

O trabalho em saúde como risco: problematizações entre o querer morrer e a lógica da prevenção ao suicídio

Jéssica Prudente
Fernanda Spanier Amador

RESUMO

Este artigo é constitutivo das problematizações de uma tese de doutorado desenvolvida no âmbito da saúde mental no SUS (Sistema Único de Saúde), no que tange ao trabalho em saúde nos casos que chegam com a demanda de risco de suicídio. A prescrição das ações de cuidado é uma necessidade, mas pode provocar efeitos de tensão, o que opera uma transversalização da obrigação de fazer viver, provocando perturbações na experiência do trabalho em saúde entre riscos a correr e normas a cumprir. Constata-se a dificuldade de construir um meio neste trabalho em que há um imperativo de fazer viver e em que deixar falar um “querer morrer” pode ser tomado como sendo um risco extremo. Produzimos planos de problematização acerca dessa experiência que entende o risco de suicídio para além da psicopatologia, mas como um meio de criação de normas na experiência do trabalho em saúde, abrindo questões no campo da psicologia social e do trabalho.

Palavras-chave: trabalho; saúde; psicologia social; risco de suicídio; problematização.

ABSTRACT

Health work as a risk: examining the desire to die and the logic of suicide prevention

This article is part of the problematizations of a doctoral thesis developed within the scope of mental health in the SUS (Unified Health System), focusing on health work in cases involving the risk of suicide. While the prescription of care actions is a necessity, it can create tension, enforcing an obligation to preserve life, which in turn causes disturbances in the health work experiences as workers navigate between risks and compliance with norms. There is a notable difficulty in creating a work where there is an imperative to save lives and where allowing someone to express a “desire to die” can be perceived as an extreme risk. We propose problematization frameworks regarding this experience, viewing suicide risk not merely as psychopathology, but as a mechanism for creating norms in the health work experience, thereby opening up questions in the fields of social and occupational psychology.

Keywords: health; social psychology; suicide risk; problematization.

Sobre os autores

J. P.
orcid.org/0000-0002-6680-1746
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
Santa Cruz do Sul - RS
jessiprud@gmail.com

F. S. A.
orcid.org/0000-0002-7385-8900
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Porto Alegre - RS
E-mail: feamador@uol.com.br

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



**ENTRE RISCOS PELO TRABALHO EM SAÚDE COMO ATIVIDADE:
NORMAS, VALORES E NORMATIVIDADE**

O presente artigo é constitutivo de uma pesquisa de doutorado no âmbito do trabalho em saúde mental no SUS (Sistema Único de Saúde), abordando situações com a demanda de risco de suicídio. A prescrição das ações para o cuidado nesses casos, referidas pelo sistema de saúde, é uma necessidade, mas também não raras vezes causa mal-estar nas equipes. O objetivo deste artigo é discutir e analisar o trabalho em saúde – a partir dos casos que chegam com a demanda de risco de suicídio – transversalizado pela obrigação de fazer viver, o que provoca perturbações na experiência do trabalho em saúde entre riscos a correr e normas a cumprir. Iniciamos com a problematização foucaultiana sobre o engendramento do *homo oeconomicus* com a biopolítica, na prática cotidiana dos serviços de saúde, tomando o trabalho como atividade e como experiência de transvaloração a partir de Clot (2006) e Schwartz (2004), entre o enfrentamento dos riscos e a criação de normas. Seguimos na articulação com Canguilhem (2012), na sustentação das noções de normatividade vital, normas, infidelidade do meio e de inseparabilidade entre vida e conhecimento. Por fim, na relação com uma cena clínica, propomos pensar nas transformações incorpóreas (Deleuze & Guattari, 2011) agenciadas no trabalho em saúde, o que implica pensar nos deslocamentos produzidos em meio ao trabalho como atividade.

Muitos trabalhadores compartilham a sensação de que, ao seguir determinados protocolos, de certo modo, estão sufocando o enunciado¹ de alguém e normalizando uma existência. Trata-se de situações nas quais parece que um pouco do trabalho “morre” nessa prescrição quando obriga aquela vida, aquele sujeito, a viver e a viver de uma determinada forma. Na área da saúde não é raro encontrar a percepção de que um pouco do trabalho morre no sentido em que se encerra a possibilidade de ampliar os possíveis de escuta e de encaminhamento dessas situações pela premência do cumprimento dos protocolos, restringindo a margem de re-normatização inerente a qualquer situação de trabalho que guarda sempre uma distância entre o Trabalho Prescrito e o Trabalho Real. Zona de distância essa na qual se experimenta o trabalho como atividade, isto é, como microgestão dos processos de trabalho, a qual implica em normatividade, conforme propõe Canguilhem (2012). Normatividade, nesse sentido, refere-se ao processo vital de qualquer organismo vivo que está constantemente produzindo normas para viver e meios de existir.

Normatividade e criação de meio implicam-se reciprocamente, por sua vez. Criação de novas relações entre os elementos em jogo na situação de trabalho, dando passagem a outros modos de efetivar as operações laborais envolvendo riscos a correr e normas a cumprir. Difícil construir um meio neste trabalho onde há um imperativo de fazer viver e onde deixar falar um querer morrer é da ordem de um risco extremo. No trabalho em saúde pode-se ativar um controle em relação a uma vontade de morrer do outro, neste caso, do usuário que chega com uma demanda que implica em riscos de vida e morte. Essa vontade, tomada como doença e loucura, indica um signo de gravidade e fica insistentemente suprimida por certas práticas e tecnologias operadas pelos trabalhadores da saúde na direção de um controle dos riscos.

Nos engendramentos da governamentalidade neoliberal, entendemos o trabalhador da saúde como *Homo oeconomicus*, como um modo de subjetividade que pode se atualizar nos investimentos e intervenções no corpo do outro (usuário), sobre a vida do outro, como um produto do seu trabalho – a vida que persiste biologicamente materializa esse produto, esse resultado e esse objeto. De acordo com Gori (2014):

Foi o neoliberalismo americano que empurrou para mais longe essa ideologia de um “homem comportamental” concebido como uma empresa econômica à qual se pode aplicar os modelos, as estratégias e as leis de mercado. Somente se impõem as técnicas de rentabilidade comportamental, as estratégias de administração” das condutas que vão educar o indivíduo a se governar melhor ele próprio em seus próprios interesses. Eis como *pathos* do sofrimento psíquico e do conhecimento trágico que ele convoca se encontrou reduzido a uma *perturbação do comportamento*. (Gori, 2014, p. 300)

Foucault (2010) já apontava a entrada da saúde e do corpo no jogo econômico das intervenções estatais ao anunciar que nada mais estava, enquanto produção social, no exterior das práticas médicas, constituindo o que o autor denomina como sociedade de normalização. Nesse sentido, afirmamos que para além da saúde e do corpo, um determinado tipo de vida entra como moeda neste jogo.

O trabalhador da saúde, convocado por esta racionalidade, por esse modo de subjetivação que atravessa também as políticas públicas de modo específico, coloca-se no jogo da governamentalidade² neoliberal na qual a moeda é a vida que se mantém produtiva e alvo de tecnologias, como índice e quantidade, como indicador de produção deste trabalho. Ele pode reforçar um *fazer viver* a qualquer custo, pode performar uma injunção

1 Para Foucault “a análise arqueológica dos enunciados não os remete a uma instância fundadora, mas apenas a outros enunciados para mostrar suas correlações [...]. O enunciado é uma proposição ou uma frase considerada desde o ponto de vista de suas condições de existência, não como proposição ou como frase”. (Castro, 2009, p. 136)

2 “Foucault utiliza o termo “governamentalidade” para referir-se ao objeto de estudo das maneiras de governar. [...] O estudo das formas de governamentalidade implica, então, a análise de formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização. [...] O estudo da governamentalidade não pode deixar de lado a relação do sujeito consigo mesmo. (Castro, 2009, p. 190-191). O conceito de governamentalidade neoliberal trata dos efeitos do neoliberalismo e sua racionalidade nos modos de subjetivação.

à vida, tomada como óbvia e necessária, bem como, por entre prescrições, criar normas. Um paradoxo da vida que invade o trabalho e do trabalho que invade a vida: vida biológica, numérica e quantificável.

Entretanto, essa injunção à vida não se restringe ao trabalho, operando também como um imperativo social do “dever viver”, que assume contornos específicos no trabalho em saúde mental. Este imperativo social forja um meio pelo qual o trabalhador constrói os sentidos e valores da sua própria vida e do seu trabalho: esta vida pautada pela produtividade é um meio de possibilidade de continuar produzindo, garantindo a sua vida e a vida do outro, fazendo a máquina – estatal, tecnológica, política e biológica – operar. O trabalhador também é um sujeito suscetível a injunções à vida atualizadas por diferentes dispositivos, por normalizações sociais que são produzidas não apenas no campo da saúde. Esse *fazer viver* que ele atualiza pode ser da ordem do mesmo mecanismo que o mantém vivendo – e trabalhando: o mecanismo da governamentalidade neoliberal, ou seja, das estratégias de governo que conduzem condutas de modo específico, na direção da precificação e individualização das relações.

Essa discussão convoca, também, uma problematização acerca da dimensão valorativa do trabalho em saúde, pois “é neste processo de arbitragens e regulagens, que os trabalhadores lidam com valores relativos à história, à economia, ao social, sustentados sobre as normas operatórias, mas sem descontinuidade com as normas de vida que todo meio histórico veicula” (Amador, 2017, p. 29). Há uma dimensão valorativa neste “trabalhar para não morrer” que produz um embate entre valores, pois, como nos indica Schwartz (1996, p. 151) “em nossas sociedades contemporâneas, todo pensamento sobre o valor do trabalho deve tentar articular as ‘circulações’ e as ‘barreiras’ entre a forma do trabalho como mercadoria e os outros momentos da vida humana” – o trabalho como valor e a produção de valores *no* e *pelo* trabalho. Entretanto, quando o “objeto” do trabalho é a vida biológica, o valor do trabalho está, geralmente, na continuidade da vida. Fazer viver implica um cálculo, uma estatística e a produção de valores.

Pela via do *Homo oeconomicus*, essa manutenção da vida é tomada como destino, tanto do trabalhador quanto do usuário – vida que, por se manter no jogo produtivo, mantém outras vidas. Nesta produção de valores *no* e *pelo* trabalho, podemos apostar no dissenso e na desvidencialização desses valores, pois, como nos indica Deleuze ao falar de Nietzsche (1965, p. 27), “enquanto substituímos os velhos valores por novos, apenas assinalando novas combinações entre as forças reactivas e a vontade de nada, nada mudou, continuamos sempre sob o reino dos valores estabelecidos”. Assim, a vida que toma o trabalho como valor e o trabalho que toma como valor a vida, no sentido da normalização, mantém os mesmos “reinos” valorativos.

Uma transvaloração implicaria desnaturalizar a construção valorativa *no* e *pelo* trabalho em saúde transitando por uma zona “ingovernável” que acolhe o impensado do paradoxo viver-morrer. Entendemos este trabalho em saúde como da ordem da atividade, ou seja, na radicalidade de uma experiência que extrapola a tarefa e o prescrito, que implica aberturas, inacabamentos e riscos, como nos indica Amador (2017). O movimento de recusar a vida e querer morrer, como demanda a ser gerida no trabalho como atividade enquanto infidelidade do meio (Canguilhem, 2012) provoca um embate entre valores. Para o autor, o meio é infiel, ou seja, as regras que ele [meio] segue são relacionais e inerentes à experiência vital, produzidas nos encontros de modos mais ou menos constrangidos, mais ou menos ampliados, mais ou menos criativos. Talvez seja justamente no embate de normas e valores no trabalho em saúde, desta recusa à vida que, por vezes, chega como demanda, que se pode desvidencializar o valor da vida enquanto uma injunção, uma obrigação.

Não há lugar sem riscos, não há prática neutra e generalizável, apesar do discurso higienista que exalta a “prevenção” por meio do cuidado em saúde como um modo “correto” de trabalhar e viver. O risco é sempre um meio de viver. A questão é que alguns riscos são institucionalmente normalizados pelo jogo de saber-poder e outros são tratados como situações limite, exceção e anormais. A “saída” no trabalho em saúde tem sido, muitas vezes, a ênfase em um campo moral e prescritivo, devido a todos os riscos que estão envolvidos e um apelo aos protocolos. Entretanto, *sempre* fazer viver alguém que quer morrer a partir de recursos e técnicas médicas e psicológicas não está em um campo de criação enquanto potencialidade do agir, que implica em expansão de potência de agir e de existir, pois não se compartilha o *fazer viver* e o *querer morrer* como um problema e não se evidencia que as estratégias implicam riscos, inclusive as de controle. A potência do agir tem relação com a criação de normas e de meios de existir, e com o reconhecimento de que as prescrições, por mais que sejam normalizadas, também implicam riscos.

Esse enfrentamento dos riscos pode interrogar a vida, a morte e o trabalho, ao tomarmos o trabalho em saúde como atividade e a experiência aí implicada quando precisamos lidar com as infidelidades do meio, que, neste caso, apresenta-se como um querer morrer. Este querer pode ser entendido como da ordem de uma infidelidade. Há uma “estreita relação entre trabalho e atividade, a qual pode ser expandida não mais como simples tarefa e sim como um fazer lançado a uma problematização” (Oliveira et al., 2016, p. 123), e é nesta dimensão que os riscos serão colocados em análise. Este trabalhar na saúde, por um fazer viver, pode implicar em fazer morrer, pelos mecanismos de segurança e pelos excessos de controle.

Pensar na dimensão da atividade implica um trabalho as-

sumido pelo sujeito na relação com os outros, que extrapola a dimensão da tarefa (Clot, 2006). Schwartz (2004) coloca a relação do homem com o trabalho na esfera da complexidade e não apenas como um elemento operacional, ao desenvolver o conceito de atividade, como matriz de resistência. É pela atividade e na atividade que se dão os maiores problemas do político, conforme indica Schwartz (2004), e é neste meio que se mobilizam dimensões coletivas importantes, afirma-se singularidades, criam-se normas.

A atividade, assim, está ligada à ideia de gestão das variabilidades e dos riscos, à criação de possibilidades e às relações entre os homens, sempre em meio a uma dimensão política, entre regimes de saberes. Desse modo, podemos entender o “querer morrer” como um ato político, pois a recusa à vida performa um discurso, uma prática que, pelo negativo, afirma um desejo: o de transformação. No encontro com essa vontade, com esse *querer*, valores são produzidos neste trabalho-vida-morte. Se as normas não forem transvaloradas, como podem ocorrer transformações?

De acordo com Amador (2017, p. 28), tomar o trabalho enquanto atividade é ativá-lo “enquanto movimento incessante de renormatização dos meios de vida no trabalho, uma vez que entre o Trabalho Prescrito e o Trabalho Real, conforme preconizaram os Ergonomistas, há sempre uma distância a ser gerida pelos trabalhadores [...]”. Estas renormatizações acontecem neste intervalo, em um embate entre normatividades vitais⁴ e sociais³, como discutiremos a seguir, na problematização da prevenção ao risco de suicídio. O conceito de trabalho como atividade permite analisar como o engendramento da biopolítica e do escape a ela pode operar no trabalho, pois é nessa potência de ser afetado pelas infidelidades do meio e de lançá-las em sua dimensão problemática que um enfrentamento dos riscos acontece. O compartilhamento de um problema no coletivo, não restrito ao modo indivíduo, pode ampliar o campo de ações dos trabalhadores pelas microgestões do trabalho em saúde, deslocando uma posição moralizante e culpabilizante convocada reiteradamente por esta demanda.

Clot (2013) discute a questão do trabalho como atividade no contexto em que os chamados riscos psicossociais tornam-se uma preocupação para a gestão do trabalho. O autor apresenta críticas aos modos de enfrentamento da questão pelas empresas na França, destacando a responsabilização individual, a denúncia por parte de colegas e o encaminhamen-

to a serviços especializados como estratégias recorrentes de lidar com os riscos psicossociais. Assim, Clot (2013) sugere haver um processo de individualização da gestão do trabalho, acompanhada de um enfraquecimento e de uma despotencialização do coletivo de trabalhadores. Clot afirma que:

No fundo, os riscos psicossociais repertoriados aumentam em razão de que nós – direções, sindicatos, especialistas – não corremos outro risco: o risco psicossocial de instituir novas “relações profissionais” assumindo a controvérsia sobre o trabalho “bem feito”. Paradoxalmente, o excesso de riscos controlados se explica talvez pela insuficiência do risco que se corre. Mas há riscos e riscos (Clot, 2013, p. 4)

Clot (2013) discute os desafios de enfrentamento das lógicas higienistas no cuidado em saúde que tendem a se voltar para a gestão de riscos populacionais, defendendo a necessidade de se enfrentar os riscos da gestão do trabalho em saúde, pelos quais pode-se, muitas vezes desviando dos protocolos, produzir ações que acompanhem a emergência de modos de viver em saúde oriundos do encontro entre trabalhadores e usuários, bem como daquilo que experimentam quando gerem as indeterminações do meio. Pensando com Clot (2013), que quando os trabalhadores não correm os riscos de tensionar formas de cuidado, compartilhando os problemas das estratégias conhecidas e entendidas como eficazes, provoca-se um “excesso de riscos controlados”.

As estratégias de intervenção, que são utilizadas frequentemente no campo da saúde mental – internação hospitalar, internação domiciliar etc. – encontram-se na esfera desses “riscos controlados”: elas também podem fazer morrer, enclausurar, individualizar, conter os sujeitos “dentro de si mesmo”, mas estes riscos são entendidos como “normais” do ponto de vista do controle e da disciplina. Entretanto, os riscos de colocar o saber, a disciplina e o controle em questão não são assumidos, na maioria das vezes.

Ampliando a discussão, Robert Castel (1987) discute a questão da gestão dos riscos desde a perspectiva do controle social, colocando em análise práticas tais como trabalho social, perícia, ação sanitária e gestão das populações em risco, em uma análise macropolítica. Por sua vez, Roland Gori (2014) afirma que Castel (1987) prenunciou o cenário da saúde mental transformada em gestão previsional das populações com risco e que ele “antecipava um dispositivo que instituiria siste-

3 Macherey afirma preferir a discussão da normatividade, ao invés da normalidade. Segundo o autor, a normatividade vital define “o poder ou a potência de existir que é próprio de todo vivo, tal como ele se afirma negativamente nos momentos privilegiados nos quais é diretamente confrontado com os limites de sua efetuação”. (Macherey, 2010, p. 59)

4 Em Foucault (2008), encontramos a referência a uma estratégia de normalização como modo de funcionamento e governo nas sociedades disciplinares, por isso enfatizamos o termo “normatividade social”. Entretanto, veremos a seguir que a noção de normatividade vital implica um exercício transitivo entre normas vitais e sociais. A divisão entre normatividades vitais e sociais tem caráter explicativo e pedagógico: na discussão de Canguilhem (2012), as normas vitais implicam o meio [e, portanto, as normas sociais], e a sociedade de normalização discutida por Foucault (2008), tem como objeto de incidência os corpos [sexualidade, loucura, delinquência], que implicam normas vitais.

mas de vigilância e de manutenção permanente. Com efeito, a 'nova' psiquiatria não tem mais a cura como objetivo porque a manutenção lhe basta" (Gori, 2014, p. 299). Trata-se da lógica da manutenção da vida pelas estratégias de normalização.

Nosso desafio é o de assumir os riscos na gestão do trabalho em saúde por entre a operação e os enfrentamentos de uma gestão dos riscos, pois os riscos desdobram-se em uma agonística de forças. Parece que só é possível transformar estas concepções de cuidado, vida e saúde, correndo riscos e vivendo neles, não apenas diagnosticando e indicando o risco do outro, pois trata-se de correr o risco de "transbordar" a norma, de criar meios e normas produzindo transvalorações. Desnaturalizar uma certa concepção de prevenção pode traçar um caminho interessante na problematização das normas.

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ENTRE NORMAS E NORMATIVIDADES, O ANÔMALO

No âmbito da *prevenção* falaremos em *suicídio*, pois é deste modo que a temática do "querer morrer" aparece enquanto objeto da saúde. Alguns eventos midiáticos deram maior visibilidade para a questão no ano de 2017, e os destacaremos como condições de possibilidade desta problematização. O fenômeno do jogo da Baleia Azul tornou-se uma questão de saúde pública. Através das redes sociais, um jogo de desafios era proposto aos jovens, sendo que a última tarefa era a concretização do suicídio. Este jogo captou a atenção dos jovens, provocando aumento na demanda desses casos nos serviços. A secretaria da saúde do município de Porto Alegre publicou uma nota de esclarecimentos (Nota Técnica Nº 02/2017, 2017), publicada em 19 de abril do ano referido e de divulgação dos serviços de atenção pertinentes em situações de emergência.

Ainda no ano de 2017, uma série da plataforma Netflix⁵ chamada "13 Reasons Why" alcançou um grande público em diversos países, e a narrativa tratava do suicídio de uma adolescente que elencou 13 razões para sua morte. Tais fatos movimentaram a opinião pública e diversas discussões sobre este tema, evidenciando a *prevenção* ao suicídio como uma diretriz para os serviços de saúde e como orientação às famílias e escolas.

A *prevenção* no âmbito da saúde aparece de modo amplo,

como ações preventivas que são definidas como intervenções "orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Seu objetivo é o controle de transmissão das doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos" (Rede Humaniza SUS, 2013). As ações de prevenção estão incluídas nas diretrizes do SUS como ações em saúde em diversos níveis de atenção, inseridas em um dos princípios fundamentais do SUS, qual seja a Integralidade:

Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. (Ministério da Saúde, 2009, p. 192)

Especificamente na área da saúde mental, o manual de "Prevenção ao suicídio" é fundamentado nas "Diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio", dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental e enfoca os principais transtornos mentais associados ao risco de suicídio, sendo que a intervenção ocorre na "prevenção ao comportamento suicida" (D'Oliveira & Botega, 2006, p. 20). Deste modo, é importante destacar que o risco de suicídio aparece no manual diretamente associado a um transtorno mental, já caracterizado e capturado pelo discurso da psicopatologia. Assim, afirmamos que o querer morrer emerge no contemporâneo sob o signo de uma doença mental, de modo naturalizado. A prevenção, então, destina-se a inibir o comportamento suicida de um sujeito individualizado e diagnosticado como doente.

A prevenção é sustentada na noção de norma enquanto normalidade, que fundamenta a prática de diagnósticos e intervenções que classificam riscos a partir de um referencial ideal. Entretanto, o termo normal⁶ apresenta uma ambiguidade, pois sugere tanto uma estatística que produz uma média de algum fenômeno em relação a uma certa população, quanto um modelo de referência ideal⁷, conforme encontramos em Canguilhem (2012). De acordo com o autor, "podemos então concluir que o termo "normal" não tem nenhum sentido propriamente absoluto ou essencial. [...] nem o vivente, nem o meio podem ser ditos normais se os considerarmos separadamente, mas apenas em sua relação" (2012, p.

5 "Netflix é uma provedora global de filmes e séries de televisão via streaming [forma de distribuição digital], atualmente com mais de 100 milhões de assinantes. Fundada em 1997 nos Estados Unidos, a empresa surgiu como um serviço de entrega de DVDs pelo correio. A expansão do streaming, disponível nos Estados Unidos a partir de 2007, começou pelo Canadá em 2010. Hoje, mais de 190 países têm acesso à plataforma". (Netflix, 2018)

6 "Com frequência se notou a ambiguidade do termo normal que designa ora um fato capaz de descrição por recenseamento estatístico – média das medidas operadas em um caráter apresentado por uma espécie e pluralidade dos indivíduos apresentando esse caráter segundo a média ou com alguns desvios estimados indiferentes –, ora um ideal, princípio positivo de apreciação no sentido de protótipo ou de forma perfeita". (Canguilhem, 2012, p. 169)

7 Ver discussão sobre norma no item 2.3. "Da psiquiatrização da recusa à vida: disciplina e norma".

176). O termo *normal*, então, é contingente a uma relação, e não algo predeterminado, e a *normatividade vital* está ligada às transformações e potência de criação de novos meios de vida diante da variação das normas.

Uma das contribuições de Canguilhem (2012) para esta problematização é a noção de que um estado patológico não é a ausência de normas, mas a presença de outras normas⁸, pois o conceito de patológico não é o contrário lógico da noção de normal, mas é o contrário vital de “são”. Um sujeito diagnosticado como portador de um determinado transtorno está em um jogo de normas vitais entendidas de modo depreciado em relação a um determinado tipo de vida, sendo que o que se considera como transtorno é, também, uma produção de um jogo de normas que podem ser entendidas como sociais – uma *normatividade social*. Entendemos que a prevenção ao suicídio ocorre no embate entre normatividades vitais⁹ e normatividades sociais

De acordo com Safatle (2011), pode-se pensar a normatividade social como um tipo de suplemento que objetiva “preencher a insuficiência da normatividade vital em impor, por si só, um modo de conduta ao humano. [...] entre as duas formas de normatividade não há nem descontinuidade simples, nem continuidade absoluta. Há uma peculiar relação de complementaridade” (p. 20, grifo do autor). Entretanto, cabe destacar que a afirmação de Safatle (2011) desconsidera que, quando Canguilhem enfatiza o meio na relação com o vivo, as normas sociais são consideradas no trânsito normativo que produz vida e saúde. Utilizaremos as concepções de normatividades vitais e sociais, ainda que elas sejam da ordem de uma transitividade. Sobre as normatividades, pensando com Macherey:

Falar de normatividade é, ao invés de considerar a atuação das normas como aplicação mecânica de um poder pré-constituído, mostrar como o movimento concreto das normas – que são esquemas vitais em busca das condições para sua realização – elabora, à medida que se desenvolve, este poder que ele produz simultaneamente no plano de sua forma e de seu conteúdo. (Macherey, 2010, p. 60)

A prevenção ao suicídio desdobra-se, então, entre as normatividades vitais e normatividades sociais, as quais estão em constante processo de atualização. Nesse sentido, ela [prevenção] se destina antes a conformar um determinado sujeito

em uma norma específica, do que a possibilitar um possível estado de sanidade em oposição a um estado patológico. A crítica que propomos acontece no sentido de analisar o discurso da prevenção como já capturado pela “verdade” da psicopatologia, pelas estratégias de normalização, pois há uma premissa de que existe um sujeito com transtorno, como um *a priori*, e as intervenções são realizadas sobre essa “verdade” de um sujeito dado e individualizado como doente.

O que estamos denominando como sendo da ordem de um querer morrer não pode ocupar outro lugar nesta prática de saúde que não seja o da doença. Se o que se previne é um comportamento suicida, a prevenção exerce uma função de normalização social, por entre estratégias de biopolítica e biopoder, pois “Foucault insiste quanto à função de normalização que desempenham os saberes: medicina, psiquiatria, psicanálise, psicologia. [...] A sociedade de normalização é uma sociedade fundamentalmente medicalizada” (Castro, 2009, p. 310). Nesse sentido, um sujeito que recusa a vida é necessariamente doente? Parece que pelas estratégias de prevenção ao suicídio a resposta é afirmativa. Instaura-se, assim, uma primazia de um sujeito patológico na prevenção ao suicídio.

Entretanto, se tomarmos o conceito de *valor negativo*, ou de negatividade, proposto por Canguilhem, como constituinte da experiência do vivo pelas anomalias, podemos entendê-las não como acidentes que acometem, do exterior, um sujeito em estado de perfeição, mas como elementos da dinâmica do processo da vida (Macherey, 2010). A “primazia da infração sobre a regularidade” (Macherey, 2010, p. 69, citando Canguilhem) é a condição de possibilidade da dinâmica entre as normatividades sociais e vitais. Neste caso, a recusa à vida e à morte, por sua negatividade, entram neste jogo não como exceção, mas como produção:

[...] a doença, a monstruosidade e a morte [...] são formas consubstanciais ao processo da vida, do qual elas fixam necessariamente, a partir do interior, os limites. Estar doente, ser um monstro, morrer, é ainda viver; e talvez seja mesmo viver num sentido mais forte, mais intenso, que aquele que banaliza o desenrolar ordinário da existência, uma vez que estes momentos ou estados de crise são também aqueles pelos quais a vida atinge um preço mais elevado. O modo de estruturação histórico-social da vida, que condiciona seu caráter normativo, em relação ao poder

8 “A doença, o estado patológico não são a perda de uma norma, mas comportamento da vida regulado por normas vitalmente inferiores ou depreciadas, pelo fato de elas proibirem ao vivente a participação ativa e fácil, geradora de confiança e de garantia, em um gênero de vida que anteriormente era o seu e que permanece permitido a outros”. (Canguilhem, 2012, p. 182)

9 “[...] substituir uma reflexão acerca das questões tradicionais da normalidade por uma investigação orientada na direção de um problema mais fundamental, que é o da normatividade. Se as formas normais – quase poderíamos dizer vivíveis, para não dizer viáveis – da vida, na medida em que são precisamente formas de vida, não se deixam analisar objetivamente em termos de uma medida estática, é porque a experiência à qual elas dizem respeito deve ser interpretada como atualização dinâmica das normas vitais, definindo o poder ou a potência de existir que é próprio de todo vivo, tal como ele se afirma negativamente nos momentos privilegiados nos quais é diretamente confrontado com os limites de sua efetuação”. (Macherey, 2010, p. 59)

que ela detém de produzir normas e não apenas submeter-se a normas, encontra assim, nestes fenômenos críticos através dos quais a dinâmica vital se confronta com seus limites, um indicador insubstituível. (Macherey, 2010, p.64)

Trata-se, assim, de pensar que anomalias, erros, rupturas, doenças, recusas são formas de vida em movimento, em potência, e que a norma sugere uma tentativa de ordenação e modelagem deduzida deste caos, e não o contrário. É neste encontro com os limites, com “estados de crise” que a questão dos riscos é, então, relançada, pois implica em assumir e enfrentar os riscos no trabalho nos casos de “risco de suicídio”, mais do que gerir os riscos. De acordo com Canguilhem (2012, p. 184) “a norma, em matéria de psiquismo humano, é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição de normas, reivindicação que implica normalmente o risco da loucura”. Trabalhar enfrentando os riscos implica um certo tipo de loucura, que passa pela desnaturalização das verdades, passa por gerir as *infidelidades do meio*, no sentido apontado por Canguilhem:

A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. [...] O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade. [...] Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história. (Canguilhem, 2009, p. 78)

Nesse sentido, trabalhar implica tomar esta *infidelidade do meio* como potência de produção. De acordo com Amador (2017, p. 29) “é gerindo a infidelidade do meio que se pode viver. Para viver tal destino, os trabalhadores, então, experienciam dramáticas dos usos de si, isto é, eles se vêm imersos em um processo microgestonário pelo qual arbitram por entre critérios e valores”. Um modo de constrangimento nestas microgestões, em relação ao trabalhador da saúde mental, emerge no estreitamento dos espaços de criação possíveis, especialmente nos casos de risco de suicídio: de um lado está a maquinaria biopolítica que, como vimos, pode operar normalizações – protocolos, códigos, manuais diagnósticos, famílias, regulações, hospitais, medicações e internações – percorrendo um espaço largo e com mecanismos bem estabelecidos pelas estratégias de governo da vida; e do outro? Há um risco individual do trabalhador: se ele desviar do jogo das normalizações, ele encontra um deserto – sem guerreiros nem oásis – um estreito deserto onde não há amparo para estratégias de cuidado que estejam fora das normalizações.

Se nesta microgestão do trabalho o arbítrio do trabalhador operar em direção a uma prática que não siga tais prescrições, por mais que se produza em um plano comum, ele está sujeito

a criminalização, a ser julgado como negligente e a ser culpabilizado pelos efeitos de sua aposta. Ainda que possa contar com uma equipe, dificilmente estes riscos são assumidos de modo coletivo. Trata-se de uma gigantesca assimetria neste jogo, entre o espaço largo das normalizações e o espaço estreito de entender a recusa à vida como uma produção, que lança o trabalhador, muitas vezes, em direção às práticas de controle e de gestão dos riscos para suprimir os efeitos destabilizadores desta recusa. Jogo arriscado que acaba por conduzir ao controle, pois percorrer o deserto sozinho é perigoso e ineficaz.

Por entre essas normatividades sociais e vitais, podemos pensar um sujeito que recusa a vida não como doente, nem como anormal, mas como *anômalo*. Deleuze e Guattari (2012), em *Mil Platôs IV*, apresentam a figura do *anômalo* não como similar ao anormal, mas como “a ponta de desterritorialização” (Deleuze & Guattari, 2012, p. 26). Segundo os autores, “o anômalo não é nem indivíduo nem espécie, ele abriga apenas afectos, não comporta nem sentimentos familiares ou subjetivados, nem características específicas ou significativas” (p. 28). A figura do *anômalo* opera um trânsito e habita uma zona de limite, zona de fragilidade e de paradoxo, pois “[...] o que é o anômalo? É um fenômeno, mas um fenômeno de borda” (p. 28). A posição anômala é uma posição periférica, uma posição de limite “que faz com que não se saiba mais se o anômalo ainda está no bando, já fora do bando, ou na fronteira móvel do bando” (p. 29).

Um determinado grupo, bando ou uma determinada população, se desenha em relação a uma borda, um limite. Sobre este fenômeno, sobre este sujeito *anômalo* traçam-se classificações acima, ao lado, de proximidade, de semelhança, de diferença, de comparação, de inclusão e de exclusão. Nessa operação de categorização e de ordenamento, tão cara às sociedades de normalização, disciplinares por excelência, o *anômalo* vai ser capturado na lógica do anormal e sua potência de diferenciação vai ser enfraquecida. Pode-se pensar que o *anômalo* é um fenômeno que acontece em um plano de forças, um sujeito que se move por afetos, mas pode ser capturado pela necessidade constante de diferenciar “eu” e o “outro”, colocando o perigo do lado do “outro”.

O *anômalo* ameaça as normas, indicando o caminho do devir e da diferença e é sobre essa potência, tomada como ameaça de loucura, como doença, que o controle é exercido. Isso nos coloca no movimento de transbordamento das normas, de produção de uma certa loucura – não psiquiatrizada –, pois implica desterritorialização e criação; uma positividade da loucura em seu potencial transformador. Amador (2016), discutindo o processo normativo implicado no exercício do trabalho como atividade, afirma, em relação à dimensão da saúde naquilo que se refere ao trabalho, que a mesma [a saúde] tem

algo a ver com uma espécie de transbordamento da normalidade que, “mais do que na maneira de como nos manter nela, é no como podemos dela sair” (Amador, 2016, p. 277). Com isso, a autora afirma a existência de uma íntima relação entre saúde, instituições e trabalho como atividade.

UMA RUPTURA EM CENA: ENTRE SIGILO E “INTERDIÇÃO”

A cena de destituição do rei tomado pela loucura é descrita por Philippe Pinel (2007) em seu livro *“Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania”* e retomada por Foucault (2006), na abertura da segunda aula do seminário *“O poder psiquiátrico”*. Trata-se de uma alegoria, um símbolo da passagem do poder de soberania para o poder de disciplina, marcada pela perda das insígnias da monarquia e pela consequente submissão do corpo do rei – agora destituído, submetido à disciplina e objetivado como louco – ao que está emergindo como um poder psiquiátrico. Eis a narrativa:

Um monarca cai na mania e para tornar sua cura mais rápida e sólida não se põem restrições às medidas de prudência de seu responsável; a partir daí, todo o aparato da realeza dissipa-se, o alienado é distanciado de sua família e de tudo que o entorna, sendo relegado a um palácio isolado, fechado sozinho em um quarto, o qual é forrado por colchões, para que lhe seja impossível ferir-se. Aquele que dirige seu tratamento lhe declara que ele não é mais soberano, e que deve portar-se a partir de então dócil e submisso. Dois de seus antigos pajens, de estatura de Hércules, são encarregados de velar por suas necessidades e de oferecer-lhe todos os bons ofícios que seu estado exige, mas estão encarregados igualmente de convencê-lo de que ele se encontra sob sua inteira dependência, cabendo-lhe a partir de então obedecer. Devem manter um tranqüilo silêncio, mas em todas as ocasiões, fazem sentir o quanto lhes são superiores em força. Um dia o alienado, em seu fogoso delírio, acolhe muito duramente seu antigo médico quando de sua visita, emplastrando-o de lixo e sujeira. Um dos pajens entra rapidamente no quarto sem nada dizer, pegando pela cintura o delirante, reduz ele próprio a um estado de sujeira asquerosa, jogando-o com força sobre uma pilha de colchões, despe-o, lava-o com uma esponja, troca suas roupas, e olhando-o com orgulho sai logo, retomando seu posto. Semelhantes lições repetidas a intervalos durante alguns meses e auxiliadas por outros meios do tratamento produziram a cura sólida e sem recaídas. (Pinel, 2007, p. 198-199)

Foucault retoma esta cena para falar desse deslocamento de poder e da emergência da disciplina, ritualizada pela queda

do soberano. Relançamos tal cena devido à potência em termos de ruptura, um *sustenido*, para discutir uma intervenção recorrente no atendimento aos casos classificados como risco de suicídio. Trata-se do momento em que o trabalhador avalia estar diante de um sujeito que enuncia uma ideia suicida com planejamentos de execução do ato: ocorre a quebra de sigilo, prevista nos protocolos de atendimento, uma convocação da família deste usuário e uma sequência de intervenções que dependem do contexto. Discutiremos esta cena, colocando em análise a intervenção em seus efeitos.

Esta urgência pode se apresentar tanto em um acolhimento, em único atendimento, ou pode emergir em uma relação terapêutica mais longa. Independentemente do tempo e do vínculo entre usuário e trabalhador/equipe, que constituem elementos importantes neste processo, quem avalia o risco e arbitra pela urgência da situação, em última análise, é o serviço de saúde. Quanto maior o vínculo, mais elementos o serviço possui para considerar ou não a necessidade de ações de prevenção ao risco de suicídio.

Esta é uma “cena” de ruptura, de desvio e de suspensão de um contrato clínico, recorrente nos serviços de saúde mental, que causa impactos no trabalhador e no usuário, pois, a partir deste momento, as condições de possibilidade desta relação de cuidado se transformam. Salienta-se a assimetria das relações de poder, entre trabalhador e usuário, como um elemento de análise: os discursos não estão em um mesmo jogo de verdade, pois o usuário já está colocado sob o signo da patologia. Trata-se de um ritual, contemporâneo e tecnológico, biopolítico e normalizador.

Uma das primeiras mudanças refere-se à ampliação dos sujeitos envolvidos na situação e a publicização da identificação de um risco. A quebra do sigilo é uma das recomendações dos protocolos nestes casos (tanto do código de ética profissional, quanto dos manuais dirigidos às equipes) e indica que outros recursos e intervenções serão necessários.

O trabalhador quebra o sigilo, chama um familiar para acompanhar o usuário (se houver alguém) e faz recomendações de “segurança à vida”¹⁰, na presença do mesmo: contextualiza-se a situação, explicita-se o risco, recomenda-se afastar medicamentos e objetos cortantes e/ou armas do alcance do sujeito atendido, recomenda-se que este seja acompanhado constantemente, ao longo do dia e da noite e faz-se combinações de curto prazo, que passam por “promessas” do usuário em segui-las – uma cena *quase religiosa*¹¹ que é permeada por “confissões” e “promessas”, as quais compõem a “liturgia” de uma intervenção em um caso de risco de suicídio.

10 Para informações detalhadas, sugere-se a leitura do “Manual de prevenção ao suicídio” (D’Oliveira & Botega, 2006).

11 “A medicina, a psiquiatria e a psicologia participam em nome da saúde pública transformada em verdadeira salvação religiosa em nos dizer como é preciso nos comportar em todos os aspectos de nossa vida cotidiana para bem viver”. (Gori, 2014, p. 300)

A partir disso, dependendo do grau de risco avaliado pelo serviço, o usuário será encaminhado a um psiquiatra que poderá prescrever uma internação domiciliar ou uma internação psiquiátrica, ou, ainda, um acompanhamento intenso no serviço, em cooperação com a família ou com a rede de apoio possível do usuário. Podem ocorrer, também, internações compulsórias em caso de não concordância do usuário em se tratando de uma situação avaliada como sendo de alto risco de agressão a si mesmo ou aos outros. Geralmente essas ações são registradas em um prontuário, no qual atribui-se um diagnóstico psiquiátrico, e o caso pode ser discutido com a equipe de saúde, articulando ações de cuidado e avaliando outras possibilidades de intervenções.

Esta é uma cena de interdição de um sujeito, entendido como alguém que não pode decidir ou avaliar a situação na qual se encontra. Não se trata de uma interdição legal e definitiva, do ponto de vista do direito, mas ela instaura um momento indeterminado de suspensão de direitos. Este usuário é alguém que está sob suspeita em relação a sua condição de *normalidade* e está sujeito a um saber-poder que o objetiva como doente, recebendo um diagnóstico de algum transtorno mental, necessariamente. O cuidado, que está fundamentado na prevenção aos riscos, é performado por um mecanismo de interdição, por uma destituição da legitimidade do discurso deste sujeito.

Alguns séculos separam a cena da destituição do rei desta cena de um usuário em um serviço, mas as práticas indicam uma atualização das forças disciplinares: destituição do monarca, destituição do sujeito de direitos. Tal ruptura faz operar uma maquinaria de poderes sobre esta vida no sentido de erradicar o risco de suicídio, ou, nos termos dos protocolos, prevenir um comportamento suicida. O que se opera é uma estratégia de cuidado ou uma violência legitimada pelas práticas de normalização?

Mais um paradoxo que se insinua por entre diferentes discursos de verdade. O protocolo pode acabar com o trabalho no sentido de enfraquecer a potência de criação e invenção de possibilidades e de outros destinos para esta recusa à vida. Em muitos dos casos acompanhados por uma das autoras (enquanto psicóloga em um CAPS), esta situação jogava o trabalhador na experiência do trágico, do impensado, pois este ficava na “vertical de si mesmo”¹², em meio à seguinte problematização: como se conduzir no trabalho para além de um plano moral que não seja, de um lado, prescritivo nem, por outro lado, uma defesa do suicídio? A incerteza pode nos convocar a pensar na experiência limite, em uma dimensão do trágico no

trabalho em saúde, como por exemplo no caso a seguir (trecho de diário de campo de uma das autoras):

Uma mulher questionava-se sobre sua vida e pelo diagnóstico psiquiátrico tinha sintomas depressivos. Pensava sobre si e sobre o mundo. Sofria, chorava, sentia. Um dia, alguém interpretou sua vontade como ideação suicida. Ela foi internada e medicada. Encontrei-a depois desta experiência, mas não vi a mulher, nem sua fala, sua produção. Ela tornou-se um diagnóstico. Estava embotada, não ria nem chorava. Falava, agora, da desconfiança das pessoas, do medo e do controle sobre sua vida. Ela disse que antes pensava, eventualmente, em morrer. Agora, pensava em matar-se. Disse não saber nem sentir mais nada.

López (2011) coloca que há dois tipos de análise em Foucault: uma análise *dialética*, que envolve as relações lógicas e empíricas das práticas; uma análise *trágica*, que evidencia “a relação entre os discursos e esse fundo sem sentido que, sendo palavra ainda não é discurso, tendo acontecido ainda não é história; esse fundo que ameaça uma vez por outra desmoro-nar as pilastras de toda a obra da razão e da história” (López, 2011, p. 51)¹³.

A ideia da experiência como tragédia, no sentido filosófico, coloca a tensão entre um estudo histórico dos limites da experiência e um exercício filosófico que se constitui como experiência limite, como exercício de dessubjetivação na tensão entre vida e morte. Parece haver aí um espaço profícuo para pensar que o suicídio, ou o risco de vida, convocam uma vivência desta experiência trágica, diante de um sujeito que “habita” esta zona intermediária entre viver e morrer.

Afirma-se não um “nada de vontade”, mas uma “vontade de nada” (segundo Nietzsche em suas elaborações nihilistas) deste sujeito que busca um serviço com esta demanda, pois há um movimento que anuncia uma produção em direção à morte, mas ainda é produção. No livro “A genealogia da moral” (2013), Nietzsche responde a Schopenhauer sobre a ideia de ausência de vontade formulada pelo autor, afirmando que a vontade de nada é potência e é criação, pois há movimento.

A pergunta *-Por que eu não posso querer morrer?* – pode fazer ressoar nossa condição de ser humano diante desta possibilidade, compondo uma estética da fragilidade. Será que ela afirma o trágico na vida? O que é insuportável no trabalho em saúde mental diante destes casos: O receio em relação à responsabilização? O trágico no outro? O desvelamento da fragilidade de uma condição de sujeito? A experiência enquanto limite parece indicar o caminho para a tensão deste tema de

12 Expressão de autoria própria.

13 “Interrogar uma cultura sobre suas experiências-limites é questioná-la, nos confins da história, sobre um dilaceramento que é como o nascimento mesmo da sua história. Então, encontram-se confrontados, em uma tensão sempre prestes a desenlaçar-se, a continuidade temporal de uma análise dialética e o surgimento, às portas do tempo, de uma estrutura trágica”. (Foucault, 1999, p. 142)

pesquisa, investindo na potência desta vontade de nada enquanto processo.

O trágico indica um plano comum nesta relação, pois implica a condição trágica do trabalhador da saúde e do usuário. Quais são as linhas de fuga possíveis nesta experiência que se desdobra na fragilidade da condição humana como plano de forças? Isso nos convoca a pensar sobre o que se entende por saúde em uma concepção ampliada, a qual merece o desenvolvimento de um outro artigo, em razão da complexidade e da atenção que o tema exige. Neste momento, cabe indicar que a saúde na perspectiva desse estudo implica um trânsito entre normas, uma normatividade (Canguilhem, 2009), e o exercício de uma grande saúde (Nietzsche, 2013), a qual ocorre na experiência do viver em meio às forças, sem uma dimensão moralizante. Consideramos como “saudáveis” as experiências que ampliam as possibilidades e os modos de viver. Em seguida, problematizaremos os efeitos incorpóreos produzidos nesse exercício, traçando problematizações em meio.

CONSIDERAÇÕES: TRANSFORMAÇÕES INCORPÓREAS E PROBLEMATIZAÇÕES EM MEIO

As transformações incorpóreas¹⁴ nos indicam que um enunciado pode ser entendido como ato, como prática – como uma intervenção. Vamos tomar este enunciado como um *agenciamento de enunciação*, pois não se trata da fala ou da palavra entendida como a expressão individual da ideia de um sujeito, mas de um discurso que se produz nas tramas de relações agonísticas de poder. De acordo com Deleuze e Guattari, um agenciamento de enunciação “não fala “das” coisas, mas fala *diretamente* os estados de coisas ou estados de conteúdo, de tal modo que um mesmo x, uma mesma partícula, funcionará como corpo que age e sofre, ou mesmo como signo que faz ato [...]” (2011, p. 29, grifo do autor).

A transformação incorpórea “é reconhecida por sua instantaneidade, por sua imediatidade, pela simultaneidade do enunciado que a exprime e do efeito que ela produz” (Deleuze & Guattari, 2011, p. 20). Estes deslocamentos são problematizados pelos autores em vários exemplos: “a transformação

do acusado em condenado é um puro ato instantâneo ou um atributo incorpóreo” (p. 19); “a declaração ‘Eu te amo’ expressa um atributo não corpóreo dos corpos” (p. 20); em um sequestro de avião, “a transformação dos passageiros em reféns” (p. 20). Não são enunciados que falam sobre algo ou de algo, mas que intervêm em um estado de coisas provocando transformações.

Retomando a cena da quebra de sigilo e da interdição, problematizada anteriormente, podemos entender a fala do trabalhador como uma intervenção, um agenciamento de enunciação (por entre normas, segurança, protocolos, biopolítica, cuidado e controle) que provoca transformações incorpóreas. Quando em uma intervenção se enuncia a quebra de sigilo e as sentenças decorrentes deste ato – “você não pode mais responder por seus atos”; “você está fora de controle”; “você está em risco” – existem transformações incorpóreas, efeitos de agenciamentos de enunciação, que transformam um sujeito em suicida, um usuário em doente, uma paciente em “louca”, uma vontade em surto.

Assim, desloca-se o estado das coisas de modo instantâneo diante destes enunciados: não são simples diagnósticos, retóricas clínicas ou a efetivação de protocolos de segurança, apenas. São intervenções que deslocam o estado das coisas – ou as condições de possibilidade – da vida de um sujeito fazendo emergir diferentes experiências: o suicida, o louco, o doente, afirmando um único tipo de vida específico, sob o signo da anormalidade.

O trabalho em saúde mental pode ser pensado, a partir dessa produção, como um constante exercício de normatividade, de transitividade entre normas superiores e inferiores, que ora ampliam, ora constroem as possibilidades de criação e invenção da vida. Neste plano normativo, os riscos são constitutivos da experiência da vida, o que implica uma certa abertura para que o trabalho não se perca na exaustiva tarefa de localização dos riscos nos indivíduos, tanto usuários como trabalhadores, nem na determinação de uma vida pensada pelo viés patologizante. Tomar o trabalho por entre a produção de valores e normas assume contornos complexos quando o “objeto” desse trabalho é a própria vida, a morte ou o querer morrer e quando se entende trabalho em saúde como intervenção.

Nesse sentido, colocar em análise as estratégias de governo atualizadas por um determinado éthos do cuidado no

14 As transformações incorpóreas, na reflexão proposta por Deleuze e Guattari em *Mil Platôs II* (2011), estão ligadas à discussão acerca da potência dos corpos, e não a sua definição ou representação. Não dizem respeito ao que uma coisa é, mas ao que ela pode, no sentido de Espinosa (Deleuze, 1978). Elas não se referem às descrições de elementos dos corpos (em seu sentido amplo, pois *corpo*, aqui, não é apenas organismo), mas às transformações impessoais, em determinadas condições que as singularizam, sem que as tornem individuais ou pertencentes a um indivíduo específico. Trata-se de um enunciado que implica transformação e diferença, uma ação da linguagem – no contexto da pragmática da linguagem –, um ato de fala que desloca condições de possibilidade de um corpo (teórico, orgânico, cultural, lingüístico, etc), pois “expressando o atributo não corpóreo, e simultaneamente atribuindo-o ao corpo, não representamos, não referimos, *intervimos* de algum modo, e isto é um ato de linguagem”. (Deleuze & Guattari, 2011, p. 29)

trabalho em saúde lança-nos em uma zona de problematização, passível de ser acessada quando analisamos o trabalho como atividade, quando nos conectamos com o que é da ordem da experiência, que passa por uma transvaloração dos valores produzidos *no e pelo* trabalho em saúde. Nessa zona, não há saída que não seja normativa: a linguagem, os protocolos, o que se faz ou não, as burocracias, a saúde e o trabalho – todas essas linhas implicam um jogo de normas, de criações, um campo de disputas e enfrentamentos, no qual o trabalho em saúde constitui um plano, um território de riscos, assumidos ou não.

DECLARAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

J.P. e F.S.A. contribuíram para a conceitualização, investigação e visualização do artigo; F.S.A. foi responsável pela orientação da pesquisa; J.P. e F.S.A. fizeram a redação inicial do artigo (rascunho) e são responsáveis pela redação final (revisão e edição).

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos integrantes do grupo de pesquisa n-pistas do PPGPSI UFRGS pela leitura e discussão sobre o texto. Agradecem também à CAPES, por ter viabilizado os estudos por meio de bolsa de doutorado.

FINANCIAMENTO:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, por meio da bolsa de doutorado da primeira autora.

REFERÊNCIAS

- Amador, F. S. (2016). Um posfácio, uma conversa... In C. O. Silva, & M. E. B. Barros (Eds.). *Clínica do trabalho e análise institucional* (pp. 269–285). Nova Aliança Editora e Papéis.
- Amador, F. S. (2017). Psicologia, trabalho, gestão? *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 69(2), 21–33. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200003
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (2012). *O conhecimento da vida*. Forense Universitária.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: Da antipsiquiatria a pós-psicanálise*. Francisco Alves.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Autêntica Editora.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Editora Vozes.
- Clot, Y. (2013). O ofício como operador de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16, especial 1, 1–11. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000300002
- Deleuze, G. (1965). *Nietzsche*. Edições 70.
- Deleuze, G. (24 de janeiro de 1978). *Cours Vincennes*. <https://www.webdeleuze.com/textes/194>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (Eds.). (2011). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2* (Vol. 2). Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (Eds.). (2012). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2* (Vol. 4). Editora 34.
- D’Oliveira, C. F., & Botega, N. J. (Orgs.). (2006). *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
- Foucault, M. (1999). *Ditos e escritos. Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise* (Vol. 1). Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território e população*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, (18), 167–194. <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>
- Gori, R. (2014). O sujeito da saúde mental: Da atualidade de Foucault. In P. Artières, J.-F. Bert, F. Gros, & J. Revel (Eds.). *Michel Foucault* (pp. 299–304). Forense Universitária.
- López, M. V. (2011). O conceito de experiência em Michel Foucault. *Revista Reflexão e Ação*, 19(2), 42–55. <https://doi.org/10.17058/rea.v19i2.2367>
- Macherey, P. (2010). *Georges Canguilhem: Um estilo de pensamento*. Almeida & Clément Edições.
- Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios* (3. ed.). Editora do Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
- Netflix. (2018). In Wikipédia: a enciclopédia livre. <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Netflix&oldid=64312057>
- Nietzsche, F. W. (2013). *A genealogia da moral*. Vozes.

- Nota Técnica nº 02/2017 (2017), Prefeitura de Porto Alegre. Alerta aos serviços de saúde de Porto Alegre. https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/legis/notas/internet/nota_tecnica_02_2017__ba-leia_azul_poa_rs.pdf
- Oliveira, A. M., Fonseca, T. M. G., & Moehlecke, V. (2016). Corpos que (se) trabalham: Relações éticas na construção de si e do coletivo. In F. S. Amador, M. E. B. Barros, & Fonseca, T. M. G. (Orgs.). *Clínicas do trabalho e paradigma estético* (pp. 113–128). Editora da UFRGS.
- Pinel, P. (2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Editora da UFRGS.
- Rede Humaniza SUS. (2 de outubro de 2013). *Diferença entre promoção e prevenção*. <http://redehumanizasus.net/66219-diferenca-entre-promocao-e-prevencao/>
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientia e Studia*, 9(1), 11–27. <https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WB-QyrKKbJwjpWx/?lang=pt>
- Schwartz, Y. (1996). Trabalho e valor. *Tempo social, Revista Sociologia USP*, 8(2), 147–158. <https://doi.org/10.1590/ts.v8i2.86429>
- Schwartz, Y. (2004). Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(1), 33–55. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000100004>

Data de submissão: 10/10/2022

Data da primeira decisão editorial: 23/03/2023

Aprovado em: 11/05/2023