

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

ENTRE O CUIDADO E O CONTROLE

De que risco estamos falando?

Juliana Antoneli

Trabalho de Conclusão da Residência

Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

Campinas, 2017

INTRODUÇÃO

**“Correndo risco,
A linha do corpo,
Ganha seu rosto”**
(Alice Ruiz)

Dos muitos modos possíveis para se iniciar este Trabalho de Conclusão de Curso, optei por esta poesia de Alice Ruiz. Afinal. Já que poesia consegue apreender algo da vida de forma tão simples e direta que nenhum trabalho científico conseguiria transmitir em inúmeras páginas. Em poucas linhas, Alice diz sobre como correr riscos também faz parte do espetáculo da vida, do que nós somos, fomos, e do que vamos vir a ser. Este trabalho tem o sentido de alguém que se movimentou, que transitou, que se deslocou em busca de algo e que se deparou com diversas questões ao adentrar nas veredas da Saúde Mental. Não por acaso, o que me tocou neste tempo de travessia por estes caminhos foi a noção de risco e de como o usamos como intenção de cuidar e proteger.

Tem-se como objetivo, através desses escritos, discutir sobre uma questão que atravessou minha prática: o limite do cuidado que avança para o campo do controle através do discurso da gestão dos riscos. Foram dois anos em dois serviços, estágio proporcionados pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP. O primeiro, um Centro de Atenção Psicossocial III do distrito Sudoeste de Campinas, O CAPS Novo Tempo, e o segundo o Centro de Convivência e Cooperativa Toninha, no distrito Noroeste da mesma cidade.

Estas duas instituições citadas acima possuem diferentes objetivos em sua missão como serviços de saúde, sendo extremamente distintos entre si. No entanto os dois pertencem à Rede de Atenção Psicossocial de Campinas (RAPS), se entende a RAPS segundo a Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011), a qual a define e a institui como política, dessa forma concretizando a Política Nacional de Saúde Mental.

A RAPS (2011) tem como fundamento um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Ela determina os pontos de atenção no SUS para o cuidado

de pessoas com sofrimentos psíquicos pensados através da superação do paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador, onde o Hospital Psiquiátrico era o centro do tratamento. Superação conquistada pela Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, movimentos de luta que se tornaram políticas entre os anos 80 e 90. A RAPS é composta por diversos equipamentos, onde se entende o sujeito de maneira complexa em um tratamento em rede, sendo formada por diversas estratégias e serviços variados, desde a atenção básica, até serviços especializados.

O cuidado no CAPS exerce uma importância sine qua non ao novo modelo de atenção pensando e proposto pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2003), a Reforma é um processo social complexo, que envolve muitas dimensões, teóricas-conceituais, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural. Este movimento (Yasui, 1999) foi iniciado por trabalhadores, familiares e usuários indignados com os diversos tipos de violência dentro dos manicômios na década de 1980, e que teve como ápice a criação da lei 10.216. Sendo este serviço em questão um componente da dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica, como diz Yasui (1999), ele representa um novo cuidado, uma nova maneira de se fazer, diferente da lógica manicomial.

Já os Centros de Convivência, diferentes dos CAPS, nascem com a seguinte função, segundo o primeiro artigo da portaria Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005:

“I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade; II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais; III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais;” (Ministério da Saúde, 2005).

Assim, é proposto pensar a gestão dos riscos no cuidado em saúde e saúde mental. Este tema será utilizado como linha de costura para amarrar questões em comum que surgiram nesses dois serviços. Para tal finalidade, será discutido, primeiramente, sobre o risco, suas definições, seus conceitos, e seu uso em saúde. Tem-se como base para este fim, majoritariamente, dois livros que dialogam de forma ampla e profunda esta questão: *Correndo o Risco*, uma introdução aos riscos em Saúde (CASTIEL; GUILAM.; FERREIRA, 2010) e *Saúde Persecutória, os limites da responsabilidade* (CASTIEL; DIAZ, 2007). O passo inicial será dado pelo lado mais largo do funil, o qual irá afunilando em direção aos riscos e cuidado em saúde mental, através de textos de Michael Foucault. Por último será pensada a saída para essas questões a partir da clínica e da ética na Atenção Psicossocial, proposto por Abílio Costa-Rosa (2011) em diálogo com a gestão dos riscos.

SOBRE O RISCO

“O medo ameaça: Se você ama, terá Aids; Se fuma, terá câncer; Se respira, terá contaminação; Se bebe, sofrerá acidentes; Se come, terá colesterol; Se fala, terá desemprego; Se caminha, terá violência; Se pensa, terá angustia; Se duvida, terá loucura; Se sente, terá solidão”

(Eduardo Galeano)

Faz-se necessário assumir a importância do conceito de risco na atualidade em diversos campos em que é utilizado, principalmente no âmbito das ciências da saúde e de suas práticas médico-assistenciais, acadêmicas, e preventivas, em especial no terreno da epidemiologia. Assim, é preciso considerar o risco como uma palavra que possui diferentes sentidos, os quais nem sempre se encontram em harmonia.

Para o dicionário Aurélio, além da definição de risco ligado ao verbo riscar, é posta também a expressão “correr perigo”. A palavra em sua origem do espanhol está relacionada a grande penhasco, possivelmente se relacionava

aos perigos ligados às grandes navegações, assim indicava tanto a ideia de perigo como a de possibilidade de ocorrência de algum evento.

“No século passado, o sentido da palavra risco estava relacionado a apostas e chances de ganhos e perdas em certas modalidades de jogos (ditos de azar). Em épocas mais recentes, adquiriu significados referidos a desenhos negativos. No decorrer da Segunda Grande Guerra, no campo da engenharia, o tema recebeu forte impulso devido à necessidade de estimar danos decorrentes do manuseio de materiais perigosos (radioativos, explosivos, combustíveis). Na biomedicina, essas análises serviram para dimensionar os possíveis riscos na utilização de tecnologias e procedimentos médicos.” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 15)

A palavra risco, como se pode notar, assume diversos significados em diferentes áreas e épocas, sendo ela uma construção sócio histórica.

Segundo o Dicionário de Epidemiologia, o verbete risco está relacionado à probabilidade de ocorrência de um evento mórbido ou fatal. Esta ideia de probabilidade é enfatizada por Castiel, Guilam e Ferreira (2010), a qual pode ser entendida de duas maneiras: intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algum grau de crença, isto é, uma ‘incerteza que não se consegue medir’; e a outra, racional, mensurável mediante técnicas probabilísticas, ‘incerteza capaz de ser medida’. Segundo os autores, o conceito risco é profundamente estudado em algumas disciplinas, como, engenharia, ciências econômicas, ciências sociais, e epidemiologia.

No caso aprofundaremos neste momento a noção de epidemiologia para pensar o uso dos fatores de risco na promoção de saúde. Ao considerar a epidemiologia americana, tida como tradicional, as doenças não acontecem por acaso, sendo assim, elas têm fatores causais que podem ser identificados por meio da investigação sistemática de diferentes tempos ou lugares. Pode-se dizer que o objetivo maior da epidemiologia é a identificação da relação entre causalidade entre as variáveis. (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010).

“Para tanto, ela se vale de uma série de desenhos de estudos que podem ser divididos em descritivos e analíticos. Nos descritivos, investiga-se a distribuição levando-se em conta que populações ou subgrupos populacionais desenvolvem ou não a doença, em que região

geográfica a enfermidade é mais comum e como a sua incidência varia ao longo do tempo. A partir daí sugerem-se hipóteses etiológicas para as doenças em questão. A pertinência dessas hipóteses é, então, testada em estudos analíticos, com o objetivo de identificar se, de fato, determinada exposição causa ou previne o agravo em foco. A inferência de causalidade apoia-se na força de associação (estatística) positiva ou negativa entre a chance de exposição em pessoas doentes e não doentes e probabilidade da incidência de certa doença em pessoas expostas ou não expostas, sem ou com fator de exposição por parte do pesquisador.” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 38).

Castiel (2007) em seu livro “Saúde Persecutória” aponta a epidemiologia como um campo de conhecimento necessário para as análises e intervenções sanitárias. Deste modo, entende-se que o risco epidemiológico aparece como elemento essencial nas abordagens de promoção de saúde.

Abrimos um parêntese aqui para introduzir o conceito de “promoção de saúde”. Segundo o livro Correndo o Risco, a primeira ideia que apareceu sobre o tema foi em 1946, e estava associada exclusivamente à medicina. Em 1974, ela aparece pela primeira vez como conceito em um documento oficial, no Informe Lalonde. Neste documento nos foi dada uma grande contribuição em relação ao termo “campo de saúde”, em oposição à perspectiva tradicional, voltada somente a medicina. Baseada nesse novo entendimento de campo de saúde, foi apontada a necessidade de analisar as causas e os fatores predisponentes de doenças e problemas sanitários, guiando ações estratégicas de prevenção.

“Sob esta ótica a ocorrência de determinados eventos e sua associação a tantos outros é projetada para o futuro como uma medida de probabilidade”. (CASTIEL.; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 32).

Segundo estes autores, um dos desdobramentos do conceito de campo de saúde foi a elevação dos elementos “estilo de vida” e “meio ambiente” ao nível do sistema de saúde, deste modo sendo elementos para análise e intervenção. Contudo, após este documento outras discussões foram feitas em relação à promoção de saúde, como a criação do conceito “nova promoção de saúde” pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1984. Esta dirigiu o foco para

condicionantes mais gerais de saúde, como os indissociáveis ambientes social, econômico e cultural. Este movimento fez oposição ao da década de 70 nos Estados Unidos da América, fundado em vertentes comportamentalistas e reducionistas da epidemiologia que incentivava a responsabilidade individual dos problemas de saúde, retirando responsabilidades do Estado colocando-as nas pessoas e nos seus estilos de vida. Tais ações tinham como objetivo diminuir os gastos públicos com o sistema de saúde.

“É necessário sublinhar ainda que a promoção de saúde não surge num vácuo político-econômico. Ela irrompe numa época em que a política econômica neoliberal tomava impulso em importantes centros capitalistas, como Inglaterra e os EUA”.
(CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 34).

Após introduzir brevemente o conceito de risco, de epidemiologia e de promoção de saúde faz-se necessário pensar seus desdobramentos como políticas de controle, de caráter normativo, que usam e estratégias de intervenção no âmbito comportamental. Castiel (2007) destaca que a epidemiologia é uma abordagem baseada em evidências empíricas alicerçadas no agente racional que procura maximizar suas ações em termos de custo-benefício. Aponta a dimensão empiricista dessa disciplina, a qual não consegue proporcionar compreensão satisfatória diante da complexa dinâmica entre a situação da saúde de pessoas-população.

Neste campo, as evidências entram no lugar da verdade, as quais foram buscadas pelo discurso empírico que considera como verdadeiro aquilo que é gerado pelo filtro gerador de evidências, e o que não é filtrado torna-se secundário ou não existe. É o que Castiel (2007) chama de “informes majoritários”, onde o que conta é o que se é maioria, quantificado e medido.

“Além disto, a definição de evidência, mesmo com os níveis de pertinência, tem suas limitações. Aquilo que é considerado evidência é passível de excluir informações relevantes ao conhecimento e à compreensão da situação de saúde, podendo colaborar com mecanismos culpabilizantes. As abordagens baseadas em evidências costumam hierarquizar os resultados dos estudos de acordo com os métodos de coleta, com prioridades para estudos experimentais aleatorizados e metanálise. E, assim, tendem a considerar de

importância secundária as informações de caráter qualitativo, de caráter sociocultural, e psicológico (quando não a consideram supérfluas), e aquelas referidas a esferas sociopolíticas, que se mostram menos amigáveis aos dispositivos quantitativos numéricos.” (CASTIEL, 2007, p. 31)

É preciso deixar claro que os autores citados não adotam posturas anticientíficas, obscurantistas ou de menosprezo pelas abordagens empiricistas no terreno da saúde. Sem dúvidas alguma foram obtidos inúmeros avanços capazes de proporcionar melhores condições de saúde. Castiel (2007) insiste que o importante é colocar em voga os dilemas, perplexidades e talvez equívocos que poderiam ser melhores abordados diante discursos sanitários, baseados na epidemiologia americana, que são compatíveis ao espírito de nossa época: racional, neoliberal, conservador, normativo.

Deste modo, os discursos da saúde promocional e dos riscos em saúde, tendem a filtrar as evidências quantitativas da maioria e a transformá-las em estratégias de intervenção no comportamento individual. Por exemplo, sedentários tem 44% de chance de ter um enfarto. Logo, se estabelece um estilo de vida correto para que isso não aconteça, baseado em uma alimentação equilibrada e atividade física. Somos diagnosticados pela doença que podemos vir a ter, e a responsabilidade de que desenvolva ou não essa doença é inteiramente nossa. Afinal, somos livres para decidir o que vamos comer, que exercício vamos fazer, que trabalho vamos ter, que tipo de vida queremos levar, e até mesmo se seremos pobres ou ricos, estressados ou relaxados, não é mesmo? Lógico que não. É aí que reside a problemática essencial a ser abordada. Através do discurso de evidências empíricas, obtemos discursos de saúde que atuam na prevenção de doenças baseada em riscos, onde o risco tem que ser evitado pelo sujeito, em seu livre arbítrio, pela escolha de um estilo de vida normativo dito saudável. São desconsideradas as dimensões sociais, culturais, psicológicas, econômicas, entre outras tantas. Deste modo, definir o problema em termos individualizantes reduz a responsabilidade governamental em épocas de altos custos de ações de saúde. (CASTIEL, 2007)

Deste modo, cria-se um discurso de proteção ao diagnosticar a probabilidade de uma doença através de fatores de risco sem ao menos

reconhecer o contexto social e cultural de uma pessoa. E assim, muitas vezes, se fazem recomendações descontextualizadas da vida do indivíduo, ou seja, divorciadas de sua realidade, que são impossíveis de serem seguidas.

É importante complementar, neste momento, que em sua faceta hegemônica, a saúde promocional, escapa do âmbito da medicina, fisiologia e da epidemiologia, percorrendo assim discursos sobre a moral e bons costumes. E também é portadora de concepções biopolíticas de subjetividade que erige no corpo em sua maleabilidade automanipulável com matriz de identidade (Ortega, 2004).

“Em relação à obesidade e ao tabagismo, entre outros problemas, o foco da questão se localiza na débil “força de vontade” das pessoas, solapada pela força de adicção ou do hábito. Para isto é preciso educá-las para mudar comportamentos de modo a viabilizar o “autocontrole” para que se faça a prevenção, para não se chegar “tarde demais”. O argumento se torna culpabilizante ao enfatizar que se deve facultar dimensões como a “autonomia responsável”, o “autodomínio de uma personalidade madura”. Ora, os que não tem autodomínio passam a ser vistos como “criatura passivas, preguiçosas e conformistas” destituídos de capacidade de realizar esforços, diante dos estímulos de contextos culturais inevitavelmente dominados por poderosas indústrias comerciais e de comunicação.” (CASTIEL, 2007, p. 26)

Castiel (2007) nos alerta que o discurso da responsabilidade comportamental do sujeito está consequentemente associado ao campo movediço da ideia de culpa. Segundo ele, sabe-se que a ideia de culpa envolve um julgamento e desaprovação de alguém em função de alguma falha, transgressão, como uma falta, delito, pecado. Isto em função de uma moral e às leis vigentes em um determinado contexto.

“Em termos gerais, a culpabilização é um poderoso fator de ordem social que normatiza e procura viabilizar o convívio humano. A ameaça de culpabilização pode ser constrangedora para a maioria das pessoas, apesar de alguns não se mostrarem afetáveis por esta condição – e por isto, serem encarados como inaptos para a vida em comum. A atribuição de culpa geralmente estigmatiza os indivíduos e embute um juízo social depreciativo ao culpável” (CASTIEL, 2007)

Nota-se que há uma atmosfera opressiva nesse discurso de responsabilidade e culpabilização, onde o indivíduo se sente desvalido, merecedor de punições e diante um modelo de pensar que reitera obsessivamente que se ‘deveria ter’, ‘precisava ter’, ‘poderia ter’ realizado ou não ações em nosso universo de possibilidades. Assim é causada uma ideia de falha, que por associação de valor pessoal gera uma discrepância subjetiva em relação a nós mesmos. (Castiel, 2007)

Os discursos sobre responsabilidade são situados contextualmente, ou seja, estão vinculados a determinados contextos sociais e culturais e a seus correspondentes valores e normas. Então o entendimento de ‘irresponsabilidade’ está vinculado a obrigações sociais e modelos de como agir. (Castiel, 2007)

Inicia-se outro parêntese aqui, pois ao fazer críticas em relação à saúde promocional e sua conseqüente responsabilização individual não é tirar a responsabilidade que cada um tem com sua saúde. Obviamente cada indivíduo tem responsabilidades sociais e com seu próprio corpo, o que é analisado aqui é a responsabilização quase total do adoecimento através de análises de fatores de risco desenvolvidas pela racionalidade empírica epidemiológica (que como já dito acima, tradicionalmente não abrem espaço para análises qualitativas). Estas se desdobram em ações e intervenções no comportamento individual. Gera-se assim, estilos de vida normatizantes ditos saudáveis e responsáveis enviados pela moral e pelos bons costumes. O que também é colocado em questão nesta crítica é a capacidade de escolha de cada um, trazendo à tona delimitada autonomia individualista humana, onde esta não costuma ser acessível a grande parte da população. Ou seja:

“Sustentar que o indivíduo é responsável por sua saúde é sumamente discutível no caso da pobreza. Nestas circunstâncias, não colocar os determinantes socioeconômicos culturais e ambientais em perspectiva costuma criar um cenário para a culpabilização das vítimas” (CASTIEL, 2007, p. 38)

Bom, feito o parêntese, a ideia é focar agora na última questão desta parte deste trabalho. Castiel, Guilam e Ferreira (2010) discutem a importância de se ter claro as diferenças entre riscos epidemiológicos e riscos subjetivos. Para os autores há sem dúvidas uma diferença em relação a noção de risco para as

peças leigas. No caso do risco em saúde, epidemiológico, ele descreve relações objetivas, impessoais e quantitativas, que reduzem a causa da doença a um fator ou a uma combinação de fatores que são descritas numa relação de causalidade. O entendimento que as pessoas leigas fazem disso, por sua vez, é fortemente enviesada pelo contexto sociocultural. Eles dificilmente veem o risco como uma probabilidade estatística objetiva, mas o percebem como base em concepções ontológicas e cosmológicas (Castiel, 2007)

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) reafirmam que existe uma dimensão do risco que depende de vivência subjetivas, como por exemplo no tabagismo, onde a recomendação de parar de fumar talvez não faça sentido para uma pessoa que teve um pai que fumou até os 95 anos de idade. Sendo assim, certos riscos que são considerados como riscos reais em certos contextos podem ser desconsiderados em outros contextos.

No livro *Correndo o risco*, os autores trazem à tona a frase de um morador de rua do Rio de Janeiro: “Se eu fumar eu morro, se não fumar, morro também”. Neste trecho os autores comentam a dimensão do risco de fumar para uma pessoa que vive na rua, e que passa a vida driblando o risco da fome, do frio, das drogas, da invisibilidade e da negligência. Fumar para ele é só uma das poucas fontes de prazer que ele pode escolher e usufruir.

O RISCO EM SAÚDE MENTAL

**“Tudo foi calculado,
exceto como viver.”**

(Jean Paul Sartre)

Iniciamos agora a segunda parte deste escrito, ao afunilar um pouco mais a reflexão proposta trazendo-a para o campo da saúde mental. Diferente da saúde promocional, onde fatores de risco são facilmente calculados, no campo da psiquiatria estes fatores não podem ser encontrados com meros cálculos e análise populacional. Afinal, o objeto da Saúde Mental é o sujeito, sua subjetividade e seu entorno. Segundo Costa Rosa (2003), é necessária a

superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, o qual parte do modo dominante, historicamente tributário das práticas enclausurantes, medicalizadoras, e centrado em uma ação sobre a doença mental entendida como um objeto empírico de fundamento orgânico. Este paradigma tem como tem como foco a doença como objeto de cura. Basaglia (1985) anuncia a importância de se colocar a doença entre parênteses ao posicionar o sujeito no centro do tratamento. Na perspectiva de Rotelli, Ota e Diana (1990), há uma mudança de paradigma na medida em que se produz um desvio da busca da “cura” para a problematização da criação da vida, da sociabilidade, da utilização dos espaços coletivos. Para Costa-Rosa (2003),

“O Paradigma da Atenção Psicossocial situa a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado. Mais ainda, para esse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis, o que traz como consequência a radical superação das relações sociais e intersubjetivas sintônicas com O Modo Capitalista de Produção, que é o alicerce do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.” (p. 13)

Deste modo, entendemos o campo da Saúde Mental a partir da compreensão do Paradigma da Atenção Psicossocial proposto por Costa-Rosa (2003). Como já citado acima é demasiado complicado pensar a questão dos riscos neste campo, pois seu objeto de trabalho é complexo. Podemos pensar a análise de riscos de fatores sociais, históricos e econômicos, onde em determinados momentos da história a loucura pode ser quantificada em maior grau, como nas Grande Guerras e nas Grandes Crises Econômicas. Contudo, não é neste tema que debruçaremos e aprofundaremos.

A proposta é pensarmos os riscos na linha do cuidado, na ponta, ou seja, na assistência à saúde mental, na clínica. De maneira alguma entende-se a clínica apartada dos fatores sociais, a ideia não é separá-los para entendê-los. Parte-se do pressuposto que a clínica também é social, e por isso pensar o cuidado em saúde mental implica análise dos contextos de vida do sujeito.

Centraremos nas relações onde o cuidado, pela previsão de riscos, e antecipação dos acasos da vida, se torna controle da vida dos sujeitos. Controle não mais dado pelos muros do Manicômio, que na ideia de proteger tanto enclausurou vidas e matou-as. Pensaremos o controle a partir dos dispositivos substitutivos ao Manicômio, onde a ele se dá a céu aberto, também com o intuito de proteger e conter riscos.

Começaremos a partir da ideia da previsão dos riscos, e de antecipação da vida. Em seu livro “Saúde Persecutória”, Castiel (2007), nos alerta para dimensão virtual dos riscos. Para o autor, entende-se virtual aplicado a ideia de risco no sentido de algo que não aparece explicitamente, mas como potencialidade, em latência, passível de se realizar.

“Além do mais, há de se destacar que a epidemiologia funda-se na teoria probabilística e, assim sendo, tem sua capacidade de antecipação do futuro restrita às limitações deste tipo de estimação matemática. Isso significa dizer que, por mais que seja a probabilidade de um risco, não há como garantir que a probabilidade de um risco ocorrerá” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 42)

Ao operar com a categoria risco estamos entrando no âmbito probabilístico futuroológico. Que ao mesmo tempo que parte do princípio de uma racionalidade científica não nos dá certeza absoluta de que de o risco venha se tornar fato. Isto nos permite abstrações e proliferações imaginárias, propício a cogitações, criando assim um discurso que pela falta de certeza e consistência, apesar de científica, não proporcionam segurança, e muito menos, tranquilidade. Aliás, causa o oposto, pois temos que lidar com uma atmosfera conspiratória, onde a responsabilidade é inteiramente jogada em nós e as ameaças podem aparecer a qualquer momento. (Castiel, 2007)

A partir da minha experiência na saúde mental, penso que a virtualidade se torna mais aparente pelo fato dos riscos nesse campo não serem exclusivamente quantificáveis. O que poderíamos chamar de riscos neste tipo de cuidado? Em dois anos que estive imersa em serviços desta área como residente recolhi algumas situações chamadas de risco, as quais, basicamente são: risco de agredir alguém, risco de se machucar, risco de não se alimentar bem, risco de usar substâncias psicoativas, risco de não se dar bem como o

novo trabalho, risco de gastar todo salário, risco de entrar em crise, risco de ir morar sozinho e não dar conta, risco de fuga, entre outros. Nota-se que esses riscos são muitos distintos dos riscos relacionados à promoção de saúde, pois estes são singulares, subjetivos, não dizem de uma análise populacional, e sim advém de questões cotidianas, conflitos do dia a dia, impasses da vida de cada sujeito.

Trago a dimensão da clínica pois ela também é a análise dos riscos, afinal, não podemos deixar um usuário que planejou sua morte e tem ferramentas para executá-la ir embora para casa. Tampouco podemos permitir que alguém que está demasiado persecutório com um membro da família durma em seu lar. Para isto o uso da escuta, da vinculação, do contrato, da negociação, sempre em parceria com o sujeito em sofrimento. O que coloca-se em questão, nesse momento, é quando esse cuidado não parte de uma escuta do sujeito, e é feito através da antecipação do futuro baseado em supostos riscos. Dessa maneira, o cuidador entra no lugar do vigente que prevê o futuro e determina a melhor ação do presente, mesmo que essa não esteja condizendo com o desejo e o contexto de vida do usuário.

Darei um exemplo do cotidiano de um CAPS III que nos ajudará a pensar essa questão citada acima. Em um momento vi a equipe se questionar se era de bom tom entrar com o pedido de benefício para uma usuária psicótica que fazia uso intenso de crack. Algumas pessoas defendiam que com dinheiro na mão ela não se controlaria e “acabaria nas drogas”. Dessa forma, diziam que era para o CAPS negar ajuda com a entrada do pedido de benefício. Assim, entramos no lugar de negação a ajuda-la conseguir um direito garantido, o Benefício de Prestação Continuada por doença, pela probabilidade dela usar drogas com esse dinheiro. Impedi-la de acessar o benefício neste caso tem, ao meu ver, um discurso moral enraizado, pois o que estava em jogo era o possível gasto com drogas, contudo se ela fosse uma obesa e se fosse gastar seu dinheiro com comida a conduta seria diferente, pois comida não é ilegal, mesmo que também pudesse vir a matá-la. Dessa forma, a que custo a manteremos longe das drogas? A questão é, com ou sem dinheiro ela faz uso intenso de drogas há muito tempo. Não é o dinheiro que a impedirá de usar. Aliás, sem dinheiro ela irá roubar, se prostituir e fazer troca de favores para conseguir a droga, assim como

sempre fez e nos contou que fazia. Ter dinheiro não é uma forma de reduzir tantos danos secundários que a droga causa? Não conseguiríamos trabalhar com ela tendo dinheiro e colocá-la para pensar sobre seu uso? Não seria nosso trabalho correr o risco junto a ela e de fato entrar em contato com o que virá? Contudo, antes mesmo dela ter o dinheiro já estamos prevendo a forma que ela usará dele. E assim, não damos a oportunidade do fato acontecer e ela se mostrar como é. Mas pelo medo do risco do uso não demos chance ao imprevisível. Não demos a ela a oportunidade de ser o que nunca foi, de ter o que nunca teve, de acessar o que sempre lhe foi negado. A equipe por sua vez, deixou claro que ela poderia sozinha ir atrás de seu benefício, contudo não deu o suporte que dá para outros usuários na busca desse direito.

Acercando-nos da ideia de controle se faz importante a reflexão que Foucault (1999) nos deixou sobre este conceito a partir da discussão das relações de poder e o conceito de biopolítica. Neste momento, será utilizado o texto “Em defesa pela sociedade”, de Foucault, uma coletânea de um curso que o autor ministrou no Collège de France entre 1970 e 1984, traduzido para o português em 1999. A discussão acerca da análise das relações de poder tendo como pano de fundo os mecanismos de intervenção do poder e a constituição da subjetividade moderna.

No início do texto, Foucault retoma o poder soberano, o qual, segundo ele, tem direito sobre a vida e sobre a morte dos súditos, sendo assim, ele pode fazer morrer e deixar viver. Segundo o autor *“O direito de vida e de morte só se exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do soberano só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar”* (1999, p. 286). E assim, é pelo poder de matar que o soberano exerce direitos sobre a vida de seus súditos, dominando-os. O autor localiza este fato desde o contrato social, onde os súditos delegavam poderes ao soberano em troca da proteção de suas vidas.

Com as transformações dos direitos políticos no fim do século XVIII e no século XIX, há uma inversão desse direito, que se torna o direito de “fazer viver e deixar morrer”, antes localizado pelo autor no poder soberano como “fazer morrer e deixar viver”. Desta maneira, o autor analisa os mecanismos, as técnicas e as tecnologias de poder que agem diretamente no corpo do indivíduo.

É colocado em questão as tecnologias disciplinares, mediante um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de relatórios, de regulação do corpo, de controle da localização espacial dos corpos, de punição. A essa tecnologia disciplinar é somado a uma outra tecnologia no século XIX, a qual é direcionada não ao “homem-corpo”, e sim ao “homem-espécie”. A esta tecnologia Foucault chamou de “biopolítica da espécie humana”, a qual estaria direcionada ao controle de grupos, populações da massa global, e não somente ao indivíduo. Dessa maneira, diz respeito aos processos estatísticos, como controles de natalidade, mortalidade, e também de epidemias e de doenças que prejudicavam a política e a economia. Assim, tendo em vista:

“a subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar.” (FOUCAULT, 1999, p. 290)

A biopolítica exerce um poder sobre os fenômenos globais para assegurar e otimizar a vida, o que Foucault vai chamar de uma regulamentação sobre a vida. Segundo ele, a biopolítica *“Obtém estados de equilíbrio, regularidade, em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação.”* (1999, p.294). Dessa maneira a intervenção é no fazer viver, e na maneira de viver, no “como” se dá a vida, fundamentado no argumento de aumentar a vida, controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências.

O autor traz também a dimensão da norma, a qual segundo ele está entre o poder disciplinar e o poder regulamentador, e neste momento coloca a medicina como a responsável pela sociedade da normalização.

“(...) trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população.” (1999, p.291).

Entende-se, assim, que a biopolítica *“trata justamente da população como um problema político, como um problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”* (Foucault, 1999, p 292). O autor põe em questão que o biopoder encontra argumentos no perigo biológico,

e na eliminação dele, para o fortalecimento de certos grupos biológicos e o enfraquecimento de outros, ou seja, coloca em questão a raça, o racismo. Assim, a eliminação da vida é permitida no biopoder, na sociedade da normalização, ao pensar isso o autor dá o exemplo da bomba atômica e do nazismo e conclui: “O biopoder vai ultrapassar toda a soberania humana” (1999, p.303). Ou seja, vivemos em uma sociedade que faz a todo custo viver, e que encontra em si justificativas para deixar morrer.

Por último e não menos importante, Foucault coloca esta permissão de tirar a vida do outro na bioplítica não somente de forma direta, na morte concreta dos corpos, na exterminação de raças, mas diz de outras formas de eliminar o inimigo:

“Por tirar a vida não entendo simplesmente o assassínio direto, mas também tudo que pode ser assassínio indireto; o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte, ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (1999, p. 306).

Vê-se, novamente, que sociedade que faz viver é a mesma que tira a potência da vida, calculando perigos, acidentes, rejeitando povos, tirando a voz de outros, marginalizando outros tantos, restringindo acessos e decisões.

O imperativo do “fazer viver” dialoga com a previsão dos riscos em promoção de Saúde escrita na primeira parte deste trabalho. Vê-se, deste modo, que a presença de prazeres arriscados ameaça a longa sobrevivência dita saudável. Desta maneira, o cuidado entra no lugar da gestão segura de riscos da vida do sujeito em tratamento. Assim, a ideia de saúde fica restrita a noção de segurança, e a vida fica blindada de riscos, estes vinculados a ideia de prazeres perigosos, perigos estes que podem ou não acontecer. Faz-se importante lembrar que os prazeres arriscados estão altamente relacionados a moral e bons costumes, como no caso das drogas e da homossexualidade.

Dessa maneira, nós, profissionais de saúde e equipes de Saúde Mental, somos arremessados em um discurso de proteção, o qual pouco protege efetivamente, criando assim uma dependência dos usuários aos serviços, acabamos por cronificá-los. São inúmeros os usuários que passam o dia no CAPS ou no Centro de Convivência sem ao menos entendermos o porquê. Ao serem questionados muitos dizem “Porque não tenho nada para fazer em casa” e ao

questionarmos os profissionais eles dizem “Melhor aqui que na rua”. Assim, os serviços cada vez mais colocam os usuários para dentro, e pouco promovem agenciamentos para fora.

Na minha passagem por um Centro de Cooperativa e Convivência, me deparei com um frequentador que no meu primeiro dia no serviço passei a maior parte do tempo acreditando que ele era um funcionário. Quando questionei me disseram que não, “mas que parecia mesmo”. Com o passar do tempo pude perceber que ele ia lá todos os dias e permanecia, impreterivelmente, das oito da manhã às dezesseis e meia. Informaram-me que ele veio encaminhado da fisioterapia da PUC e se vinculou a ponto de só fazer isso da vida: frequentar o CECCO. Os profissionais diziam que ele já havia melhorado muito desde que chegou, tanto em sua questão física quanto neurológica, pois ele teve um agravamento de seu quadro motor e de memória recente após uso intensivo de álcool. Contaram que ele chegou de andador e fazendo repetitivamente perguntas que já haviam sido respondidas. No momento que o conheci ele fazia uso de uma bengala, sempre a tinha do seu lado, mesmo que a escorasse na parede para fazer alguns trabalhos com as mãos livres. Em relação a sua memória pude notar que às vezes ele esquecia onde tinha colocado um objeto, ou mesmo se esquecia de alguns eventos. Quando questionei a equipe sobre o projeto dele e o porquê dele não trabalhar em algum lugar formal ou mesmo protegido me disseram que era porquê “ele não daria conta”, “tenho medo dele se esquecer de ir trabalhar”, “ele não conseguirá chegar de ônibus”. Logo depois fui informada que ele fazia parte de praticamente todos os grupos de geração de renda do serviço, e que este dinheiro não era dado em suas mãos, e sim ficava acumulado em sua “poupança”, um envelope. Me disseram que era porque quando ele começou a receber a renda dessas oficinas começou a fazer uso de álcool. Desta maneira, foi decidido em uma conversa com sua mãe que ele não receberia esse dinheiro, e assim foi informado para ele.

Assim, nota-se um cuidado que tutela, gera dependência ao serviço, e que produz decisões baseados no que pode vir a acontecer. Isso também acontece na cronificação não somente do usuário mas também do próprio serviço. De acordo com Desviat (1999), os serviços alternativos de saúde mental também criam efeitos de cronicidade na medida em que seu cotidiano converte-

se em uma atuação ritualizada com conteúdo estereotipado e frequência inalterada. Neste caso, devemos nos questionar por que estamos aprisionando estas pessoas a esta rotina que acaba ficando interminável. Torna-se imprescindível uma constante avaliação do projeto terapêutico individual de cada usuário. Trata-se de construir não só fluxos de encaminhamentos para outros serviços da rede, mas, principalmente, criar outros projetos de vida que, não necessariamente, passem exclusivamente pelo serviço de saúde.

Neste Centro de Convivência, pude notar um cotidiano repetitivo, onde quase sempre eram os mesmos frequentadores que participavam de maioria das oficinas, de um público exclusivamente adulto e idoso. Algumas oficinas já eram antigas, sendo realizadas há anos pelos mesmos profissionais, sem uma análise profunda da demanda do território e sem revisão de desejos dos frequentadores, tampouco dos profissionais. Além disso, muitos frequentadores têm participação assídua e diária. E quando colocada a possibilidade de trazermos crianças ao espaço escutei de um profissional que para isso deveríamos repensar a “posição das gavetas com facas, e objetos de risco”. Ou até mesmo quando sugeri que fizéssemos um churrasco de fim de ano, por conta de um frequentador assíduo apaixonado por assar carnes, me foi dito “que havia risco da carne ficar dura se feita por ele”. No fim fizemos o churrasco, decidido em assembleia, e bancado integralmente pelos frequentadores, que rendeu dois dias de muita alegria e surpresas boas. Nenhuma das previsões de que “não ficaria bom”, “a quantidade não daria”, “os frequentadores não teriam dinheiro” se cumpriram. A manutenção do mesmo através do discurso dos riscos enrijece as práticas e produz o cuidado cronificado e cronificante.

Contudo, existem saídas possíveis para esses conflitos, desde que analisados e pensados de forma crítica. A negociação e o contrato com o usuário feitos de maneira horizontal e centrada na escuta e no entendimento de vida de maneira ampliada podem conduzir estratégias emancipadoras. Por muitas vezes, vi no ambiente do CAPS, por exemplo, negociações que advinham do desejo e da necessidade do usuário, colocando-o no centro de seu próprio projeto terapêutico. Um exemplo disso que estou explanando é relacionado a uma negociação feita com um usuário que estava utilizando do leito noite do CAPS, e diz explicitamente à equipe: “se vocês não me liberarem para sair fumar

maconha nesta tarde eu vou pular o muro”. Frente a esta situação, a equipe se viu em um impasse. Não havia o que fizéssemos que o mantivesse ali. Ele já havia falado: iria fugir. Dessa maneira, a equipe permitiu sua saída, pelo fato de conhecê-lo e escutá-lo há algum tempo, arriscando que talvez ele não voltasse. Mas a decisão tomada era que haveria uma aposta neste acordo feito, que ele voltaria, confiando em sua palavra: “me deixa ir que eu volto”. Contudo, o que a equipe não sabia é que por este ato de confiança a volta dele ao serviço foi garantida e seu vínculo também. Em menos de duas horas ele estava lá dentro, em um tom pacífico com a equipe, fato que não teria acontecido em uma fuga, a qual causaria seguramente uma ruptura com o serviço. Dessa maneira, aceitamos a condição de vida do usuário e o que ele nos tem a dizer. Discursos morais foram arremessados aos profissionais que o liberaram, do tipo “virou circo isso aqui?”, “agora usuário de droga pode tudo?”, mas a aposta clínica de quem fazia a escuta prevaleceu, pois os profissionais sabiam que melhor que prendê-lo naquele momento era deixá-lo seguro para voltar. Após a sua volta ele conseguiu dizer-nos um pouco mais sobre sua fissura e sua relação com as substâncias.

Dessa maneira, os riscos, se geridos de maneira clínica, voltado para autonomia, emancipação, e fundamentados na escuta e no desejo permitem contratos e negociações horizontais. Assim, avançamos para terceira e última parte.

A CLÍNICA E A ÉTICA

“Um navio está seguro no porto,

Mas não é para isso que os navios foram feitos”

(William Shedd)

Este último tópico será dedicado a compreensão de uma ética de trabalho clínico onde o sujeito é protagonista de seus impasses e na busca de saídas deles. Neste caso se faz necessário pensar o lugar do cuidador, a posição ética que ele ocupa e seu conseqüente lugar transferencial na relação cuidador-sujeito.

Para nortear esses pensamentos utilizaremos do artigo “Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan”, onde Abílio Costa-Rosa (2011), propõe reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental e nos apresenta a ética do “Cuidar-se”, se contrapondo à ética do “Cuidar de”.

Em um dos seus primeiros apontamentos, o autor relata a ausência de referências em relação à ética que não se reduzam ao que se deve ou não fazer, de acordo com o senso humanitário, ou códigos das disciplinas profissionais. Para ele, isto evidencia o afastamento do sujeito a quem se dirige a Atenção em Saúde nestas discussões, colocando-o, novamente em um lugar lateral, não sendo convidado para uma cogestão dos processos.

“Não é difícil perceber que a ausência do sujeito nessas discussões sobre a ética é apenas a aparência da sua objetificação necessária decorrente do paradigma disciplinar “sujeito-objeto” e do princípio médico “doença-cura” que ainda são incontestavelmente dominantes, mesmo na práxis denominada Atenção Psicossocial.” (COSTA-ROSA, 2011, p. 744)

Para Costa-Rosa (2011), duas vertentes de análise podem ser destacadas: das éticas disciplinares e das éticas fundadas em concepções psicanalíticas do sujeito e seu sofrimento. O conjunto das éticas disciplinares é pensado a partir da ética da tutela, na qual o sujeito do sofrimento “*é destituído de razão, demanda, ou vontade, e pode ser judicialmente interditado pelas possíveis consequências de seus atos futuros*” (Costa, 1996). Assim, tal ética atua por supressão da subjetividade, sobretudo daquilo que, desta, pode se manifestar no protagonismo do sujeito enquanto ator no processo de se tratar.

Dessa maneira, a tutela, antigamente vestida pelas vestes do Hospital Psiquiátrico, hoje se transveste no discurso de inclusão dos excluídos, que para Costa-Rosa (2011) nada mais é que a inclusão dos indivíduos excluídos dos meios de produção através do consumo de fármacos. Excluir incluindo, é a eficiência assustadora da psiquiatria que reflete sua mescla entre as estratégias da sociedade de controle e o discurso ideológico de consumo da economia globalizada. A tutela através do “manicômio químico” medica grupos imensos de pessoas que se queixam de sofrimentos mais relacionados a impasses da vida do que relacionados a tipos clínicos estabelecidos classicamente pela

psiquiatria. Assim, médicos e não médicos se alinham à sociedade de consumo, fomentada pela indústria farmacêutica, e rendem-se a lógica de que tudo pode ser curado através dos milagrosos fármacos.

Costa-Rosa (2011) faz uma crítica severa à uma modalidade ética denominada “ética do cuidado: empatia e compaixão” desenvolvida por Ferreira (2000). Ela é entendida com uma relação assimétrica entre em que um dos parceiros, portador da ordem saudável, inclina-se sobre o outro doente/carente para remetê-lo a ordem saudável. Esse inclinar-se, segundo Ferreira (2000) exige empatia e sofrimento, por parte do cuidador. Desta maneira, entende-se que para ser ético, o sofrimento do sujeito deve ser sentido de forma especular no terapeuta, como uma identificação para a promoção moral do cuidador. A crítica feita por Costa-Rosa consiste em dizer que essa ética é absolutamente homóloga às éticas disciplinares, centradas na moralidade. Pois as duas possuem em comum um laço social disciplinar em que o cuidador, como portador de um saber científico, se inclina sobre o outro tomando-o como objeto, mesmo ao propor o cuidado com compaixão e empatia. Ou seja, o sujeito ainda é um objeto, e necessita de alguém se que identifique com ele para ser cuidado, mesmo em detrimento da saúde do cuidador.

Dessa maneira, Costa-Rosa (2011) propõe uma ética que vá além da identificação como solução. Para ele, o cuidador precisa sair da posição do Discurso do Mestre, proposto por Lacan, onde a posição do sujeito em relação ao cuidador é “Você tem o que me falta”. Neste momento é necessário que o cuidador subverta essa posição, a partir da negação dessa demanda.

“(…) posicionando-se de modo a fazer advir essa a sua negação radical capaz de direcionar o sujeito para a possibilidade de escolha decidida dos sentidos novos que ele atribuirá a sua situação e mesmo a sua existência.” (COSTA-ROSA, 2011, p. 749)

Deste modo, o cuidador entra na posição de intercessor, e não interventor, no processo que garante aos sujeitos do sofrimento o lugar de produtores principais, de protagonistas do seu cuidado. O autor destaca o protagonismo do usuário proposto pela Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, onde o sujeito se situa como trabalhador principal do processo de produção da Atenção, onde se tem diretrizes que propõe a participação popular no planejamento, gestão e

controle dos processos. Dessa maneira, o autor se serve da psicanálise para tirar as maiores consequências dessas diretrizes na produção de “saúde e subjetividades”. Este último conceito, condensa a palavra saúde e subjetividades, pois entende-se que quando há sofrimento, há subjetividade, considerando que no âmbito da saúde psíquica, as duas palavras são homólogas, e ao redobrar a letra s, pluraliza as possibilidades de saúde. (Costa-Rosa, 2011)

Ao pensar, então, o papel do intercessor na produção de saúde e subjetividades como uma maneira de se pensar ética na Atenção Psicossocial, Costa-Rosa destaca a importância de se saber, através do legado de Freud, que há saber inconsciente nas queixas psíquicas. Saber este referente ao “não sabido”, que não consiste no recaiado, e sim no saber a ser revelado, a ser produzido, criado em resposta às exigências da realidade cotidiana. Tendo isso em mente, o intercessor, que inicialmente é colocado pelo sujeito em sofrimento como mestre supridor, tem que ser capaz de aceitar que a suposição de seu poder-saber é consequência da posição de alienação daquele que sofre. (Costa-Rosa, 2011)

“O reconhecimento desse “equivoco” é condição necessária para a realização dos remanejamentos transferenciais que devolverão ao indivíduo seu protagonismo na cura e nas demais ações que lhe competem na realidade cotidiana em que se referenciam suas queixas.”
(COSTA-ROSA, 2011, p. 751)

Assim, a ética da clínica da Atenção Psicossocial entende que a cura seja entendida no sentido heideggeriano, recortado por Lacan (2005), como a retomada da possibilidade do cuidar-se, isto é, de produzir continuamente o sentido necessário, e produzir a re-apropriação do saber pelo sujeito. Nessa direção, temos a ética da psicanálise como a ética do desejo, como ética da produção desse sentido novo. Sentido este, produzido pelo sujeito, com o apoio do intercessor, capaz de mudar sua relação com o sofrimento, e permitir novos posicionamentos em suas relações.

O autor destaca que essa ética não é pensada somente para os profissionais da psicologia, e sim para toda a área da saúde, sendo uma ética transversal às disciplinas, pois diz de um modo de produção de saúde e

subjetividade. Contudo, alerta que para isso os profissionais e a instituição devem atuar de maneira que esta ética seja possível de ser desenvolvida, pois não diz somente de uma escolha, e sim de todo um contexto institucional e de formação dos profissionais.

Faz-se necessário pensar, nesse momento, após refletirmos sobre a ética na Atenção Psicossocial, o lugar da gestão dos riscos na clínica. Afinal, como já discutido, eles são um saber científico mensurável, de caráter racional, normativo, o qual atua como uma biopolítica de controle da população.

Na saúde mental, os riscos epidemiológicos são mais difíceis de serem mensurados, tornando a gestão de riscos vinculada à gestão de processos da vida cotidiana. Então, considera-se como risco alguns impasses, como ir morar sozinho, administrar seu próprio dinheiro, tomar sua própria medicação sem assistência, circular pela cidade, entre outros. Estes impasses, relacionados ao diagnóstico, se tornam uma soma de fatores de riscos. Ou seja, ao considerar um usuário de substâncias psicoativas, há mais risco de fuga de uma internação, se o sujeito é tido como maníaco-depressivo há mais chances dele não controlar seu próprio dinheiro, se tratando de um paranoico a possibilidade dele não tomar seu medicamento é maior, ao pensar um esquizofrênico a probabilidade dele não se organizar em uma casa sozinho é grande. Sendo assim, cada diagnóstico traz junto a ele fatores de riscos (da vida cotidiana) que dizem muito mais da doença do que do sujeito em questão. Em casos de comorbidade, o diagnóstico psiquiátrico e a doença, como por exemplo, diabetes, colesterol alto, pressão alta, se somam e criam um ambiente mais propício ao cuidado tutelar.

Ao pensarmos os riscos, saberes estes a priori sobre a vida das pessoas, a partir de diagnósticos, doenças, estilos de vida saudáveis, impasses da vida, é necessário estar atento para não ocupar o lugar do “mestre supridor”, onde o profissional possui uma resposta à demanda do sujeito em sofrimento, no existe um saber a ser transmitido e ensinado. É de extrema importância pensar que os riscos dizem mais de dados universais, do que da singularidade do sujeito em tratamento. Ao se tratar desse saber, facilmente ele pode gerar uma conduta pedagógica e ortopédica, onde o sujeito tem que aprender a se encaixar nos moldes que consideramos bons para ele.

Essa maneira de conduzir o tratamento onde o profissional de saúde sabe qual é a melhor maneira do sujeito em sofrimento agir diz de uma ética tutelar, onde o sujeito em sofrimento é um objeto a ser cuidado, e o profissional o salvador de sua vida. Conseqüentemente, é gerada uma expropriação do sujeito, tira-se dele o lugar de desejo e responsabilidade sobre seus impasses e escolhas. Dessa maneira a resposta à demanda se torna uma solução produzida pelo profissional e não pelo sujeito. Conduta a qual traz ao profissional uma certa garantia, um lugar onde não há espaço para a imprevisibilidade, para o incerto, para o sujeito desejante que pode aparecer, e assumir as rédeas de sua vida, mesmo que de maneira arriscada aos olhos de quem cuida.

A captura do discurso dos riscos na saúde é notável, vive-se uma época onde a saúde acredita poder controlar muitas dimensões da vida do sujeito, inclusive seu estilo de vida. A partir de evidências futuroológicas se tomam atitudes clínicas opressivas e autoritárias. Acredita-se que a vida cabe na clínica. E para fazê-la caber nesse lugar muito menor que ela, se perde a noção de desejo, do incerto, do imprevisto, do incontrolável, do novo. Pois quando risco é uma ameaça e o medo a conduta, a vida se mortifica. Afinal, em nome do “fazer viver” (Foucault, 1999), se prolonga a vida, se distancia da morte, e se afasta de prazeres arriscados.

Ao chegarmos neste ponto, faz-se necessário pensar em saídas para esses nós. Afinal, até este momento concluiu-se que, ao considerar a dimensão dos riscos, o profissional de saúde ocupa o lugar do mestre, dessa maneira, a clínica pode se tornar uma gestão dos riscos, os riscos tomam o lugar dos sujeitos, os sujeitos se tornam um objeto a ser cuidado, e o cuidado se transforma em controle, tutela. A questão delicada é: como pensarmos nos riscos, sem negarmos a sua existência, e agir de maneira alinhada a ética do “cuidar-se”, do desejo? Como podemos pensar o risco de maneira singular?

Para se pensar em cálculos de riscos em uma clínica alinhada a ética da Atenção Psicossocial proposta por Costa-Rosa (2011), é necessário que exista vínculo e escuta qualificada. O vínculo como possibilidade transferencial de enunciação subjetiva do usuário, apoiada em uma escuta posicionada no lugar do intercessor, capaz de promover ações de emancipação e protagonismo, pois não se limita a uma resposta de como o usuário deve fazer, e sim a

reposicionamento onde ele dará novos sentidos aos seus impasses e encontrará, por si, novos caminhos. Assim, o sujeito possui responsabilidade sobre suas decisões e desejos, os quais foram construídos por ele, e não pelo profissional. Dessa maneira, o profissional de saúde atua como um secretário, onde ajuda a assessorar a vida do usuário em seus impasses, estando a seu lado, e não conduzindo-o. Caminhando juntos, e não carregando-o no colo. E claro, intervindo quando necessário em situações extremas.

Diferente da clínica da gestão dos riscos, onde se garante solos seguros, na clínica do desejo o sujeito em sofrimento constrói suas decisões em relação a seus impasses, escolhas estas coerentes em relação ao seu desejo. O que não nos garante que será um caminho ideal, nem seguro, nem tranquilo, nem previsível, tampouco fácil. Contudo nos garante que a decisão foi tomada pelo sujeito, a qual condiz com a sua vida e as suas possibilidades de existência. Deste modo, seu protagonismo está assegurado, seu desejo respeitado, e sua responsabilidade reconhecida.

Assim, cabe ao sujeito decidir e assumir os riscos que irá correr, consciente de suas consequências, pois toda vida repleta de desejos e sentidos possui riscos. Afinal, comer, beber, se drogar, andar de carro, fumar cigarro, viajar, entre outros prazeres, são arriscados, e não por isso pouco praticados.

Logo, a partir da escuta, do vínculo, e de uma análise de riscos coerente, é possível estar ao lado do sujeito protagonista de seu desejo e caminhar com ele nas veredas da vida, as quais não deixam se ser demasiadas perigosas, mas feitas de riscos reais, e não de antecipação de riscos virtuais.

CONCLUSÃO

Viver – não é? – é muito perigoso.

Porque ainda não se sabe.

Porque aprender-a-viver é que é o viver, mesmo.

(Guimarães Rosa)

Buscou-se neste trabalho refletir sobre o impacto da gestão dos riscos na Atenção Psicossocial. Tentou-se investigar de maneira ampla como o discurso dos riscos estão embrenhados na área de saúde, e também na saúde mental, ao ponto de ocuparem um lugar importante na clínica, desenvolvendo um limiar tênue entre cuidado e controle.

Na primeira parte do trabalho, foi desenvolvida uma explanação sobre os riscos em saúde, mais precisamente os riscos epidemiológicos e suas consequências na saúde promocional. Pensou-se a dimensão epidemiológica a partir de sua característica cientificista, racional, mensurável e quantitativa. Dessa forma, os fatores de riscos são evidências calculáveis que tem a probabilidade causal de desenvolver uma doença. Estes fatores, são exclusivamente quantificáveis, deixando à margem, fatores qualitativos, como os sociais, econômicos, psicológicos, culturais, entre outros. (Castiel, 2007)

Dessa maneira, os fatores de risco partem de uma análise populacional e são trazidos para a individualidade ao se pensar em condutas apropriadas para uma vida saudável e sem riscos. Assim, são criados estilos de vida ditos saudáveis para promover a saúde. Estes estilos de vida possuem um alto cunho moral e normativo, pois partem do pressuposto que todos podem “possuir” uma vida mais saudável, sendo uma questão de escolha e vontade. Dessa maneira, os sujeitos são culpabilizados pelos riscos que correm e pelas doenças e que possam vir a ter. Estratégia muito eficiente se tratando de um momento neoliberal de cortes de gastos em saúde, onde os culpados são os sujeitos por suas doenças, eximindo o Estado de suas responsabilidades.

Tendo isto em mente, foi pensado como este discurso também está presente na Saúde Mental, ao se pensar o risco como a probabilidade de algum fato vir a acontecer, ou seja, a partir de sua dimensão virtual. Dessa maneira, são pensadas condutas clínicas a partir do que o usuário pode vir a fazer, colocando o profissional da saúde no lugar de vidente, que em uma análise futuroológica imagina o que acontecerá, e por isso toma atitudes tutelares, de proteção e controle. Controle este demonstrado por Foucault (1999) como uma biopolítica da população, ao se empenhar no “fazer viver”, no “como viver”, para se prolongar a vida. Assim como na produção de estilos de vida saudáveis a partir da epidemiologia descrito por Castiel, 2007. O risco em sua dimensão na

Saúde Mental também ganha corpo nos impasses da vida dos sujeitos, onde certas decisões, como morar fora, administrar o dinheiro, andar de ônibus. Assim estes impasses são passíveis de decisões e escolhas a partir do que os profissionais consideram como melhor para o sujeito.

Como saída a este modelo tutelar baseado na gestão de riscos, foi pensada a ética do “cuidar-se”, trazida por Lacan (2005) e dimensionada para uma ética da Atenção Psicossocial pensada por Costa-Rosa (2011). Nesta ética o cuidador entra no lugar de intercessor e nega a demanda do sujeito de resposta aos seus impasses. Deste modo, o profissional desloca-se do lugar de mestre, o qual possui um saber a ser transmitido e ensinado ao sujeito-objeto a ser transformado, e se posiciona no lugar de um agente que promove a ressignificação de novos sentidos à existência do sujeito em sofrimento. Este permite ao sujeito chegar a suas próprias decisões e escolhas sobre como resolver seus impasses ao estar reposicionado em relação ao seu sofrimento. Assim, a saída para os impasses cotidianos é produzida pelo sujeito e não pelo cuidador, tornando-o protagonista e responsável de sua vida e de seus conflitos.

Assim, como na frase citada no começo da conclusão, de Guimarães Rosa em “Grande sertão: veredas”, a vida é perigosa pois não se sabe sobre ela, e o viver consiste em aprender. Dessa maneira, o que torna nossa clínica emancipatória é permitir que o os sujeitos aprendam a viver com suas próprias conclusões e conflitos, e não a partir de saberes científicos, mensuráveis, racionais e normativos a serem transmitidos. Ao tentarmos tamponar o não saber sobre a vida com evidências científicas podemos até escapar de suas dimensões perigosas, contudo nos afasta do próprio viver.

Conclui-se, assim, que a pratica da clínica na Atenção Psicossocial centrada na gestão de riscos produz condutas de controle, contudo a clínica centrada no desejo e na escuta permite ao sujeito em sofrimento escolher por ele próprio os riscos que lhe convém. Portanto o nosso lugar, de profissionais, é posicionado no caminhar ao lado do protagonismo do usuário, intervindo somente quando os riscos forem de fato reais e frutos de um cálculo clínico feito a partir de uma relação de vínculo e escuta. Salve estas intervenções, caminhemos! Pois como diz Antonio Machado: “Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. A. (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 30 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTIEL, L.D., DIAZ, C.A.D., A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C & FERREIRA, M.S. Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A., & YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. Em P. Amarante (Org.), Archivos de saúde mental e atenção psicossocial (pp. 12-25). Rio de Janeiro: Nau, 2003.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. Saúde e Sociedade, São Paulo, 2011

DESVIAT, Manuel. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERREIRA, A. P. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs). Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LACAN, J. O seminário, livro X: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ORTEGA, F. Biopolíticas de saúde: reflexões a partir de Michael Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 2004

ROTELLI, F; LEONARDIS OTA; MAURI DIANA. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, Maria Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990

YASUI, S. Construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.