

## **Os sujeitos do Mal-estar: análise da narrativa de uma profissional da Rede de Atenção Psicossocial**

**The Subjects of Malaise: Analysis of the narrative of the Psychosocial Care Network Professional**

### **Xenia Rosemarie Campos**

Universidade Federal da Grande Dourados

E-mail: [xeniacampos@msn.com](mailto:xeniacampos@msn.com)

ORCID: 0000-0002-2867-2277

### **Conrado Neves Sathler**

Professor Associado da Universidade Federal da Grande Dourados

E-mail: [c.sathler@uol.com.br](mailto:c.sathler@uol.com.br)

ORCID: 0000-0003-0091-1042

### **Resumo**

O Objetivo deste trabalho é apontar como são construídas subjetividades decorrentes de práticas discursivas e não discursivas na Rede de Atenção Psicossocial e nas Comunidades Terapêuticas de uma cidade de porte médio da região centro-oeste. Apoiados na concepção foucaultiana de produção de subjetividades por meio de dispositivos ligados às Políticas Públicas, os autores buscam apontar como a nomeação do mal-estar e como as práticas das clínicas tradicionais, das intervenções psicossociais e das Comunidades Terapêuticas produzem discursos e sujeitos que as respondem como sujeito-dobradiça. A hipótese que dirige a investigação é a de que a Biopolítica se introduz em múltiplas modalidades nos serviços de Saúde como forma de governo das populações discriminadas. As narrativas postas em dois artigos e o memorial da autora, escritos para compor sua dissertação de Mestrado em Psicologia, realizado na Universidade Federal da Grande Dourados na linha de pesquisa Processos Psicossociais, foram resgatados e constituem o *corpus* desta investigação. A análise do material aponta a existência de conflitos entre os trabalhadores de Saúde frente à multiplicidade de agenciamentos da biopolítica e às resistências que emergem nos projetos de intervenção do Estado brasileiro.

**Palavras-chave:** Biopolítica, Poder (Psicologia), Saúde Pública, Subjetividade.

### **Abstract**

The objective of this work is to point out how subjectivities resulting of discursive and non-discursive practices are constructed in the Psychosocial Care Network and in the Therapeutic Communities of a medium-sized city in the midwest region. Supported by the Foucaultian conception of the production of subjectivities by means of devices, professional linked in public policies, the authors seek to point out how the naming of malaise and how the practices of: traditional clinics, psychosocial interventions and Therapeutic Communities produce discourses and subjects who respond then like hinged-subject. The hypothesis that directs the investigation is that the Biopolitics is introduced by multiple modalities in the Health services as a way of governing the discriminated populations. The narratives in two articles and the author's memorial, written to compose her

Master's dissertation in Psychology, carried out at the Federal University of *Grande Dourados*, in the line of research Psychosocial Processes, were rescued and constitute the *corpus* of this investigation. The analysis of the material points to the existence of conflicts between health workers in the face of the multiplicity of agencies of biopolitics and the resistances that emerge in the intervention projects of the Brazilian State.

**Keywords:** Biopolitics, Power (Psychology), Public Health, Subjectivity.

## Introdução

Há, no campo da Saúde Mental, alguns sintagmas que identificam o mal-estar: dor mental, sofrimento mental, sofrimento psíquico, transtorno mental e doença mental são alguns deles. Esses termos são pouco diferenciados e os profissionais os empregam por vezes de forma aleatória, mas, considerando as formações discursivas às quais se aproximam, há consequências concretas no uso de cada um deles.

Utilizaremos o sintagma “mal-estar” como expressão genérica para agrupar todos os termos especificados. O “mal-estar” foi recuperado da obra “O Mal-Estar na Civilização”, de Freud<sup>1</sup>. A pertinência do uso do “mal-estar” se dá pela abrangência, definida pelo autor, ao demonstrar que o ambiente, os outros e nós mesmos somos causadores de nossos sofrimentos e que somos constituídos por condições que não nos permitem escapar deles. Somos, portanto, sujeitos do mal-estar. Assim, adotamos esse sintagma para uma condição humana genérica e apontamos que a Psicanálise não trata dessas generalidades em sua intervenção clínica, mas institui uma subjetividade específica.

A subjetividade psicanalítica é instituída a partir da proposta de leitura do sujeito do inconsciente. Assim, partindo das concepções neurológicas para a compreensão das Afasias<sup>2</sup>, Freud constrói um modelo de interpretação que surge como Aparelho da Memória, se transforma em Aparelho da Linguagem até chegar à conformação de Aparelho Psíquico, no qual o inconsciente se define como um mecanismo que delinea as funções psíquicas de pensamento, memória, percepção, motivação, volição *etc*, à revelia do desejo consciente. Uma subjetividade dividida, incompleta e sem controle ganha, dessa forma, um espaço no discurso da Antropologia Filosófica sobre as formas de pensar o ser humano. Essa concepção inaugura uma intervenção clínica em forma de leitura dos funcionamentos psíquico e social e também uma epistemologia que, por ter linguagem própria, pode ser considerada um discurso fundador, uma nova discursividade.

O objetivo desta introdução é apontar as aproximações dos sintagmas com as formações discursivas ou ideológicas que os compõem para mostrar que esses sintagmas não estão soltos, mas se aproximam ou se filiam às formas de pensar e agir que atribuem sentidos às subjetividades. O sintagma “dor mental” é uma referência ao sujeito psicanalítico na medida em que expressa, principalmente na Psicanálise Inglesa, uma condição de impossibilidade de pensar os próprios pensamentos. Não temos a pretensão de tratar o termo com precisão, apenas buscar relacioná-lo a uma forma de conceber um sujeito. A dor mental se manifesta quando o pensamento tem tamanha intensidade que seu pensador não o suporta. A interpretação psicanalítica é que essa dor é uma reedição imaginária do abandono originário, um abandono maternal que é percebido como ameaça de morte pela criança<sup>3</sup>. Em maior ou menor grau, a condição de abandono nos afeta a todos.

Os sintagmas “sofrimento mental” e “sofrimento psíquico” apresentam em comum o substantivo sofrimento. Há predicados para esse substantivo. O “mental” o aproxima de uma concepção cognitiva ou, de forma mais abrangente, do orgânico que toma a mente como sinônimo de cérebro.

O temo psíquico, por sua vez, se aproxima das concepções de um aparelho de representação. Assim, o psíquico se opõe ao orgânico. O sofrimento, nesse caso, não é concreto, não é físico, mas uma representação psíquica. De qualquer forma, uma tônica se dá ao sofrimento e a consequência é uma concepção de um sujeito aflito, comparado a quem está condenado a uma pena.

A “doença mental” é uma construção histórica que parte da apropriação da loucura pela Medicina: a Psiquiatria, especialidade médica que considera os sintomas psiquiátricos resultados de distúrbios orgânicos. Isto é, a doença mental é tida como distúrbio funcional ou estrutural do Sistema Nervoso Central. Dessa forma, a doença seria de origem endógena, referida a alguma lesão de natureza anatômica ou fisiológica do tecido cerebral<sup>4</sup>.

O “transtorno mental” é o sintagma empregado no Brasil para designar os diagnósticos sindrômicos que constam do Manual de Classificações mais empregado pelos profissionais que trabalham nos mais variados campos voltados ao tratamento ou às medidas administrativas dos sujeitos desviantes das normas culturais vigentes. Essa nomenclatura é a escolhida para traduzir “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, do original inglês. A opção portuguesa é pelo léxico “perturbação” e, no Brasil, até a terceira edição revisada usava-se o léxico “distúrbio”. Seja no original inglês ou nas traduções brasileiras e portuguesas, percebemos a tendência para uma leitura disciplinar do comportamento. Mais diretamente, no original, percebemos que a ordem é que deve reger o comportamento e a (*Disorders*) desordem deve ser classificada como desvio.

O que importa na explicitação desses léxicos é o caráter de objetivação de uma construção. Vejamos como Foucault<sup>5:231</sup> se expressa:

Meu trabalho lidou com três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. O primeiro é o modo da investigação, que tenta atingir o estatuto de ciência, como, por exemplo, a objetivação do sujeito do discurso na *grammaire générale*, na filologia e na linguística. [...]Na segunda parte [...], estudei a objetivação do sujeito naquilo que eu chamarei de ‘práticas divisórias’. O sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros. Este processo o objetiva. Exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os “bons meninos”. Finalmente, tentei estudar - meu trabalho atual - o modo pelo qual um ser humano toma-se um sujeito. Por exemplo, eu escolhi o domínio da sexualidade - como os homens aprenderam a se reconhecer como sujeitos de ‘sexualidade’.

Pode-se abstrair dessa fala uma síntese explicativa de como os sujeitos são produzidos. Uma nomeação os coloca em uma ordem, um lugar social legitimado pela ciência, pela política etc. Em seguida, procedem as separações que atribuem pertencimentos e identidades afirmando: você é isto e não aquilo. Por fim, há práticas que colocam o sujeito em contato com aquilo que se definiu dele, articulando-o consigo mesmo.

O que dá a direção à formação das subjetividades é um feixe político. Um conjunto de discursos, epistemes, modelos de gestão e ciências de comportamento se instituem como governamentalidade<sup>6</sup> e os dispositivos biopolíticos<sup>7</sup> e necropolíticos<sup>8</sup> permitem-nos trabalhar com o pressuposto de que a medicalização se constitui como agenciamento do biopoder no controle das populações, sobretudo das discriminadas. Entendemos dispositivos como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos”<sup>7:244</sup>. Nesses termos, entendemos o

dispositivo como um operador metodológico que se comporta como chave produtora de visibilidades e dizibilidades, portanto útil na análise das práticas de objetivação das subjetividades.

### A análise das formas de objetivação na Rede de Atenção à Saúde Mental

Buscamos investigar, por meio da análise genealógica foucaultiana, como processos de institucionalização de sujeitos do mal-estar são encaminhados na Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade de porte médio do centro-oeste. Utilizaremos como *corpus* as narrativas profissionais postas tanto no memorial da segunda autora deste texto quanto no desenvolvimento teórico das escritas que compõem o relatório final de pesquisa de Mestrado em Psicologia da autora.

Escolhemos pequenos recortes acerca das práticas discursivas e não discursivas dos modelos de escuta nos procedimentos clínicos de acolhimento e consulta na abordagem queixa-conduta e, também, nos conflitos existentes entre as gestões da clínica nos projetos Consultório de Rua e Ament - Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental -.

Privilegiaremos dois aspectos dos modos de objetivação apontados acima<sup>5</sup>, a saber: (1) a objetivação do sujeito no discurso e (2) as práticas de si que permitem ao sujeito articular-se consigo mesmo e com a instituição que o captura. Partimos da conjectura de que a Rede de Saúde Mental se inscreve na Biopolítica e da Necropolítica enquanto signatárias das propostas de fazer viver e deixar morrer ou fazer morrer e deixar viver. A diferença entre os enunciados sobre vida e morte são entendidos como efeitos dos métodos empregados pelos Estado na gestão dos corpos. Se os Estados soberanos ou governos em regime de exceção eliminam os indesejáveis, o Estado moderno opera sob o poder de fazer viver. O fazer viver, enquanto exercício de poder, se liga às tecnologias disciplinares e de segurança e, nesse enquadre, localizamos nossas políticas de Saúde Mental, com todos os conflitos que a leitura do Racismo presente no deixar morrer ou no fazer morrer nos impõe na conjuntura atual de nosso país.

Por fim, ressaltamos que o processo contínuo de expressão e de enunciação no qual figuras de produção de sentidos se desenvolvem não implica em linearidade progressiva, retilínea e constante, visto que esse tipo de processo se dispõe em estratégias e é exercido em redes. Há resistências e todo poder é simultaneamente busca de uma posição de valor desejante e resistência a uma conjuntura que impede o sujeito de exercitar uma forma de existência. Assim, compreendemos o enunciado foucaultiano que afirma: “lá onde há poder, há resistência”<sup>9:105</sup>.

### Tornar-se “Psi”: Políticas em Saúde Mental

Ser sujeito do mal-estar, como vimos, é uma condição humana. Contudo, na busca de escapar de suas causas, o sujeito constrói recursos de enfrentamento e na gênese desses mecanismos, apoiados em Freud<sup>1</sup>, encontramos a repressão. Tudo que é prazeroso exige um esforço para ser alcançado. O mundo é insuficiente em recursos e todos são forçados ao trabalho para a manutenção da vida na civilização. Os investimentos no trabalho e na convivência civilizada exigem o deslocamento de energia sexual para a sublimação.

Essa condição humana se consolida, segundo Freud, como condição psíquica e a Saúde Mental se transforma em uma preocupação que invade as relações. Pedagogia, Psicologia, Medicina e Sociologia são ciências convergentes aos interesses do governo das almas. Produção de padrões, classificações identitárias excludentes, programas inclusivos e de sujeitos dóceis e produtivos tornam-se métodos de ação e, baseados em discursos Psi, tornam-se privilegiados na produção do governo das condutas<sup>10</sup>.

A disseminação da linguagem Psi adquire o caráter de pilar da sociedade moderna e se espraia capilarmente como política de identidades. Dessa forma, os serviços de Saúde Mental, ao receberem candidatos aos seus cuidados, percebem haver um diagnóstico prévio autoatribuído. Como afirma o relato da profissional da rede, expressões como: “sou autista”, “tenho transtorno bipolar” ou “sofro de ansiedade generalizada” são componentes da descrição pessoal dos sujeitos. A disseminação dos critérios diagnósticos está ao alcance de todos, inclusive pela rede mundial de computadores. Pela *internet* há também orientações diagnósticas oferecidas por profissionais, curiosos e usuários dos serviços.

Os critérios diagnósticos em circulação que são levados à população geral estão contidos nos Manuais Diagnósticos oficiais que vão sendo validados ou reavaliados cada vez que um usuário se põe a investigar seu próprio diagnóstico. O usuário não é um sujeito passivo, sem poder na relação com o profissional de Saúde. Como afirma a profissional em seu relato, o usuário constrói seu próprio itinerário terapêutico e, mesmo sem se confrontar com o especialista, é capaz de aceitar, rejeitar ou acatar em parte o encaminhamento e o diagnóstico profissional.

O diagnóstico, como proposto na última versão do manual americano<sup>11</sup>, é dimensional. Porém consideramos haver entre os diagnósticos categorial e dimensional uma sobreposição. A variação de uma dimensão se avalia dentro de uma categoria e, havendo ultrapassagem da dimensão de uma dada categoria, a classificação se faz em outra categoria que admita aquela dimensionalidade.

A prática do autodiagnóstico, com validação, é possível devido a disseminação dos critérios diagnósticos e da lógica que os rege. Essa lógica envolve a prática do Diagnóstico Sindrômico<sup>11,12</sup>, – diagnóstico que se efetua por meio de sintomas claramente objetivados, criando evidências para inclusão e exclusão nas categorias -. Essa objetivação dá a impressão de que qualquer um, mesmo sem treinamento específico, seja capaz de realizar diagnósticos. Assim, o suposto domínio do usuário não se dá somente sobre as categorias diagnósticas, mas também sobre os métodos. A objetificação dos sintomas propicia a busca das evidências. Um sinal claro da existência de um sintoma indica uma evidência de existência de alteração funcional ou estrutural.

Os usuários apresentam sua queixa, o profissional, somando a queixa aos dados clínicos observáveis e laboratoriais, constrói um diagnóstico. O Diagnóstico indica um procedimento medicamentoso ou não. Os profissionais são consultados devido a seus papéis específicos: procedimento de escuta, possibilidade de encaminhamento, inserção na rede de cuidados e conseqüente vinculação com profissional de referência e, por fim, meio de acesso à medicação. A esse agenciamento identificamos a medicalização. Acrescentamos o valor do capital social de um sujeito afirmar: “minha terapeuta me falou...” e o valor adicional ao dizer: “minha analista me falou...”

Mesmo a queixa sendo eminentemente social, como no caso narrado da usuária no qual relatou que as filhas, que com ela moravam, se casaram, que deixou de frequentar os bailes de seu grupo de convivência e perdeu o apoio financeiro da família, passa a ser abordada na Rede de Saúde como usuária da Saúde Mental, sendo então medicalizada com diagnóstico, encaminhamento exclusivo para as assistências clínicas psicológica e psiquiátrica, e medicação, apesar de sua resistência aos encaminhamentos.

Nesse mesmo período, na narrativa da dissertação, ocorre um conflito discursivo revelador de tensões entre gestores, trabalhadores, organizações públicas e privadas e, certamente, usuários. Em uma Reunião da Rede de Atenção Psicossocial constam, entre outros, dois pontos de pauta: a implantação do Consultório de Rua e a Ament - Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental -, proposta que havia sido lançada pelo governo há pouco tempo.

Traremos, para breve análise, o primeiro enunciado apresentado por um participante da reunião para definir o Consultório de Rua. “Os consultórios de rua são uma modalidade de atendimento aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade e que estão distantes da rede de serviços de Saúde. Sua proposta é o oferecimento de clínica acessível e especializada com profissionais das áreas de Saúde e Assistência Social para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas”. O serviço é definido como “modalidade de atendimento a usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade”, definição que produz muitos efeitos de sentido, mas vamos nos centrar na ligação imaginária popularizada de usuários vulneráveis como sujeitos que vivem nas chamadas “cracolândias”. Ora, a vulnerabilidade desses sujeitos é múltipla: saúde, educação, trabalho, economia e segurança são alguns itens dessa vulnerabilidade, e a continuação “e que estão distantes da rede de serviços de Saúde” dá ênfase à Saúde. No que pese ser uma reunião de trabalhadores da Saúde, que indica ser a Saúde a perspectiva mais próxima do grupo, o que se observa é a soma dos fatores: vulnerabilidade e distância da Rede de Saúde. Estar vulnerável e estar distante da Rede de Saúde são postos em níveis emparelhados para obtenção de acesso à Rede. A naturalização assumida pelo grupo é que há um sujeito vulnerável, logo, distante da Rede e necessitado de uma modalidade particular de assistência. Não há, na reunião, qualquer problematização das condições de produção da vulnerabilidade desse sujeito.

O sujeito vulnerável pode ser entendido, na narrativa investigada, como sujeito da vulnerabilidade social, portanto, sujeito social, mas a sequência textual o associa à Saúde. Mesmo que se possa observar uma tendência, talvez naturalizada pelo engajamento à Saúde dos profissionais, o que observamos é a tendência de naturalizar o sujeito que sofre, logo sujeito que deve ser assistido ou atendido, sujeito passivo, sujeito da medicalização e esta é uma marca inequívoca da Biopolítica.

O conflito, no entanto, se estabelece em sua radicalidade quando observamos que na mesma pauta se discute o Consultório de Rua e a Ament. O consultório de Rua, mesmo sendo parte da Biopolítica e deixando escapar, nesse contexto específico, uma naturalização da medicalização do sujeito das drogas, é uma modalidade territorializada e intersetorial. A proposta ultrapassa “o oferecimento de clínica acessível e especializada com profissionais das áreas de Saúde” incluindo a “Assistência Social para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas”. O pensamento clínico tradicional concebe esse sujeito sofredor, passivo e o atende na perspectiva da Saúde Privada. A clínica Ampliada<sup>16</sup> é pública e afirma que é possível produzir Saúde na rua e a Redução de Danos<sup>17</sup> é uma estratégia de produção de Saúde também ligada às Políticas Públicas e, nesse caso, é plenamente aplicável. Então, a produção é de uma subjetividade ativa, de um sujeito produtivo.

Essa inclusão da Assistência Social indica um avanço significativo uma vez que aponta ser a exclusividade da equipe de Saúde insuficiente para intervir efetivamente nesse campo. A Assistência Social trabalha com a vulnerabilidade e os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) intervêm junto às famílias e demais vínculos protetivos ao sujeito<sup>13</sup>. Evidentemente, como temos a Biopolítica como dispositivo na produção de subjetividades dóceis, não podemos afirmar que a Assistência Social se comporte como uma instituição autônoma e apartada da Biopolítica. O que podemos advertir é que a medicalização não é posta como meio definitivo na intervenção “para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas”. Forma-se aqui o pensamento de que a complexidade da população pode exigir uma prática intersetorial ou um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, o que resulta também na gestão integrada das políticas sociais e que procura responder com eficácia aos

problemas da população de um determinado território. Para tanto, é necessário considerar os interesses em jogo e os processos que privilegiam determinada política setorial<sup>14</sup>.

A oposição de posições subjetivas fica, então, exposta nos seguintes termos: sujeito social vulnerável e sujeito da saúde doente. Nesse sentido, temos uma variação. O sujeito doente se liga a uma vulnerabilidade, enquanto o sujeito social não é necessariamente um doente. Tornar um sujeito social um sujeito doente é a construção da medicalização e a prática intersetorial provoca um deslocamento da medicalização para a intervenção territorial.

Houve, na narrativa dessa reunião, imediatamente após a fala sobre o consultório de rua, outra oposição. Apresentamos um recorte que traz a voz de uma participante nessa narrativa: “Não entro no mérito de algumas discussões que vieram com a proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, uma delas a Ament. Estou me referindo à Política Nacional para contribuir com uma proposta de escuta [...]”. Essa fala emerge incidentalmente. A introdução da fala é defensiva – “não entro no mérito”, indica o terreno instável e melindroso que será introduzido. O encadeamento [...] “mérito de algumas discussões que vieram com a proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental” mostra uma estratégia de camuflagem do tema tenso. Uma substituição é operada, o mérito em foco não é o das alterações propostas, mas de “algumas discussões que vieram com a proposta de alteração”. Com essa construção a enunciadora procura escapar de se posicionar contra a proposta de alteração, situando-se tangencialmente “algumas discussões que vieram com a proposta”.

Abrimos um breve parêntese para destacar o léxico que identifica a proposta de alteração das Políticas de Saúde mental. Ament é a sigla para identificar “Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental”, proposta na Nota Técnica 11.2019 – DAPES.SAS do Ministério da Saúde<sup>15</sup>. A expressão “Ament” contem em sua grafia “ment”, e isso a inscreve em uma perspectiva de Saúde Mental. Mas a proposta de alteração sobre a escrita se liga também à inscrição do sujeito no universo técnico-administrativo, servindo exatamente ao que aponta Foucault quando explicita os modos de objetivação.

“A ment” recupera o mental como centro da proposta. O termo “mental” está presente nos sintagmas “saúde mental”, “sofrimento mental” e “doença mental”, sendo inapropriado à abordagem multidisciplinar e territorializada. A Atenção Especializada em Saúde Mental é, no caso da Ament, uma abordagem de tendência medicalizante, caracterizada pelo atendimento ambulatorial.

Duas consequências desta inscrição do sujeito “mental” serão aqui abordadas: o modelo de escuta e o apagamento da construção social dessa subjetividade. Enquanto o consultório de Rua privilegia o atendimento no território do usuário, a equipe Ament atua em Ambulatório de Especialidades, podendo fazer encaminhamentos hospitalares ou para Comunidades Terapêuticas, o que é desestimulado por quem atua na perspectiva da produção territorial de Saúde que se vincula a outros atendimentos de base territorial.

As práticas de si integrantes de cada um destes encaminhamentos são agenciamentos significativamente implicados na produção de subjetividades. O sujeito da clínica ambulatorial de modelo privado, medicalizado, é um sujeito que fala de si, atua sobre seu sofrimento. Como aponta Foucault, a clínica desse modelo é uma herdeira da confissão católica<sup>9</sup>. A subjetividade produzida pelo Consultório de Rua supera a concepção da Saúde como ausência de doença e trabalha com o sujeito ativo. Esse sujeito não passa por um tratamento ou se submete a uma assistência, pelo

contrário, é sujeito da construção de um Projeto Terapêutico e de produção de vida. As práticas de si são herdeiras da educação freireana, Educação em Saúde para promoção de autonomia e conscientização<sup>18</sup>.

O sujeito da Comunidade Terapêutica, por sua vez, é submetido a asceses. Os programas são baseados na abstinência, cumprimento disciplinar das normas institucionais, trabalho interno e, frequentemente, desenvolvimento de atividades religiosas<sup>19</sup>. A produção subjetiva é a de uma correção, uma ortopedia. As práticas de isolamento, contenção mecânica ou química, castigos, cópias de textos e privações são associados a trabalhos forçados ligados ao campo e ao artesanato de forma frequente. Essa produção subjetiva é uma pretensa forma de corrigir, por meio de exercícios espirituais – ascese -, o sujeito que é visto preconceituosamente como vagabundo - que então deve trabalhar -, indisciplinado – que deve cumprir docilmente as ordens -, imoral -que deve voltar-se à vida religiosa<sup>20</sup> -.

A subjetividade construída pelas Comunidades Terapêuticas é a do sujeito doente. A principal ferramenta empregada nessas organizações são os grupos Alcoólicos Anônimos<sup>19:74</sup> e Narcóticos Anônimos. A definição de Alcoolismo e de Dependência Química afirma serem os problemas com álcool ou outras drogas uma doença incurável, progressiva e mortal, que pode ser controlada, mas não curada. Ao ser atravessado pelos discursos e práticas institucionais o sujeito se inscreve como sujeito institucionalizado, tornando-se, assim, não somente um exemplo vivo de sujeito que valida a necessidade de existência da Comunidade Terapêutica, mas ele próprio se identifica como articulador das relações com outros discursos, tornando-se um sujeito-dobradora<sup>21</sup>, um agente institucional.

Um resultado das concepções de subjetividades doentes e medicalizadas é a alienação à história. O sujeito não se constitui como responsável pela própria história e atribui causas aos problemas que o atingem, como um gene, um falso amigo ou um órgão deficitário, por exemplo. Alienado, o sujeito não pode desconstruir-se e reavaliar-se como construtor de si.

Contudo, há sujeitos das Comunidades Terapêuticas que resistem tal qual a usuária do ambulatório que rejeita a medicação e produz outro itinerário terapêutico para si e, mesmo sem confrontos com a organização, permanecem nas Comunidades Terapêuticas como hóspedes de espaços protegidos e restauradores, úteis para uma recomposição física e livres de cobranças externas tais como justiça, família, trabalho ou, até mesmo, traficantes.

O trabalhador em Saúde se vê, então, frente às políticas profissionais conflitantes. Sobre elas precisa decidir e optar. Não há conflito sobre o dispositivo Biopolítico, mas entre seus agenciamentos: 1) a medicalização é privatista, voltada às práticas hospitalocêntricas e clínicas biomédicas, produtora, portanto, de um sujeito des-historicizado, passivo, disciplinado e dócil, 2) as abordagens voltadas à Reforma Psiquiátrica são públicas e coletivas, voltadas às intervenções educativas e buscam produzir sujeitos autônomos, responsáveis e livres.

### **Considerações Finais**

Esse artigo recupera narrativas produzidas pela primeira autora em dissertação de mestrado, marcadas pelo registro da experiência profissional na Rede de Atenção Psicossocial com reflexões e críticas sobre as atuações ligadas às Políticas Públicas. Esse recorte aborda a constituição da linguagem e das práticas institucionais implicadas na formação de subjetividades de usuários de um ambulatório, do Consultório de Rua e das Comunidades Terapêuticas.

Compreendemos que o sujeito social, representado pelo sujeito vulnerável, alvo do projeto Consultório de Rua, ao ser alcançado pela Rede de Atenção Psicossocial transforma-se em sujeito do Mal-estar, uma vez que, na Rede, a abordagem social é sobreposta pela abordagem clínica. O usuário pode passar pelas clínicas tradicional ou ampliada que, mesmo sendo agenciamentos da Biopolítica, são conflitantes quanto à concepção de seus resultados. A clínica tradicional é centrada na doença e pensa a Saúde como ausência de doença. A Clínica Ampliada é centrada na Saúde, na produção de vida e pensa a Saúde como um produto do território do usuário e é operada por meio de intervenções educativas. Devido a direção de projetos em rota de colisão, gestores, profissionais e usuários apresentam conflitos quanto às políticas e suas práticas. As resistências emergem nos vários pontos nodais da Rede.

Por fim, compreendemos que a Biopolítica e a Necropolítica se comportam como discursos disseminados e naturalizados nas políticas. O efeito final da confusão provocada é a divisão dos profissionais e usuários e a produção de subjetividades defensivas. O sintagma “sofrimento” emerge como substantivo e sejam eles, profissionais ou usuários, todos são identificados como sujeitos do sofrimento. Nesse contexto de mal-estar, o sujeito vulnerável -sujeito social - ao ser abordado pela Rede, torna-se um sujeito do sofrimento. O profissional percebe-se como não representado na gestão, uma vez que essa é dúbia, e torna-se também em sujeito do sofrimento. O usuário, com receio de apoiar-se numa rede que pode romper-se, aparenta aceitar sua medicalização, mas resiste ao tratamento de forma velada. Da mesma forma, o usuário da Comunidade Terapêutica aparenta submeter-se às regras da organização que o acolhe, mas pode resistir e utilizá-la como local de proteção e segurança que o suspende das pressões sociais, inclusive de seu vínculo com traficantes.

## Referências

- <sup>1</sup> Freud S. O mal-Estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
- <sup>2</sup> Freud S. Interpretação das Afasias. Lisboa: Edições 70; 1977
- <sup>3</sup> Freud S. Inibição, sintoma e angústia. São Paulo: Companhia das letras; 2014.
- <sup>4</sup> Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia. 13 ed. São Paulo: Saraiva; 1999.
- <sup>5</sup> Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
- <sup>6</sup> Foucault, Michel. Ditos e Escritos IV – Estratégia Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
- <sup>7</sup> Foucault M. Microfísica do poder. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- <sup>8</sup> Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. 2 Ed. São Paulo: n-1; 2018.
- <sup>9</sup> Foucault M. História da sexualidade<sup>1</sup>: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- <sup>10</sup> Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). Interface (Botucatu). 2016; 20(58): 797-808.
- <sup>11</sup> American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: *DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014.

- <sup>12</sup>Câmara FP. A construção do diagnóstico psiquiátrico. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 2007; 10(4): 677-684.
- <sup>13</sup>Revista CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. 2008; 2(1).
- <sup>14</sup>Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. Serv. Soc. Soc., 2010; (101): 95-120.
- <sup>15</sup>Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 26.fev.2020.
- <sup>16</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. PNH. Clínica Ampliada e Compartilhada. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em 27 fev. 2020
- <sup>17</sup>Gomes TB, Vecchia MD. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. Cien Saude Colet, 2018; 23(7), 2327-2338.
- <sup>18</sup>Silva FP, Frazão, Iracema, Linhares, FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública,2014; 30(4), 805-814.
- <sup>19</sup>Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf). Acesso em 27 fev.2020.
- <sup>20</sup>Sathler CN. Ontologia e ascética do sujeito das drogas. Guavira, 2013; 16(1): 184-200.
- <sup>21</sup>Guirado M. A Análise Institucional do Discurso como analítica da subjetividade. São Paulo: Annablume; FAPESP; 2010.

**Submissão: 01/03/2020**

**Aceite: 25/11/2021**