

Política e subjetivação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil

Politics and subjectivation in the context of psychiatric reform in Brazil

Maria Carolina de Araujo Antonio

Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil

Lecy Sartori

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar modos específicos de concepção e produção da política e subjetivação a partir de dois campos de pesquisa etnográficos. O primeiro está relacionado à produção e transmissão do saber em uma instituição de formação lacaniana que orienta psicanalistas na construção de formas específicas de subjetivação. O segundo expõe os efeitos dessa construção de subjetivação na prática de cuidado em um Serviço Residencial Terapêutico. A ideia principal é apreender o modo como psicanalistas e demais profissionais envolvidos nessa rede de assistência acionam uma ideia de *política* para justificar ações de cuidado formuladas a partir de noções de *singularidade* e *responsabilização dos sujeitos*. Ao considerarmos os efeitos da Reforma Psiquiátrica nos contextos etnografados, buscamos evidenciar como saberes e tecnologias produzem política, modos de subjetivação e o manejo da população.

Palavras-chave: Política, Subjetivação, Psicanálise, Reforma Psiquiátrica.

Recebido em 10 de setembro de 2020.

Avaliador A: 06 de outubro de 2020.

Avaliador B: 07 de outubro de 2020.

Aceito em 17 de outubro de 2020.



ABSTRACT

This article aims to analyze specific ways of conceiving and producing “politics” and subjectivation based on two ethnographic research. The first is related to the production and transmission of knowledge in a Lacanian institution that guides psychoanalysts in the construction of specific forms of subjectivation. The second exposes the effects of this construction of subjectivation in the care practices in a Service of Residential Therapeutic. The main idea is to apprehend the way in which psychoanalysts and other professionals involved in this assistance network activate an idea of policy to justify care actions formulated based on notions of *singularity* and *responsibilization of the subjects*. We conceived the effects of Psychiatric Reform in these ethnographic contexts to highlight how knowledge and technology produce politics, modes of subjectivation and the management of the population.

Keywords: Politics, Subjectivation, Psychoanalysis, Psychiatric reform.

INTRODUÇÃO

Este artigo busca refletir sobre os modos como política e subjetividade se constituem como processos indissociáveis, uma vez que se relacionam a partir de uma multiplicidade de eventos e agenciamentos que os atravessam constantemente em instituições como Estado, economia, educação, religião, meios de comunicação, medicina e, especificamente tratado aqui, no campo dos saberes e práticas psi.¹ Essa indissociabilidade é pensada a partir da concepção da subjetividade para além de uma instância psicológica e individual, como resultante de mecanismos coletivos, de regimes de enunciação e relações de poder (GUATTARI, 2010).

Apresentamos duas etnografias realizadas em contextos distintos no campo da saúde mental. Nestas, destacamos as concepções de *política*² mobilizadas pelos interlocutores de pes-

1 Saberes e práticas psi referem-se a um campo de conhecimento e atuação terapêutica produzidos na cultura ocidental na virada do século XVIII para o XIX, constituindo um conjunto de concepções que podem ser chamadas de psicológicas na medida em que propõem novos modos de tratamento da loucura, atrelada não só ao físico como também à moral dos sujeitos. Esses saberes foram considerados relevantes para os estudos acerca da construção social da pessoa por conceber o sujeito como submetido a necessidades simbólicas específicas da sociedade em que se insere e porque conceitualizam o que são os fenômenos característicos da interioridade moral no campo dos saberes ocidentais (DUARTE, 1997; FIGUEIRA, 1981; RUSSO, 1993, 2002; SALEM, 1992).

2 Todas as palavras, expressões e frases que estão em itálico (salvo as de língua estrangeira) se referem a enunciação dos interlocutores, e se seguirão, no corpo do texto ou em nota, da explicação de sua significação.

quisa³, que são os psicanalistas lacanianos vinculados à Associação Mundial de Psicanálise (AMP)⁴ e os profissionais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), em Campinas (SP). Buscamos descrever as noções de *política* articuladas pelos interlocutores das pesquisas que aparecem em relação direta aos modos de subjetivação resultantes das terapêuticas.

A partir da ideia de *política* acionada pelos atores, observamos como as políticas neoliberais do Estado estão pautadas em práticas de governo da vida/saúde da população. Apesar de tratarem de contextos distintos, em comum às etnografias estão a Reforma Psiquiátrica, os saberes psicanalíticos e a elaboração de práticas de cuidado atreladas a noções de *singularização* e *responsabilização* dos *analistas/usuários*⁵. Assim, propomos a análise de um modo de produção de subjetivação que envolve, além de fatores psíquicos, um conjunto de técnicas e saberes que atuam na modulação dos corpos, sujeitos e relações sociais. Etnografar essas experiências permitiu apreender os diferentes modos pelos quais nossos interlocutores se relacionam com a política a partir da produção de subjetivação.

Desse modo, apresentamos uma descrição analítica da produção de conhecimento psicanalítico, da política e dos modos de subjetivação a partir da etnografia realizada em instituições de formação de psicanalistas como a Escola Brasileira de Psicanálise-Seção São Paulo (EBP-SP) e a *Escuela de la Orientación Lacaniana* de Buenos Aires (EOL), ambas filiadas à AMP.

A pesquisa de campo foi realizada entre 2011 e 2013 nas cidades de São Paulo e Buenos Aires, por intermédio de observação participante em seminários, cursos, eventos, grupos de estudo, entrevistas com psicanalistas-membros, além das conversas e interações com *analistas em formação* na instituição. Destacamos a pesquisa bibliográfica referenciada pelos interlocutores como dado etnográfico, o que levou a análise de livros, artigos e periódicos publicados pelas Escolas.

O acompanhamento da produção teórica evocada pelos interlocutores foi importante porque, nela, pode-se observar o imbricamento entre teoria e prática clínica e, com isso, acessar os aspectos morais e técnicos que atravessam a produção de conhecimento e modos de subjetivação decorrentes de uma *política* aplicada à prática terapêutica (ANTONIO, 2015). Os membros das Escolas consideram *políticas* as ações e discursos contra a autoridade hegemônica

3 Pesquisas financiadas, respectivamente, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

4 A Association Mondiale de Psychanalyse (AMP), foi fundada em 1992, em Paris, por Jacques-Alain Miller, genro de Lacan. De caráter internacional, agrega oito Escolas espalhadas pelo mundo e integra mais de 1900 membros.

5 O termo *analista* utilizado pelos psicanalistas lacanianos refere-se ao sujeito que se submete à análise. Os substantivos usuário, morador, paciente, em itálico, são termos acionados pelos interlocutores para se referirem às pessoas cuidadas em serviços da rede de assistência do SSCF.

dos saberes biomédicos e suas padronizações diagnósticas, e a defesa da desmedicalização e do inconsciente como *locus da singularidade*, partindo de uma concepção de sujeito determinado pelas relações sociais e pelos sistemas simbólicos, portanto, não redutível ao materialismo neurológico.

Com a etnografia realizada no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), constatamos um contingente importante de profissionais formados, em formação e/ou membros da EBP-SP, o que nos possibilitou observar ligação entre as práticas de cuidados, a produção e a transmissão de saber psicanalítico nos serviços públicos de saúde. Esta pesquisa de campo foi efetuada entre os meses de março de 2011 e maio de 2012 com os profissionais da equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), da Comissão de Acompanhamento do Convênio, da Comissão de Moradias, em um curso de capacitação e em um evento comemorativo dos 20 anos do SRT.

Além da leitura da produção bibliográfica dos profissionais, parte importante da pesquisa de campo foi dedicada aos documentos institucionais (a exemplo, os projetos terapêuticos, os prontuários, os encaminhamentos, os planos de metas dos serviços). Esta análise documental permitiu compreender a elaboração das práticas de cuidado pautadas em informações minuciosamente registradas sobre o que os profissionais entendem por “*singularidade* dos usuários”. Essa forma de produção cotidiana de um cuidado *singular*, segundo os interlocutores, pretende subverter a lógica da psiquiatria biomédica, pautada na elaboração de protocolos de ação a partir de um diagnóstico generalizante.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica insurgiu, a partir da década de 1960, em países como Inglaterra, Itália e França, chegando ao Brasil na segunda metade da década de 1970. A proposta era implementar novas políticas públicas de assistência aos pacientes psiquiátricos e tecnologias de cuidado alternativas, com a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços regionalizados. A luta contra a exclusão social, segregação, violência e abandono associados às instituições asilares voltadas às doenças mentais era sustentada por um modelo de cuidado que diminuísse o sofrimento humano e desenvolvesse autonomia do paciente.

As propostas críticas de reformulação da estrutura tradicional psiquiátrica se dirigiam, principalmente, aos efeitos de normatização que consideravam o louco um sujeito incapaz e tutelado. Portanto, parte importante da mobilização está/estava na sensibilização da sociedade em compreender e aceitar pessoas com diferentes estruturas psíquicas, sem exigir adequação a padrões de “normalidade” ou internação em asilos. Com isso, a “cidadania do louco” torna-se uma das principais reivindicações da reforma psiquiátrica (GOLDENBERG, 1996; FIGUEIREDO, 2000; TENÓRIO, 2000).

As etnografias aqui exploradas nos mostram como psicanalistas e demais profissionais envolvidos nestes contextos mobilizam e explicam a ideia de *política*, *ação política* e *fazer política* como ações conectadas às práticas criadas no processo de Reforma Psiquiátrica. Se na EBP-SP e na EOL a *ação política* é entendida como decorrente da *experiência analítica*, voltada à valorização da *singularidade* e *responsabilização* dos *analistas/usuários* (ANTONIO, 2015), no SSCF a *política* aparece como inseparável da prática de cuidado, que se materializa em ações que promovem a participação do *usuário* na construção do seu Projeto Terapêutico Individual (PTI) (SARTORI, 2019). Com isso, a *política* que direciona e compõe as ações de cuidado *singulares* aparece como causa e efeito do processo de Reforma Psiquiátrica.

Ao questionarem a assistência psiquiátrica pautada em internação hospitalar e na medicalização por meio de protocolos diagnósticos, os atores reformistas elaboram um cuidado individual que direciona a vida dos sujeitos. Desse modo, ao descrevermos o processo de individualização como resultado da Reforma Psiquiátrica, observado nos campos de pesquisas, destacamos a influência de um modo de subjetivação que resulta de ações terapêuticas de psiquiatras, psicanalistas e psicólogos e suas abordagens teóricas, neste caso específico, a psicanálise lacaniana.

A partir disso, propomos como eixo de problematização que atravessa as duas etnografias a análise de uma ideia de *política* vinculada a processos de individuação que estão associados à prática de cuidado *singularizado* pautada na *responsabilização* dos sujeitos por si mesmos e seu tratamento. Consideramos que o indivíduo, como ente absoluto e atomizado, não existe em si mesmo como realidade concreta e destino do ser, mas sim como um devir resultante de processos sociais específicos (SIMONDON, 1992; DUMONT, 1992)⁶. Assim, adotamos o termo subjetivação, que remete à concepção de modos e processos, para pensar as conexões e relações de sentidos tecidas em sua produção, entendida como um fluxo que transita entre relações externas e internas, entre a psique e a coletividade.

Seguindo este raciocínio, buscamos analisar como os praticantes da psicanálise e os *profissionais* do SRT produzem subjetivação e *política* por meio de saberes e ações terapêuticas, por exemplo, ao mostrar como a *singularidade* é descrita, registrada e instrumentalizada por intervenções terapêuticas que associam autonomia com *responsabilização* dos *usuários*/

⁶ Este processo de individuação é entendido aqui a partir da definição de Simondon (1992), que critica uma espécie de substancialismo que afirma o princípio de individuação como atributo intrínseco ao indivíduo. Na ontogênese proposta pelo autor, a questão fundamental não é saber o que é um indivíduo, mas como ele veio a ser, ou seja, analisar o processo pelo qual ele continuamente individualiza-se. Esse processo é entendido como um fluxo que transita entre relações externas e internas, entre a psique e a coletividade. O processo de individuação segue a conjunção de operações físicas, biológicas, mentais e sociais.

analísantes não só pelo seu sofrimento como pelo seu tratamento. Isso evidencia um dispositivo incisivo de governamentalidade sobre os pacientes das terapêuticas psi, o que torna o campo da saúde mental uma esfera privilegiada para se pensar a intrincada rede de relações entre a clínica/cuidado e a produção política de formas de subjetivação (FOUCAULT, 2010).

Para tanto, dividimos o artigo em três partes. Na primeira, apresentamos a análise do modo como os saberes da psicanálise lacaniana fundem uma concepção de *política* ao processo de subjetivação a partir da mobilização terapêutica de noções como *singularização* e *responsabilização* dos sujeitos. Na segunda, descrevemos como as práticas de cuidado e *manejo* são elaboradas como uma forma de ação *política* que parte da *singularização* dos *usuários* do SRT. Na última parte, explicitamos o contexto da Reforma Psiquiátrica como o campo no qual analistas e demais profissionais produzem política e subjetivação.

A POLÍTICA DO INCONSCIENTE

Lacan afirma: “*Não digo ‘a política é o inconsciente’, mas simplesmente ‘o inconsciente é a política’*”⁷. Com esta proposição, define-se que a *política* não seria apenas um campo de manifestação das relações de poder extrínsecas ao sujeito, mas sim um campo mediado por arranjos psíquicos, fantasias, desejos, sonhos, angústias, recalques. É próprio do saber psicanalítico esta diluição da fronteira e implicação mútua entre social e individual⁸: não há inconsciente sem sociedade, assim como não há relação social que não esteja orientada pelos afetos psíquicos dos sujeitos. A perspectiva lacaniana radicaliza esta proposta ao reler a obra freudiana a partir do estruturalismo levistraussiano, da filosofia hegeliana e da linguística saussuriana.

Lacan se destaca no campo psicanalítico por considerar que fatos agrupados como doenças mentais devam ser explicados em relação às determinações da linguagem, inerentes à vida social, estabelecendo oposição radical frente às práticas biomédicas. Na terapêutica, as palavras faladas sem intenção, murmuradas ou silenciadas constituem material de análise, já que defini-

7 Frase presente no Seminário 14, intitulado A Lógica da Fantasia (1966-1967), ainda não publicado no Brasil.

8 A relação entre indivíduo e sociedade está na base da teoria elaborada por Freud. Para ele, a psicanálise se distingue ao considerar os transtornos e sofrimentos como imanentes à divisão do sujeito em consciente e inconsciente, resultante da vida social. Ao partir desse pressuposto, desenvolveu a tese de que a formação do inconsciente seria decorrente do “contrato social”, que exige a repressão dos desejos e *pulsões* individuais. A necessidade de manter os laços sociais exige *recalcar* inquietações íntimas, que retornam na forma de *sintomas* (FREUD, 2014).

das como expressão do inconsciente, como o que escapa ao controle do Outro⁹.

A virada estruturalista da psicanálise lacaniana consiste, portanto, na busca das expressões e subjetivações dos referenciais simbólicos, e isso implica compreender o sujeito em um contexto sociocultural determinado, imerso em relações que preexistem e marcam a linguagem, os valores, as relações, as condutas e a noção de si (FOUCAULT, 2002, p. 329).

A retórica da *subversão* do sujeito via psicanálise é atualizada no contexto de surgimento da psicanálise lacaniana na década de 1960, na França. Sob forte influência da linha freud-marxista, a proposta de Lacan foi desenvolver uma leitura hegeliana da psicanálise, voltada à subversão do sujeito cartesiano e contra a psiquiatria tradicional, encontrando seguidores entre os que criticavam o autoritarismo e a hegemonia de certas instituições político-sociais.

No Brasil, a partir da década de 1970, sob a influência de psicanalistas argentinos, que migraram fugindo da ditadura militar, fomentou-se uma postura politizada entre psiquiatras e psicólogos que buscavam formação alternativa à psicanálise ortodoxa, o que fez engrossar o número de adeptos da abordagem de Lacan (RUSSO, 2002)¹⁰. Tal postura crítica se associou ao discurso contra as ortodoxias médica e psiquiátrica nas instituições asilares proferido por diferentes trabalhadores do campo da saúde mental. Este movimento envolveu diretamente muitos psicanalistas lacanianos no processo da Reforma Psiquiátrica, com propostas de transformações no tratamento dos pacientes, agora chamados *usuários*, resultando na criação das Terapias Comunitárias e dos Centros de Atenção Psicossociais (FIGUEIREDO, 2000).

O saber e a prática psicanalítica, segundo os interlocutores que atuaram no processo de desinstitucionalização e na criação de outros modos de assistência pública, foram responsáveis por flexibilizar a autoridade do médico/psiquiatra ao estender a capacidade de *escuta analítica* a outros atores, chamando a atenção para a necessidade do envolvimento de todos do campo da saúde mental nas reformulações dos modos de cuidado e atenção aos *usuários*.

9 O *Outro* é a estrutura da linguagem, refere-se ao campo do social, da cultura; é a instância mediadora da relação entre o “eu” e o outro. Assemelha-se à noção de inconsciente de Lévi-Strauss. A linguagem, para Lacan, opera independentemente, fora do controle do indivíduo, pois certas palavras e expressões que se apresentam enquanto ele fala ou escreve nem sempre estão de acordo com a sua vontade. Tais palavras e expressões são selecionadas em um *Outro* lugar que não na consciência (FINK, 1998, p. 32).

10 Foi na segunda metade da década de 1970 que surgiram os primeiros grupos de formação psicanalítica não vinculados à *International Psychoanalytical Association* (IPA) no Brasil e constituiu-se o que pode ser chamado de lacanismo brasileiro, como o Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, fundado por Magno Machado Dias e Betty Milan; e em São Paulo, o Centro de Estudos Freudianos, liderado por Luiz Carlos Nogueira. Além de psicanalistas argentinos exilados em razão do acirramento da ditadura militar, houve o retorno de psicanalistas que fizeram formação na França, além da disseminação da teoria lacaniana nos cursos de psicologia da USP. A intensa difusão da psicanálise lacaniana no meio psicológico e leigo fez proliferar instituições que respondiam a uma demanda de profissionais não médicos pelo título de psicanalista, possibilitada pelas associações lacanianas (RUSSO, 2002, ANTONIO, 2015).

Este foi o contexto teórico acessado pela etnografia realizada em instituições lacanianas de formação de psicanalistas situadas em São Paulo (EBP-SP) e Buenos Aires (EOL). Ao cotejar a interlocução dos membros das instituições com suas produções teóricas, a pesquisa analisou a relação entre produção de saber e de formas de subjetivação operacionalizadas pela psicanálise no âmbito da saúde mental (ANTONIO, 2015). Será explorada, aqui, parte dos dados colhidos no trabalho de campo referente à concepção de *política* mobilizada pelos psicanalistas vinculados às Escolas, uma espécie de “ontologia política” elaborada pelos interlocutores a fim de determinar a postura que o *analista* deve assumir seja na clínica particular seja nas redes públicas de assistência psiquiátrica.

Lacan (1997) situou a potencialidade política de sua teoria na ética de seu modelo terapêutico, entendido como crítico à alienação do “eu” aos ideais de satisfação determinados pelo capitalismo. A ética da psicanálise seria conduzir o *analisante* à desconsideração do ideal de felicidade ligada à concepção de uma *falta estrutural* como condição subjetiva inescapável. Aos psicanalistas caberia evitar a posição que Lacan chamou de “*pastoral analítica*” (1997, p. 374), que significa livrar o *analisante* de “*uma esperança imaginária de satisfação total e absoluta que não vai acontecer*”, como explicou uma psicanalista da EOL.

Ao longo da etnografia, os membros operacionavam uma ideia de *ação política* a partir do conceito de *causa analítica*, definida como a defesa do desejo em sua forma *singular*, fora das determinações do *Outro*. Assim, a diferença entre a ética da psicanálise e da psicologia, afirma Julio¹¹, membro da EBP-SP, é que “a experiência trágica da vida tem a ver com a dor de existir. A análise deve levar o sujeito a compreender isto: *não existe felicidade, não existe eliminação total do sofrimento, isso tudo é ilusório*”.

Nesse contexto, a política aparece indissociável da experiência analítica, que promove uma concepção de sujeito cindido pela impossibilidade de satisfação de seus desejos e afetado pelas contradições inerentes à vida em sociedade. O acesso à própria *singularidade* depende da assimilação da falta estrutural e, por mais paradoxal que possa parecer, os interlocutores afirmavam que assumir essa “condição desejante” como destino subjetivo inescapável, seria assumir postura crítica à alienação capitalista. Como explicou Alejandra, psicanalista membro da EOL: “*Imagina uma pessoa que consiga falar, com toda tranquilidade e segurança, ‘Eu sou assim, e pronto! Este é meu sintoma!’*. É muita liberdade e autonomia. *Se reconhecer no próprio sintoma, entender que ele é parte de você, isso faz uma revolução na cabeça e na vida da pessoa.*”

¹¹ Todos os nomes atribuídos aos interlocutores são fictícios, a fim de garantir-lhes o anonimato, salvo as referências de publicações.

Essa é a política da psicanálise”. Esta premissa implica desconhecimento prévio de si por parte do sujeito, e a gestão do sofrimento depende da forma como o *analisante* se envolve tanto com o psicanalista quanto com a terapia.

Segundo os interlocutores, a *política da psicanálise* objetiva tanto a subversão do sujeito em relação ao próprio sofrimento quanto a defesa de uma militância que os psicanalistas deveriam assumir contra a psiquiatria biomédica. A terapêutica lacaniana propõe a reversão de papéis entre médico e paciente; pois, nesta, é o *analisante* quem fala e detém o saber, e o psicanalista escuta e supõe saber sobre o inconsciente daquele.

O próprio termo “*analisante*” aparece em contraposição aos termos “*paciente*” ou “*analizando*” usado por outras abordagens, a fim de destacar o papel ativo no tratamento, o “*responsabilizar-se*” pela busca de compreensão de seus sintomas. A medicalização, por exemplo, é vista como medida que retira a autonomia e a *responsabilidade* do sujeito em relação ao seu sofrimento, além de padronizar o funcionamento psíquico a partir de categorias fixas presentes em manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM*).

Parte-se do pressuposto de que não existe um corpo/mente defeituoso que necessite de intervenção externa que imponha a cura, mas sim de um processo autorreflexivo, ainda que direcionado pelo *analista* no tratamento. Forbes (2010), um dos fundadores da EBP, afirma que a direção do tratamento psicanalítico deve partir da ideia de que há relação intrínseca entre inconsciente e *responsabilidade*, ou seja, o sujeito pode ser *responsabilizado* pelas expressões inconscientes desde que em tratamento, pois a clínica lacaniana tem como objetivo levar o sujeito a se responsabilizar pelas consequências de seu sintoma, colocar-se como protagonista da própria vida.

Essa *responsabilidade* que decorre da prática (auto)reflexiva que o *analisante* deve desenvolver com/sobre seu inconsciente aparece como um desdobramento da noção de responsabilidade jurídica. Nesta, primeiro o sujeito é livre, e por possuir livre-arbítrio torna-se responsável por seus atos; naquela, a submissão à *experiência analítica* é a condição fundamental para o sujeito se fazer responsável por si mesmo, dado o acesso às “*verdades de si*” que a terapêutica proporciona (e determina), e, só assim, o sujeito torna-se capaz de garantir a sua liberdade.

Tanto no sentido jurídico, quanto psicológico, o indivíduo está referido a um sujeito autônomo, senhor de si, agente e proprietário de sua vontade. Nessa chave, “*responsabilizar o sujeito* é um modo de lidar com a loucura diferentemente do direito – que desresponsabiliza o sujeito na figura da inimputabilidade – e da medicina – que para tratar torna-o objeto de uma intervenção – e, ao mesmo tempo, da moral, que o culpabiliza” (SILVA, 2005, p. 315).

O indivíduo é livre porque é proprietário de si mesmo; dono de si mesmo, pode responder a julgamentos em função de seus atos. Entretanto, esta autonomia e *responsabilidade* sobre si decorre, necessariamente, da submissão ao modelo de subjetivação que resulta da experiência analítica, que subjuga o sujeito, seu corpo, seu comportamento, seus sentimentos e atitudes a uma lógica de significação pautada nos pressupostos teóricos da psicanálise lacaniana. Assim, a problematização, aqui, não está no sujeito que adere a esta lógica no âmbito da clínica privada, mas na imposição desta ética terapêutica nos serviços públicos de saúde.

Em um seminário ocorrido na sede da EBP-SP, em março de 2011, uma psicanalista da instituição discorreu sobre a posição crítica da psicanálise em relação à noção de “saúde mental”, afirmando existir no discurso biomédico uma “generalização da saúde”, que tal generalização é o mote para o aumento desenfreado da medicalização no campo psiquiátrico.

Um debate seguiu à sua apresentação e uma psicóloga de um CAPS paulistano questionou de que maneira poderia não medicar no âmbito psiquiátrico se não há estrutura para tratar individualmente cada *usuário*: “como não se submeter a práticas generalizantes, a padrões de tratamento, aos remédios, à lógica da produtividade capitalista, quando não se tem espaço, tempo e recursos para oferecer um tratamento individualizado?”.

A medicalização, continuou ela, não seria feita porque se acredita que o *paciente* vai se curar, mas sim para amenizar o sofrimento de pessoas que não têm condições de se submeter a uma terapêutica como a psicanalítica, que “*exige muito tempo e dinheiro*”. Afirmou lidar cotidianamente com pacientes psicóticos de baixa renda que precisam estar aptos, o mais rápido possível, ao convívio social, já que todos os dias deviam ser capazes de voltar para casa, e, portanto, “se deve proporcionar a essas pessoas um mínimo de tranquilidade, para o convívio ao menos com seus familiares e cuidadores”.

Sua questão tinha tom de confrontação com os membros da Escola, como se estes estivessem mais voltados a discussões sobre o atendimento clínico particular, do que à realidade prática dos atendimentos institucionais. A psicóloga do CAPS instigava, sem sucesso, os membros da Escola a oferecer respostas efetivas sobre o que propunham para o atendimento público no campo da saúde mental.

Eric Laurent, um dos grandes expoentes da AMP, publicou, na década de 1990, um texto considerado leitura básica na convocação dos membros da Escola à militância e no qual apresenta o conceito de *analista cidadão*. Este conceito almejava apontar a importância de os psicanalistas não se limitarem à clínica particular e se envolverem nas redes de assistência psicossocial. Entre outras coisas, Laurent chamava a atenção para a necessidade de defesa das especificidades da técnica psicanalítica em oposição às técnicas medicalizantes na assistência

psiquiátrica:

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora. [...] Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e, por meio de publicações, por meio de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. (LAURENT, 1999, p. 8).

De acordo com a etnografia realizada por Sartori (2010) em um CAPS de Campinas, nele 60% dos profissionais eram orientados por sua formação em psicanálise lacaniana na condução de seu trabalho. As reuniões da equipe eram chamadas de *supervisão de caso clínico*¹², intercaladas entre um supervisor fixo e um convidado, conforme o *caso* abordado na reunião. Os supervisores, “Em sua maioria, são médicos ou psicólogos, mas necessariamente psicanalistas” (2010, p. 69).

Nas reuniões, cada integrante da equipe era escutado pelo psiquiatra/psicanalista no relato que elaborava sobre um caso determinado, no qual se misturavam a descrição da história de vida do *usuário* e os sentimentos/afecções/emoções/impressões suscitados no profissional ao longo do atendimento; o supervisor pontuava as interferências que a sua subjetividade implicava à assistência do *usuário* e orientava as ações terapêuticas que deveriam ser efetuadas.

Para Alba, psicanalista vinculada à EBP-SP, deve-se destituir o “gozo implicado à posição vitimizante”, presente nos *usuários* e na equipe de atendimento: “deve-se responsabilizar a todos pelos ganhos e perdas inerentes a esse tipo de atendimento”. É só com o envolvimento de toda a instituição com a psicanálise e seus princípios que se pode fazer emergir a autonomia do *usuário*. Assim, a proposta é introduzir, no lugar da postura distanciada do psiquiatra biomédico, a intersubjetividade de todos os trabalhadores da instituição com o *usuário*.

Os interlocutores colocavam que a Reforma Psiquiátrica pode induzir à confusão entre o “dotar de cidadania o louco” e deixá-lo sem atendimento clínico: “Olha, o psiquiatra deve cumprir o seu dever clínico. Ele não nega a clínica psiquiátrica, mas a instituição asilar, assistencialista, paternalista, tutelar, segregadora, torturadora e mortífera. Praticamos a clínica do

¹² *Supervisão* ou supervisão clínica é uma reunião que participa toda a equipe para discutir um caso clínico e a discussão dos casos novos (triados e acolhidos).

acolhimento”, esclareceu Renan, membro da EBP-SP quando solicitei que explicasse a diferença no atendimento antes e depois da Reforma. Segundo ele, “um esquizofrênico não deixa de sê-lo, mas deve aprender a controlar a incidência de surtos e, com isso, tornar-se uma pessoa mais ativa, produtiva, que consiga trabalhar e cuidar de sua vida”. Nessa perspectiva, a demanda por incluir socialmente o usuário está atrelada tanto a uma ideia liberal de produtividade quanto a uma ideia de autonomia dentro dos parâmetros psicanalíticos: ele deve assimilar sua condição incurável, e tal assimilação é a condição para tornar-se responsável por si mesmo, livre de qualquer tutela.

De acordo com Russo (1997), há três linhas que disputam a hegemonia e orientam os modelos de construção da pessoa no saber psiquiátrico: a primeira remete ao “sujeito biológico”, presente na psiquiatria biomédica; a segunda, ao “sujeito cidadão”, presente na psiquiatria militante da Reforma Psiquiátrica; e a terceira, ao “sujeito da singularidade”, que remete à “clínica da psicose” lacaniana. Em comum, esses “três sujeitos da psiquiatria” colocam em questão o problema do livre-arbítrio.

No caso do “sujeito biológico”, a racionalidade científica busca desvendar os processos mentais da vontade e intencionalidade humanas, a fim de domesticá-las. Para o “sujeito cidadão”, o livre-arbítrio é um ideal a ser conquistado com base nas noções de autonomia e liberdade. Finalmente, o “sujeito da singularidade” é responsável pelo questionamento da noção de livre-arbítrio, admitindo a impossibilidade da liberdade absoluta, na medida em que há uma dimensão de si que o constrange, a despeito de sua vontade. No contexto da Reforma Psiquiátrica, o “sujeito cidadão” e o “sujeito da singularidade” se fundem nas modalidades de atendimento e intervenção clínica: “Revolução interior e reforma psiquiátrica se encontram, tendo a psicanálise, senão como fio condutor, pelo menos como possibilidade de costura” (RUSSO, 1997, p. 18).

Com isso, estabelece-se um paradoxo inescapável. Como coloca Duarte (2013), no ocidente há tensão entre as ciências iluministas e as ciências românticas, e cada uma concebe o sujeito “bajo una o otra condición: individual, como uno entre todos sus semejantes; singular, como único, una totalidad en sí mismo” (DUARTE, 2013, p. 48). Enquanto decorrente das ciências românticas, a psicanálise defende a singularidade do sujeito, mesmo que essa totalidade em si mesmo não possa ser alcançada de fato, já que a mediação da escuta analítica para o acesso à verdade de si é fundamental.

A contradição entre um “não saber sobre si” e uma postura autônoma e *responsável* sobre si é própria desse “sujeito psicológico”, que antes de antagonizar com a noção de indivíduo moderno coaduna-se com ela, na medida em que se estabelece um consentimento da parte do próprio indivíduo de que existe, nele, uma essência “oculta” que deve ser acessada, mas por

meio de técnica especializada (SALEM, 1992). O processo de individualização perpetrado pela psicanálise consiste, justamente, na diminuição da diferença entre individualidade e singularidade, uma vez que o indivíduo, como cidadão, se pensa como um igual aos demais, ao mesmo tempo que *singular*, como uma totalidade em si. O liberalismo propõe essa junção na noção de indivíduo, e a psicanálise se constitui como um dispositivo terapêutico que atualiza essa lógica.

Assim, a *responsabilização* do sujeito, associada à categoria de cidadania, no sentido de emancipação social, tem como contrapartida a submissão psíquica aos postulados psicanalíticos. Vejamos como a equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) operacionaliza em suas práticas a lógica da *singularização* dos *usuários* como uma forma de “fazer política” ao inventar formas de reabilitação psicossocial alternativas ao asilamento manicomial.

SINGULARIDADE, MANEJO E TECNOLOGIA DO CUIDADO

Descrever como a subjetividade dos *usuários* tornou-se, por um lado, uma medida de avaliação da efetividade da Reforma Psiquiátrica e, por outro, um índice que possibilita calcular as ações de cuidado, como política de saúde mental destinadas à população em Campinas, é o foco explorado nesta parte por meio da etnografia sobre as modificações decorrentes do processo de reforma do modelo psiquiátrico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

As descrições tomam como base o discurso mnemônico dos profissionais que revelaram os rearranjos técnicos que produziram a reabilitação dos *internos* (pessoas que moravam no hospital psiquiátrico) com base na elaboração do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e na assistência em *Rede* (feito por meio de serviços que compõem o que atualmente é denominado de Rede de Assistência Psicossocial – RAPS). As ações reformistas do SSCF, implementadas durante a década de 1990, modificaram suas práticas de cuidado que passaram a ser mais individualizadas e a considerar a participação ativa dos *sujeitos*. Em decorrência da formação analítica, mais fortemente da psicanálise lacaniana, os profissionais do SSCF elaboraram práticas, que consideraram os conhecimentos psicanalíticos como a escuta terapêutica, a ideia de vínculo (que por vezes era comparada à relação de transferência), o PTI, o acolhimento e o *manejo terapêutico*.

A implementação das moradias no SSCF aconteceu antes da formalização em documen-

tos ministeriais que subsidiam a criação desse serviço¹³. Com as normatizações, que datam do início da década de 2000, as moradias se transformaram em Serviço Residencial Terapêutico (SRT)¹⁴. Após essa atualização, as moradias foram consideradas pelos profissionais um “dispositivo de saúde”, porque emergem como um espaço clínico, organizado em equipe e que produz e dissemina um conhecimento sobre a *singularidade* dos moradores.

As ações clínicas não se limitavam mais aos espaços hospitalares, ampliam-se para domínios como as residências terapêuticas. Seu objetivo não é a cura, mas o controle, o registro, o cálculo e a avaliação das intervenções terapêuticas para prevenir as crises, evitar as internações hospitalares e o gasto de recursos públicos (SARTORI, 2015). Pode-se afirmar que o processo de Reforma Psiquiátrica instituiu uma tecnologia de cuidado, elaborada a partir da noção de *singularidade* dos *usuários*, que articula procedimentos e saberes não somente psiquiátricos mas também clínicos, psicológicos e geriátricos, em intervenções de acompanhamento (controle contínuo), monitoramento (vigilância a distância) e gestão com o objetivo de governar¹⁵ (FOUCAULT, 2011b, p. 53) a conduta e o projeto de vida.

Segundo os interlocutores de pesquisa, o deslocamento do cuidado do hospital para as residências, implicou o investimento da equipe na preparação dos internos para a experiência de organização da casa, preparo dos alimentos, gerência do dinheiro, da medicação, do cuidado com a higiene pessoal e com as vestimentas. A maioria dos *usuários* tinha um percurso institucional de anos de internação, e as dificuldades com essas novas experiências eram diversas. Segundo os profissionais do SRT, o processo de reabilitação, que era avaliado a partir da permanência do *usuário* fora do hospital, tornou-se mais efetivo depois da substituição progressiva do tratamento coletivo (da ala hospitalar) por um cuidado individual, organizado pelo *profissional* de referência responsável pelo estabelecimento de uma relação de vínculo. Institucionalizada em 1997, essa relação permitia ao *profissional* elaborar um saber acerca da *singularidade* do *usuário* e convertê-lo em informações que eram descritas no PTI.

O documento do PTI dispõe e especifica as metas elaboradas em conjunto com o *usuário*, que, nessa relação, torna-se um agente *responsável* pelo seu processo terapêutico ao expor

13 A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, regularizou os SRTs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

14 Em 2012, a equipe do SRT era composta por 156 profissionais, em sua minoria técnicos graduados (3 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 7 enfermeiros, 3 médicos clínicos) e em sua maioria técnicos (28 auxiliares de moradia, 7 auxiliares e 40 técnicos de enfermagem, 42 monitores, 8 coqueiras, 4 roupeiras, 2 assistentes administrativos, 2 gerentes, 6 empregadas domésticas) que assistiam 29 moradias.

15 Segundo Foucault, as ações de governo são estratégias, mecanismos ou procedimentos para dirigir os homens. Suas táticas compõem o Estado e acionam dispositivos de segurança para administrar os riscos, antever os acontecimentos e controlar a população, que se transforma em alvo das políticas (2006, p. 303).

os seus desejos, sofrimentos e demandas para o profissional, que discutirá em equipe a direção das intervenções de cuidado. O *usuário*, ao reivindicar as suas necessidades/desejos como uma forma de “integração social e não como um princípio de insurreição” (DONZELOT, 2001, p. 63), posiciona-se de maneira ativa, participativa, e alia-se ou adere (o mesmo que concordar com) ao cuidado.

Conforme afirmou uma interlocutora de pesquisa, Emelice Bagnola (enfermeira, psicanalista, especialista em gestão pública) no Encontro Comemorativo de 20 anos do SRT, o processo de reabilitação é mais eficaz se o profissional, na construção do Projeto Terapêutico Individual, considera as informações acerca da subjetividade do *usuário* (BAGNOLA, 2011).

Para ela, a subjetividade é construída de diferentes maneiras: criando relações de vínculo e de afeto com os *usuários*, proporcionando espaços de atividade e de aprendizado, na circulação e no convívio com outras pessoas no grupo de música, na oficina de culinária, no cuidado com o corpo no grupo de salão de beleza, nos acompanhamentos terapêuticos para comprar algum objeto que precisem, em passeios e viagens. Nesse contexto, os profissionais consideravam as *práticas de produção de subjetividade* as orientações para o preparo das refeições, as ações que tinham por objetivo ensiná-los a cuidar de sua higiene pessoal, a utilizar o transporte coletivo e a administrar o benefício, os acompanhamentos e as instruções sobre a forma segura de circular pela cidade.

Percebe-se que, para os profissionais, a subjetividade é o resultado das relações experimentadas pelos *usuários*. Antes, no hospital psiquiátrico, o *interno* era subjugado a um processo de subjetivação que o tornava passivo, sujeito a uma autoridade médica que utilizava altas doses de medicação calculadas por meio de protocolos de diagnósticos. A reforma e a crítica sobre a homogeneização dos indivíduos em classificações mórbidas provocaram, segundo os profissionais, modificações na função do hospital de investigar a causa das doenças e seus tratamentos, para a função de acolhimento da crise, de “produção de saúde”, de “produção social” e econômica dos *usuários*.

Nesse processo de mudança e de criação de outras formas de cuidado, que não investem mais na cura da doença e não têm como fundamento apenas o saber médico, as intervenções terapêuticas são formuladas a partir do saber do *usuário* a respeito de sua *singularidade*. Esse saber, que no SRT é discutido e organizado em equipe, é adquirido a partir da instauração de uma relação de *responsabilidade* e de vínculo. Observa-se o modo de funcionamento desse saber na elaboração do *manejo terapêutico* realizado em equipe e que parte de uma demanda *singular* detectada por meio da prática da escuta terapêutica estabelecida em uma relação de vínculo (ou de comprometimento e de confiança) com o *usuário*.

O *manejo terapêutico* é uma forma de proceder ou de se comportar com vistas a um objetivo, que de forma geral pode ser a diminuição de um sofrimento resultado de sintomas psiquiátricos ou de efeitos colaterais da medicação, mudanças de hábitos ou comportamentos com a intenção de evitar crises e/ou internações hospitalares, ações de “redução de danos” no uso de substâncias psicoativas, orientações para viver de forma saudável referentes à alimentação, à prática de atividades físicas e ao convívio social. Os *usuários*, nesse processo de subjetivação, são guiados na direção de uma postura ativa e participativa, e capacitados para se autoavaliarem e exporem os seus desejos, necessidades e projetos de vida.

A prática do *manejo terapêutico*, segundo interlocutores da pesquisa, refere-se, justamente, a estas ações calculadas para dirigir e orientar o comportamento e a vida dos *usuários* nas moradias. No SRT, os profissionais afirmavam orientar o tratamento a partir de uma tecnologia de cuidado implicada à *clínica do detalhe*. Esta é composta pela interação da *clínica do cuidado* e da *clínica da reabilitação* psicossocial.

A *clínica do cuidado* assiste os *usuários* observando e controlando os seus problemas clínicos; suas intervenções terapêuticas incidem sobre os problemas crônicos (diabetes, hipertensão, sobrepeso, sintomas psiquiátricos); avaliam e ajustam a medicação, procuram controlar a alimentação, realizam procedimentos (caso dos exames de rotina), monitoram a higiene da casa e dos *usuários*, e assistem os casos de urgência (uma parada cardiorrespiratória, por exemplo). Na *clínica da reabilitação*, o que se busca é operar um cuidado que possibilite ao *usuário* viver na comunidade, produzir relações e circular em espaços exteriores ao hospital psiquiátrico.

Em 2011, em um evento organizado pela equipe das moradias para comemorar os 20 anos do SRT, Vera (psicóloga e psicanalista que trabalha no SSCF há 15 anos) apresentou o caso do *usuário* Olavo, identificado pela equipe em um contexto de risco, com excesso de peso e diabético. No depoimento de Vera, foi possível observar o funcionamento da equipe ao propor intervenções decorrentes da consideração da diabetes de Olavo como incontrolável. A equipe começou a investigar as causas desse descontrole clínico e descobriu que Olavo ingeria, quando os profissionais não estavam por perto, alimentos com grande quantidade de açúcar e gordura.

Conforme contou Vera em 2012, Olavo era um senhor de 63 anos nascido no interior de São Paulo que estudou até a sétima série e trabalhou como agricultor e na construção civil. Ele apresentou os primeiros sinais de transtorno mental entre os 16 e 18 anos, ao sentir que tinha (nas palavras dele) “problemas na cabeça, as mãos tremiam, escutava vozes, via bichos na parede e bebia”. Ele foi internado em vários hospitais da região de Campinas. Em sua primeira internação no SSCF, em 1992, permaneceu por um mês e foi diagnosticado como esquizofrêni-

co. Houve outra internação em 1993. Em janeiro de 1997 foi encaminhado para o “lar abrigado” (primeira moradia do SSCF, fundada em 1991). Em 2004, mudou-se para uma moradia, onde vivia sozinho.

A primeira estratégia de *manejo* da equipe, conforme explicou Vera, foi retirar da residência todos os produtos que Olavo não poderia ingerir (como sorvete, fritura e doces). Mesmo os *profissionais* explicando os danos que esses alimentos poderiam causar em sua saúde, ele resistiu a essa ação e “entrou em crise” manifestando sintomas/sentimentos de perseguição em relação à equipe. Essa ação foi avaliada como não efetiva e a equipe se reuniu para elaborar uma nova estratégia.

Vera sugeriu acompanhar Olavo em suas compras de supermercado, para orientá-lo sobre quais produtos poderia comer e as consequências da ingestão de alguns alimentos que poderiam agravar a sua diabetes. Vera tinha por objetivo ensinar e apresentar outros produtos “mais saudáveis” que poderiam substituir aqueles que Olavo não podia mais comer. A equipe julgava necessário que o *usuário* participasse do processo de mudança para conseguir sustentar esse novo hábito alimentar, que “produzia saúde” ao invés de “agravar a sua doença”. Essa estratégia, além de mobilizar um discurso de prevenção que aciona táticas de controle como “convencimento”, “conscientização” e “sensibilização”, procura fazer dos *usuários* autores das ações que vão orientar seus hábitos alimentares (ou comportamentos e desejos).

Vera e a equipe julgavam necessário partir da *singularidade* de Olavo para criar as intervenções terapêuticas, ou seja, explorar sua subjetividade e capacidades para alcançar os objetivos da instituição e dos poderes públicos (“produzir saúde”). A operacionalização da tecnologia de cuidado no SRT pôde ser observada em ações elaboradas, por meio da *singularidade* e *responsabilização*, e avaliadas conforme seus efeitos. A racionalização das informações sobre os *usuários*, registradas em documentos, permite que os profissionais elaborem um cálculo sobre as experiências consideradas efetivas ou não efetivas como práticas de *cuidado*.

Essas diferentes formas de registro, ou “procedimentos de inscrição” (ROSE; MILLER, 2012, p. 44) ou “tecnologia de informação” (SCHIOCCHET, 2015, p. 7), permitem aglutinar e disseminar as informações para a avaliação em equipe, transformando os dados *singulares* em conhecimento que dialoga com os discursos político e teórico que autorizam o *cuidado* e as práticas de governo. De acordo com Rose (1988, p. 31), a “subjetividade faz parte dos cálculos das forças políticas”, assim a estratégia de *manejar* a vida dos *usuários* no SRT, utilizando como ponto de partida os seus desejos (e tornando-os mais saudáveis), expõe o funcionamento de intervenções terapêuticas pensadas para regular as subjetividades e suas capacidades.

REFORMA PSIQUIÁTRICA, POLÍTICA E SUBJETIVAÇÃO

O contexto de articulação dos dois campos etnográficos aqui descritos é a Reforma Psiquiátrica (RP), bem como o modo como psiquiatras, psicanalistas e demais profissionais envolvidos no campo da saúde mental articulam política, práticas de cuidado e produção de subjetivação. No Brasil, a RP ganhou contornos importantes e tornou-se referência nos parâmetros de atendimento em saúde mental de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Formalizada pela Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), promoveu a desinstitucionalização dos *internos*, que moravam nos hospitais psiquiátricos, por meio da implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Tanto para os psicanalistas da EBP-SP quanto para os profissionais do SSCF, a *política* está articulada à prática clínica, no sentido da participação ativa dos *analisantes/usuários* no processo de elaboração das ações terapêuticas. Sem a *responsabilização* dos *analisantes/usuários* pelo seu próprio tratamento, não existe a possibilidade de autonomia no controle de seu sofrimento.

Para os profissionais do SSCF, a *singularidade* dos *usuários* é transformada em informações que são registradas em documentos institucionais como os prontuários, PTI e relatórios que servem para elaborar uma tecnologia de cuidado que articula *manejos*, saberes e avaliações. Assim, no SRT as ações de cuidado têm por objetivo possibilitar ao *usuário* “estar no mundo” e gerenciar as suas idiossincrasias, os seus desejos e os seus projetos de vida. Além disso, ao considerar os *usuários* como sujeitos que participam da formulação de seu cuidado, os profissionais escutam as suas necessidades, demandas e vontades para pensar e elaborar as intervenções de governo que possibilitam a manutenção da Reforma Psiquiátrica.

A produção de um *cuidado* singular, no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), aproxima-se da ideia de tecnologias humanas, descritas por Rose (2001, p. 38) como agenciamentos práticos racionalmente calculados a partir de um objetivo consciente. As ações de cuidado, por um lado, operam uma estruturação detalhada dos corpos (as taxas de glicemia, pressão arterial, índice de colesterol), das multiplicidades humanas (alimentação, desejos e vontades), do espaço das moradias e por onde os *usuários* circulam, de suas atividades e relações por meio de procedimentos de observação e de julgamento (que aciona parâmetros que indicam se as taxas estão altas ou baixas), os resultados desses julgamentos são incorporados aos processos de avaliação com o objetivo de dirigir as condutas. E, por outro, o cuidado se configura como uma tecnologia polivalente e móvel, que aconselha e orienta os *usuários* acionando técnicas de confissão

e de práticas de autoinspeção. Nesse sentido, o cuidado torna a conduta e a subjetividade algo técnico, uma vez que ela pode ser capacitada e governada.

As informações detalhadas e registradas no PTI tornam inteligível a subjetividade e possibilitam a sua gestão (ROSE, 2011, p. 145). Desse modo, os *profissionais* elaboram ações estratégicas, por meio das informações dos *usuários* sistematizadas no PTI, para administrar seus desejos e suas subjetividades a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Nesse processo de *singularização*, os usuários do SSCF foram capturados por um regime de saber psi que possibilita o cálculo das subjetividades, dos desejos e das necessidades clínicas ou biológicas.

A *singularidade* do *usuário* é descrita como as informações que o compõem como sujeito, ou seja, sua história de vida, a história familiar, a manifestação dos sofrimentos, os desejos e o projeto de vida. A prática de *cuidado* articula procedimentos, informações e saberes psiquiátricos, clínicos, psicológicos e geriátricos em intervenções que visam a governar/direcionar (FOUCAULT, 2011a, p. 53) estrategicamente a conduta dos *usuários*. Assim, pode-se afirmar que a prática de *cuidado*, elaborada a partir das especificidades de cada *usuário*, é uma forma de registro da *singularidade* em uma linguagem burocrática. Isso possibilita a transformação do processo de subjetivação em dados visíveis, calculáveis, para obtenção e elaboração de ações de *cuidado*.

A *política* de cuidado, afirmada pelos interlocutores como direito do *usuário/analísante* de ter sua *singularidade* levada em conta no direcionamento terapêutico, refere-se à submissão do sujeito às experiências significadas de acordo com conceitos e categorias produzidas por modalidades de agenciamento dentro de padrões terapêuticos bem determinados, como a psicanálise lacaniana.

Para Deleuze e Guattari (2006), a “politização lacaniana” seria a expressão máxima da pretensão à universalidade dos preceitos psicanalíticos e legitima a opressão explícita do sujeito por meio da ligação entre política e inconsciente: “É uma espécie de prestidigitação em que a subversão do Sujeito supostamente dotado de saber torna-se submisso perante uma nova trindade transcendental da Lei, do Significante, da Castração” (2006, p. 290).

Segundo Lézé (2010), por mais crítica e subversiva que se pretenda, a psicanálise lacaniana resvala no arcaísmo que sustenta sua teoria originária, pautada na *castração*. E, com isso, a teoria e a prática lacanianas passam de revolucionárias e subversivas a reacionárias e conservadoras, pois produzem regimes de enunciação que impõem, aos sujeitos, a reorganização subjetiva de acordo com seus próprios preceitos.

Vale notar que esta noção de sujeito operacionalizada pelos psicanalistas, tanto nas Escolas, quanto no SSCF, coaduna-se com um ideal de cidadão sujeito autônomo e empoderado,

produtivo, protagonista de sua vida, e, conseqüentemente, de sua saúde mental, fundamental para efetivação da Reforma Psiquiátrica. Tal perspectiva está atravessada por pressupostos liberais que têm como substrato um arcabouço ideológico, político e econômico que considera as pessoas como indivíduos *responsáveis* por sua história, por sua condição social, por sua saúde psíquica e, principalmente, pelo inverso de tudo isso, que seriam os transtornos e sofrimento psíquico.

A internação em hospitais psiquiátricos exigia outra relação de *responsabilização*, não por parte do *usuário* ou da família, mas sim do Estado, do médico psiquiatra e dos técnicos a ele subordinados no controle do doente/doença mental. Já nas modalidades que embasam a trazida pela Reforma Psiquiátrica, a relação entre a família e os trabalhadores das unidades de assistência se intensificou, uma vez que dividem os encargos/*responsabilidade* pelos cuidados e controle do *usuário*.

Com isso, os psiquiatras e o Estado têm sua carga de responsabilização diluída pelas redes/setores de atendimento e pela difusão de técnicas de *escuta* terapêutica entre todos os técnicos envolvidos no cuidado, o que otimiza o atendimento, do ponto de vista dos profissionais psi, e enxuga os gastos e investimentos do Estado em políticas sociais. Mas, como mostram as etnografias aqui descritas, isso nada mais é do que a ilusão de deslocamento do poder sobre o usuário/paciente/louco, que antes estaria restrito aos médicos e agora deve ser internalizado pelo próprio sujeito, que precisa saber se controlar e se fazer produtivo para ter acesso à liberdade vigiada dos programa assistenciais.

A liberdade e a autonomia dos *usuários* permanecem submetidas ao reconhecimento, validação e controle dos médicos. Nesse aspecto, esta tecnologia de cuidado atua como dispositivo de irradiação da lógica liberal por intermédio da promoção de critérios meritocráticos de produtividade associado às concepções de cidadania, autonomia, *singularidade* e *responsabilização* dos *usuários*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou analisar a relação entre política e subjetividade articulada no campo da saúde mental, a partir dos dados de duas etnografias, uma referente às instituições de formação de psicanalistas, que traz elementos dos modos de produção e transmissão do saber *manejados* na clínica, e outra referente às instituições públicas de assistência com suas técnicas

de direcionamento da *reabilitação psicossocial*.

A ideia principal foi apresentar o modo como uma noção específica de política é articulada a processos de subjetivação que resultam de ações de cuidado e práticas clínicas específicas. A política, da forma como elaborada pelos interlocutores, fortemente influenciada pela teoria lacaniana, mostra o estabelecimento de ações clínicas/*cuidado* pautadas nas intervenções que buscam considerar e respeitar a *singularidade dos usuários*.

Destacamos, aqui, o modo como os psicanalistas e profissionais direcionam a vida dos *analistas/usuários* por meio de um processo de individuação que produz informações utilizadas para elaborar as intervenções de clínicas/*cuidado*, a gestão da população e a produção de subjetividades. Desse modo, noções como *responsabilização* e *singularidade* são acionadas e mobilizadas como um instrumento das ações de governo ou de manejo terapêutico dos *usuários/analistas*.

Ao produzir o *cuidado* a partir da fabricação e gestão do conhecimento sobre a subjetividade dos *usuários/analistas*, nossos interlocutores fazem *política* por meio de ações terapêuticas que promovem a *responsabilização* do sujeito no controle de seu corpo/mente, ainda que sob a autoridade do saber médico/psiquiátrico. O deslocamento do poder sobre o *usuário*, que antes estava restrito aos hospitais psiquiátricos e aos médicos, agora deve ser internalizado e incorporado pelo próprio sujeito, que precisa saber se controlar de forma adequada e se fazer produtivo para ter acesso à *cidadania*, ou, à liberdade vigiada dos programas assistenciais.

Considerando a potência e importância da Reforma Psiquiátrica, a crítica aqui estabelecida sobre as formas como psiquiatras, psicanalistas e demais profissionais conduzem as tecnologias de cuidado, articuladas às políticas estatais, busca não deslegitimar o movimento da Reforma em si mesmo, mas sim apontar o seu caráter reformista que, sob a alegação do esforço em se manter a estrutura de cuidado e acolhimento dos *usuários*, acaba também assegurando a atualização do controle e direcionamento da vida dos mesmos. As pesquisas nos permitiram pensar, justamente, até que ponto a necessidade de se aliar às políticas estatais não leva a um monitoramento contínuo da vida e comportamento de pessoas, por meio de novas formas de manipulação de informações, registros e dados sobre suas *singularidades*.

Cabe salientar que, no contexto em que as etnografias foram desenvolvidas, estávamos no avançado patamar de problematização da Reforma Psiquiátrica a fim de buscar seu aprimoramento, questionar a manutenção de estruturas revestidas pelo discurso psicanalítico de libertação e acolhimento, e atentar para a necessidade de práticas e técnicas de cuidado transformadoras, voltadas, de fato, para um modo de subjetivação potente e múltiplo, não pautado em uma noção liberal de indivíduo saudável, autocentrado, produtivo, comedido, normatizado.

Entretanto, no contexto atual, todos os avanços das/nas políticas públicas dos últimos anos estão colocados em risco por políticas promotoras de retrocessos significativos. Políticas de governo manicomial favoráveis ao isolamento e à medicalização, que beneficia financeiramente proprietários de hospitais psiquiátricos privados, foram defendidas por Valencius Wurch Duarte Filho e Quirino Cordeiro coordenadores de saúde mental no Ministério da Saúde, ainda nos governos Dilma Rousseff e Michel Temer, respectivamente.

Há também o caso do ex-Ministro da Saúde, Henrique Mandetta (escolhido pelo presidente Jair Bolsonaro), que assumiu o cargo em 2019, e algumas de suas medidas foram o aumento do número de leitos nos hospitais psiquiátricos e a consideração das Comunidades Terapêuticas (instituições privadas, em sua maioria, religiosas) como dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial a serem financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais medidas de financiamento e apoio de manicômios e instituições privadas colocam em xeque todo o projeto político de cuidado aqui exposto, pautado na dignidade e respeito aos *usuários* e profissionais envolvidos nessas instituições.

REFERÊNCIAS

1. ANTONIO, Maria Carolina Araujo. **A metonímia do desejo**: estudo etnográfico da clínica lacaniana em Londrina-Pr. 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
2. ANTONIO, Maria Carolina Araujo. O processo de individuação psicanalítico como modo de subjetivação em contextos neoliberais. **Mediações: Revista de Ciências Sociais**, v. 25, n. 3, p. 695–711, 2020.
3. ANTONIO, Maria Carolina de Araujo. **A ética do desejo**: estudo etnográfico da formação de psicanalistas em escolas lacanianas de psicanálise. 2015. 297 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) — Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.
4. BAGNOLA, Emelice Prado. Conversando com a história: ano 2001 a 2011. *In*: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: 20 ANOS DE HISTÓRIA, 2011, Campinas. **Anais [...]**. Campinas: Fundação Síndrome de Down; Ponto de Cultura Maluco Beleza, 2011. 5 DVDs. Comunicação oral em mesa redonda.
5. BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistência em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. [S.l.: s.n.], 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 11 jun. 2015.

6. DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Deleuze e Guattari explicam-se. *In*: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **A ilha deserta e outros textos**. São Paulo: Iluminuras, 2006. p. 277–92.
7. DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Trad.: M. T. da Costa Albuquerque; Revisão técnica: J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
8. DUARTE, Luiz Fernando. Dias. Antropología y psicoanálisis: retos de las ciencias románticas en el siglo XXI. **Culturas Psi**, v. 1, n. 2, p. 45–63, 2013.
9. DUARTE, Luiz Fernando Dias. A análise da pessoa moderna pela história e etnografia dos saberes psicológicos. **Cadernos do Ipub**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 1–10, 1997.
10. DUMONT, Louis. **Homo hierarchicus: o sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: Edusp, 1992.
11. FIGUEIRA, Sérvulo A. **O contexto social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
12. FIGUEIREDO, Gabriel. Reforma psiquiátrica: reflexões. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 35–35, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000100010&lng=en &nrm=isso. Acesso em: 12 dez. 2013.
13. FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
14. FORBES, Jorge. **Inconsciente e responsabilidade**. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
15. FOUCAULT, Michel. A “governamentalidade”. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta; Trad.: Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006. p. 281–305.
16. FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980: excertos**. Tradução e transcrição: Nildo Avelino. 2. ed. revista e ampl. São Paulo: Centro de Cultural Social; Rio de Janeiro: Achiamé, 2011a.
17. FOUCAULT, Michel. **Lacan, o “liberatore” da psicanálise: ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 329–30.
18. FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
19. FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011b.
20. FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização [1930]. *In*: FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Cia. das Letras, 2014.

21. GOLDENBERG, Jairo. **A clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Te Corá/IFB, 1996.
22. GUATTARI, Félix. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
23. LAURENT, Eric. O analista cidadão. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, MG, n. 13, p. 7–13, set. 1999.
24. LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7: a ética na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
25. LÉZÉ, Samuel. **L'autorité des psychanalystes**. Paris: PUF, 2010.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. [S.l.: s.n.], 2000.
27. ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & realidade**. Porto Alegre, RS, v. 26, n. 1, p. 33–57, jan./jul. 2001.
28. ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. *In*: ROSE, Nikolas (org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988. p. 30–45.
29. ROSE, Nikolas. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
30. ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. **Governando o presente: gerenciando a vida econômica, social e pessoal**. São Paulo: Paulus, 2012.
31. RUSSO, Jane. **O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993.
32. RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
33. RUSSO, Jane. Os três sujeitos da psiquiatria. **Cadernos do Ipub**, n. 8, p. 11–21, 1997.
34. SALEM, Tania. A despossessão subjetiva: dos paradoxos do individualismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 7, p. 62–77, 1992.
35. SARTORI, Lecy. **O manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
36. SARTORI, Lecy. **A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado: etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.
37. SARTORI, Lecy. Antropologia da política e “cultura de auditoria”: etnografia da política de financiamento em saúde mental. **Sociedade e Cultura**, v. 22, p. 196–217, 2019.
38. SCHIOCCHET, Taysa. Prefácio. *In*: FONSECA, Claudia, MACHADO, Helena (org.).

Ciência, identificação e tecnologias de governo. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.

39. SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127–150, 2005.
40. SIMONDON, Gilbert. The genesis of the individual. *In*: SIMONDON, Gilbert (ed.). **Incorporations**: zone 6. New York: Zone Books, 1992. p. 297–319.
41. TENÓRIO, Fernando. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 7, n. 1, p. 117–34, mar./jun. 2000.

Maria Carolina de Araujo Antonio

Bacharel e licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (2005). Mestrado (2010) e Doutorado (2015) em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos. Professora de Antropologia no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4384-6802>. Colaboração: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa empírica, Análise de dados, Revisão e Redação. E-mail: carol_araujo13@hotmail.com

Lecy Sartori

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (2006). Mestrado (2010) e Doutorado (2015) pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na Universidade Federal de São Carlos. Pós-doutora pela Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5304-3448>. Colaboração: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa empírica, Análise de dados, Revisão e Redação. E-mail: lecysartori@gmail.com