

Neoliberalismo e Subjetividade: Desdobramentos em um Serviço de Saúde Mental

Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7703-2735>

Endereço: SQNW 103 Bloco B Ap. 304, Brasília-DF
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Universidade de Brasília – UnB, Brasil

Daniel Magalhães Goulart

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0254-0137>

Endereço: SQN 107, Bloco D, Ap. 105, Brasília-DF
Universidade de Brasília – UnB, Brasil

Recibido: 17-12-24 Aprobado: 01-06-2025 Publicado: 05-06-2025

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir processos subjetivos produzidos na relação entre usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, Brasil, que se relacionam a expressões do neoliberalismo e da nova institucionalização no campo da saúde mental. A teoria da subjetividade numa perspectiva histórico-cultural é utilizada como referencial teórico central. A metodologia utilizada foi a construtivo-interpretativa, baseado na epistemologia qualitativa de González Rey, sendo a pesquisa realizada com a equipe profissional e usuários do serviço. Discutimos o atravessamento da lógica neoliberal na subjetividade social do serviço e como a racionalidade neoliberal se articula ao fenômeno da nova institucionalização, culminando na hegemonia do modelo manicomial em serviços que formalmente se voltam para sua superação. Como contraponto, enfatizamos a emergência de profissionais como agentes de suas práticas, que não apenas resistem às dificuldades atuais, mas produzem sentidos subjetivos alternativos à racionalidade neoliberal e à patologização da vida.

Palavras-Chave: neoliberalismo; subjetividade; saúde mental.

Neoliberalism and Subjectivity: Unfolding of a Mental Health Service

Abstract

The objective of this paper is to discuss subjective processes produced in the relationship between service users and professionals in a Psychosocial Care Center in the Federal District, Brazil, which are related to expressions of neoliberalism and the new institutionalization in the field of mental health. The theory of subjectivity from a cultural-historical perspective is used as a central theoretical framework. The methodology used was the constructive-interpretive one, based on González Rey's qualitative epistemology. The research was carried out with the professional team and service. We discuss the crossing of the neoliberal logic in the social subjectivity of the service and how the neoliberal rationality is articulated to the phenomenon of the new institutionalization, culminating in the hegemony of the mental hospital model in services that formally turn to its overcoming. As a counterpoint, we emphasize the urgency of professionals as agents of their practices, who not only resist current difficulties, but produce alternative subjective senses to neoliberal rationality and the pathologization of life.

Key-words: neoliberalism; subjectivity; mental health.

Neoliberalismo y Subjetividad: desdoblamiento en un Servicio de Salud Mental

Resumen

El objetivo de este artículo es discutir procesos subjetivos producidos en la relación entre usuarios y profesionales de un Centro de Atención Psicosocial del Distrito Federal, Brasil, que se relacionan con expresiones del neoliberalismo y la nueva institucionalización en el campo de la salud mental. Se utiliza como marco teórico central la teoría de la subjetividad en una perspectiva histórico-cultural. La metodología utilizada fue el constructivo-interpretativo, basado en la epistemología cualitativa de González Rey, y la investigación se realizó con el equipo profesional y usuarios del servicio. Discutimos el atravesamiento de la lógica neoliberal

en la subjetividad social del servicio y cómo la racionalidad neoliberal se articula al fenómeno de la nueva institucionalización, culminando en la hegemonía del modelo manicomial en los servicios que formalmente se dirigen a su superación. Como contrapunto, destacamos el surgimiento de profesionales como agentes de sus prácticas, que no solo resisten frente a las dificultades actuales, sino que producen sentidos subjetivos alternativos a la racionalidad neoliberal y a la patologización de la vida.

Palabras-claves: neoliberalismo; subjetividad; salud mental.

Introdução

Este artigo propõe uma articulação entre subjetividade, neoliberalismo e saúde mental, utilizando como referencial teórico principal a teoria da subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural de González Rey (2003, 2007, 2016). No entanto, pela abrangência da discussão, o texto também se apoia em algumas definições e discussões elaboradas por outras vertentes críticas, sobretudo da psicanálise. Apesar das diferenças epistemológicas e teóricas desses referenciais, eles coincidem na crítica à naturalização de processos humanos e questionam o poder da ciência positivista e do modelo biomédico. A pesquisa que fundamentou o artigo teve como objetivo compreender processos subjetivos produzidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal (DF) do Brasil, que se relacionam a expressões do neoliberalismo e à manutenção do fenômeno da nova institucionalização (Goulart, 2019a, 2019b; Goulart & González Rey, 2021).

Partimos da ideia de que modelos socioeconômicos, para além de configurarem sistemas de produção e de consumo, favorecem certas formas de subjetivação. Margaret Thatcher deixa explícito tal pensamento: “a economia é o método; o objetivo é transformar o coração e a alma” (Butt, 1981, p. 1). Uma das implicações dessa passagem é a exigência de uma psicologia implícita para o funcionamento de uma racionalidade econômica (Safatle et al., 2016).

Outro fundamento deste trabalho é que o patológico não tem gramática própria; ele depende daquilo que é reconhecido como normal ou 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 distingue comportamentos, julgamentos e afetos

como racionais/irracionais, sendo estes intimamente relacionados ao que é entendido como doença mental (Safatle et al. 2017). O que foge ao agir racional e, em termos neoliberais, à maximização de interesses é, por vezes, associado à patologia mental, abrindo condição para que a descrição de “ações irracionais” em um sistema de patologias, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (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, 2024a) e medicalização da vida (Illich, 1975; Soares & Goulart, 2024), em que percebemos uma subserviência do que é do campo social, cultural e subjetivo à medicina hegemônica.

Para a manutenção desse sistema de patologias que alimenta a racionalidade neoliberal, faz-se presente o fenômeno da “nova institucionalização” (Goulart, 2017, 2019; Goulart & González Rey, 2021) em serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS. Esse fenômeno vai na direção contrária do princípio que norteia a reforma psiquiátrica: a superação manicômios 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 em uma aproximação histórico-cultural (González Rey, 2003, 2007, 2017) favorece a formação de novos caminhos de inteligibilidade críticos a esse cenário, fundamentando também estratégias alternativas aos modos de normatização dominantes (Goulart, 2024a). Situando-a no âmbito da saúde mental, observamos o deslocamento do foco de políticas formais e intenções de seus atores para a qualidade dos processos singulares individuais e sociais que constituem o campo (Goulart, 2019).

Haja vista essas considerações, este artigo aborda as seguintes questões: 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? Há eventuais processos de resistência e alternativa a esses modelos?

O sistema neoliberal ganha expressão nos CAPS, relacionando-se à nova institucionalização, em razão da reprodução da lógica manicomial em processos de subjetivação perpassados por essa racionalidade econômica. Este artigo, portanto, pretende gerar inteligibilidade sobre desdobramentos de uma racionalidade econômica em um serviço de saúde mental, favorecendo a realização de uma prática e reflexão diferenciadas, bem como 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).

Neoliberalismo e Saúde mental

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 indivíduos assumem 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, 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: a imposição de um sistema normativo de consumo.

Nesse sistema, em que tudo e todos podem ser transformados em nicho de mercado, as implicações são de cunho 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. Há uma mercantilização generalizada, em que as iniciativas de grandes indústrias, como a farmacêutica, direcionam-se para atividades coerentes com a lógica lucrativa (Vasconcelos, 2016). É um sistema que cria o problema e vende a solução, retroalimentando-se do sofrimento (Dardot & Laval, 2016; Žižek, 2014).

O modelo biomédico, atrelado a essa racionalidade clínica que, por sua vez, satisfaz os interesses da racionalidade econômica neoliberal, tem por axioma universal que o campo do normal e do patológico consiste em uma homogeneidade, correspondendo a estados que se diferenciam um 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 ideal de normalidade. Nessa perspectiva, busca-se regularidades na doença (Canguilhem, 1978), como é o caso de sintomas a serem “corrigidos”, o que resulta na perda da singularidade. Nesse contexto, a orientação à saúde mental se centra no controle/eliminação de sintomas e não em processos de desenvolvimento subjetivo (Goulart; González Rey & Patiño-Torres, 2019; Goulart, 2024a).

Refletindo sobre algumas implicações de tais racionalidades no cenário brasileiro, Vasconcelos (2016) aponta para 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. 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). Junto a essas políticas, o autor argumenta que são mediadas propagandas que desacreditam o sistema público de saúde, em articulação a um crescimento de investimentos na saúde privada, favorecendo práticas manicomiais de internação forçada em instituições conveniadas, como as comunidades terapêuticas.

Do ponto de vista formal, a Nota Técnica de número 11/2019, de “Esclarecimentos sobre as mudanças na política de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas”, do Ministério da Saúde do Brasil (2019), pode ser vista como expressão da tentativa de desconstrução da política de saúde mental baseada na reforma psiquiátrica brasileira em nível nacional. Nela, recomenda-se o aumento 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 contrárias às diretrizes da Lei 10.216 (Brasil, 2001). Assim como as políticas de ajuste neoliberais, descritas por Vasconcelos (2016), portarias e notas técnicas ocasionam mudanças perniciosas disfarçadas de mero “ajuste”.

Nesse panorama, a lógica manicomial baseada no modelo biomédico (Goulart, 2017, 2019a) 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, porém o espaço democrático da política e do conflito de interesses é esvaziado (Dardot & Laval, 2016), enquanto políticas sutis são impostas verticalmente, em nome do “bem”, sem a participação efetiva dos usuários da rede pública de saúde mental em seus processos de construção.

Sobre a saúde mental no Brasil, ressaltamos os diversos avanços nesse campo desde o início do movimento da reforma psiquiátrica na década de 1970 (Pitta, 2011), que objetivou a desinstitucionalização, contrapondo-se à lógica manicomial. A construção dos CAPS é uma das referências centrais dos ganhos com a reforma, tendo representado uma modificação importante no tocante às práticas de exclusão e de violência no contexto da saúde mental (Goulart, 2017). Não obstante, novos desafios surgiram, entre os quais a nova

institucionalização (Goulart, 2017, 2019a) no CAPS ganha relevância enquanto “prisão” subjetiva – o que será ilustrado e mais discutido adiante.

Subjetividade, Racionalidade Neoliberal e Nova Institucionalização

Na perspectiva da teoria da subjetividade em uma abordagem histórico-cultural, de autoria de González Rey (2003, 2007, 2017), a subjetividade 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 em sua gênese: a unidade simbólico-emocional. Segundo esse autor, a cultura é uma produção humana que não se reduz à realidade objetiva. Nessa produção, 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.

Um dos valores centrais desse referencial reside no rompimento com qualquer tentativa de universalização do humano ou da sociedade, bem como na visibilidade teórica para novas produções subjetivas, que podem culminar na criação de novas realidades culturais (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Desse modo, essa teoria vai na contramão da naturalização do capitalismo, que é típica da concepção neoliberal (Dardot & Laval, 2016).

Os conceitos centrais desse referencial são: subjetividade, sentidos subjetivos, configurações subjetivas, agente e sujeito (González Rey, 2007, 2016). A subjetividade é definida como sistema simbólico-emocional, remetendo-se a uma qualidade específica dos processos humanos (González Rey & Martínez, 2017), que representa uma alternativa tanto ao individualismo como à sociologização desses processos. Sua unidade elementar é o sentido subjetivo: a unidade entre o simbólico e o emocional, constituindo produções não conscientes e fluidas, que dizem respeito à forma como sentimos e nos posicionamos frente a nossas experiências. São altamente singularizados, embora deles possam fazer parte construções simbólicas compartilhadas em determinada cultura (González Rey, 2007).

A organização relativamente estável de sentidos subjetivos em relação a um processo forma uma configuração subjetiva, que representam formações subjetivas que passam a atuar na produção de sentidos subjetivos. Esse conceito permite articular diferentes momentos históricos e espaços sociais na qualidade da experiência atual. A dinâmica entre os sentidos subjetivos e as organizações subjetivas geram contradições altamente singulares, guardando a abertura permanente para o imprevisível. (González Rey; Mitjans Martínez, 2017).

A subjetividade se articula a trajetórias individuais singulares, em uma dimensão de subjetividade individual e integra a organização e a dinâmica dos distintos espaços sociais, constituindo a dimensão da subjetividade social. Segundo González Rey (2015, p. 13), a subjetividade social é “a rede complexa de configurações subjetivas sociais dentro da qual todo funcionamento social ocorre”. Quando determinados processos de uma subjetividade social tomam uma significação hegemônica na produção subjetiva individual e social em um contexto, configura-se uma subjetividade social dominante (González Rey, 2007).

Nessa perspectiva, 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 relação com os outros e consigo: uma gestão que visa à maximização do lucro e à minimização do custo, em detrimento da qualidade das relações.

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, a racionalidade neoliberal está presente na subjetividade social dominante, em que a gestão farmacológica de problemas existenciais cotidianos é uma realidade que atravessa espaços como os dos CAPS, onde o enfoque, por vezes, ainda é a eliminação de sintomas pela prescrição imposta de medicamentos e o ajustamento de indivíduos (Goulart, 2019a, 2024a). A solução medicamentosa, aparentemente mais rápida e oriunda de uma lógica externa ao usuário (Goulart, 2017), expressa o cálculo do maior ganho (redução/eliminação de sintomas) em um menor tempo e custo pessoal possível. Quando se torna o eixo dominante da atenção, a medicação termina mantendo, ainda que implicitamente, a pessoa atendida sob tutela do psiquiatra.

Neste contexto, o diálogo como mobilizador de relações pode se tornar inexistente, haja vista que a escuta passa a ser primordialmente dos efeitos do medicamento nas expressões sintomáticas, sem levar em consideração a história singular do indivíduo. Embora seja inegável que haja processos subjetivos alternativos à nova institucionalização nos CAPS, certa carência de espaços dialógicos nesses espaços demonstra como que, algumas vezes, pessoas atendidas são transformadas em objetos de intervenção profissional (Goulart, 2017; Goulart; González Rey & Patiño-Torres, 2019). Assim como na forma de governo neoliberal que tem seu *locus* dispersado (Fraser, 2003) de uma instância física para as relações humanas, a nova institucionalização ocorre não mais em lugar físico repressor e disciplinar, mas, segundo Goulart (2017, 2019a, 2019b), por meio de práticas sutis que cultivam relações manicomiais.

As categorias de agente e sujeito são outras possibilidades de relação com esse espaço normativo neoliberal e, por conseguinte, de relação consigo e com o outro. Segundo González Rey e Mitjáns Martínez (2017), ser agente implica gerar um posicionamento ativo e diferenciado, que tensiona a subjetividade social, porém sem abrir uma configuração subjetiva alternativa em relação ao espaço social normativo. Ser sujeito, por sua vez, refere-se à abertura de uma via de subjetivação alternativa em relação a determinado espaço social normativo, oferecendo um caminho de resistência e opções criativas frente a ele.

Considerando que nenhum sistema na história foi capaz de neutralizar os indivíduos, apesar do investimento em sua domesticação, apostar não só na resistência, mas na criatividade imprevisível do sujeito que está em constante relação de contradição e tensão com processos normativos sociais, é um dos principais valores de se considerar a subjetividade como foco teórico para a construção de uma psicologia crítica. Em virtude de subversões ao instituído, a sociedade permanece em movimento, gerando alternativas às verdades absolutas e aos projetos que pretensamente são colocados “em nome de todos”.

Método

A pesquisa que deu origem a este artigo foi orientada pela metodologia construtivo-interpretativa, fundamentada na epistemologia qualitativa de González Rey (1997, 2005). Essa proposta epistemológica tem por princípios: (1) o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento; (2) a significação do singular como fonte legítima de conhecimento científico;

e (3) a consideração da pesquisa como processo de comunicação dialógica. Nessa perspectiva, a pesquisa se orienta a abrir novos caminhos de inteligibilidade sobre um fenômeno que, no caso deste artigo, é o neoliberalismo em suas articulações com a subjetividade e com a saúde mental.

A construção do cenário social da pesquisa, orientada para favorecer o engajamento no trabalho entre a pesquisadora (primeira autora deste artigo) e os participantes (González Rey, 2005), foi iniciada por uma apresentação do projeto de pesquisa¹ para as gestoras de um CAPS II² do DF do Brasil, a partir da qual uma conversa aberta foi construída. Os participantes da pesquisa foram membros da equipe multiprofissional do serviço, composta por 20 profissionais de diferentes áreas e usuários deste mesmo serviço.

Para a metodologia construtivo-interpretativa, um instrumento representa um recurso dialógico que provoca a expressão do outro no contexto da pesquisa (González Rey, 2005). O instrumento utilizado foi a dinâmica conversacional, que, à diferença de uma entrevista convencional, não está centrada na lógica de pergunta e resposta, mas no favorecimento de um diálogo fluido, autêntico e singular. Esse recurso é flexível ao contexto, aos participantes e facilita a implicação subjetiva de ambas as partes: pesquisadora e participantes.

A dinâmica conversacional com os participantes ocorreu semanalmente, ao longo de três meses, com duração média de uma hora, nas dependências do serviço. Em duas ocasiões, os encontros ocorreram de maneira virtual, com duração média de 40 minutos. A experiência em campo envolveu a participação da pesquisadora em oficinas terapêuticas, reuniões de equipe e sessões de trabalho de campo dedicadas à participação flexível em momentos formais, como uma conversa marcada e informais, de diálogos espontâneos que ocorreram durante a circulação livre da pesquisadora no serviço, contribuindo para uma compreensão

¹ O projeto de pesquisa que fundamenta este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS/DF), com identificação de número 2.639.174. Essa pesquisa tem vinculação também com o projeto “Subjetividade, educação e saúde: o desenvolvimento subjetivo em foco” e com o Grupo de Pesquisa “Teoria da Subjetividade, educação e saúde” (Universidade de Brasília).

² Os CAPS II oferecem atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. No caso da pesquisa em questão, tratou-se de um serviço que atendia adultos com diagnosticados transtornos mentais.

mais abrangente da dinâmica institucional (Patiño-Torres & Goulart, 2020). Após cada sessão de campo, as percepções e reflexões da pesquisadora foram registradas em diário de campo.

Análise e construção da Informação

Eixo I - O lugar da saúde mental pública no contexto neoliberal

O CAPS II onde foi realizada a pesquisa tem sua sede dentro de um Centro de Saúde de uma região central do DF, Brasil. Durante uma dinâmica conversacional com Mariana³, então gerente do CAPS, ela contou sobre a história desse serviço. O espaço com o qual ele conta 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 relatou: “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 simbólica da posição que a saúde mental tem dentro do sistema de saúde público. Além disso, é relevante 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 soou como se o CAPS estivesse naquele espaço de favor, como se não fosse fruto de um direito da população e de um dever do Estado. Esses trechos apresentados sustentam a construção do indicador de sentidos subjetivos relacionados à marginalização do CAPS dentro do Centro de Saúde, o que pode ter desdobramentos diversos para a subjetividade social do serviço ainda por serem explorados.

³ Os nomes utilizados neste artigo são fictícios, no intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

Ainda na dinâmica conversacional com Mariana, o seguinte trecho chamou nossa atenção: “Aí veio pra nossa surpresa (...): uma base do SAMU⁴ tá sendo construída ali do lado. Então, por conta das obras, a gente teve que suspender as atividades coletivas.”

Paradoxalmente, enquanto o serviço prioritário do CAPS, que são as atividades coletivas, foi suspenso após o início das obras do SAMU, 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 do Centro de Saúde. Mais do que isso, esse ato sustenta a construção de um indicador de uma gestão do sistema de saúde que 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 marcadamente neoliberal (Dardot & Laval, 2016) –, em vez da lógica coletiva, que é primordial de acordo com a Lei 10.216 (Brasil, 2001). Ao mesmo tempo, um caminho alternativo foi aberto pela decisão da gerente de, nesse período, intensificar as ações de matriciamento⁵, essencial para a RAPS (Chiaverini, 2011).

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, ao 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; Patiño-Torres & Rossato, 2024) é negligenciada.

Outros profissionais da equipe também manifestaram seus descontentamentos com relação à construção do SAMU. A pesquisadora questionou, em um momento informal, Fábio, psicólogo, o porquê de o CAPS estar lá há três anos e não ter uma estrutura adequada, enquanto a base do SAMU estar sendo construída rapidamente. Fábio respondeu: “(...)

⁴ Serviço público de ambulância para urgências de saúde.

⁵ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini, 2011, p. 13).

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”. Fábio disse que o SAMU é o “queridinho do governo, porque dá visibilidade, dá voto e o CAPS não, não interessa a esse governo”. Esses trechos reforçam o indicador de sentidos subjetivos relacionados ao lugar marginalizado do CAPS não só dentro do Centro de Saúde, como no sistema de saúde mais amplo – algo que começamos a explorar no início deste eixo.

Na mesma linha de Fábio, em uma oficina terapêutica, Marcela relatou: “É isso [o SAMU] que dá visibilidade e traz votos, é emergência. O que o CAPS faz é invisível.”. Esse trecho é marcante com relação à subjetividade social relativa a este CAPS, na medida em que esses predicados se somam: um serviço sem registro, que ocorre numa tenda nos fundos, em um espaço cedido. É como se ele não existisse, dada a grande invisibilidade como é tratado. Conjecturamos, neste momento: de quem é o interesse/desinteresse de que exista este CAPS?

Ainda no que diz respeito à gestão de verbas públicas, Marcela contou como foi transferida para o CAPS de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que trabalhava. Segundo ela, essa transferência ocorreu devido ao fato de que “todas as UPAs foram privatizadas recentemente”. Tendo ela acompanhado o processo de “privatização” desses serviços, indaguei-a acerca das mudanças que aconteceram no serviço específico onde ela trabalhava. 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”.

Apesar de não ter havido formalmente privatizações, mas uma mudança baseada no modelo do Instituto Hospital de Brasília, “mais moderna, baseada em resultados” (Silva, 2019, p. 1), compreendemos que foi implantado um modelo de gestão empresarial nos serviços de saúde, ao confrontarmos a fala de Marcela com informações a respeito do Projeto de Lei n. 001/2019 (GDF, 2019) da Secretaria de Saúde do DF. As privatizações compõem o cenário das políticas neoliberais de ajuste, descritas por Vasconcelos (2016), que utilizam fundos públicos para incentivo da economia privada. Nesse caso, além desse incentivo, 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.

A partir dessas construções, formulamos a hipótese de a subjetividade social do CAPS em questão ser marcada por uma lógica neoliberal, em que há um intenso atravessamento da

ordem privada na esfera pública. 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. A marginalização de um serviço estratégico central à reforma psiquiátrica brasileira, simboliza o distanciamento entre o que é coletivo e antimanicomial da forma como a saúde pública é gerida e praticada no cotidiano.

Eixo II - Neoliberalismo e suas relações com a nova institucionalização

Com relação à presença do neoliberalismo na configuração subjetiva da equipe em sua faceta associada à nova institucionalização, expomos alguns trechos de uma reunião de equipe. A pauta era o fato de os profissionais estarem agindo de forma diferente do que haviam combinado frente a certos casos. Joana, técnica de enfermagem, disse: “(...) é preciso alinhar a equipe. Tem que decidir e escolher a vida do paciente aqui antes (...)”

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

[...] aqueles pacientes-problema decidimos que vai ser assim [chamar o SAMU] e aí tem que seguir a decisão (...). 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, complementou: “Se chama o SAMU, aí ninguém vai acalmá-la, porque senão eles [o SAMU] vão achar que a gente tá mentindo”.

Nesses trechos, os profissionais parecem definir procedimentos prévios para lidar com certos “tipos” de usuários, como se fosse possível trabalhar com saúde mental segundo protocolos de gerenciamento, independentemente da singularidade dos casos. Esses trechos permitem a construção de um indicador da presença da nova institucionalização na subjetividade social do serviço, 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). Depreende-se, portanto, que mesmo em um serviço baseado na promoção de autonomia do usuário, por vezes, os profissionais se colocam no papel de supostamente decidir a vida do

usuário. 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 o sofrimento subjetivo (Goulart, 2024a) 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 que aponta para um dos desdobramentos a que se pode chegar em nome de um protocolo: a desassistência e a falta de cuidado com o outro.

Em outra circunstância, 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. (...) pra mim aquilo tudo é fingimento. É histeria lá do Freud. Essa outra, a Eugênia, essa aqui é grave. Tenta se matar, mas tenta mesmo (...).

Assim como Rebeca, Fernanda também foi descrita como alguém que finge, que teatraliza, fator que está articulado ao indicador previamente construído sobre a presença da nova institucionalização no serviço, que utiliza um rótulo como o da “histeria” como uma justificativa para a desassistência. Ao mesmo tempo em que as usuárias são categorizadas dessa maneira, o modo de elas sofrerem é deslegitimado, como se a forma adequada fosse apresentar sintomas caracterizados como “esquizofrênicos”. A presença do modelo biomédico, em que os sintomas (Birman, 1999) e seu controle/eliminação são enfocados em detrimento de processos de desenvolvimento subjetivo (Goulart, 2019a), evidente neste trecho, reforça o indicador da nova institucionalização, intimamente articulado à lógica manicomial. A nova institucionalização, por sua vez, atrela-se 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 é a do utilitarismo, da

maximização de interesses (Safatle et al. 2016, 2017), que não se faz evidente em quem delira e “tenta se matar, mas tenta mesmo” – como se houvesse quem finge tentar por algum interesse. Mantendo a “razão”, para Fábio, Fernanda busca o CAPS por um motivo econômico, por querer um benefício do governo, sendo chamada de “pilantra”, apesar de ela ter vindo encaminhada do CAPSi⁶ de seu filho.

Cabe retomar 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 arbitrária pelo saber profissional, que decide o que é “loucura de verdade”. Mais uma vez, a nova institucionalização (Goulart, 2017) e o manicômio em sua faceta mental (Pelbart, 1991) se manifesta no serviço.

Em conversa com Fernanda, a usuária agradeceu a pesquisadora por ouvi-la, explicando que não se sentia escutada no serviço. Contou uma história de vida de muito sofrimento e disse que tinha paralisias das mais diversas no corpo, falava línguas diferentes e que se isolava porque sentia que o grupo a acharia estranha devido a essas características. Fernanda identifica seu modo de sofrer relacionado a seu corpo e reconhece que não se sente confortável para compartilhar seu sintoma porque imagina que não será ouvida por sua forma de expressão. A exclusão que a usuária sofre é semelhante à das históricas da virada do século XIX para o XX (Alonso & Fuks, 2015). Entender um sintoma como “fingimento” é uma maneira de não o escutar e o fato de uma usuária não compartilhar 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 & González Rey, 2021) nos serviços substitutivos.

Após essa conversa com Fernanda, compartilhei o que havia se passado com Catarina, psicóloga, no intuito de pensar o cuidado em equipe. Catarina afirmou: “Acho que o grupo recebe ela bem sim, eles não acham ela estranha. Só quem acha ela estranha é a gente, os profissionais”. Por um lado, há estigmatização e preconceito por parte dos profissionais que impõem barreiras à construção de relações dialógicas e ao cuidado. Por outro lado, há possibilidades de trocas relacionais e educativas nas relações entre os usuários que, pela fala

⁶ Modalidade de Centro de Atenção Psicossocial destinado ao cuidado de crianças e adolescentes.

de Catarina, “recebem bem” Fernanda. Esse potencial terapêutico das relações entre usuários pode advir da convivência, como discutida por Resende (2015).

Com relação à dimensão em que o neoliberalismo se expressa na saúde mental por meio da população e dos usuários do serviço, enfatizamos sua conexão com o individualismo, marcada pelo entendimento de Thatcher: “Não há algo como sociedade. Há indivíduos homens e mulheres e há famílias (...)” (Keay, 1987, tradução livre). Em um encontro virtual com Marcela, a técnica de enfermagem assinalou: “Também é uma demanda da população: mais SAMU e menos CAPS; a lógica individual predomina em relação à coletiva”.

A pesquisadora pontuou a especificidade desse CAPS, localizado numa área central de Brasília, com maior concentração de capital – fator que já havia sido mencionado por Mariana: “(...) muitos pacientes de classe média não se adequam porque eles trabalham fora, continuam produzindo, mas não querem participar das atividades. Eles querem fazer só psicoterapia ou atendimento psiquiátrico”. Marcela complementou que: “o estigma da loucura é muito presente no centro (...). Isso dificulta que essas pessoas queiram fazer atividades coletivas e até frequentar o CAPS”. Julia, assistente social, também relatou:

[...] a gente recebe moradores [do centro] que vêm de uma crise econômica, que tinham plano de saúde e não têm mais. 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 outra função, eles não voltam mais.

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 local, com sua expressão nas demandas da população ao governo. O que está em pauta é da ordem de um sistema normativo que se estende do Estado para a vida (Dardot & Laval) e que passa a ter presença nos processos subjetivos individuais e sociais expressos nas relações entre as pessoas e no funcionamento institucional. Além disso, os trechos indicam que as condições econômicas da população de um território podem ter impacto na produção subjetiva das pessoas em relação ao CAPS de referência da região. A preferência de serviços individuais por serem mais privilegiados por classes econômicas mais altas se remete a essa subjetividade que é, por sua vez, perpassada pela racionalidade econômica dominante. Sendo

assim, verificamos como os grupos sociais 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.

Percebemos, portanto, 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. Em ambos os casos, a produção de sentidos subjetivos é orientada ao preterimento da singularidade, à deslegitimação do sofrimento e, por conseguinte, é uma postura que acaba por negligenciar a responsabilidade governamental, institucional e profissional pelo cuidado e por uma mudança que destitua os manicômios. 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, que fica à margem e tem toda sua riqueza e possibilidades obliteradas pelo rótulo diagnóstico.

Eixo III - Um contraponto: produções subjetivas alternativas à racionalidade neoliberal

A visão de uma assistente social, Julia, nos despertou para a coexistência de alternativas ao cenário marcado pela racionalidade neoliberal e pela nova institucionalização. Ela apontou que os protocolos de atendimento têm mais a ver com o perfil “ansioso” da equipe e argumentou sobre sua perspectiva quanto ao neoliberalismo: “[as medicações] são respostas imediatas para problemas imediatos. (...) [A equipe] tem que aprender a lidar com a diferença e a frustração, o que é mais trabalhoso e difícil.”. Julia propôs, portanto, um giro de pensamento crítico ao deslocar a questão do usuário para a equipe, ao deixar de situar o usuário como problema para repensar as formas com que é conduzido o próprio trabalho.

Além dessa reflexão que contesta a subjetividade social dominante do serviço, Julia apresentou propostas práticas que foram na contramão da racionalidade neoliberal, como a oficina de cidadania que ela coordenava. Essa oficina consistia num espaço de discussão de temas políticos, que envolvia uma dimensão de “sofrimento coletivo da conjuntura”, onde se

debatiam temas que envolvem a reivindicação de direitos em um Estado neoliberal que se abstém de diversas responsabilidades, imputando-as aos cidadãos, como explicou Julia. 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 do indivíduo e de novos espaços sociais (Goulart, 2017).

Haja vista a posição 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, essas informações nos permitem construir o indicador da emergência de Julia como agente (González Rey & Mitjans Martínez, 2017) no contexto do CAPS pesquisado, com um posicionamento que tensiona a subjetividade social dominante do CAPS.

Tais considerações demonstram que alternativas existem, mesmo em momentos em que parece não haver espaço para a transformação. Há maneiras de se posicionar criativamente em um espaço em que a subjetividade social é marcada de forma dominante por processos neoliberais de desmonte da saúde mental pública. Esse eixo reforça o valor da subjetividade como um construto teórico para visibilizar processos emergentes, que estão para além do dominante e que devem ser acompanhados e favorecidos para que mudanças mais abrangentes aconteçam (González Rey, 2007, 2016). A subjetividade não somente representa processos dominantes, que normatizam, mas também processos imprevisíveis orientados à emergência do novo (Goulart, 2024b). São as permanentes contradições entre organizações dominantes e processos emergentes que permitem subversões em relação a projetos colocados “em nome de todos”, mas que de fato não passam de uma ilusão de perpetuidade frente ao caráter eminentemente dinâmico e aberto da história da humanidade.

Considerações Finais

Este artigo, fundamentado em uma pesquisa, abordou a temática do neoliberalismo, em sua articulação com a subjetividade, no contexto de um CAPS do DF. 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 profissional. Portanto,

fica evidente a complexidade dessa trama que tem lugar importante nas produções subjetivas dos diversos atores envolvidos.

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 está 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 tanto por meio de políticas de ajuste neoliberais, quanto nas próprias relações cotidianas 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 orienta ao combate à exclusão, à cooperação, à autonomia e que se desdobra na abertura de projetos de vida voltados ao desenvolvimento numa perspectiva mais abrangente. O posicionamento de Julia como agente é indicativo dessas possibilidades.

Portanto, vale destacar a dimensão da permanente contradição que se apresenta não apenas no âmbito da subjetividade social, mas também da subjetividade individual. Como outro exemplo, mencionamos Fábio que, de um lado, posiciona-se criticamente frente ao repasse de verbas governamentais, mas, de outro, 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; Goulart, 2022).

Por fim, tendo como base tais considerações, recomendamos que sejam realizadas pesquisas que explorem de uma maneira mais aprofundada tais contradições. Ademais, algumas conjecturas por serem exploradas em investigações futuras são: De que maneiras o diálogo entre a equipe pode contribuir para a sua responsabilização sobre o cuidado e para o manejo da frustração? Quais outros processos alternativos à nova institucionalização e à lógica neoliberal acontecem no cotidiano dos profissionais, dos usuários e na relação entre

eles? Como pensar estratégias orientadas ao favorecimento dessas produções subjetivas alternativas?

Referências

- Alonso, S. L. & Fuks, M. P. (2015) *Histeria*. Coleção Clínica Psicanalítica. Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar a atualidade. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 2(1), 35-49. doi:<https://doi.org/10.1590/1415-47141999001003>
- Brasil (2001). *Lei no. 10.216/2001*. (Lei da Reforma Psiquiátrica). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Butt, R. (1981). Mrs Thatcher: The First Two Years. *Sunday Times* (1979). <https://www.margaretthatcher.org/document/104475>
- Canguilhem, G. (1978). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
- Dardot, P. & Laval, C. (2016) *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo.
- Fraser, N. (2003). From discipline to flexibilization? Rereading Foucault in the shadow of globalization. *Constellations*, 10(2), 160-171.
- Rey, F. G. (1997). Epistemología cualitativa y subjetividad. EDUC-Editora da PUC-SP.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico cultural*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-modernidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2015). A new path for the discussion of social representations: advancing

- the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Theory & Psychology*, 25(4), 494–512.
- González Rey, F. (2016). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Editora Vozes Limitada.
- González Rey, F. (2017) The topic of subjectivity in psychology: Contradictions, paths and new alternatives. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(4), 1-20. doi: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12144>
- González, F.; Martínez, A. M. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Campinas: Alínea.
- GDF (2019) Projeto de Lei n. 001/2019. Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica da Saúde do Distrito Federal – IGESDF, e dá outras providências. Brasília: Câmara Legislativa do Distrito Federal.
<https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaProposicao1!1!2019>
- Goulart, D. M. (2017). *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito* [Tese de doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da Universidade de Brasília.
- Goulart, D. M. (2019a). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: Da patologização à ética do sujeito*. Cortez.
- Goulart, D. M. (2019b). *Subjectivity and critical mental health: lessons from Brazil*. Routledge.
- Goulart, D. M. (2022). Crisis, Dialectics, and Subjectivity Within Cultural-historical Approach: Constructing a Dialogue Between Dafermos and González Rey. *Human Areas*, 7, 293–310. <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00290-x>
- Goulart, D. M. (2024a). Saúde Mental, práticas profissionais e pesquisas em diferentes contextos: reflexões a partir da teoria da subjetividade. Em: Mitjans Martínez, A.; Tacca, M.; Rossato, M; Puentes, R.V. *Teoria da Subjetividade e epistemologia Qualitativa: práticas profissionais e pesquisas* (pp. 221-237). Alínea.
- Goulart, D. M. (2024b). Subjectivity from a cultural-historical perspective: González Rey's contribution to build a critical-propositional approach. In: Manderbach, T.; Ruge, J.;

DOI: <https://doi.org/10.56124/nuna-yachay.v7i13.009>

- Brook, P.; Wengemuth, E.; Waleng, S.. (Eds.). *Beyond Adaptation - The Unity of Personal and Social Change in Critical Psychology and Cultural-Historical Theory* (pp. 61-78). Peter Lang.
- Goulart, D. M.; González Rey, F. (2021). Os desafios da nova institucionalização nos serviços substitutivos de saúde mental: um estudo de caso. In: Madureira, A. F. A. & Bizerril, J. (Eds.). *Psicologia e Cultura: Teoria, Pesquisa e Prática Profissional* (pp. 350-370). São Paulo: Cortez.
- Goulart, D. M.; González Rey, F.; Patiño-Torres, J. F. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: una experiencia en Brasilia. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento e investigación social*, 19(3), e-2548.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2548>
- Goulart, D. M., Patiño-Torres, J. F., & Rossato, M. (2024). A Prática Profissional e a Pesquisa a Partir da Obra de Fernando González Rey: considerações teóricas, epistemológicas e metodológicas. In: A. Mitjans Martínez, R. V. Puentes, M. Rossato, & M. C. Tacca. (Org.). *Teoria da Subjetividade e Epistemologia Qualitativa: práticas profissionais e pesquisas* (pp. 19-39). Alínea.
- Illich, I. (1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Keay, D. (1987). Interview for Woman's Own ("no such thing [as society]"). *Margareth Thatcher Foundation*. <https://www.margareththatcher.org/document/106689>
- Le Breton, D. (2003). A produção farmacológica de si. Em Le Breton, D. (Org.), *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade* (55-66). Papirus.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Editora Garamond.
- Ministério da Saúde. (2019). *Nota técnica n. 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*.
https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Pol%CC%81tica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf

- Ministério da Saúde. (2004). *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.
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Patiño-Torres, J. F. & Goulart, D. M. (2020). Qualitative Epistemology and Constructive Interpretative Methodology: a proposal for the study of subjectivity (La Epistemología Cualitativa y la Metodología Constructivo-Interpretativa: una propuesta para el estudio de la subjetividad). *Studies in Psychology*, 41(1), 53-73.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1710809>
- 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. doi:
<https://doi.org/10.1590/S141381232011001300002>
- Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. [Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21117>
- Safatle, V., Afshar, Y., Castro, J. C., Franco, F. & Manzi, R. (2016). *O utilitarismo britânico e a gênese disciplinar do sujeito liberal*. Reunião aberta do Latesfip - Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise.
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*. Reunião aberta do Latesfip Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=Y58ZPd4AueE>
- Silva, A. (2019). Câmara aprova projeto que amplia modelo do Instituto Hospital de Base.
<http://www.saude.df.gov.br/camara-aprova-projeto-queamplia-modelo-do-nstituto-hospital-de-base/>

Soares, L. A. B. & Goulart, D. M. (2024). Medicalização da educação, TDAH e subjetividade. *Psicologia da Educação (Online)*, 48-57.

<http://dx.doi.org/10.23925/21753520.2023i56p48-57>

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.

Contribuição de autoria

ATRIBUIÇÕES	AUTORES QUE ASSUMIRAM AS ATRIBUIÇÕES
Introdução e Referencial Teórico	Danielle Christine Vasconcelos Chauvet e Daniel Magalhães Goulart
Análise Formal	Danielle Christine Vasconcelos Chauvet e Daniel Magalhães Goulart
Investigação	Danielle Christine Vasconcelos Chauvet e Daniel Magalhães Goulart
Método	Danielle Christine Vasconcelos Chauvet e Daniel Magalhães Goulart
Supervisão	Daniel Magalhães Goulart
Redação	Danielle Christine Vasconcelos Chauvet e Daniel Magalhães Goulart

Responsabilidades éticas

O projeto de pesquisa que fundamenta este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS/DF), com identificação de número 2.639.174. Inicialmente, informou-se de maneira geral à população quais eram os objetivos do estudo, assim como as garantias derivadas do consentimento informado do representante legal e o consentimento informado do participante. Essa pesquisa tem vinculação com o Grupo de Pesquisa “Teoria da Subjetividade, educação e saúde” (Universidade de Brasília/CNPq).

Financiamento

Este artigo está vinculado ao projeto de pesquisa “Subjetividade, educação e saúde: o desenvolvimento subjetivo em foco”, que conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa produtividade 2

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse em relação a esse estudo.