo.

Nesse cenário, segundo o mesmo autor, a pesquisa é apresentada em um clima de comunicação e de participação que funciona como facilitador do envolvimento das pessoas. Diversas são as possibilidades de criação desse clima reflexivo e dialético que suscite discussões críticas a respeito de preocupações e necessidades. Ele não se constitui como um momento rígido, podendo tomar diferentes formatos – até mesmo dos pensados pelo pesquisador – ao seu decorrer e pode apresentar diversas implicações. Isso

decorre do fato de que toda pesquisa é um processo vivo, em que dificuldades ou obstáculos podem tomar forma e o pesquisador deve tomar decisões que podem modificar o rumo da pesquisa (González Rey, 2005).

No caso deste trabalho, foi buscado um cenário social que favorecesse o clima de confiança com os participantes por meio do estabelecimento de um diálogo que visasse ao envolvimento e à mobilização para participação na pesquisa. Sendo assim, após a submissão do projeto ao Comitê de Ética do UniCEUB e ao Comitê de Ética da FEPECS/SEDF, visitamos o Centro de Atenção Psicossocial escolhido, para que o orientador deste projeto apresentasse a pesquisadora à equipe do serviço no intuito de familiarizá-la com o espaço e as pessoas e para que ela pudesse conhecer e optar, em diálogo com a equipe profissional do serviço, as atividades as quais frequentaria.

Para tanto, foi realizada uma reunião inicial com profissionais da gestão do serviço, na qual a pesquisa foi apresentada, tendo sido aberto um espaço para que as gestoras expressassem suas considerações, dúvidas e sugestões quanto ao trabalho como um todo. Essa etapa foi crucial para que pudesse ser estabelecido um contato mais direto entre a pesquisadora e, sobretudo, uma das duas gestoras que, por sua vez, manifestou interesse em participar do estudo.

Com vistas a assegurar participação voluntária e consentida na pesquisa, foi apresentado, num segundo momento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – o qual explica o objetivo do estudo, trazendo informações pertinentes relativas aos participantes – tendo sido lido e, após concordância da gestora, assinado. Este projeto faz parte do projeto guarda-chuva “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, tendo parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB e da FEPECS/SESDS. Sua identificação é: 2.639.174.

Participantes

Os participantes desta pesquisa foram membros da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial para adultos do Distrito Federal e os usuários do serviço e os usuários deste mesmo serviço. A equipe multiprofissional do serviço escolhido é composta 20 profissionais: por quatro psicólogos, dois assistentes sociais, dois psiquiatras, uma terapeuta ocupacional, cinco enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, um

técnico administrativo e um gerente médico e acupunturista. Em relação aos usuários do serviço, não houve critérios quanto ao diagnóstico, gênero, escolaridade ou idade para a participação na pesquisa, além do fato de que o próprio público do CAPS é constituído por adultos em sofrimento psíquico grave.

Instrumentos

O instrumento é, na perspectiva da metodologia construtivo-interpretativa, todo recurso gerado no contexto da pesquisa que provoca a expressão do outro (González Rey, 2005). Nesse contexto, diferentemente da denominada “Epistemologia da Resposta”, o participante não é visto como mera fonte de informação, mas como sujeito e, dessa forma, não se pretende obrigá-lo a responder um estímulo dado pela pesquisadora, mas favorecer sua expressão aberta e comprometida. Além de promover a expressão dos participantes, o instrumento buscará envolvê-los emocionalmente, o que pode facilitar a expressão de sentidos subjetivos (González Rey, 2005). Ademais, segundo González Rey (2005), é relevante dizer que os instrumentos não seguem padrões rígidos de construção, mas podem mesmo ser modificados ao longo do curso da pesquisa.

Baseando-se nas considerações ora apresentadas, o instrumento desta pesquisa foi a dinâmica conversacional, que tem como princípio deslocar a pesquisadora do papel de “saber” e de colocar perguntas para um lugar de conversação e produção espontânea de tecido de informação junto aos participantes (González Rey, 2005). No uso deste instrumento, o pesquisador sugere tópicos de conversação de acordo com o interesse dos envolvidos (González Rey, 2005). Os diálogos construídos são considerados para além de uma estrutura verbal; eles são entendidos como fenômenos subjetivos, que se expressam também por meio de posturas, gestos, emoções, imaginação e processos não conscientes, que formam reflexões e construções mais amplas de maneira articulada (Goulart, 2015). Os espaços nos quais a dinâmica conversacional se fez presente foram em seis idas ao serviço, com duração média de uma hora e dois encontros virtuais com profissionais do CAPS, que duraram em média 40 minutos. Os encontros envolveram a participação em oficinas terapêuticas, reunião de equipe e sessões de trabalho de campo dedicadas à participação flexível em momentos informais ou formais, como uma conversa marcada.

As oficinas terapêuticas são:

(...) atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (Brasil, 2004, p. 20).

As reuniões de equipe ocorrem com periodicidade semanal em um horário em que não são realizadas outras atividades rotineiras do serviço, tais como oficinas terapêuticas e atendimentos individuais. Nessas reuniões, casos de usuários são discutidos, além de questões administrativas e, eventualmente, políticas. Esses espaços podem ser profícuos para a pesquisa na medida em que as produções subjetivas dos usuários com relação à institucionalização e ao CAPS estão associadas à subjetividade social do serviço, isto é, as premissas institucionais têm certos desdobramentos nas produções subjetivas das pessoas atendidas (Goulart, 2015).

Além dos dois momentos de organização formal dos quais a pesquisadora participou, ela circulou livremente pelo serviço no intuito de encontrar e conversar com profissionais e usuários em momentos informais. Estes são espaços que possibilitam diálogos diferentes dos que ocorrem em grupos ou em reuniões, justamente por se darem fora do *script*, e tanto a circulação por si só, quanto as conversas, permitem uma melhor compreensão da dinâmica institucional (Goulart, 2015), em que é possível um olhar distinto sobre as relações cotidianas e informais entre usuários e equipe.

Após cada oficina, participação de reunião e momento informal, as percepções e reflexões da pesquisadora foram registradas em diário de campo, que auxiliaram a posterior construção interpretativa, fundamentando o modelo teórico resultante da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dividimos esta seção em três eixos temáticos, no intuito de organizar a construção da informação para responder aos objetivos propostos. Os eixos foram intitulados: (i) Qual é o lugar da saúde mental pública no contexto neoliberal?; (ii) Neoliberalismo e suas relações com a nova institucionalização; e (iii) Produções subjetivas alternativas à racionalidade neoliberal.

Eixo I: Qual é o lugar da saúde mental pública no contexto neoliberal?

Iniciaremos este eixo contextualizando o campo no qual esta pesquisa se deu, apontando para reflexões que possibilitarão a construção de indicadores no sentido de desenvolver os objetivos deste estudo. Frisamos que os nomes dados aos participantes da pesquisa são fictícios.

O CAPS II em questão tem sua sede dentro de um Centro de Saúde de uma região do DF. Durante uma dinâmica conversacional com a atual gerente do CAPS, Mariana contou um pouco sobre sua trajetória profissional e sobre a história deste serviço. Relatou que ele existe há quatro anos, mas que sofreu transformações, estando há três neste local, em razão de ter sido convidado a se retirar por falta de pagamento pelo proprietário do prédio no qual ele funcionava anteriormente. O espaço com o qual ele conta atualmente é composto por um corredor e cinco salas, o que, segundo a gerente:

(...) não é adequado. É um espaço físico insuficiente para as atividades de um CAPS. O CAPS, pela portaria 336, não pode estar atrelado a um outro serviço de saúde, mas nós estamos em um mesmo espaço físico que um Centro de Saúde.

Como forma de lidar com a situação, Mariana disse: “a gente se adaptou a essa estrutura, nós fizemos as atividades coletivas, que são a prioridade do CAPS. (...) E aí a gente ocupa uma tenda que tem nos fundos do CAPS, coberta.”

Se o espaço de um corredor e cinco salas é evidentemente inadequado e insuficiente para a existência de um CAPS, *a tenda nos fundos*, na qual ocorrem as atividades prioritárias do CAPS, parece adquirir uma conotação bastante simbólica da posição que a saúde mental tem dentro da própria saúde pública. Além disso, é curioso o fato de estar havendo um serviço governamental na “ilegalidade”, como, em outras palavras, Mariana aponta.

Em consonância com essas ideias, durante uma oficina terapêutica, Marcela, técnica de enfermagem, queixando-se do pouco espaço para realizar as atividades, expressa: “(...) mas o espaço é cedido”. Tal asserção me causou certo espanto, uma vez que soou como se estivessem fazendo um favor de deixar o CAPS neste espaço, como se não fosse um direito da população e dever do Estado. Esses três trechos apresentados sustentam a construção do indicador de sentidos subjetivos relacionados à marginalização do serviço dentro da Unidade Básica de Saúde, o que pode ter desdobramentos diversos para a subjetividade social do serviço ainda por serem explorados.

Ainda na dinâmica conversacional com Mariana, o seguinte trecho me chamou bastante atenção:

Aí veio pra nossa surpresa, a gente sempre querendo um espaço próprio e lutando pra isso já há alguns anos... uma base do SAMU tá sendo construída ali do lado. Então a gente teve, por conta das obras, **a gente teve que suspender as atividades coletivas.**

Se, por um lado, a gerente ressaltou anteriormente que o serviço prioritário do CAPS são as atividades coletivas, por outro lado, foi este o serviço que acabou tendo sido suspenso após o início das obras do SAMU, enquanto os atendimentos individuais continuaram ocorrendo nas salas de dentro do centro. O ato de começar a construção de uma base do SAMU justamente no espaço em que ocorriam as principais atividades do CAPS, impedindo que elas continuassem acontecendo reforça o indicador de marginalidade do CAPS dentro da Unidade Básica de Saúde. Mais do que isso, pode ser visto como um indicador de uma gestão do sistema de saúde que, com efeito, parece prescindir do bom funcionamento do serviço de saúde mental em questão. Nessa mesma direção, ter restado em um CAPS durante meses apenas os atendimentos individuais sinaliza que a lógica individual de cuidados acabou ganhando prioridade – tendência neoliberal (Dardot & Laval, 2016) –, em vez da lógica coletiva, que é primordial de acordo com a Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Ao mesmo tempo, um caminho alternativo foi aberto pela decisão da gerente de, nesse período, intensificar as ações de matriciamento, essencial para a RAPS.

A insatisfação da profissional a respeito das obras do SAMU também surgiu na fala de um usuário do serviço, que comentou em uma oficina terapêutica com Marcela: “você viu que destruíram nossa horta?”. Essa pergunta expressa a brutalidade da forma como se

deu a construção dessa base do SAMU, que sugere o esvaziamento da esfera democrática no neoliberalismo da qual Dardot e Laval (2016) se referem. Em seu lugar, ações são impostas verticalmente e, conseqüentemente, a dimensão do diálogo como mobilizador de relações (Goulart, 2015) é empobrecida.

Outros profissionais da equipe também manifestaram seus descontentamentos com a relação à construção do SAMU. Questionei, em um momento informal, Fábio, um psicólogo, a respeito do porquê o CAPS estar lá há três anos e não ter uma estrutura adequada, enquanto imediatamente é erguida essa base do SAMU. Fábio respondeu: “(...) porque o SAMU é o queridinho do governo, aí tem um repasse de verbas maior para o SAMU. O CAPS nem está registrado no Ministério, **é como se ele não existisse**”. Ainda indaguei o porquê de o SAMU ser o “queridinho do governo”, o que Fábio replicou: “Porque dá visibilidade, dá voto, e o CAPS não, não interessa a esse governo”. Estes trechos reforçam o indicador de sentidos subjetivos relacionados ao lugar marginalizado deste serviço dentro da Unidade Básica de Saúde e no sistema de saúde mais amplo que começamos a explorar no início deste eixo.

Na mesma linha de Fábio, durante uma oficina terapêutica, Marcela, receosa com o início das atividades do SAMU, que acontecerão ao lado da tenda onde ocorrem as oficinas, relata: “É isso (o SAMU) que dá visibilidade e traz votos, é emergência. O que o **CAPS faz é invisível**. Então onde tem um local, eles estão fazendo uma base do SAMU”.

O trecho de Marcela parece marcante com relação à subjetividade social relativa a este CAPS, na medida em que esses predicados vão se somando: é um serviço sem registro, que ocorre numa tenda nos fundos, em um espaço cedido; é realmente como se ele não existisse, é de uma grande invisibilidade que se trata, como aponta Marcela. Conjecturamos, neste momento, de quem é o interesse/desinteresse de que exista este CAPS?

Ainda, entendemos ser este um trecho muito significativo por expressar a lógica biomédica por meio da abordagem das emergências, de foco nos sintomas que está presente na política, na gestão de saúde e na própria população. Um trabalho voltado para a promoção de saúde pela atenção primária e a RAPS ficam ofuscados com essa ênfase. Podemos pensar ainda como o SAMU pode expor seus dados de atendimento, por exemplo, quantitativamente, tendo um número maior de atendimentos do que um CAPS por atender em maior extensão, enquanto a mensuração do resultado do trabalho do

CAPS, apesar de poder utilizar-se de medidas quantitativas, passa majoritariamente por uma ordem qualitativa. Tal concepção de resultados é consonante com o que se espera de uma ciência “baseada em evidências”, como o movimento de saúde mental global preconiza (Ingleby, 2014).

No que se refere à destinação de verbas para um serviço como o do SAMU, assistimos a como o modelo biomédico (Canguilhem, 1978; Illich, 1975), hospitalocêntrico, toma forma pela prioridade que um serviço de emergência tem em comparação com um serviço que abrange, além de casos emergenciais, ações coletivas de prevenção e promoção de saúde. Nesse jogo, fica nítida a relação entre certos interesses como visibilidade e votos para determinado governo e o repasse de verbas públicas. É fundamental frisar que, longe de deixar de reconhecer a importância de um serviço essencial como o do SAMU, tanto os profissionais do CAPS, quanto nessa pesquisa, o que se questiona é a maneira como o neoliberalismo se faz presente e organiza a subjetividade social dos serviços e se desdobra em decisões que tem implicações centrais para a vida da população. Como destaca Vasconcelos (2016), há um processo histórico, econômico e político em que se preconiza a ação ideológica medicalizante e medicalizadora – neste caso representada por um serviço emergencial – em detrimento das reais necessidades mais integrativas, coletivas e preventivas.

Ainda no que diz respeito à gestão de verbas públicas, Marcela conta como foi transferida para o CAPS da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) que trabalhava anteriormente devido ao fato de que “todas as UPAs foram privatizadas recentemente”¹ (*sic*). Tendo ela acompanhado o processo de “privatização”, indaguei-a acerca das mudanças que aconteceram no serviço. Marcela explicou: “O serviço continua o mesmo, com a mesma falta de recursos e problemas no atendimento à população, mas o governo diminui os seus custos”.

A despeito de não ter havido formalmente privatizações, podemos entender como foi implantado um modelo de gestão empresarial nos serviços de saúde, ao confrontarmos a fala de Marcela com as informações a respeito do Projeto de Lei da

1 Segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Silva, 2019), o Projeto de Lei que visava à extensão do modelo do Instituto Hospital de Brasília foi aprovado pela Câmara Legislativa do Distrito Federal. Tal modelo tem a característica de permanecer como sendo da Secretaria de Saúde e, portanto, público, e a mudança é gerencial: “mais moderna, baseada em resultados, com metas e indicadores de qualidade e com regras que permitem manter o abastecimento, a manutenção de equipamentos, além de repor rapidamente a força de trabalho necessária ao funcionamento do maior hospital do DF” (Silva, 2019, p. 1).

Secretaria de Saúde. Faz-se importante lembrar que as privatizações compõem o cenário das políticas neoliberais de ajuste, descritas por Vasconcelos (2016), que utilizam fundos públicos para incentivo da economia privada. Neste caso, além deste incentivo, assim como Marcela afirma, o governo diminui seus custos, sendo administrado como uma empresa, conforme o cálculo neoliberal (Dardot & Laval, 2016), mantendo o serviço o mesmo. Essas políticas neoliberais de ajuste implicam “desinvestimento, sucateamento, terceirização/privatização, focalização, precarização das políticas sociais, principalmente as de caráter universal, e a perda de direitos sociais do trabalhador” (Vasconcelos, 2016, p. 96).

Para finalizar este eixo, formulamos a hipótese de que a subjetividade social do CAPS em questão é marcada profundamente por uma lógica neoliberal, em que há um intenso atravessamento da ordem privada na esfera pública. Isso significa que o que diz respeito à coletividade, à cooperação, e ao que é de cunho qualitativo é preterido em relação a uma gestão voltada a resultados quantitativos em um modelo que privilegia o individualismo e a competição. A expressão disso se dá por meio de políticas públicas, repasse de verbas e nas relações que permeiam o serviço, que implicam a marginalização do CAPS no campo da saúde pública. O processo de marginalização do CAPS, representante da reforma psiquiátrica, simboliza, conseqüentemente, o distanciamento do que é coletivo e antimanicomial da saúde pública.

Eixo II: Neoliberalismo e suas relações com a nova institucionalização

Começaremos a discussão deste eixo, expondo alguns trechos de uma reunião de equipe, na qual estavam sendo debatidos problemas internos. A pauta era de que os profissionais estavam “desalinhados”, que estavam agindo de formas diferentes em casos que haviam combinado previamente um certo procedimento. Em determinado momento, Joana, técnica de enfermagem, disse que: “(...) é preciso alinhar a equipe. Tem que quebrar o pau aqui, não na frente do usuário. Tem que **decidir e escolher a vida do paciente** aqui antes, (...) o que fazer pelo paciente.”

Na mesma direção, Fábio, um pouco mais à frente, comenta:

Claro que a gente tem que manejar, mas **aqueles pacientes-problema decidimos que vai ser assim** (chamar o SAMU) **e aí tem que seguir a decisão** (...). Se vale

tudo, vou ‘meter o louco’. A Rebeca (usuária) gosta de um show (...) isso que ela fez na recepção (derrubar armário e gritar) faz parte do teatro.

Outro profissional, logo em seguida, complementa: **“Se chama o SAMU, aí ninguém vai acalmá-la** porque se não eles (o SAMU) vão achar que a gente tá mentindo”.

Nestes trechos, os profissionais, para terem um “alinhamento da equipe”, parecem definir procedimentos prévios para lidar com certos usuários, como se fosse possível trabalhar com saúde mental, de forma inflexível, segundo “protocolos de gerenciamento” prévios, independentemente da singularidade dos casos aos quais se remetem. Esses trechos, vinculados à essa lógica protocolar, permitem a construção de um indicador da presença da nova institucionalização, como uma “configuração subjetiva institucional que cultiva uma atenção centrada na noção de doença mental, vista como realidade objetiva a ser combatida, a partir de um quadro mais amplo de patologização da vida” (Goulart, 2017, p. 5), na subjetividade social do serviço pesquisado. Depreende-se, portanto, que mesmo em um serviço baseado na promoção de autonomia do usuário, por vezes, quem decide a vida do outro é o profissional. Ainda, nomear alguns usuários de pacientes-problema nos incita algumas conjecturas: quem são esses “pacientes-problema”? Eles são um problema para quem? Quais são as implicações de compreender um sofrimento como o de Rebeca como um “teatro”, deslegitimando-o?

Outrossim, no último trecho, para seguir uma decisão prévia, o profissional chega a afirmar que não é para “acalmar” o usuário em um momento de crise para que o SAMU possa ver o “teatro” e não achar que foi chamado desnecessariamente. Essa asserção demonstra uma produção subjetiva articulada na equipe e que aponta para um dos desdobramentos a que se pode chegar em nome de um protocolo: numa desassistência que chega a ser, de certo modo, violenta.

Em outra circunstância, após uma oficina terapêutica em que conversei bastante com a usuária Fernanda, Fábio mencionou:

Eu nem dou corda pra Fernanda. A gente da equipe tá vendo se vai ficar com ela mesmo porque não se sabe se ela é louca ou se é de fundo histriônico e eu acho que é o segundo; **que tem histeria por detrás, que é fingimento.** Chegou esses dias mancando e depois quando viu que tinha esquecido a bolsa, correu. É **pilantra** mesmo, não quer é perder o benefício. **Mas ela não é louca não, ela não tem esquizofrenia.** Ela não tem os sintomas esquizofrênicos. (...) Não descarto que ela

possa ser psicótica, mas pra mim aquilo tudo é fingimento. É histeria lá do Freud. Essa outra aqui, a Eugênia, **essa aqui é grave**. Tenta se matar, **mas tenta mesmo**, toda a semana (...).

Assim como Rebeca, a “paciente-problema”, Fernanda também foi descrita por Fábio como alguém que finge, isto é, teatraliza, fator que está articulado ao indicador previamente construído de patologização do sofrimento, que utiliza um rótulo como o da “histeria” como uma justificativa legítima para desassistência. Ao mesmo tempo em que as usuárias são categorizadas dessa maneira, o modo delas sofrerem é deslegitimado, como se a forma adequada fosse apresentar sintomas esquizofrênicos. A presença do modelo biomédico, em que as síndromes e os sintomas são enfocados (Birman, 1999) e centrada no controle/eliminação de sintomas e não em processos de desenvolvimento subjetivo (Goulart, 2019), evidente neste trecho, reforça o indicador da nova institucionalização, que é intimamente articulado à lógica manicomial. A nova institucionalização, por sua vez, parece se atrelar à lógica neoliberal, na medida em que se legitima como sofrimento grave, que deve ser cuidado no CAPS, apenas quem tem os sintomas que se relacionam à “perda da razão”. A razão perdida em questão, neste sistema econômico, é a do utilitarismo, da maximização de interesses (Safatle, Afshar, Castro, Franco & Manzi, 2016, 2017), que não se faz evidente em quem delira e em quem “tenta se matar, mas tenta mesmo” – como se houvesse quem também finge tentar por algum interesse. Mantendo a “razão”, na concepção de Fábio, Fernanda inclusive busca o CAPS por um motivo econômico, por querer um benefício do governo, sendo denominada como “pilantra”, apesar de ela ter vindo encaminhada do CAPSi de seu filho.

Cabe retomar, neste momento, a dinâmica conversacional com Mariana, na qual ela explica que “quem tem que estar no CAPS são os pacientes graves, gravíssimos e persistentes (...)”. No entanto, o critério para ser considerado grave parece ser estipulado de maneira um tanto quanto arbitrária pelo saber do profissional, que decide o que é “loucura de verdade” e o que não o é e, mais uma vez, a nova institucionalização (Goulart, 2017) e o manicômio não necessariamente em sua faceta física, mas mental (Pelbart, 1991) se manifesta no serviço. Podemos ainda relacionar que tanto a grande demanda da população e a inexistência de CAPS suficientes para atendê-la, quanto as inúmeras precariedades do serviço em pauta, formam uma gestão alienada e fragmentada do processo de trabalho, das condições e relações de trabalho, presentificada nas

organizações públicas. Estes são processos que, de acordo com Vasconcelos (2016), têm efeitos perversos no campo da saúde, como a usurpação de padrões básicos da ética profissional e do cuidado contínuo, fator notório na fala de Fábio.

Na conversa com Fernanda, a usuária me agradeceu muitas vezes por ouvi-la, explicando que não era ouvida no serviço. Contou uma história de vida de muito sofrimento e disse que tinha paralisias há muito tempo, que às vezes chegava de um jeito, arrastando uma perna, e ia embora de outro e que a cada hora falava uma língua diferente. Disse que se isolava porque sentia que o grupo a acharia estranha devido a essas características e questionava-se: “como vou explicar pro médico que às vezes minha mão não chega até boca pra eu tomar um copo d’água?”.

Ao mesmo tempo que Fernanda identifica de maneira um tanto quanto clara um modo seu de sofrer que, muitas vezes, relaciona-se a seu corpo em diferentes dimensões, também reconhece como não se sente confortável para compartilhar um sintoma seu, por exemplo, porque imagina que não será ouvida justamente por sua forma. A exclusão que a usuária sofre e reconhece é semelhante a das históricas da virada do século XIX para o XX (Alonso & Fuks, 2015). Entender um sintoma como “fingimento” é uma maneira de não escutá-lo e, neste caso, o fato de uma usuária não compartilhar de seu sofrimento porque não será levada a sério significa o silenciamento de uma história por um diagnóstico, bastante característico também do modelo biomédico (Canguilhem, 1978; Illich, 1975) e da nova institucionalização (Goulart, 2017) nos serviços substitutivos.

Após a conversa com Fernanda, compartilhei o que havia se passado com Catarina, psicóloga, no intuito de pensar o cuidado em equipe. Catarina afirmou então: “Acho que o grupo recebe ela bem sim, eles não acham ela estranha não. Acho que só quem acha ela estranha é a gente mesmo, os profissionais”. Se, por um lado, há estigmatização e preconceito por parte dos profissionais que acabam por impor barreiras à construção de relações dialógicas orientadas para o desenvolvimento subjetivo, por outro lado, parecem haver possibilidades de trocas relacionais e educativas interessantes nas relações entre os usuários que, pela fala de Catarina, “recebe bem” Fernanda. Esse potencial terapêutico das relações entre usuários pode advir da convivência, discutida por Resende (2015), em que “estando com”, de modo disponível para acolher o que vem do outro, o “fazer junto” e não *pele* outro, como interlocução na convivência, e o “deixar ser”, dando abertura para

o tempo e espaço da alteridade, despontam como alternativas extremamente fecundas e potentes para o cuidado em saúde mental.

Nos trechos anteriores, percebemos a presença do neoliberalismo na configuração subjetiva da equipe em sua faceta associada à nova institucionalização. Ainda outra maneira pela qual o neoliberalismo se expressa nas relações que permeiam o CAPS se refere à dimensão que envolve a população e os usuários do próprio serviço, em sua conexão com o individualismo, que desdobraremos a partir dos próximos trechos. Em um encontro marcado virtualmente com Marcela, quando estávamos discutindo a entrada do SAMU na UBS, a técnica de enfermagem assinalou: “(...) também é uma demanda da população: mais SAMU e menos CAPS, ou seja, a lógica individual predomina com relação à coletiva”.

Pontuei a especificidade deste serviço de saúde, que fica localizado numa área central de Brasília, em que há uma maior concentração de capital, fator que já havia sido mencionado por Mariana, que asseverou: “(...) muitos pacientes de classe média não se adequam a isso porque eles trabalham fora, continuam produzindo, mas não querem participar das atividades. Eles querem só fazer psicoterapia ou só fazer atendimento psiquiátrico. É um modelo individual e que não se adequa ao CAPS”. Perguntei como Marcela percebia essa questão e sua resposta foi: “o estigma da loucura é muito presente no centro (...). Isso dificulta dessas pessoas (que moram no centro) quererem fazer atividades coletivas e até de frequentar o CAPS”. Julia, assistente social, em uma dinâmica conversacional, também relatou que: “a gente recebe muitos moradores [do centro] que vêm de uma crise econômica, que tinha plano de saúde e não tem mais. (...) aí a gente tem uma não adesão porque eles vêm procurando atendimento psiquiátrico e psicológico, que o setor privado oferece, esse modelo que é tradicional do consultório, do individual e quando eles percebem que o CAPS tem uma outra função, eles não voltam mais, eles não aderem.

Trata-se de uma aparente contradição, em que há um *centro* econômico em oposição à *marginalidade* da saúde mental. É apenas aparente porque atualiza uma discussão que não é grande novidade: a exclusão da loucura dos centros urbanos em uma perspectiva higienista (Foucault, 1979).

Os relatos das profissionais apontam para o aspecto de que a racionalidade neoliberal não se restringe ao âmbito governamental, mas está presente na subjetividade

social da população e tem desdobramentos nas demandas dessa mesma população ao governo. O que está em pauta é da ordem de um sistema normativo que se estende do Estado para a vida, que implica em modos de subjetivação (Dardot & Laval), em um modelo de racionalidade que se expressa na vida das pessoas e nas relações entre elas e, mais especificamente neste quadro, entre as pessoas e as instituições. Além disso, os trechos indicam que as condições econômicas da população de um determinado território podem ter um impacto em como as pessoas percebem e utilizam o CAPS de referência da região. A preferência de serviços individuais em detrimento de coletivos por serem serviços mais privilegiados por classes econômicas mais altas se remete a essa subjetividade que é, por sua vez, perpassada pela racionalidade econômica. Sendo assim, verificamos os grupos sociais e seus indivíduos produzem subjetivamente suas experiências, de modo que essa racionalidade econômica tem uma presença marcante em suas configurações subjetivas. Enquanto essa racionalidade se apresenta materialmente pela desigualdade na distribuição de riquezas, simbolicamente tem sua manifestação pelo estigma, pela menos-valia e pela diferença que exclui. Esses elementos têm seu lugar na produção subjetiva de Fernanda, dos profissionais, das instituições e da população como um todo.

Nessa mesma acepção, comentei com Marcela em conversa virtual justamente sobre esse aspecto de como o neoliberalismo se faz presente na vida cotidiana das pessoas e Marcela relatou que via isso no que chamou de “jeitinho brasileiro” que, em suas palavras, se expressa em asserções como: “vou fazer o que é melhor pra mim e pronto, vou dar um jeito de me dar bem”. Sobre a associação entre esse “jeitinho brasileiro” e o CAPS, particularmente, a técnica relatou de uma situação que já a ocorreu: “(...) recebo gente que fala que tá me pagando e por isso eu tenho que passar ele na frente. Pensa só em seu problema e não vê que tem prioridades e que só tem um médico, por exemplo, que tem que atender na ordem de emergência. Só pensa em si, **que tá pagando e que então tem o direito**. Já peguei médico chorando enquanto estava atendendo.”

Marcela articulou de modo bastante evidente o entrelaçamento entre neoliberalismo e individualismo, exemplificando como o se relacionar passa por um cálculo que visa primordialmente ao atendimento do interesse individual. A ligação entre neoliberalismo e individualismo tem um marco no entendimento de Thatcher que, em

uma entrevista para a revista *Woman's Own* (1987), disse “Não há algo como sociedade. Há indivíduos homens e mulheres e há famílias (...)” (Key, 1987, tradução livre).

Parece haver uma associação também entre dinheiro e direito, em que o acesso a direitos universais, como a saúde, estaria intimamente ligado ao pagamento. É notável que mesmo em um sistema público de saúde em que a contribuição monetária advém por meio de impostos que a população paga, um usuário que reivindica seu atendimento, o faz lançando mão de um argumento econômico, o que diz de uma produção subjetiva que tem conexões com uma racionalidade neoliberal mais extensa.

Um último enfoque de construção da informação neste eixo é relativo à presença do neoliberalismo na produção subjetiva da equipe. Durante a primeira visita ao CAPS, uma profissional e futura gerente do serviço, Regina, após a apresentação do trabalho, em que sinalizei o tema da pesquisa, de alguma maneira, desacreditou o SUS, relatando que indicaria para alguém de sua família somente o serviço de emergência, pois, em sua opinião, é o único que funciona. Acrescentou, a respeito dos profissionais do SUS, que “(...) eu conheço gente que saiu do SUS. Se a pessoa estiver ganhando bem na área privada, ela sai do SUS. Eu mesma só continuo aqui porque preciso.”

Sem diminuir a importância da valorização e do pagamento pela prestação de serviços, um ponto que destacamos da fala de Regina é a ideia de um trabalho que exercido apenas porque não se encontrou um campo na área privada em que ganhasse mais. Para o trabalho com pessoas em sofrimento intenso na saúde pública, é de grande relevância que, primeiramente, o profissional faça um trabalho no qual acredita, e que haja um engajamento que seja maior do que somente o monetário, uma vez que os desdobramentos de uma falta de interesse, por exemplo, podem ser severos para a saúde das pessoas.

Neste segundo eixo, percebemos como a forma de operar e de construir relações sustentadas pela nova institucionalização no âmbito do serviço tem estreita conexão com as políticas públicas e a governamentalidade neoliberal em termos mais amplos discutida no primeiro eixo. Em última instância, em ambos os casos, a produção de sentidos é orientada ao preterimento da singularidade, à deslegitimação do sofrimento e, por conseguinte, é uma postura que acaba por negligenciar, de um lado a responsabilidade governamental e institucional e, de outro lado, a responsabilidade profissional pelo cuidado e por uma mudança que destitua os manicômios, sejam eles físicos ou mentais

(Pelbart, 1991). Como exemplo disso, citamos o caso de Fernanda, que ocupa para os profissionais o lugar que o CAPS ocupa na saúde pública. Fernanda é a tenda dos fundos, é o indivíduo descartável, que fica à margem e que tem toda sua riqueza e suas possibilidades obliteradas pelo rótulo diagnóstico.

Nestes dois primeiros eixos, exploramos como elementos do neoliberalismo vão ganhando espaço no serviço em seus mais diversos aspectos: na organização mais abrangente, em políticas públicas, na relação dos profissionais com os usuários, na relação dos usuários com o serviço e na equipe. Portanto, fica evidente a complexidade dessa trama que tem seu lugar nas produções subjetivas dos diversos atores envolvidos.

Eixo III: Reflexões acerca de produções subjetivas alternativas à racionalidade neoliberal

Se nos eixos anteriores enfocamos como a racionalidade neoliberal e a nova institucionalização ganham corpo no serviço, a despeito de já podermos ter percebido certa resistência da equipe relativa ao processo neoliberal, neste eixo, enfatizaremos tanto produções subjetivas da equipe do CAPS que demonstram certa resistência à lógica neoliberal, quanto a abertura de caminhos diversos a tal racionalidade.

Em uma dinâmica conversacional virtual com Julia, assistente social, em que falávamos sobre alguns protocolos adotados pela equipe para lidar com usuários, ela apontou que: “(...) protocolos têm a ver com o perfil neurótico ansioso da equipe. Eu não estou de acordo, é uma necessidade de controle (...). É um perfil de profissional psiquiatra, que envolve medicação e evidências científicas”. Até este ponto, notamos o posicionamento contestador de Julia, a produção crítica de sentidos subjetivos de resistência frente à configuração subjetiva institucional que tem a marca da nova institucionalização, da “protocolarização” do cuidado em saúde mental que ofusca a singularidade.

Associando esses protocolos ao neoliberalismo, Julia continua seu argumento:

(...) isso tem a ver com neoliberalismo; são respostas imediatas para problemas imediatos. (...) Não sei até que ponto a medicação resolve e organiza (...). [a equipe] **tem que aprender a lidar com a diferença e a frustração, o que é mais trabalhoso e difícil.**

Mais do que resistir à excessiva medicalização do sofrimento em sua faceta encadeada ao neoliberalismo, que promove a gestão psicofarmacológica de si (Breton,

2003), Julia indica uma alternativa profundamente ética ao deslocar a questão do usuário para a equipe, ao deixar de situar o usuário como problema para repensar o próprio trabalho, a equipe. Seguimos com esse giro de pensamento que Julia funda para conjecturar: por que é mais difícil para a equipe lidar com algumas formas de sofrimento em relação a outras? O que determinados usuários movimentam na equipe em termos de produções subjetivas? De que maneiras o diálogo entre a equipe pode contribuir para a sua responsabilização sobre o cuidado e para o manejo da frustração?

Ainda sobre alternativas que vão na contramão da racionalidade neoliberal, mas em âmbito diverso, Julia me apresentou um grupo que ela coordenava: a oficina de cidadania. Ao explicar a ideia da oficina, fez uma crítica a como, em suas palavras “deslocamos o hospital psiquiátrico para o campo psíquico”. Relatou que, apesar das discussões sobre essa questão em universidades e no movimento da luta antimanicomial, a crítica não tem tido um efeito de se concretizar na prática em ações profissionais. Julia alegou que: “a centralidade é, na prática, pelo modelo mais psíquico, às vezes até psicologizante”. Ela tece seu comentário em um viés que podemos entender como sendo o efeito da presença da nova institucionalização, mais uma vez, nos serviços de saúde mental. Eis a importância de haver um movimento não apenas de resistência, mas que se desdobre em possibilidades práticas nas instituições.

Na oficina, por vezes, a equipe que a coordenava trazia alguns temas políticos para discussão, que Julia justifica pelo fato de que “às vezes o tema vinha da gente porque não é um tema usual que as pessoas discutem. (...) as pessoas vem pro CAPS falar de seu sofrimentos, muitas vezes deslocados do **sofrimento coletivo da conjuntura** (...)”. Alguns exemplos de temáticas trabalhadas foram: reforma da previdência, legislação da saúde mental e as recentes mudanças na política, dia internacional da luta da mulher e acesso a benefícios socioassistenciais.

Perguntei quais os impactos que a oficina teve para os usuários e Julia respondeu que houve um grande envolvimento por parte deles, sobretudo quando o debate foi sobre a saúde mental, o que ela descreve como “**conhecimento de causa deles**”. Relatou dois casos interessantes de usuários que coordenaram a oficina. Um deles, que estava em situação de rua, contou sua trajetória na política de assistência, como que ele fez para acessar os benefícios na condição de pessoa em situação de rua e um outro usuário,

bacharel em direito, que fez um modelo de “tenda jurídica” com o objetivo de orientar outros usuários com dúvidas jurídicas.

A partir dos trechos de Julia, verificamos que, possivelmente, em alguma medida, havia certo reposicionamento do saber, que passa a ser identificado como estando do lado do usuário, tido como o “conhecedor de sua causa”. Na direção oposta de “decidir e escolher” pelo usuário, a proposta é de escutá-lo e de abrir espaços para a promoção de autonomia, que tem por propósito o desenvolvimento subjetivo (Goulart, 2017), seja na coordenação da oficina ou na reivindicação de direitos em um momento de diversos ataques a direitos sociais em um Estado neoliberal que se abstém de diversas responsabilidades, imputando-as unicamente aos cidadãos. Ademais, nas atividades coordenadas pelos usuários, fica evidente o potencial da convivência (Resende, 2015) como campo em que cada um traz um saber para contribuir com o outro em uma perspectiva de cooperação.

Um fator de destaque nos relatos de Julia foi a sua preocupação com a dimensão sociopolítica do sofrimento. Contou que um desafio da oficina de cidadania é que:

“não há um reconhecimento [dela] como atividade terapêutica. Como é o modelo de uma atividade socioeducativa, que não tem essa função de falar do sofrimento, desse espaço da expressão da subjetividade, é como se ela não tivesse uma função no plano terapêutico singular do sujeito (...).”

Embora não seja uma oficina percebida automaticamente por seu efeito terapêutico, Julia relata que o “sofrimento social tem um impacto muito grande na vida da pessoa”. Concordamos que, efetivamente, ao pensar o sofrimento por meio da subjetividade, o individual e o social estão necessariamente articulados. Contudo, diferentemente da compreensão da subjetividade por González Rey (2007), a qual adotamos neste trabalho, Julia utiliza “subjetividade” como sinônimo de subjetivismo, como sendo de ordem intrapsíquica e desvinculada do que é social. Essa operação que separa o individual do social dificulta com que uma oficina como a de cidadania seja compreendida em sua dimensão de desenvolvimento subjetivo.

Haja vista a postura contestadora, crítica e que oferece um ponto de partida para a abertura de espaços de produção subjetiva alternativa, resistindo à configuração subjetiva institucional dominante marcada por processos neoliberais e da nova institucionalização, podemos figurar Julia como agente (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017). Segundo

estes autores, ser agente em um processo tem relação com o devir de experiências, possibilitando um pensamento e um posicionamento diferente, que reage e tensiona a subjetividade social. Contudo, depreendemos do relato de Julia que, mesmo ela se posicionando e gerando iniciativas, não houve uma transformação mais ampla da subjetividade social do CAPS, não sendo possível caracterizar neste momento, portanto, que ela tenha seja sujeito do processo.

Os trechos finais deste estudo demonstram que possibilidades alternativas existem, mesmo em momentos difíceis. Há maneiras de se posicionar criativamente em um espaço em que a subjetividade social é marcada por processos neoliberais de desmonte da saúde mental pública. Este eixo, portanto, evidenciou o valor da subjetividade (González Rey, 2007) como o que não se deixa dominar por processos mais abrangentes; que não só resiste, mas cria outras vias de saber e de fazer. São as permanentes contradições e tensões que permitem subversões frente a projetos que se pretendem servir “em nome de todos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa abordou a temática do neoliberalismo em sua articulação com a subjetividade no contexto de um serviço de saúde mental, um CAPS do Distrito Federal. Embora ela tenha sido realizada apenas em um serviço, a metodologia construtivo-interpretativa, utilizada pela epistemologia qualitativa, permite a compreensão do singular como uma instância legítima de produção, na medida em que seu estudo oferece a possibilidade de avançar na construção de modelos teóricos, gerando novos campos de inteligibilidade acerca do fenômeno pesquisado.

A partir dos dois primeiros eixos temáticos, buscamos desenvolver os objetivos geral e específicos do trabalho. Pudemos analisar a produção de processos subjetivos em um CAPS que se relacionam a expressões do neoliberalismo e à manutenção do fenômeno da nova institucionalização, de modo a articular tanto produções subjetivas da equipe e da instituição, quanto governamentais.

Um resultado de relevância foi a compreensão de como a subjetividade social do CAPS é perpassada por processos neoliberais que estão intimamente associados a uma configuração subjetiva dominante marcada pelo individualismo, pela segregação e marginalização, pela medicalização e, finalmente, pela lógica manicomial em sua roupagem contemporânea: a nova institucionalização. O que parece estar em pauta é um projeto de sociedade que tem como alguns de seus predicados a competição, a exclusão social e a desigualdade que se encaminha por meio de um desmonte do serviço público de saúde, que ocorre não apenas devido a políticas de ajuste neoliberais, mas que se dá também nas relações no serviço.

Diante desse cenário, contudo, existem alternativas que se coadunam com o projeto de sociedade da reforma psiquiátrica, que é avesso aos manicômios e que se orientam por um viés de combate à exclusão, de cooperação, de autonomia e que se desdobra na abertura de projetos de vida voltados ao desenvolvimento subjetivo, como pudemos analisar no terceiro eixo da construção da informação.

Portanto, uma consideração que vale destacar é a dimensão da contradição constante que se apresenta não apenas a nível da subjetividade social, mas também na subjetividade individual. Como exemplo, citamos Fábio que, de um lado, posiciona-se criticamente frente ao repasse de verbas governamentais, mas, de outro lado, reproduz

certo modelo manicomial na relação com usuários. É por meio de tais contradições que podemos nos ancorar para pensar a subjetividade de modo a produzir processualmente uma história que não tem seu destino conferido *a priori*, mas que é produzida processualmente, com transformações e mudanças não passíveis de previsão (González Rey, 2007).

Por fim, tendo como base tais considerações, recomendamos que sejam realizadas pesquisas que explorem de uma maneira mais aprofundada tais contradições. Ademais, inspirando-nos na postura de Julia, como agente (González Rey & Mitjás Martínez, 2017), acerca de questionamentos referentes à postura da equipe no cuidado de determinados usuários, algumas conjecturas não respondidas por esta pesquisa, mas que entendemos serem importantes para investigação são: O que certos usuários movimentam na equipe em termos de produções subjetivas? De que maneiras o diálogo entre a equipe pode contribuir para a sua responsabilização sobre o cuidado e para o manejo da frustração? À guisa de (in)conclusão, deixamos em aberto tais questões como forma de instigar novas pesquisas a serem realizadas.

REFERÊNCIAS

- Alonso, S. L. & Fuks, M. P. (2015) *Histeria*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Diretrizes Estratégicas*. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>>
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. *Nota técnica número 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 2(1), 35-49.
- Butt, R. (1981, 03 de maio). MRS THATCHER: THE FIRST TWO YEARS. *Sunday Times* (1979). Disponível em: <https://www.margaretthatcher.org/document/104475>.
- Canguilhem, G. (1978). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Dardot, P. & Laval, C. (2016) *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2012). Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: Kyrillos Neto, F.; Calazans, R. *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG, 33-74.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4.

- Fraser, N. (2003). From discipline to flexibilization? Rereading Foucault in the shadow of globalization. *Constellations*, 10(2), 160-171.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico cultural*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. L. (2016). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Editora Vozes Limitada.
- González, F. L.; Martínez, A. M. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Campinas: Alínea.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico cultural*. Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-modernidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2017) The topic of subjectivity in psychology: Contradictions, paths and new alternatives. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 1-20.
- Goulart, D. M. (2017). *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito*. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília.
- Goulart, D. M. (2015). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Brasília, Brasília, 2013b.
- Goulart, D. M. (2017). *Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida*. Projeto de pesquisa apresentado ao curso de mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília.
- Goulart, D. M. (2019). *Subjectivity and critical mental health: lessons from Brazil*. New York: Routledge.
- Han, B. C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Editora Vozes Limitada.
- Illich, I. (1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ingleby, D. (2014). How 'evidence-based' is the movement for global mental health? *Disability and the Global South* 1(2): 203–226.

- Le Breton, D. (2003). A produção farmacológica de si. Em Le Breton, D. (Org.), *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade* (55-66). Campinas: Papirus.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Editora Garamond.
- Mills, C., & Fernando, S. (2014). Globalising mental health or pathologising the global South? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health. *Disability and the Global South* 1(2): 188–202.
- Pelbart, P. P. (1991). Manicômio mental: a outra face da clausura. Em: A. Lancetti(org). *Saúde e loucura*. 3 ed. São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 4579-4589.
- Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília.
- Safatle, V., Afshar, Y., Castro, J. C., Franco, F. & Manzi, R. (2016). *O utilitarismo britânico e a gênese disciplinar do sujeito liberal*. Retirado de: Reunião aberta do Latesfip - Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise. Disponível em: <https://latesfip.files.wordpress.com/2015/07/latesfip_utilitarismo.pdf>
- Safatle, V., Afshar, Y., Castro, J. C., Franco, F. & Manzi, R. (2017). *Gênese da concepção neoliberal de sujeito*. Retirado de: Reunião aberta do Latesfip Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Y58ZPd4AueE>>
- Silva, M. A. (2003). Do projeto político do Banco Mundial ao projeto político pedagógico da escola pública brasileira. *Cadernos Cedes*, 23(61).
- Silva, A. (2019). Câmara aprova projeto que amplia modelo do Instituto Hospital de Base. Retirado de: <<http://www.saude.df.gov.br/camara-aprova-projeto-que-amplia-modelo-do-instituto-hospital-de-base/>>
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Papel Social.
- Žižek, S. (2014). *Violência: seis reflexões laterais*. Boitempo Editorial.

APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Neoliberalismo e Subjetividade: relações novamente institucionalizadas

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisador responsável: Daniel Magalhães Goulart

Pesquisadores assistentes: Danielle Christine Vasconcelos Chauvet.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo geral desta pesquisa é compreender processos subjetivos produzidos na relação entre usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal que se relacionam a expressões do neoliberalismo e à manutenção do fenômeno da nova institucionalização.

Você está sendo convidado a participar, pois enquadra-se nos seguintes critérios de seleção: ser usuário ou da equipe de um serviço substitutivo de saúde mental do DF.

Procedimentos do estudo

O procedimento visa, a partir da inserção da pesquisadora no serviço de saúde mental do DF, realizar sistemas conversacionais com a equipe e usuários da instituição que proporcionem reflexões da pesquisadora que, posteriormente, criará indicadores e hipóteses registradas em diário de campo que, por sua vez, possibilitará construção de informações para a pesquisa.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

A pesquisa será realizada em local pré-estabelecido: o serviço de saúde mental do DF do qual você faz parte, seja como profissional ou usuário.

Riscos e benefícios

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo e como já informado, pode abandoná-lo a qualquer momento.

Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento acerca da das expressões racionalidade neoliberal e suas relações com o fenômeno da “nova institucionalização” na saúde mental em geral e, mais especificamente, em um serviço de saúde mental do DF, a fim proporcionar reflexões acerca de um melhor cuidado nesse campo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação deve ocorrer de forma voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Despesas e Ressarcimento

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Este estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os resultados deste trabalho serão utilizados no projeto de iniciação científica (PIC/PIBIC) do UniCEUB/Cnpq.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com a pesquisador responsável, através do e-mail danielgoulartbr@gmail.com. Para outras questões, entre em contato com a pesquisadora através do email: dcchauvet@gmail.com.

Eu, _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo. E tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios implicados, concordo em dele participar e para isso dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____. _____

Participante

Danielle Chauvet, pesquisadora assistente - dcchauvet@gmail.com

Daniel Goulart, pesquisador responsável/danielgoulartbr@gmail.com